



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

## **DISEÑO DE PROTOCOLO DE EVENTOS ADVERSOS PARA LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD FINIS TERRAE**

JOSE FELIPE GIGOUX LOPEZ

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad Finis Terrae,  
para optar al título de Cirujano Dentista.

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera

Tutor: Dr. Juan Carlos Caro Cassali

Santiago, Chile

2014

A la memoria de Matías García Huidobro P.  
(Q.E.P.D.)

## RESUMEN

**Antecedentes:** La seguridad del paciente es fundamental en la atención de salud, constituye una actividad compleja donde se conjugan aspectos propios de las acciones humanas<sup>1</sup>. Los Eventos Adversos (EA) se insertan en una serie de hechos, generalmente precedidos de errores de atención. La existencia de medidas preventivas conocidas hace que tengan importancia para desencadenar acciones preventivas.<sup>2</sup>

**Objetivo:** Diseñar un protocolo de vigilancia de EA para la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.

**Metodología:** Estudio transversal en una muestra no probabilística de odontólogos para la selección de los EA más prevalentes en la atención odontológica. Se elaboró una encuesta para determinar frecuencia y valoración de EA asociados a la seguridad del paciente en la atención clínica, información necesaria para diseñar un protocolo de EA. Se solicitó consentimiento informado para su aplicación. Mediante análisis estadístico univariado se calculó medias, proporciones, desviación estándar en software STATA 12.0.

**Resultados.** La encuesta fue aplicada en 20 odontólogos de edad media 39.7 años. El 50% de los encuestados corresponde a odontólogos generales. Los EA más frecuentes referidos por los odontólogos encuestados son: alveolitis post exodoncia, desalajo de restauraciones y úlceras de presión por uso de aparato protésico. Los EA más relevantes para la seguridad de los pacientes son: punción accidental con objeto corto punzante, mala identificación del paciente y pérdida de información clínica. Con estos resultados se desarrolló un protocolo de vigilancia de eventos adversos en la atención Odontológica para la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.

**Conclusión.** La vigilancia de los EA, su ocurrencia y análisis contribuye a la seguridad del paciente durante el proceso clínico realizado al interior de una institución de salud, como la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.

**Palabras clave:** Eventos Adversos, Seguridad de la Atención Odontológica.

## **INDICE**

INTRODUCCIÓN.....	Pag. 1
1.- MARCO TEÓRICO.....	Pag. 3
2.- OBJETIVOS.....	Pag.12
3.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pag.13
4.- RESULTADOS.....	Pag.19
CONCLUSIÓN.....	Pag.30
BIBLIOGRAFÍA.....	Pag.31
ANEXOS.....	Pag.34

## INTRODUCCION

La palabra calidad tiene su origen en el latín y significa atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la sociedad americana para el control de calidad: “*Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.*”<sup>1</sup>

La seguridad del paciente es fundamental en la atención de salud, porque constituye una actividad compleja y en ella se conjugan aspectos propios de las acciones humanas.

Los Eventos Adversos (EA) con frecuencia se insertan en una serie de hechos, generalmente precedidos de errores de atención, incidentes que casi causan daño. La existencia de medidas preventivas conocidas hace que estos eventos tengan importancia para desencadenar acciones preventivas en los pacientes expuestos. Es por eso que deben ser reportados, revisados y sometidos a análisis de manera local.<sup>2</sup>

El desarrollo y mantenimiento de un sistema de notificación de EA permite entender por qué los accidentes ocurren y permiten el análisis cuantitativo de ellos. El centrarse en los datos de la monitorización añade más valor a la mejora de la calidad, ya que pueden abordar el problema de seguridad antes de que ocurra.

Preocupado por la seguridad del paciente, y a la ausencia de registros de EA asociados a la atención odontológica, surge la necesidad en diseñar un Protocolo de Notificación de Eventos Adversos asociados a la atención odontológica, en la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae (COUFT).

Este Protocolo se diseñó a través de la clasificación de los principales EA asociados a la atención odontológica mediante una búsqueda bibliográfica y opiniones de expertos. Para poder evaluar el cumplimiento del protocolo se determinó un indicador.

El objetivo de este estudio es diseñar un protocolo de vigilancia de eventos adversos aplicable en la clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.

## 1.- MARCO TEORICO

En un principio la calidad en salud estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. Fue así como posterior a la guerra de Crimea en 1858, fue *Florence Nightingale*, quien introdujo dos hechos fundamentales, el apoyo a la formación de enfermeras y la realización de estudios de tasas de mortalidad de pacientes en los hospitales militares, logrando disminuirla de un 40 % a un 4 %, mediante el control del ambiente, demostrando que acciones de salud en un ambiente seguro producían menos mortandad, dando los primeros pasos en la calidad en salud.<sup>7</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo y la administración total de la calidad, asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.<sup>7</sup>

A mediados de los años 90, *Brenn y Leap* preocupados por la seguridad del paciente, realizaron un estudio que consistió en la revisión de 30.000 historias clínicas escogidas al azar, donde encontraron una gran cantidad de lesiones causadas a los pacientes de manera involuntaria, las cuales fueron generadas durante la atención médica y les ocasionaron complicaciones, estancias prolongadas e incluso la muerte. Consideraron que estas lesiones debían prevenirse de alguna manera y publicaron sus resultados en el *New England Journal of Medicine*.<sup>1</sup> En el informe del *Institute of Medicine*, menciona que se producen 1 millón de EA prevenibles en Estados Unidos, de los cuales entre 44.000 y 98.000 tienen consecuencias fatales. Existe un acuerdo generalizado sobre la gravedad del problema.<sup>2</sup>

