



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Seguridad del paciente en servicios odontológicos  
Patient safety in dental services**

**José Daniel Duque Castaño**

**Universidad de Antioquia  
Facultad nacional de salud pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín 2021**

**Seguridad del paciente en servicios odontológicos**  
**Patient safety in dental services**

**José Daniel Duque Castaño**

**Trabajo de grado para optar al título de**  
**Especialista en Auditoría en Salud**

**Asesor:**  
**Fredy Arcos Cerón**  
**Especialista en Calidad y Auditoría en salud**

**Universidad de Antioquia**  
**Facultad nacional de salud pública**  
**“Héctor Abad Gómez”**  
**Medellín 2021**



***“El único hombre que no se equivoca  
es el que no hace nada”***

***Johann Wolfgang Goethe***

## Tabla de contenido

Resumen.....	10
Introducción.....	12
1. Planteamiento del Problema.....	14
1.1 Justificación.....	15
2. Objetivos.....	18
2.1 Objetivo General.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3. Metodología.....	19
3.1 Criterios de Inclusión.....	20
3.1 Criterios de Exclusión.....	21
4. Marcos del trabajo.....	21
4.1 Marco conceptual.....	21
4.1.1 Seguridad del paciente.....	21
4.1.2 Conceptos básicos.....	22
4.1.3 Eventos Adversos.....	24
4.2 Marco Referencial.....	26
4.2.1 Alianza mundial para la seguridad del paciente.....	26
4.2.2 Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico.....	27
4.2.3 Estudio Iberoamericano de eventos adversos IBEAS.....	27
4.2.4 Observatorio Nacional para la Calidad en Salud.....	28
4.3 Marco Normativo.....	28
4.3.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.....	28
4.3.1.1 Sistema único de habilitación.....	29
4.3.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud.....	30
4.3.1.3 Sistema Único De Acreditación.....	31
4.3.1.4 Sistema De La Información Para La Calidad.....	31
4.3.2 Lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.....	32

4.3.3 Guías técnicas “buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud”.....	33
5.Resultados.....	35
5.1 La Seguridad del Paciente en Servicios Odontológicos.....	35
5.2 Eventos adversos en Odontología.....	39
5.3 Estrategias para la gestión de ocurrencia y causalidad de eventos adversos.....	44
5.3.1 Queso Suizo.....	45
5.3.2 Protocolo de Londres.....	47
5.3.3 Análisis Causa Raíz.....	47
5.3.4 Análisis Modal de Fallos - Efecto (AMFE).....	49
5.3.4 <i>Trigger Tools</i> .....	50
6. Conclusiones.....	52
7. Bibliografía.....	54
8. Anexos.....	59

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Requisitos Sistema único de habilitación.....	30
<b>Tabla 2</b> Eventos Adversos Odontológicos, <i>Patient safety incidents reported by Finnish dentists</i> .....	40
<b>Tabla 3.</b> Eventos Adversos Odontológicos, <i>Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain Spain from 2000 to 2010</i> .....	41
<b>Tabla 4</b> Eventos Adversos Odontológicos, <i>Lessons learned from dental patient safety case reports</i> .....	42
<b>Tabla 5.</b> Eventos Adversos Odontológicos, <i>Classifying Adverse Events in the Dental Office</i> .....	43

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Queso Suizo.....	46
<b>Figura 2.</b> Análisis Causas-Raíz.....	49
<b>Figura 3.</b> Metodología del <i>Trigger Tools</i> .....	51

## Lista de Anexos

.

<b>Anexo 1.</b> Tipos de eventos adversos.....	59
<b>Anexo 2.</b> Clasificación de eventos adversos según el grado de lesión.....	60



## Glosario de siglas

**AMFE:** Análisis Modal de Falla-Efecto

**EA:** Evento Adverso

**IBEAS:** Estudio Iberoamericano de eventos adversos

**IHI:** Institute for Healthcare Improvement

**OESPO:** Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PAMEC:** Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud

**SOGCAS:** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud

**USN:** Unidad Sectorial de Normalización

## Resumen

La seguridad del paciente tiene por finalidad disminuir el riesgo de generar daño en los procesos de atención en salud, para lo cual se vale de la implementación de protocolos y estrategias tendientes a la prestación de un servicio más seguro. Los servicios odontológicos se encuentran directamente implicados en el desarrollo de la cultura y lineamientos de seguridad del paciente, dado que su praxis está conformada por un gran número de procedimientos que generalmente implican la presencia de riesgos latentes, para los cuales se adaptaron múltiples estrategias de prevención basadas en la identificación y análisis de eventos adversos. **Objetivo:** Identificar las principales estrategias relacionadas con la seguridad del paciente en los servicios odontológicos.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda de literatura utilizando como fuente registros referentes de tipo digital, que ayuden a estructurar y definir un marco teórico, referencial y legal con visiones globales, regionales a nivel de Latinoamérica y nacionales.

**Resultado:** Se encontró que la seguridad del paciente en servicios odontológicos es un aspecto clave en la calidad, y que se encuentra en auge pues gracias a los análisis de los eventos adversos, se han desarrollado estrategias para prevenir estos mismos.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, Eventos adversos, Odontología, Servicios odontológicos.

## Abstract

The purpose of patient safety is to reduce the risk of generating damage in health care processes, for which it uses the implementation of protocols and strategies aimed at providing a safer service. Dental services are directly involved in the development of patient safety culture and guidelines, since their practice is made up of a large number of procedures that generally involve the presence of latent risks, for which multiple prevention strategies were adapted. based on the identification and analysis of adverse events. **Objective:** Identify the main strategies developed in patient safety for dental services that are currently reported with international and national references. **Methodology:** A literature search was carried out using reference records of a digital type as a source, which help to structure and define a theoretical, referential and legal framework with global, regional views at the Latin American and national levels. **Result:** It was found that patient safety in dental services is a key aspect in quality, and that it is on the rise because, thanks to the analysis of adverse events, strategies have been developed to prevent them.

**Keywords:** Patient safety, Adverse events, Dentistry, Dental services.

## Introducción

La práctica odontológica se ha caracterizado desde sus inicios por la realización de procedimientos clínicos que comprenden la solución de necesidades en salud de la cavidad bucal de las personas, dando gran importancia a los métodos y técnicas utilizadas para la resolución de las mismas. En la actualidad, se cuenta con una gran cantidad de procedimientos que van desde los tratamientos preventivos que ayudan a evitar las enfermedades más comunes en salud oral y los resolutivos como aquellos de operatoria dental, endodoncias, extracciones, entre otros. Los cuales, al igual que toda atención en salud, no se encuentran exentos de padecer algún tipo de evento adverso.

Desde una perspectiva global e histórica los eventos adversos se encuentran estrechamente vinculados con la seguridad del paciente. A finales del siglo XX dos investigadores estadounidenses, Brennan y Leape, publicaron en *The New England Journal of Medicine*, los resultados de su investigación, tras la revisión de aproximadamente 30.000 historias clínicas elegidas al azar, encontraron que “una cantidad importante de lesiones infligidas a pacientes eran debidas o como resultado de la misma atención médica, muchas de estas lesiones fueron producto de una atención subestándar”(1). Concluyeron que la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias. El estudio permitió identificar la relación directa entre las lesiones y la ocurrencia de eventos adversos, por consiguiente, se estableció y proporcionó gran importancia a la seguridad del paciente. Posteriormente se sumaron reportes como “*Errar es humano*” que estimuló la destinación de fondos para investigación en seguridad del paciente tras la publicación de resultados alarmantes acerca de eventos adversos (2). Trascendió así la seguridad del paciente como una disciplina fundamental en las áreas integrales de la atención en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es impulsora de esta materia y creó en el 2002 la alianza mundial para la seguridad del paciente, además ha promovido herramientas para minimizar los riesgos de la atención en salud. El mencionado organismo multilateral definió la seguridad del paciente, como sigue: “*disciplina*

*encargada de prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos” (3).*

En Colombia, el Ministerio de Salud ha establecido los lineamientos y las directrices para la implementación de la seguridad del paciente y gestión de eventos adversos en la prestación de servicios de salud, haciendo obligatorio su cumplimiento para todos los actores. En el año 2008 establece la Política Nacional de Seguridad del Paciente como eje transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. “La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimientos con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.” (4) Con la promulgación de las normativas recientes para la prestación de servicios de salud, la seguridad del paciente continúa siendo un pilar fundamental en el sistema de salud y calidad de la atención de los colombianos. Lo anterior se hace explícito en la resolución 3100 de 2019 por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción, de los prestadores de servicios de salud y su habilitación (5).

La complejidad de los sistemas de salud acarrea dificultades en el sentido de predecir con exactitud el resultado final de las intervenciones practicadas, así como también en el caso de presentarse falencias durante el proceso, quiénes padecerán las consecuencias de dichos errores. En los servicios de salud un gran número de eventos adversos son prevenibles, razón por la cual la cultura de seguridad del paciente busca principalmente que los usuarios recurran a entidades seguras y de calidad demostrable, logrando por un lado efectividad en sus resultados y por el otro, la eficiencia en la reducción de los gastos ocasionados por la posible ocurrencia de eventos adversos. Siendo este el motivo por el cual se incluyen modelos de análisis de causalidad que son importantes a la hora de determinar el origen de los mencionados eventos y favorecer así su prevención.

## 1. Definición del problema

Tras ser creada la Alianza mundial para la seguridad del paciente y tomar gran importancia a nivel global, se han incrementado las investigaciones y reportes que identifican la ocurrencia de eventos adversos y analizan estrategias para el fortalecimiento de la seguridad del paciente. Entre las 10 principales causas de muerte y lesiones se encuentran los eventos adversos por atenciones no seguras (6) y que aproximadamente el 40% de los pacientes sufre daños en los servicios de salud y más de la mitad de estos son prevenibles (7).

En 2010 el estudio IBEAS: red pionera en seguridad del paciente en Latinoamérica en su publicación "*Hacia una atención hospitalaria más segura*", confirma la importancia de prevenir todos los riesgos posibles en la atención, pues pequeñas acciones como protocolos de bioseguridad y listas de chequeo pueden ayudar a proteger un gran número de vidas. Lo más llamativo es que aproximadamente la mitad de los eventos adversos son prevenibles siempre y cuando se cumpla con los criterios de una atención segura y de calidad en la prestación de los servicios de salud (8). Se destaca de esta manera y se insta hacia el establecimiento firme de una cultura de seguridad del paciente en todas las latitudes, siendo congruentes con la premisa ya generalizada acerca de la prevención de eventos adversos en todos los niveles de atención sanitaria.

En Colombia la normatividad vigente aborda el componente de calidad en los servicios de salud, incluidos claro está, los odontológicos. Ya desde el año 2006 por intermedio del decreto 1011, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estructurando sus componentes a partir de una atención humanizada y permeada por la política nacional de seguridad del paciente. Los lineamientos de seguridad del paciente establecidos en 2008, abordan la seguridad del paciente como "*el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de*

*atención de salud o de mitigar sus consecuencias”* (9). Logrando de esta manera que los actores del sistema nacional de salud adopten como obligatoria dicha política de seguridad del paciente y comiencen a concentrarse en la gestión de sus eventos adversos y el mejoramiento continuo.

El mejoramiento a partir del análisis de las causas de eventos adversos para la prevención de atenciones inseguras, no es ajeno al que hacer odontológico, aunque si bien este profesional desde su formación básica no se encuentre familiarizado en gran medida con la cultura de seguridad del paciente y la correspondiente gestión de eventos adversos, siendo estas consideraciones aspectos de suma importancia que comienzan a ser tenidos más en cuenta desde la práctica profesional, razón por la cual el conocimiento de tales consideraciones que bien pueden resumirse como: *cultura de seguridad del paciente* se hace imprescindible para la el logro de una adecuada práctica profesional alineada con la normatividad vigente y estándares globales. Nos surge por tanto la necesidad de plantearnos la siguiente pregunta: ¿Qué se ha desarrollado y cuáles han sido las bases conceptuales en torno a seguridad del paciente en los servicios odontológicos? A partir de la información obtenida se pretende fortalecer el entendimiento acerca de la política de seguridad del paciente odontológico con base en las herramientas para gestión de eventos adversos en odontología.

## **1.1 Justificación**

El desarrollo del presente trabajo será de gran importancia, pues la seguridad del paciente se encuentra establecida prácticamente en todos los sistemas de salud del mundo y como actores de dicho sistema, estamos en la obligación de dar cumplimiento y velar por la aplicación de esta, toda vez que la razón de ser de un servicio de atención en salud son los pacientes, siendo por tanto su seguridad y bienestar pilar fundamental de la atención sanitaria. El conocimiento de los métodos existentes y utilizados para gestionar la causalidad de los eventos adversos en odontología se convierte en una herramienta importante para que, afianzados en dicho conocimiento, cada profesional odontólogo pueda contribuir y velar por una atención segura y de calidad.

Cada vez los pacientes disponen de más información que les permite tener claridad acerca de sus derechos y deberes, reclamando atenciones seguras con fundamento en calidad y respeto. Los sistemas de salud, congruentes con esta tendencia, han desarrollado, entre otras estrategias, la política de seguridad del paciente, como herramienta que pretende también por la humanización de los servicios de salud, además de atenciones seguras.

Adicionalmente, el concepto de seguridad del paciente se enmarca en el contexto de todo aquello que ayude a reducir el riesgo de ocurrencia de cualquier evento adverso en los procesos de atención en salud, incluidos los servicios odontológicos. La calidad y la seguridad del paciente son concepciones que convergen pues ambas se enfocan en el logro de los mejores resultados de las intervenciones a realizar e idealmente sin incidentes o efectos contrarios, optimizando de esta manera la utilización de los recursos y su correcta distribución dentro del sistema de salud, recursos que de no desarrollar una cultura de seguridad del paciente pudieran verse menguados al ser requeridos para paliar los efectos de atenciones “no seguras”.

Con excepción de los estudios referentes a nivel internacional, aquellos que se relacionan con la seguridad del paciente odontológico su análisis de eventos adversos, son escasos en nuestro medio. Convirtiéndose por tanto en un área de sumo interés para ser abordada, conocida y desarrollada, como un medio a través del cual podemos acceder a la prestación de mejores servicios de salud, centrados en el paciente, así como también enfrentar los desafíos que conlleva la puesta en marcha de la cultura de seguridad del paciente en un mundo cada vez más globalizado, no está de más mencionar que el conocimiento derivado de la gestión y análisis de los eventos adversos se convierte en una clara herramienta de mejora continua.

Desde una visión ética y normativa, es imperativo que los profesionales de la salud velen por el bienestar de sus pacientes, ceñidos siempre a los principios de beneficencia y no maleficencia, fortaleciendo cada vez más la cultura de seguridad del paciente, donde se



hace necesario conocer y aplicar los métodos para determinar la causalidad de los eventos adversos cuando estos se presentan, específicamente el área de odontología. El fin último de estos planteamientos es alcanzar altos estándares de calidad en la atención de salud odontológica, calidad que debe ser inculcada y estudiada desde el momento mismo de la formación académica inicial para que después se convierta en el eje central de todo servicio sanitario.

## **2.Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Identificar las principales estrategias relacionadas con la seguridad del paciente en los servicios odontológicos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Describir el proceso de seguridad del paciente desde sus inicios hasta las concepciones actuales, con especial énfasis en servicios odontológicos.
- Identificar los principales eventos adversos, sus secuelas y modos de clasificación actual en unidades de salud bucal.
- Analizar las principales estrategias para la gestión de ocurrencia y causalidad de eventos adversos en servicios de salud bucal.
- Establecer recomendaciones con base en la información encontrada en seguridad del paciente en odontología, para la gestión de eventos adversos en estos servicios.

### 3. Metodología

Este trabajo se fundamenta en una revisión detallada de la literatura publicada y referenciada sobre el tema abordado, la monografía será escrita de forma coherente y sistemática para presentar de manera detallada los principales avances en seguridad del paciente odontológico, clasificaciones de eventos adversos en servicios odontológicos y los métodos para la gestión de ocurrencia y causalidad de eventos adversos en estos mismos y construir una inferencia teórica a partir de los registros encontrados, resaltando la importancia de esta cultura en la calidad de los servicios de salud.

Como estrategia de búsqueda se recopilarán registros referentes de tipo digital, que ayuden a estructurar y definir un marco teórico, referencial y actualizado el cual comprende desde el ámbito internacional hasta el nacional. La gran mayoría presentarán una línea de tiempo actual a excepción de los grandes referentes históricos y los normativos, teniendo el objetivo definido y el tipo de trabajo cuya temática principal son los métodos para la gestión de ocurrencia y causalidad de eventos adversos. Se excluyen artículos publicados antes del 2005 siendo este uno de los filtros de la revisión, se determinan las unidades de registro en buscadores como Google Scholar y PubMed, además de los recursos de información digital del sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia. Algunos descriptores como “seguridad del paciente”, “evento adverso y Odontología” los cuales permitirán abordar la búsqueda bibliográfica en mención. Se codificarán y categorizarán los datos a partir de los principales referentes encontrados acerca del tema seguridad del paciente y eventos adversos en odontología que ayuden a complementar la perspectiva conceptual y otras en herramientas para la gestión de eventos adversos, examinando sus títulos, tablas de contenidos, definiciones y modelos conceptuales para lograr analizar el concepto de seguridad del paciente, eventos adversos y métodos existentes para la para la gestión de ocurrencia y causalidad de los mismos.

### **3.1 Criterios de Inclusión**

El presente trabajo incluye registros públicos como monografías, artículos de revisión, informes técnicos, lineamientos, material normativo y demás literatura que implemente definiciones de seguridad del paciente y eventos adversos en odontología, además de metodologías para el análisis y gestión de eventos adversos.

### **3.2 Criterios de Exclusión**

- Se excluirán todos los artículos encontrados que no presenten aspectos claves en seguridad del paciente en servicios odontológicos
- Documentos publicados antes del 2005 (excepto legislación y grandes referentes).

## 4. Marcos

### 4.1 Marco Conceptual

#### 4.1.1 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente a lo largo de su desarrollo a nivel mundial, ha sido adaptada a cada país o región que la acoge, la definición que más ha trascendido siendo aceptada por la mayoría de autoridades en el tema es: *“La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, con referencia a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o no dispensar otro”* (10), esta definición que propone la OMS en el informe técnico definitivo es la más integral y destaca la importancia de entender que es imposible suprimir el riesgo, pues este siempre estará presente ya que la atención en salud es una actividad humana acondicionada por varios factores, mostrando que aquello que si es posible es la reducción del riesgo hasta un mínimo relativamente considerable, lo cual debe ser abordado desde lo colectivo por los actores involucrados en los sistemas de salud.

En 2008 el Ministerio de salud y protección social de Colombia crea la Política nacional de seguridad del paciente y con ella los lineamientos para su implementación, impulsada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud vigente en el decreto 1011 de 2006 del cual todos sus componentes son permeados por esta. La definición de Seguridad del Paciente propuesta allí hace referencia al grupo de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que en conjunto tienden a reducir la ocurrencia de eventos adversos y aliviar sus consecuencias (4), en aras de brindar un servicio con fundamento tecnocientífico, buenas prácticas basadas en la evidencia y por ende propender por una atención segura y de calidad bajo el principio de beneficencia para todos los pacientes.

Se comprende entonces, la seguridad del paciente como las acciones desarrolladas para evitar los errores que pueden acontecer en la atención en salud, basados en el principio de no maleficencia, toda vez que esta se enmarca en promover, mantener monitorizar y/o restaurar la salud de los individuos y las poblaciones. Es claramente conocido que en todo proceso de atención incluyendo los sistemas de salud siempre se encontrarán peligros y riesgos derivados de la naturaleza misma de dicha atención, siendo así como todos los actores del sistema deben articularse de manera integrada para disminuir dichos riesgos a un mínimo posible, dando lugar a una cultura de seguridad del paciente no solo motivada por los componente y requisitos medico legales sino que además haga parte tal como se menciona, de una *cultura* de calidad en la atención en salud de los pacientes. Las falencias que posiblemente se presenten en los procesos de atención deben ser aceptadas, corregidas y analizadas en un ambiente de mejora y aprendizaje continuos.

#### **4.1.2 Conceptos básicos**

La mayoría de las políticas e informes técnicos de seguridad del paciente comprenden algunos términos y definiciones básicas acerca de esta temática. Muchos de los conceptos se basan en la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente

**Peligro:** Son las situaciones, estados o hechos latentes con el potencial de producir un daño en la atención o servicio de salud.

**Daño:** Afectación del organismo en forma y función y/o todo efecto perjudicioso derivado de la atención en salud. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte y pueden ser físicos, sociales o psicológicos (10). En esta definición de la OMS, se reconoce la posibilidad de un daño social.

**latrogenia:** Daño producido por en el proceso de atención en salud, principalmente puede ser un daño clínico en el cuerpo que se manifiesta de varias maneras, también puede ser social.

**Error:** Hecho de no seguir o ejecutar una acción planeada de la manera correcta, puede producirse por comisión o por omisión. Los errores también pueden ser clasificados como:

**Involuntarios:** aparecen por problemas de atención, y/o falta de concentración del profesional de la salud, los cuales pueden ser multicausales. **Infracciones:** Cometer una equivocación al seguir un protocolo o conducta de forma inapropiada.

**Cuasi incidente:** Darse cuenta del error antes de que llegue a cometerse, de igual forma evidencia fallas en los procesos de atención en salud.

**Incidente o Cuasi Accidente:** Cuando el error llega al paciente, puede o no generar un daño.

Para la OMS el incidente relacionado con la seguridad del paciente es el evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un usuario; en contraste, Colombia a través del Ministerio de protección social define el incidente como un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica del paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en el proceso de atención (4). La divergencia entre estas dos definiciones es la ocurrencia del daño.

**Evento Adverso (incidente con daño)** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo un daño. No hay intención, pero hay error y hay daño, que se pudo prevenir o no, por lo cual los eventos adversos pueden ser prevenibles implementado, estandarizando y mejorando barreras de protección en los servicios de atención en salud y no prevenibles lo cuales sin intención y aun cumpliendo con las medidas de una atención segura ocurren.

**Complicación:** Resultado inesperado de un tratamiento en servicios de salud, que surge durante la atención independiente del ambiente en el que se preste.

### **4.1.3 Eventos adversos.**

Aunque el propósito de todo profesional de la salud sea ayudar a la recuperación de la salud de las personas, el riesgo de sufrir un evento adverso está inherente en toda atención en salud debido a su multicausalidad, determinada por diferentes factores contribuyentes como pueden serlo los administrativo-organizacionales, profesionales-individuales y ambientales. Estos forman parte del concepto fundamental cuando nos referimos a seguridad del paciente y son entendidos como acontecimientos sin voluntad, resultado de un error generalmente inesperado que ocasionan un daño en la salud del paciente, no son consecuentes a la enfermedad del paciente. Además, se pueden considerar estos como el resultado de una cadena de procesos con medidas de prevención insuficientes y oportunidades de mejora que permiten la ocurrencia de estos, por tal razón son definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano *como todo daño producido sin intención en un proceso de atención en salud (4)*.

Los eventos adversos toman gran importancia gracias a su identificación y reporte, dado que suministran información clave y necesaria para el desarrollo de los programas en seguridad del paciente en cada institución y así lograr el mejoramiento de la calidad de las mismas gracias a las acciones preventivas que se pueden implementar. Se hace relevante entonces la identificación del evento adverso según el momento del proceso en que este pudiera ocurrir y poder clasificarlos de acuerdo con su origen como también comprender en que partes del proceso de atención se presentan las falencias que dan lugar a la ocurrencia de eventos adversos.

A lo largo del estudio de estos eventos y al desarrollo de la política de seguridad del paciente se han generado diferentes propuestas para clasificarlos, entre ellas:

El sistema de *Harvard Medical Practice Study*, clasifica los eventos adversos según su tipo de lesión y establece un sistema de discapacidad, se encuentran 10 categorías amplias para la clasificación de eventos adversos: 1. Medicamentos, 2. Operaciones, 3.



Terapéutica, 4. Diagnóstico, 5. Varios, 6. Procedimientos, 7. Anestesia, 8. Periparto, 9. Neonatal y 10. Caídas. (11)

También se encuentra la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Salud OMS con un grupo de conceptos entre los cuales se encuentra 1.Administración clínica, 2.Proceso / procedimiento clínico, 3.Documentación, 4.Infección asociada a la atención médica, 5. Medicamentos / Fluidos intravenosos, Sangre / Sangre Productos, 6.Nutrición, 7.Dispositivo / Equipo Médico, 8.Comportamiento, Accidentes de Pacientes, 9.Infraestructura / Edificio / Accesorios y 10 Recursos / Gestión Organizacional El grado de daño se define en cinco niveles, Ninguno: El paciente no presenta lesión, síntomas y no requiere tratamiento, Leve: El paciente presenta síntomas leves, el daño es mínimo y de corta duración y por lo general no requiere tratamiento, Moderado: El paciente presenta síntomas y requiere de otro tratamiento, el daño puede generar pérdida funcional permanente o de larga evolución, Grave: El paciente presenta síntomas y requiere un procedimiento quirúrgico o medico mayor o una intervención que le salve de la muerte, ocasiona un daño funcional considerable y permanente o de larga duración y Muerte: El incidente causó el deceso del paciente. (12)

Según su desencadenamiento: Prevenibles: daños no intencionales que se pudieron haber evitado gracias al cumplimiento de procesos de calidad y la presencia de barreras protectoras que propendan por una atención segura.

No prevenibles: Daño no intencional que ocurre a pesar del cumplimiento de todos los estándares de seguridad del paciente.

Entre los eventos adversos, los prevenibles son los que concentran la mayoría de la atención, pues implementando medidas rigurosas en seguridad y calidad estos pueden intervenir directamente y consecuentemente disminuirse, para esto es necesario la detección de los eventos adversos y de manera no punitiva generar una alerta, que ayude con el reconocimiento de las oportunidades de mejora en los procesos de atención y con estas el desarrollo de planes de mejora que permitan la estructuración de barreras protectoras para los pacientes en la atención y la disminución de riesgos en esta.

## 4.2 Marco Referencial

### 4.2.1 Alianza Mundial para la Seguridad del paciente OMS

Tras la publicación de reportes de estudios de eventos adversos y su impacto y el visible problema de salud pública en el que se transformaron, esta es creada en 2004 por la OMS con el principal objetivo de promover y desarrollar la cultura de seguridad del paciente a nivel mundial, fomentando estrategias enfocadas a los principales escenarios donde se pueden generar eventos adversos con programas como una atención limpia es una atención más segura, la cirugía segura salva vidas y una medicación sin daños, además de herramientas como listas de chequeo e informes donde presentan los resultados de las investigaciones que promueven en esta área y también la universalización de los términos en seguridad del paciente para que todos los actores tomen la misma dirección con la clasificación internacional para la seguridad del paciente.

La OMS ha sido de gran importancia en la generación de guías, protocolos, informes y estudios multidisciplinarios en seguridad del paciente aportando instrumentos metódicos que ayudan a disminuir riesgos en diferentes campos de la salud, también ha inclinado su liderazgo en la agenda política con el apoyo de ministerios de salud, representantes de organizaciones internacionales y delegados de alto nivel, promulgando pautas claves en la seguridad del paciente y llegando así a la mayoría de países acogidos por esta.

Una atención limpia es una atención segura: En 2005 la OMS implementa esta estrategia enfocada en disminuir el número de infecciones vinculadas con la atención en salud ya que estas se encuentran entre los eventos adversos más comunes y hay múltiples reportes que lo demuestran, para esto la OMS suma importancia al lavado de manos y los procesos de esterilización

La cirugía segura salva vidas (2008): El programa de *Cirugía segura salva vidas*, fue desarrollado e implementado a nivel mundial luego de realizar estudios para demostrar que con la Lista de Chequeo pueden disminuirse los eventos adversos, evidenciándose

con acciones como la marcación del sitio quirúrgico para evitar procedimientos en sitios equivocados, la efectividad de la profilaxis prequirúrgica y la oximetría para evitar complicaciones postquirúrgicas.

Medicación sin daño: En 2017 la OMS -propone disminuir a la mitad los eventos adversos prevenibles relacionados con los fármacos, en un tiempo de 5 años (13).

#### ***4.2.2 Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico (OESPO)***

En 2009 el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España crea el OESPO con los objetivos de facilitar información básica sobre seguridad del paciente con protocolos, bibliografías, metodologías y enlaces con referencia a la Seguridad del paciente, Desarrollar herramientas de análisis de causalidad de eventos adversos, el registro y notificación anónimos de eventos adversos y potenciar la cultura de la seguridad del paciente. Este observatorio crea el primer plan de prevención de riesgos clínicos en odontología.

#### ***4.2.3 Estudio Iberoamericano de eventos adversos IBEAS***

Con los objetivos de aumentar el conocimiento en seguridad del paciente mediante el acercamiento a el impacto de los eventos adversos y sumar a más países en sus sistemas de salud, metas y principios enfocados en el mejoramiento de la seguridad del paciente, el ministerio de sanidad y política social de España en conjunto con la OMS y la OPS en el 2010 realizaron este estudio de prevalencia de efectos adversos en la asistencia hospitalaria de 5 países latinoamericanos: México, Perú, Costa Rica, Argentina y Colombia, obteniendo entre sus resultados una prevalencia del 10,5% de eventos adversos entre la población estudiada y además encontró que el 65% de los eventos adversos eran evitables (14).

Este estudio a gran escala ha sido el único en Latinoamérica, siendo el primer paso para promover la investigación en seguridad del paciente en esta región. Simultáneamente en

2005 la OMS publica un reporte con la información sobre el estudio iberoamericano de eventos adversos, donde se dan razones para sumar importancia a la seguridad del paciente, como lo son mejorar la eficiencia de recursos en sistemas de salud y promover la cultura de seguridad del paciente en todos los actores con un enfoque informativo en los propios pacientes (8).

#### ***4.2.4 Observatorio Nacional para la Calidad en Salud***

Este es un espacio a cargo de la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que funciona como un sitio en el que se promocionan herramientas organizacionales, modelos y metodologías institucionales enfocados en calidad en la atención en salud, uno de los pilares que transversaliza los componentes de calidad en Colombia es la política de seguridad del paciente y en este portal se ubican y se comparten los estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores, reportes institucionales, manuales de procesos asistenciales seguros y estudios relevantes sobre este tema.

### **4.3 Marco normativo**

#### ***4.3.1 Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad De La Atención En Salud***

El sistema de calidad en salud colombiano está regulado por el Decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCAS). La implementación de este como política gubernamental se enmarca desde la intención del gobierno de cumplir con estándares de calidad internacionales por la intención del gobierno de acceder a la OCDE. Dicho sistema se encuentra conformado por:

1. Sistema Único de Habilitación
2. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud
3. Sistema Único de Acreditación
4. Sistema de información para la Calidad

El SOGCS es “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (16).

Su objetivo principal es mejorar la calidad de la atención enfocada en el usuario y velar para que los servicios presten una atención segura, humanizada y de calidad. Sus componentes están enfocados a evaluar y lograr el mejoramiento continuo a partir de la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad. Vale la pena resaltar que estos se encuentran en toda su organización transversalizados por la política nacional de seguridad del paciente. Este decreto se encuentra actualmente inmerso en el decreto 780 de 2016.

#### *4.3.1.1 Sistema único de habilitación*

Su principal objetivo es evitar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y las condiciones en los que estos se presten, mediante el cumplimiento obligatorio de los requisitos mínimos respecto a la capacidad técnico administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico – científica para todos los prestadores de servicios de salud. Se orienta a inspeccionar condiciones tangibles que generan riesgo para el paciente sin pretender estándares de alta calidad que creen barreras a los servicios de salud.

**Tabla 1.** Requisitos Sistema único de habilitación

<p><b>Capacidad Técnico Administrativa</b></p>	<p>- Deben asegurarse para que el servicio de salud presente el adecuado apoyo con lo referente a las condiciones propias de la institución. Abarca la representación legal, sistema contable y estados financieros.</p>
--	--

<b>Suficiencia Patrimonial y Financiera</b>	Garantizará que el prestador cuenta con unas condiciones mínimas que aseguran que el servicio no va a tener inconvenientes de orden financiero o patrimonial para poder estar adecuadamente soportado al momento brindarlo.
<b>Capacidad Técnico - Científica</b>	Hace referencia a los principales estándares esenciales evaluados en los prestadores de servicios de salud para habilitar su servicio. Estos son: infraestructura, Talento humano, Dotación, Medicamentos, Procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia

Elaboración a partir del ABC en Habilitación (15).

A su vez el cumplimiento de estos requisitos básicos, permitirá al prestador garantizar una atención segura y de calidad a sus usuarios y actualmente se encuentra normatizado en la resolución 3100 de 2019. Es importante resaltar que en el estándar de procesos prioritarios se exige a las instituciones contar con una política de seguridad del paciente y enfocar actividades hacia esta, promoviendo la cultura de la seguridad del paciente tanto en los trabajadores como en los usuarios.

#### *4.3.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud*

Son procesos de mejoramiento sistemáticos y continuos en el marco de unos estándares respectivos a su enfoque y superiores a los de habilitación, justificados en la calidad. Las diferentes metodologías para enfocar el PAMEC se relacionan entre sí, en cuanto todas apuntan a la mejora de resultados de la atención en salud centrados en el usuario.

Son obligatorios para las IPS, los enfocados en seguridad del paciente y sistemas de información en calidad son de libre elección, más sin embargo el de acreditación se hace obligatorio para los prestadores pertenecientes al sector público. Involucran el desarrollo de planes de evaluación, control y mejora de los procesos que la institución define como

prioritarios, constante comparación entre la calidad esperada definida y la calidad observada y la implantación de un ciclo de aprendizaje que genera el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

Cada plan de mejoramiento presenta una base normativa, el de seguridad del paciente se estructura gracias a la política de seguridad del paciente y los lineamientos técnicos de buenas prácticas en seguridad del paciente, el PAMEC en acreditación al manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia. Resolución 5095 de 2018 y el basados en sistemas de información en la resolución 0256 de 2016.

#### *4.3.1.3 Sistema Único De Acreditación*

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (Ministerio de la Protección Social, 2006).

La acreditación es un proceso regular de autoevaluación interna y de inspección externa de los planes y estrategias que velan por el mejoramiento de la calidad, con base a unos estándares conocidos con anterioridad por las instituciones que la buscan y que propenden a la excelencia en sus servicios de salud y afianzar las buenas prácticas.

Sus estándares se han diseñado para fomentar el mejoramiento continuo y entre ellos se encuentra como uno, la seguridad del paciente. Se busca garantizar que la política en seguridad del paciente de la institución se encuentre implementada y socializada y además de eso involucrar al paciente y sus allegados en su seguridad

#### *4.3.1.4 Sistema De La Información Para La Calidad*

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto promulgar disposiciones relacionadas con el Sistema de

Información para la Calidad, y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema, así mismo encaminar al usuario a familiarizarse con dicho sistema y hacerle participar en él. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El Sistema de Información para la Calidad está encaminado a estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, a través de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención. Para el reporte de la información El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. El sistema se encuentra regulado por la resolución 0256 la cual indica el proceso de cómo realizar el reporte de la información, y entre estos reportes se encuentra uno periódico de eventos adversos como indicadores fundamentales de calidad.

#### ***4.3.2 Lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente en Colombia***

En el 2008 bajo el marco Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y la influencia de la OMS y su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, El ministerio de la Protección Social establece la Política Nacional de Seguridad del Paciente y publica los lineamientos para la implementación de esta.

Su principal objetivo es mitigar o eliminar la ocurrencia de situaciones que puedan afectar la seguridad del paciente, potenciados por el aumento del nivel técnico-científico de los servicios de salud en el país y además por la complejidad del sistema de salud y sus potenciales riesgos en la atención si no se implementan adecuados controles en su planeación y desarrollo.



Para que un sistema de salud se considere seguro, requiere la socialización, participación e inmersión con responsabilidad de todos sus actores en una política que estandarice y promueva a nivel nacional la seguridad del paciente que ayude a establecer las barreras de seguridad necesarias a partir de la evaluación proactiva y permanente de los riesgos asociados a la atención.

A su vez la los lineamientos direccionan a los prestadores de servicios de salud compartiendo sus objetivos y principios orientadores, definen los principales conceptos de seguridad del paciente para la homogenización de términos, caracteriza el problema de ocurrencia de los eventos adversos y propone modelos y acciones institucionales e interinstitucionales en pro de la seguridad del paciente.

#### ***4.3.3 Guías técnicas “buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud”***

Creadas para impulsar la política de seguridad del paciente por la Unidad Sectorial de Normalización (USN) conformada por más de 290 profesionales de 111 instituciones del país en 2010, la seguridad del paciente se transforma en prioridad y los eventos adversos en alarmas de atenciones inseguras y en indicadores de calidad. Su objetivo es brindar a las instituciones un instructivo que reúne prácticas que promueven la seguridad del paciente basadas en la evidencia científica y recomendadas por expertos.

Esta herramienta presenta los paquetes instruccionales que complementan la auditoria para el mejoramiento de la calidad de los prestadores de servicios de salud proponiendo procesos institucionales seguros como la implantación de un programa de seguridad del paciente y el constante proceso formativo en este tema del personal en salud, entre otros. Además, propone procesos asistenciales que buscan garantizar una atención segura para los pacientes, incentivar esta cultura en los usuarios internos y también los externos de estos servicios y brinda herramientas como listas de chequeo y protocolos para prevenir complicaciones en la atención en salud (17).

En el mismo año el Ministerio de salud pública la versión 2.0 de estas guías técnicas, la cual presta una ayuda practica para la planeación e implementación de un programa de seguridad del paciente en el contexto de la política nacional, así mismo comparte experiencias exitosas internacionales de programas de seguridad del paciente.

## 5. Resultados

### 5.1 La Seguridad del Paciente en Servicios Odontológicos

La seguridad del paciente busca siempre disminuir los riesgos de generar daños en todos los servicios de salud, a partir de vasto campo de conocimientos, sistemas, protocolos y herramientas que buscan prestar un servicio más seguro. Los servicios odontológicos se encuentran directamente implicados en el desarrollo de la cultura y lineamientos de seguridad del paciente, pues su praxis está conformada por un gran número de procedimientos que generalmente implican la presencia de riesgos latentes, se encuentra un gran conjunto de estos que abarcan desde los riesgos de caídas en el establecimiento de la atención, tratamientos con materiales e instrumentos de dotación que requieren un constante control de calidad, procesos de identificación e información que pueden presentar fallas, profesionales sometidos a extensas jornadas de trabajo, manejo de fármacos y los procedimientos por si mismos que son sensibles a la técnica en los cuales pueden ocurrir en ocasiones eventos adversos.

La odontología como disciplina que implica la atención de personas se fundamenta con un código de ética y unos principios bioéticos, que se relacionan con las estrategias de seguridad del paciente, en que buscan no realizar el mal o un daño a quien se le presta la atención, por eso es imprescindible disminuir los riesgos en consulta y además pretender promover la humanización en la prestación de servicios de salud. Se puede decir que en la Odontología es indispensable prestar un servicio seguro y de calidad, pues la obligación ética es también es legal, gracias a la OMS se han generado políticas y lineamientos en seguridad del paciente que ayudan a reglamentar los sistemas de salud.

Uno de los principales objetivos de la seguridad del paciente es analizar los eventos adversos, posibles causas generadoras de atenciones inseguras y oportunidades de mejora, pues a partir del estudio de estas se generan procesos que buscan que no se repitan y se mejore. En los servicios odontológicos es de vital importancia para el

desarrollo de un fluido sistema de seguridad del paciente entenderlo con un carácter no punitivo, que esté en busca del castigo de los involucrados en el evento adverso, sino más bien como una cultura que comprende que de los errores se aprende y que este aprendizaje es parte fundamental de la seguridad del paciente. En países como España el Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico, recoge la información de eventos adversos de manera anónima y la documenta generando aprendizajes que se comparten para evitar que esos eventos adversos ocurran en otras instituciones.

Para Perea (18) en su artículo *Seguridad del paciente y Odontología*, los servicios odontológicos presentan unas particularidades respecto a otros servicios de salud. Generalmente los daños en los pacientes son de menor gravedad, aunque la posibilidad de un daño con mayor severidad no deja de existir y puede incrementar a medida que nuevos procedimientos y materiales aparezcan en el campo, como en especializaciones de la odontología como cirugía oral e implantología; Hay una gran cantidad de clínicas y consultorios odontológicos independientes, que no siempre interiorizan la cultura de Seguridad del Paciente y sus reportes de eventos adversos son manejados de manera interna, evitando generar un aprendizaje colectivo con base a su experiencia; En la mayoría de los casos los paciente son ambulatorios, lo cual presenta una relación directa con el riesgo, confirmando que a menor tiempo de exposición en el servicio de salud menor será la posibilidad de sufrir un evento adverso; la gran cantidad de servicios particulares que con una visión punitiva del evento adverso y además una mentalidad competitiva esconden sus errores para no generar una mala imagen desde lo comercial y por último el desconocimiento generalizado de la cultura de seguridad del paciente.

La calidad de la atención odontológica es transversalizada por la seguridad del paciente, pues es este último la razón de ser de dicho servicio, por eso es importante prever los riesgos y controlar sus factores implementando todas las estrategias con rigurosidad para prestar una atención segura y de calidad y transmitir esto al usuario fortaleciendo la relación con él y mejorando la imagen de la institución. Al mismo tiempo disminuir los eventos adversos generará un ahorro en costos y tiempo al evitar consultas extras para

resolverlos y además la cultura de seguridad de la paciente implementada de manera correcta en una institución odontológica contribuye con la disminución de posibles problemas legales, entendiendo como herramienta principal el consentimiento informado con el cual se le explica al paciente el procedimiento y sus riesgos. También la ocurrencia de un evento adverso presenta un daño para el profesional de la salud a quien le ocurre además del costo económico que puede llegar a ser importante también está el costo psicológico y emocional.

Apoiado en la definición de evento adverso de la OMS, para Calderon (19) no se puede descartar de la practica odontológica con relación a los eventos adversos los daños psicológicos y morales, pues es muy común encontrar pacientes con traumas por malas experiencias en servicios con atenciones inseguras o dolorosas que marcan sus percepciones.

Para la seguridad del paciente odontológico pueden aplicarse los siete pasos propuestos por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente y el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido, con el fin de identificar las situaciones que ponen a los pacientes en riesgo de sufrir eventos adversos. El primer paso consiste en construir una cultura de la seguridad, donde el personal sea capaz de reconocer sus errores, admitirlos, hablar sobre estos con su equipo y aprender de los mismos, *“la seguridad del paciente debe ser parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar”* (20) El segundo paso es el liderazgo del equipo de personas, donde el líder puede delegar funciones que integren su equipo, fomentar la comunicación interpersonal y de los eventos adversos, involucrar los procesos, al personal, a los pacientes y familiares. El tercer paso se relaciona con las tareas de gestión de riesgo clínico y no clínico y su interacción. El cuarto es promover que se informe, el personal debe estar en condiciones de dar cuenta de los sucesos y eventos adversos de forma clara y precisa, siendo conscientes de los beneficios que el informe aporta a la seguridad del paciente al facilitar que se identifiquen en las diferentes situaciones las causas probables y puedan tomarse medidas de prevención y solución ante el hecho. El quinto paso es involucrar y comunicarse con pacientes y público para motivar e incluir en el desarrollo de servicios

más seguros y su propio cuidado a los pacientes y sus familiares. El sexto paso es aprender y compartir lecciones de seguridad que permitan buscar soluciones y analizar los eventos ocurridos, este paso es complementado con el séptimo, implementar soluciones para prevenir daños, donde se deben identificar los cambios, diseñar los planes necesarios demostrando que el cambio puede marcar la diferencia (20). Un cambio importante para ejemplificar este último paso, es el desarrollo de la Lista de Chequeo de la OMS para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico, demostrando su efectividad en la disminución de los eventos adversos y evitando la variación de procedimientos que puedan alertar al equipo quirúrgico sobre el incremento de riesgos en una cirugía determinada, estos procedimientos quirúrgicos también se llevan a cabo en consultorios odontológicos especializados, para los cuales se puede adaptar esta herramienta y fortalecer así la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos.

En Colombia se despliegan a través de la normativa para todos los prestadores de servicios de salud, unas buenas prácticas en seguridad del paciente que son de obligatorio cumplimiento e impactan en la calidad, pues todos los servicios odontológicos de los cuales una considerable cantidad son independientes y prestan servicios particulares, tienen que cumplir con los estándares de habilitación los cuales establecen unos requerimientos básicos para prestar una atención y garantizar que sea segura. Entre estos últimos es muy clara la presencia para cada prestador de un programa de seguridad del paciente que permita reportar los eventos adversos, analizarlos, generar un aprendizaje y evitar que vuelvan a ocurrir.

Para que la seguridad del paciente sea una estrategia exitosa es necesario que los profesionales en odontología estén familiarizados con esta, gracias al estudio a nivel local de Calle en 2017 (21), se logra evidenciar que un poco más de la mitad de los profesionales en odontología están contextualizados con esta, también que la mitad de ellos realiza el reporte de eventos adversos y su respectivo análisis y que una cuarta parte de los encuestados no tiene una buena percepción de la seguridad del paciente y que esta percepción mejora en los profesionales que han sido educados en la materia y quienes son conscientes de los estándares de calidad abordados por la normatividad, las

cifras del estudio muestran que se presentan dificultades con la acogida de la cultura de seguridad del paciente por parte de los odontólogos pero a su vez plantea un precedente que permite mejorar las estrategias para llegar a estos.

## **5.2 Eventos Adversos en Odontología.**

Los servicios odontológicos están acompañados de diferentes tipos de riesgos, pues están vinculados a materiales e instrumentos, contacto con saliva y sangre de los pacientes, capacidad del profesional entre otros factores que los pueden desencadenar y los errores pueden ser más frecuentes de lo que se reportan, en el marco de la seguridad del paciente han comenzado a desarrollarse estrategias y estudios para disminuirlos y evitarlos en odontología, pues estos son considerados como daños innecesarios producto del tratamiento odontológico. Los reportes de eventos adversos en la odontología están acondicionados por las particularidades derivadas de estos servicios mencionadas anteriormente, además no se encuentran instituciones o normativas que ejerzan de manera rigurosa una veeduría sobre su notificación, sistemas o estrategias propias para el análisis de eventos adversos que ayuden minimizar errores y accidentes y menos un formato estandarizado que permita el reporte tipificado de los EA en odontología con un énfasis regular y de calidad que fomente el aprendizaje y mejoramiento.

Durante en proceso de inmersión de los servicios odontológicos a la cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos se han publicado diferentes estudios a nivel internacional y nacional que dejan claro que no hay un sistema propio para los eventos adversos odontológicos y que en cada uno de estos se adaptan herramientas para su reporte y su análisis.

En 2013 Hiivala (22) en Finlandia publica los resultados de un estudio basado en una encuesta virtual en la cual, los dentistas fineses de manera anónima reportaban los incidentes en seguridad del paciente tanto los eventos adversos (generó daño) como los cuasi-accidentes (incidente que no causó daño o se evitó este).

Con el objetivo de determinar el origen y áreas de mayor incidencia clasificaron los incidentes en seguridad del paciente según su origen por: 1 diagnósticos; 2 tratamiento dental; 3 equipos, dispositivos y suministros dentales; 4 control de infecciones; 5 medicación; 6 comunicación; 7 el entorno físico; y 8 otros incidentes y utilizaron la definición de evento adverso de Seiden y Barach (23) de eventos adversos en el lado incorrecto / lugar incorrecto, el procedimiento incorrecto y el paciente incorrecto. Se recolectaron 872 reportes, la mayoría de incidentes en seguridad del paciente se originaron en el tratamiento dental principalmente en extracciones dentales, endodoncia y anestesia local. Además, en segundo lugar, se ubicaron los relacionados con equipos, dispositivos y suministros dentales encabezados por la fractura de instrumentos. En la siguiente tabla se presentan los datos más relevantes de este estudio:

**Tabla 2.** Eventos Adversos Odontológicos, *Patient safety incidents reported by Finnish dentists (23).*

<b>Clasificación en EA o Cuasi-accidentes</b>	Eventos adversos 461 (53%)	Cuasi-accidentes 395 (45%)	Sin clasificar 17 (2%)
<b>Clasificación según origen del servicio</b>	EA Práctica clínica 232 (49%)	Cuasi-accidentes Práctica clínica 170 (41%)	EA Equipos, dispositivos y suministro dentales 135 (30%)

Se resalta la labor que emprendió en España el Observatorio Español de Seguridad del paciente Odontológico (OESPO) quienes han desarrollado múltiples estudios que resaltan la importancia de los eventos adversos en odontología, los cuales son muy importantes conocer para poder estudiarlos y proponer estrategias para prevenirlos o mitigar sus consecuencias.



Con el fin de clasificar según el tipo y origen los eventos adversos más frecuentes, en el 2014 el OESPO publicó el análisis de 415 eventos adversos en servicios odontológicos de España. Encontraron que la mayoría de eventos son errores (fallo en la planeación, realización y seguimiento en el tratamiento por falta de capacidad del profesional.) principalmente relacionados con fallas en la técnica ejecutada, el diagnóstico y planificación del tratamiento, además las complicaciones (Resultado inesperado de un tratamiento en servicios de salud, que surge durante la atención independiente del ambiente en el que se preste.) imprevistas en el acto profesional acaparan un porcentaje importante en el tipo de eventos; respecto a las áreas y especialidades específicas de la odontología hallaron que los eventos adversos son más comunes en Implantología Oral, Endodoncia y Cirugía oral, asimismo que entre las principales secuelas están la pérdida dentaria, lesión al nervio dentario inferior y la pérdida de hueso alveolar y llama la atención el reporte de muertes con 11 casos, de daños en el globo ocular con 5 y daños hepáticos por contagio de hepatitis en consulta con 2, también que los autores consideran más del 60% de los eventos como prevenibles(24). En la siguiente tabla se presentan los datos más importantes de este estudio.

**Tabla 3.** Eventos Adversos Odontológicos, *Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010*(24).

<b>Clasificación de EA</b>	Error 166 (40%)	Complicación 166 (40%)	Accidente 83 (20%)
<b>Clasificación por área de Odontología</b>	Implantología 106 (25,54%)	Endodoncia 86 (20,72%)	Cirugía Oral 84 (20,24%)
<b>Secuela</b>	Pérdida dentaria 122 (29,4%)	Ninguna 81 (19,5%)	Daño en el nervio dentario inferior 56 (13,5%)

En 2015 en *The Journal of the Dental Association* Enihomo M. y Rachel B. publicaron una revisión sistemática de reportes de eventos adversos odontológicos en más de 40 años (12). Encontraron 270 casos reportados la mayoría en América y Europa. Presentan una clasificación de grado de daño del evento adverso muy completa que comprende la gravedad del daño (mínimo o alto), temporalidad (temporal o permanente) y grado de intervención del procedimiento (mínima o significativa) Ver anexo 1. También presentan resultados clasificando los eventos por tipo de daño con una tabla bastante ilustrativa Ver anexo 2. El grado de daño más encontrado era el F daño temporal con traslado a sala de emergencias u hospitalización, se resalta el reporte de 30 (11,1%) casos en los que los pacientes perdieron la vida, los tipos de eventos adversos más comunes fueron principalmente fallas en el diagnóstico, complicaciones relacionadas al procedimiento y reacciones alérgicas.

**Tabla 4.** Eventos Adversos Odontológicos, *Lessons learned from dental patient safety case reports* (12).

<b>Clasificación de EA</b>	Retraso del tratamiento apropiado / progresión de la enfermedad y / o tratamiento innecesario asociado con un diagnóstico erróneo  62 (23%)	Otras complicaciones sistémicas que incluyen reacciones adversas al dispositivo / material / procedimiento dental  57 (21.1%)	Reacciones de alergia / hipersensibilidad  29 (10.7%)
<b>Grado de daño</b>	F 65 (24.1%)	G4 41 (15,2%)	E4 38 (14,1%)

También en Estados Unidos en 2017 Kalenderian y cols. (11) revisaron 958 gráficos de los 101 fueron considerados como eventos adversos por el criterio de los expertos, clasificaron los eventos adversos odontológicos en 12 categorías adaptadas según las particularidades del servicio en : Dolor, Infección, Daño en tejido duro, Lesión nerviosa, Daño en tejido blando, otros daños orofaciales, Alergia toxicidad o respuesta a cuerpo extraño, aspiración o ingestión de cuerpo extraño, sitio incorrecto paciente incorrecto o procedimiento incorrecto, sangrado, otro daño sistémico, otro daño. Es muy importante resaltar que el término de complicación es reemplazado por daño. También logran establecer 7 categorías según la gravedad del evento adverso odontológico 1 E1: Daño mínimo y reversible, 2 E2 Daño moderado o grave reversible, 3 F: Daño al paciente que requiere hospitalización, 4 G1: Daño permanente mínimo, G2 Daño permanente de moderado a grave, H: intervención necesaria para mantener la vida e I: Muerte del paciente

Tras las clasificaciones definidas, encontraron que el dolor y las infecciones abarcaban más de una tercera parte de los eventos adversos analizados y que los daños temporales de moderados a severos representan el mayor porcentaje de secuelas en los pacientes

**Tabla 5.** Eventos Adversos Odontológicos, *Classifying Adverse Events in the Dental Office* (11).

<b>Clasificación de EA</b>	Dolor 56 (55%)	Infección 17 (17%)	Daño tejido Duro 12 (12%)
<b>Grado de daño</b>	Daño temporal moderado a severo 89	Daño moderado a severo permanente 10	Daño permanente mínimo 1

En Colombia se ha desarrollado pocos estudios que han permitido cuantificar los eventos adversos en odontología, pero se puede resaltar el esfuerzo de entes territoriales en salud, universidades e IPS que recolectan esta valiosa información. En 2015 se encontró que la mayoría de eventos adversos ocurrían en los servicios de endodoncia ( 25), en 2017 una importante institución de educación superior publicó el análisis de los eventos adversos en su escuela de odontología entre los años 2010 y 2012, obtenidos a través de las denuncias reportadas al director de dicha escuela, las cuales eran equivalentes al 0,26% del total de consultas en esos dos años, de estos la gran mayoría era prevenibles y la mayoría de estos ocurrieron en la clínica de posgrado de rehabilitación oral donde un importante número de eventos adversos se asociaron con el manejo clínico de tratamientos protésicos. (26)

Entes territoriales como la Secretaría de Salud de Medellín en el marco de su política de Salud Bucal y el mejoramiento continua publicaron el Análisis de la Situación de Salud Bucal de la ciudad en el año 2018, recolectaron la información suministrada por las EAPB de la ciudad y encontraron 553 reportes los cuales al ser filtrados por un grupo de expertos 336 fueron categorizados como eventos adversos de los cuales 295 se clasificaron como prevenibles y de estos 67 casos fueron fracturas radiculares, 38 casos fueron perforaciones radiculares y 31 casos infecciones asociadas a la atención (27)

### **5.3 Estrategias para la gestión de ocurrencia y causalidad de eventos adversos.**

La seguridad del paciente siempre estará relacionada con la ocurrencia de eventos adversos, en los servicios de salud ambulatorios como los son los odontológicos, es imprescindible instaurar un sistema de notificaciones de eventos adversos que permita el reporte, clasificación y análisis de estos, fortalecido por la capacitación y familiarización en dicha temática. La mayoría de estudios clasifican una llamativa cantidad de eventos adversos en odontología como prevenibles y también hacen referencia a los incidentes, lo cual hace un llamado a realizar un análisis detallado y riguroso que permita identificar que fallas dieron origen a estos acontecimientos y desarrollar e implementar barreras protectoras que permitan brindar una atención segura y de calidad que busque la

disminución o eliminación de riesgos en el momento de la consulta y evitar daños mayores.

Los servicios de salud ante los eventos adversos, se orientan al error cometido por la persona y no a mejorar aspectos institucionales que pueden en cuestión de tiempo hacer que otra persona se enfrente al mismo error. Es fundamental estudiar los eventos adversos y a partir de ellos generar aprendizajes que fomenten el mejoramiento continuo.

Impulsados por la SP han adaptado herramientas de otros campos que permiten analizar la causalidad de los eventos adversos, como los son:

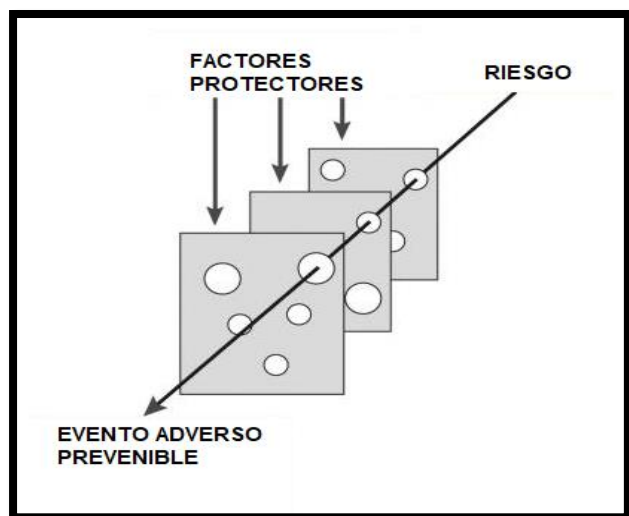
### **5.3.1 “Queso Suizo”**

Este es un modelo explicativo básico propuesto por James Reason en 1995 que permite el análisis de la multicausalidad de un evento adverso, pues cuando este se presenta es el resultado de una suma de fallas en diferentes procesos los cuales involucran sus barreras protectoras y los riesgos que presentan. En este modelo el evento adverso es originado gracias a la alineación de errores en un proceso determinado que generan una brecha en las medidas de seguridad, los cuales no logran ser prevenidos por los diferentes agentes involucrados.

En este caso las láminas de queso representan las barreras que ayudan a prevenir los eventos adversos y disminuir los riesgos, y los agujeros de estas representan los errores o fallas activas y latentes las cuales al momento de alinearse simultáneamente materializan el evento adverso.

Es innegable el error humano, pero deben de sumarse a estas las fallas latentes, las cuales también están presentes. La primera o fallas activas se relacionan más con acciones inseguras que de manera directa generan un daño en el paciente por parte del profesional tratante, por su lado las fallas latentes o estructurales son el reflejo de decisiones direccionales y control administrativo como resultado de procesos que buscan

más rentabilidad y descuidan la atención segura, humanizada y de calidad, el daño que estas generan no se nota de inmediato, pero puede ocasionar que se continúe repitiendo. Para Martínez (28) las condiciones latentes según el queso suizo son: Errores en la realización de procesos, Fallas en la documentación y comunicación, falta de recursos, insuficiencia en la formación, deficiencias en Infraestructura y la ausencia de un seguimiento y medición de procesos a partir de indicadores que generen alertas. Estos aspectos deben ser reforzados para inactivar la secuencia de errores y evitar así el evento adverso.



**Figura 1. Queso Suizo**

Aunque puede resultar evidente identificar las causas del evento adverso, este modelo permite analizar desde una perspectiva más amplia los factores que originaron este y hacer un llamado de atención a dejar atrás los modelos punitivos de manejo de fallas clínicas y pasar a modelos educativos institucionales que fortalezcan al seguridad del paciente en los procesos que componen estas, pues reemplazar al profesional no solucionará de manera permanente el error, pero entender la multicausalidad de este y realizar acciones mejoradoras en todos los frentes permitirá evitar que estos se repitan

### **5.3.2 Protocolo de Londres**

El objetivo de este modelo es permitir el análisis de la causalidad de los eventos adversos clínicos, lo cual trae consigo no detenerse con la señalización de un culpable o la identificación de una falla, si no ir más allá de esto, pues es un proceso sistemático y organizado que utiliza las concepciones de expertos para investigar, analizar y dar sugerencias respecto a las fallas clínicas.

Este protocolo está basado en el modelo organizacional de Reason (ver anexo 3), donde las decisiones que se toman a nivel gerencial se transmiten de manera descendente en la estructura organizacional y se manifiestan en el momento de la atención ocasionando condiciones que pueden generar una atención insegura, por esto es importante la concepción de barreras de seguridad que no permitan que las fallas se presenten, pueden encontrarse barreras físicas como elementos de protección personal, administrativas como la auditoría y capacitación, protocolarias como listas de chequeo y tecnológicas como equipos y sistemas más avanzados.(29)

Al realizar la investigación del evento adverso, lo primero es identificar que barreras fallaron (administrativas, humanas, estructurales, naturales), posteriormente se deben revisar las fallas activas o acciones inseguras por parte del profesional implicado (errores, omisiones, violaciones consientes, todo lo enfocado en la acción humana). El siguiente paso es examinar las condiciones que pueden incrementar el riesgo de un daño en el momento de la consulta, enmarcadas en el contexto institucional y las circunstancias bajo las cuales sucedió el evento adverso, también conocida como factores contributivos, tales como el ambiente laboral, fallas en la comunicación, fatiga del profesional por largas jornadas, desajuste en los equipos y demás condiciones que promueven la atención insegura al margen de los actores pasivos y fallas latentes.

### **5.3.3 Análisis Causa Raíz**

Este modelo evita que los eventos adversos se repitan gracias al reconocimiento de sus causas de manera retrospectiva, que permite la elaboración de barreras protectoras en

el servicio en pro de la seguridad del paciente. Consiste en la revisión de tallado de los sucesos de manera cronológica que produjeron el evento adverso. (30)

El éxito depende de la información recopilada pues es esta la base del análisis y su calidad garantizará un resultado de calidad, es muy importante utilizar referentes, estos antecedentes permitirán analizar de mejor manera el evento investigado.

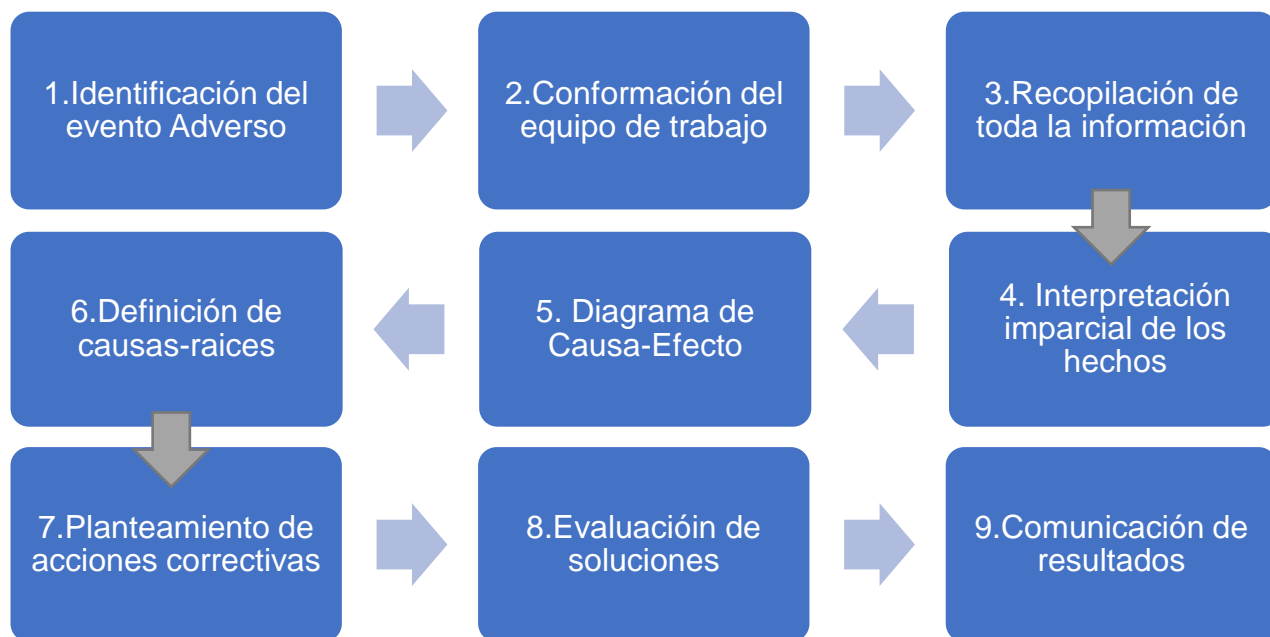
**Primer paso.** Identificación del evento adverso. **Segundo paso.** Conformación de los equipos de trabajo: se recomienda que sea un equipo de personal interno que conozca el tema y que representen diferentes niveles organizacionales de la institución, de ser necesario lo pueden conformar expertos externos a la institución. **Tercer paso.** Recopilación de toda la información posible asociada al suceso por medio de entrevistas a los actores involucrados, revisión de documentación y chequeo de protocolos, luego se debe ordenar de manera cronológica de tal modo que permita realizar el análisis, para este paso se recomienda utilizar herramientas como esquemas o diagramas de flujo. **Cuarto paso:** Se debe realizar una interpretación imparcial y realista de los hechos para lo cual se recomiendan las siguientes preguntas (31):

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Cómo ocurrió?
3. ¿En qué lugar ocurrió?
4. ¿Qué condiciones lo potenciaron?
5. ¿Qué barreras de protección pudieron ayudar a evitarlo?
6. ¿Cuál es el impacto del evento adverso?

**Quinto paso:** Diagrama Causa Efecto, este permite el análisis de las causas que ocasionaron el evento adverso, relacionando de manera esquematizada estas con las causas que les preceden, el error del profesional es originado por varias causas y a su vez estas se presentan por otras causas. **Sexto paso:** Definición de causas-raíces: estas son principalmente las de origen humano que directamente generaron el daño en el paciente, pueden ser físicas relacionadas con fallas en los equipos, insumos y dotación o latentes que son las que se agrupan en el esquema organizativo del servicio. **Séptimo paso:** Planteamiento de acciones correctivas, que ayudaran de manera integral a



prevenir la repetición del evento adverso. **Octavo paso:** Evaluación de soluciones analizando aspectos como volumen, costo, riesgo y beneficio. **Noveno paso.** Comunicación de resultados.



**Figura 2.** Análisis Causas-Raíz

Fuente: Análisis de causa raíz. técnicas y relación con los sistemas de gestión y las no conformidades (31).

### **5.3.4 Análisis Modal de Fallos - Efecto (AMFE)**

Este modelo permite el análisis de forma prospectiva de los riesgos que pueden generar eventos adversos, por esto es una herramienta metódica que puede generar información y estrategias fundamentales para reducir los riesgos en procedimientos clínicos. Este método estructurado posibilita calcular los potenciales fallos y sus efectos, desarrollar barreras protectoras en los procesos donde se concentran más riesgos y promover los servicios seguros.

Para desarrollar este análisis el **primer paso**. Identificación del evento adverso o selección del tema que se desea revisar y sobre el cual se desean crear barreras protectoras. **Segundo paso**. Conformación de los equipos de trabajo: Debe ser un equipo con experiencia en el tema conformado por los expertos, un facilitador y un coordinador **Tercer paso**. Diagramar las fases del proceso a investigar permitiendo obtener propuestas de barreras protectoras según sus fases específicas. **Cuarto paso**. Clarificar las prestaciones o funciones del servicio.

- a. Determinar los modos de fallo: permite establecer los posibles errores que pueden aparecer en el proceso durante su ejecución. Incluye los fallos más probables y que generen un mayor daño.
- b. Determinar las causas potenciales de fallos: por cada fallo se deben considerar todas las posibles causas.
- c. Determinar los efectos potenciales del fallo: todo fallo tiene un efecto que puede ir desde un daño en el paciente hasta una mala experiencia en el servicio.

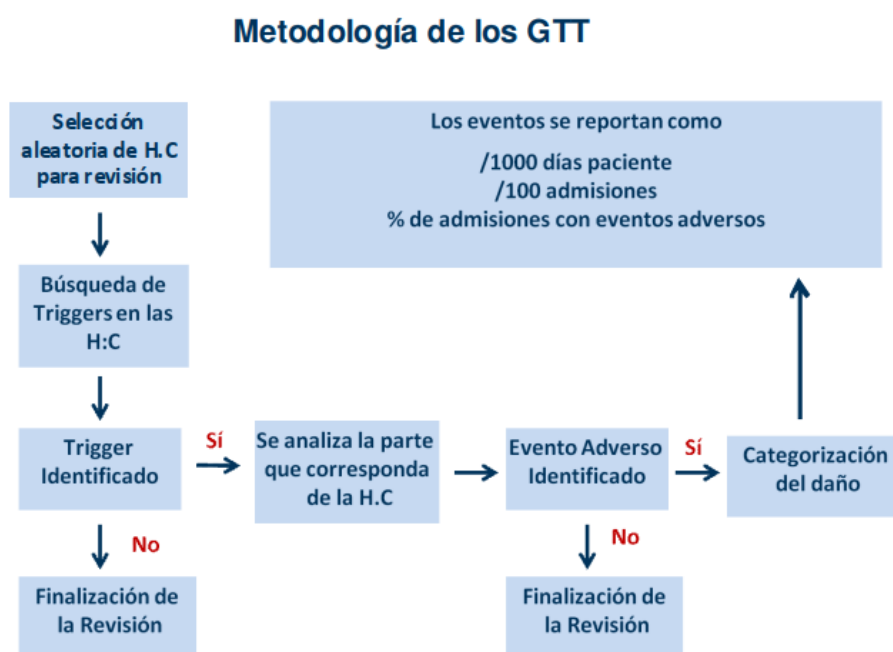
**Quinto paso**. Identificación de barreras protectoras en el servicio. **Sexto paso**. Determinar índices de fallo para así priorizarlo, para esto se utilizan matrices de priorización que permitan puntuar los riesgos para saber en cuales se debe hacer un mayor énfasis en evitar. **Séptimo paso**. Por último, se seleccionan las acciones para eliminar o disminuir los riesgos (32)

#### **5.3.4 “Trigger Tools”**

Esta es una herramienta para la detección de eventos adversos, caracterizada por el concepto *trigger* que en español hace referencia a “gatillo”, “desencadenante”, “pista” o “indicio”. Consiste en una metodología retrospectiva de revisión de historias clínicas elegidas aleatoriamente propuesta por Jick en 1974 y que en 1999 fue adoptada por el *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) , quienes en 2003 la convierten en una ayuda global para los servicios de salud. (33)

El *trigger tools* ha sido adaptado e implementado en los servicios odontológicos, donde puede llegar a ser una herramienta de gran interés y potencial, pues permite el análisis de eventos adversos gracias a la identificación de “pistas” o de la revisión retrospectiva

de historias clínicas, lo que permitiría superar la barrera de la poca frecuencia de reporte de EA en estos servicios. Un Estudio publicado en *The Journal of the American Dental Association* en 2013 (34) y otro desarrollado en Brazil en 2017 (35) han presentado el uso de dicha herramienta en servicios dentales, gracias a su implementación han encontrado un importante porcentaje de eventos adversos gracias a la revisión de historias clínicas y también proponen como “triggers” para la identificación de eventos adversos los siguientes acontecimientos: Visitas múltiples, drenajes de abscesos, necesidad de retratamiento, cambio imprevisto el plan de tratamiento, entre otros que pueden ser clasificados como EA simultáneamente como complicaciones durante la consulta, infecciones resultado del tratamiento dental,



**Figura 3.** Metodología del *Trigger Tools*

Fuente: Qué es el *Global Trigger Tools*? (33)

## 6. Conclusiones

La seguridad del paciente siempre se encargará de disminuir la posibilidad de que se presenten eventos adversos en los servicios de salud, entre ellos los servicios odontológicos, los cuales presentan una gran cantidad de riesgos en el momento de ser prestados. La cultura en seguridad del paciente no ha sido adoptada por el personal odontológico en su totalidad, pero a medida que se van desarrollando estudios y se implementan políticas, se evidencia la contribución de estas en la calidad de los servicios, el interés por la misma incrementa de manera exponencial.

La gran cantidad de eventos adversos que pueden ocurrir en los servicios odontológicos, han permitido que a nivel mundial se desarrollen múltiples maneras de clasificarlos, todas estas adaptadas al contexto local, han permitido cuantificar cuáles son los orígenes de estos errores, cuáles son las especialidades odontológicas donde más se presentan y cuáles de ellos son los que más se presentan, las secuelas más frecuentes, entre otros. Datos de vital importancia para el desarrollo de medidas protectoras en estos servicios.

Quienes han impulsado la cultura de la seguridad del paciente, han adaptado herramientas de control de riesgos de otras áreas como la industrial o la aviación, y las han implementado en servicios de salud. Estas han permitido la investigación y el análisis retrospectivo de los eventos adversos ocurridos y también poder determinar todas sus posibles causas y así generar barreras protectoras que mitiguen en su totalidad o de manera parcial el riesgo latente. También se han desarrollado herramientas que permiten de manera prospectiva analizar todos los posibles riesgos de los servicios odontológicos tratando de prevenir todo evento adverso sin que este ocurra.

Conocido esto, la seguridad del paciente se convierte en un importante eje en los servicios odontológicos en aras de brindar atención de calidad en los mismos. El camino que falta por recorrer es largo y la implementación rigurosa de las medidas que potencien la cultura en seguridad del paciente aún necesitan mayor recepción por parte de los

profesionales de este campo, sería fundamental una clasificación única de los eventos adversos odontológicos que permita la comunicación de estos de manera estandarizada, mayor educación en el personal para la identificación y en especial el reporte de dichos sucesos, cambiar la visión punitiva generada por la ocurrencia de estos errores y tomarla como una experiencia de aprendizaje y por último se recomienda un formato que de manera ágil permita el reporte de los eventos adversos y posteriormente un análisis de ellos utilizando herramientas de gestión para desarrollar medidas preventivas que puedan ser socializadas.

## Bibliografía

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR LA. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patientsThe New England journal of medicine. [Internet]. 1991. p. 210. [cited 2021 march 13 ]. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743811/?tool=pmcentrez&report=abstract>
2. Bates DW, Hardeep S. Two decades since to err is human: An assessment of progress and emerging priorities in patient safety. Health Affairs [Internet]. 2018. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2018.0738>
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Internet]. 2019. from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementacion de la política de seguridad del paciente. [Internet]. 2008. Available from : [http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos seguridad paciente.pdf](http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos_seguridad_paciente.pdf)
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 3100 de 2019. Colombia. [Internet]. 2019. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
6. Jha AK. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation. [Internet]. 2018 Available from: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>
7. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD . [Internet]. 2018 Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. 2010 Available from: [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

9. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Internet]. 2008 Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
10. Organización mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. [Internet]. 2009 Available from: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
11. Kalenderian E, Obadan-Udoh E, Maramaldi P, et al. Classifying Adverse Events in the Dental Office [published online ahead of print, 2017 Jun 30]. *J Patient Saf.* 2017;10.1097/PTS.0000000000000407. doi:10.1097/PTS.0000000000000407
12. Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(5):318-26.e2. doi:10.1016/j.adaj.2015.01.003
13. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Internet]. 2010 Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet]. 2010 Available from: [paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf](http://paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf)
15. Ministerio de la Protección Social. ABC en habilitación. [Internet]. 2014 Available from: <https://studylib.es/doc/5115037/abc-habilitacion-prestadores---ministerio-de-salud-y-prot>.
16. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006." Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud". April 2006
17. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" 2010
18. Perea BP. Seguridad del Paciente y Odontología. *Cient. dent.*, Vol. 8, Núm. 1, Abril 2011. Págs. 9-15. [Internet]. 2010 Available from: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/29072014.2.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/29072014.2.pdf)
19. Calderón JM. La seguridad del paciente en odontología, un punto de vista bioético. *Revista CONAMED*, vol. 19, suplemento 2014, pags. 24-28. [Internet]. 2010

Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2014/cons141f.pdf>

20. Agencia Nacional para Seguridad del paciente, Sistema Nacional de Salud Reino Unido. La Seguridad del Paciente en siete pasos. 2005. [Internet]. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops\\_sc\\_sp5.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_sc_sp5.pdf)
21. Calle NH, Hernandez CP. conocimientos de los odontólogos independientes sobre seguridad del paciente y reporte de eventos adversos. Medellín, Colombia, 2017. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2018; 29 (2): 362-382 [Internet]. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/328717/20788292>
22. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. Acta Odontol Scand. 2013 Nov;71(6):1370-7. doi: 10.3109/00016357.2013.764005. Epub 2013 Jan 28. PMID: 23351166.
23. Seiden SC, Barach P. Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events: Are They Preventable? *Arch Surg*. 2006;141(9):931–939. doi:10.1001/archsurg.141.9.931
24. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(5):e500-e505. Published 2014 Sep 1. doi:10.4317/medoral.19601
25. Salcedo JD, Vila LA. Revisión sistemática de eventos adversos en el servicio de odontología. April 2015. Revista colombiana de investigación en odontología. 5(14):116 DOI:10.25063/21457735.180
26. Huertas MF, Gonzalez J, Camacho S, Sarralde AL, Rodríguez A. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia. Análisis de los eventos adversos reportados a Dirección de Clínicas en una Facultad de Odontología de Bogotá-Colombia. *Acta Odontol Latinoam*. 2017;30(1):19-25.
27. Alcaldía de Medellín. Profundización del análisis de la situación de salud bucal, Medellín 2005-2018. 2020. Pags 21-23.



28. Martinez AU. Gestión sistemática del error: El enfoque del queso suizo en las auditorías. Rev de LATU. Núm. 4 ene-dic (2012) [Internet]. Available from: <https://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEC-Gestion/article/view/164>
29. Luengas SA. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. 2009. Centro de gestión hospitalaria. Numero 48 Julio de 2009. [Internet]. Available from: <https://oes.org.co/download/seguridad-del-paciente-conceptos-y-analisis-de-eventos-adversos/>
30. Rivera-Mendoza Fernando, Acevedo-Atala Claudia, Perea-Pérez Bernardo, Labajo-González Elena, Fonseca Gabriel M. Análisis Causa-Raíz Sobre Evento Adverso Producido en la Clínica Odontológica Docente Asistencial, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Chile. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Jul 20] ; 11( 2 ): 207-216. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718381X2017000200014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2017000200014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000200014>.
31. Poveda JC, Guardiola MA. Análisis de causa raíz. técnicas y relación con los sistemas de gestión y las no conformidades. 8(2), pp. 84-97. doi: <http://dx.doi.org/10.17993/3ctecno/2019.v8n2e30.84-97>
32. Astier MP, Maderuelo JA, Jimenez MT. Análisis proactivo del riesgo: el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Revista electrónica en Atención Primaria. [Internet]. Available from: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2010m10n18/rceap\\_a2010m10n18a7.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a7.pdf)
33. Vitolo F. Identificación de eventos adversos: Qué es el Global Trigger Tools? Biblioteca virtual Noble. July 2015 [Internet]. Available from: <https://www.nobleseguros.com/sitio/2020/03/04/identificacion-de-eventos-adversos-global-trigger-tool/>
34. Kalenderian E, Walji MF, Tavares A, Ramoni RB. An adverse event trigger tool in dentistry: a new methodology for measuring harm in the dental office. *J Am Dent Assoc.* 2013;144(7):808-814. doi:10.14219/jada.archive.2013.0191
35. Corrêa CDTSO, Mendes W. Proposal of a trigger tool to assess adverse events in dental care. Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos em

odontologia. *Cad Saude Publica*. 2017;33(11):e00053217. Published 2017 Nov 21. doi:10.1590/0102-311X00053217

## ANEXOS

### Anexo 1. Tipos de eventos adversos

Tipo de daño	Ejemplo de daño al paciente
Retraso del tratamiento apropiado / progresión de la enfermedad y / o tratamiento innecesario asociado con un diagnóstico erróneo	El síndrome de Melkersson-Rosenthal se diagnostica erróneamente como angioedema y absceso dental que resulta en múltiples extracciones dentales.
Otras complicaciones sistémicas que incluyen reacciones adversas al dispositivo / material / procedimiento dental	Hematoma intracerebral después de la extracción de un diente
Reacciones de alergia / hipersensibilidad	Alergia al látex (paquete de radiografía de aleta de mordida, dique de goma, copa de profilaxis)
Infección sistémica	Absceso cerebral después de un procedimiento dental.
Lesión / inflamación de tejidos blandos	Inyección accidental de formalina en tejidos blandos en lugar de anestésico local
Aspiración de cuerpo extraño	Aspiración de boca de goma
Daño o lesión nerviosa	Parestesia de la región infraorbitaria
Daño de tejido duro	Perforación de la raíz durante el tratamiento de endodoncia
Angustia / trastorno psicológico	Anorexia nerviosa inducida por un tratamiento de ortodoncia doloroso
Toxicidad / sobredosis de drogas	Inyección de adrenalina 1: 1000 frente a 1: 100.000
Infección orofacial	Fascitis necrosante de la región infraorbitaria
Hemostasia deficiente / hemorragia prolongada	Después de la extracción de un diente traumático en un paciente hemofílico
Ingestión de cuerpo extraño	Ingestión de lima endodóntica
Otras complicaciones orofaciales	Desgarro de ligamentos suspensorios en temporomandibular después de una manipulación digital excesiva del mentón por parte del dentista
Retención de objeto (s) extraño (s) con secuela (e)	Rotura de la fresa quirúrgica y retención dentro del hueso

Fuente: Lessons learned from dental patient safety case reports (12).

**Anexo 2.** Clasificación de eventos adversos según el grado de lesión.

E1 (Daño mínimo temporal con intervención mínima)
E2 (Daño mínimo temporal con intervención significativa)
E3 (Daño significativo temporal con intervención mínima)
E4 (Daño significativo temporal con intervención significativa)
F (Daño temporal con traslado a la sala de emergencias / hospitalización)
G1 (daño mínimo permanente con intervención mínima)
G2 (daño mínimo permanente con intervención significativa)
G3 (Daño significativo permanente con intervención mínima)
G4 (Daño significativo permanente con intervención significativa)
H (intervención necesaria para mantener la vida)
I (muerte del paciente)

Fuente: Lessons learned from dental patient safety case reports (12).