Si hubiese que marcar algún hito que señalara el comienzo de la “seguridad del paciente” como área de conocimiento específica, éste sería sin duda la publicación del estudio del Institute Of Medicine (IOM), “*To err is human: building a safer health system*” en el año 1999. Este estudio estimó que entre 44.000 y 98.000 personas fallecían al año por errores médicos en los Estados Unidos.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista de la “seguridad del paciente”, la odontología tiene una serie de peculiaridades tanto profesionales y sobre todo asistenciales, que la diferencian de otras profesiones sanitarias.<sup>1</sup>

La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50. La calidad en salud nace y se desarrolla en forma conjunta con el desarrollo industrial y tecnológico, pero tenemos que tener presente que este desarrollo ha sido en forma lenta y paulatina.<sup>7</sup>

La calidad es un fin en sí mismo que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso y que se logra a la primera con el fin de evitar desperdicio de costo en productos mal hechos con toda sus consecuencias, esto quiere decir con pérdida de la confianza del cliente y la pérdida de este.<sup>7</sup>

La atención sanitaria de Calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.<sup>9</sup>

La preocupación de proteger, resguardar y generar confianza de seguridad en el paciente data desde 1943, cuando Abraham Maslow formuló una jerarquía de necesidades humanas, en donde la seguridad es el segundo eslabón y solo se satisface al cumplir con las necesidades fisiológicas. No obstante en la actualidad es necesario entender que el cuidado debe ser integral, todas las necesidades deben ser solventadas al mismo tiempo, evitando en el paciente sentimientos de



miedo, caos y ansiedad. Por tanto, las intervenciones realizadas en una institución de salud o el profesional de salud, deben ir dirigidas a ejecutar procesos con mínimas posibilidades de prácticas inseguras, reducción de riesgos y prevención de EA.<sup>7</sup>

El fomentar la “seguridad del paciente” es una obligación ética de una profesión de salud como la odontología. El principio hipocrático “*primun non nocere*” nos obliga a no hacer daño al paciente. Y en caso de que nuestro tratamiento indique algún tipo de daño ineludible, debemos minimizarlos y evitar en lo posible las complicaciones.<sup>1</sup>

La seguridad del paciente durante todas las etapas de la atención de salud se convierte hoy en día en un principio fundamental para la gran mayoría de instituciones prestadoras de salud, dado su alto valor en términos de confiabilidad en la atención. La priorización de la seguridad del paciente debe estar encaminada no solamente a minimizar los eventos adversos ocasionados durante la atención, sino también debe propender la evitabilidad de ocurrencia de eventos similares presentados con anterioridad.<sup>4</sup>

También existen motivos económicos. La “seguridad del paciente” está íntimamente ligada al concepto de “calidad asistencial”. Los estudios de la Unión Europea muestran que el 0.5% de las atenciones hospitalarias son asociadas a nuevos EA y existen fuertes disparidades de los costos asociados a ellos, desde €500 por los traumatismos obstétricos a más de €20.000 por el tratamiento de septicemias. El costo total de los EA en el 2007, se estiman que fueron €700.000.000, concentrándose el 90% del gasto en cuatro EA (Desordenes psicológicos y metabólicos post-operatorios, septicemias post operatorias, escaras y embolias pulmonares post operatorias).<sup>12</sup>

Aumentar la “seguridad del paciente” implica aumentar la “seguridad legal” de los odontólogos. Seguir las pautas y protocolos básicos en “seguridad del paciente”

disminuye la posibilidad de aparición de errores asistenciales, y por tanto de reclamaciones por ellos, y proporciona además mejores registros del tratamiento. Estos registros del tratamiento son básicos a la hora de planificar la defensa jurídica del profesional demandado.<sup>7</sup>

Una asistencia odontológica en la que se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es necesariamente una asistencia odontológica de mejor calidad. Por otro lado, la adopción de medidas efectivas para la “seguridad del paciente” disminuye la aparición de eventos adversos y por lo tanto también disminuye, o al menos controla, los costes de los seguros de responsabilidad civil del profesional. También disminuirían las cantidades que se deberían pagar por el concepto de indemnización a los pacientes o sus familiares, afectados por errores asistenciales.<sup>7</sup>

Un EA es una lesión a un paciente como consecuencia de intervención sanitaria, más que por sus condiciones subyacentes. Un incidente es una acción o un conjunto de acciones por comisión u omisión que podrían haber dañado al paciente, pero no lo dañaron como consecuencia al azar, la prevención o la mitigación de las mismas. Se podría decir que un incidente es distinguible de un EA en todo excepto en el resultado.<sup>9</sup> Por otro lado el error es un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción, como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones, por acciones conscientes o inconscientes.<sup>11</sup>

La estimación de la ocurrencia de EA que suceden al interior de una institución de salud deben estar consideradas dentro de la política de calidad y la formulación de un programa de vigilancia epidemiológica de eventos adversos, tiene como principal objetivo el promocionar una cultura más proactiva en materia de seguridad del paciente a través de un sistema de reporte de fácil acceso y adherencia para el equipo de salud.<sup>11</sup>

Sin embargo, la problemática de lograr establecer los factores relacionados a la ocurrencia de EA, constituyen un reto mayor en la prevención y manejo de estos, dado a que no solo se deben obtener los factores contributivos a la causalidad del evento, que pueden ser identificados y determinados durante el proceso de análisis de cada caso, sino que también se debe determinar los factores relacionados inherentes al paciente y al centro de salud.<sup>7</sup>

Al poner en marcha sistemas de notificación, éstos deben ser enfocados hacia áreas en las que existe un mayor grado de evidencia del impacto de las estrategias de mejora. La documentación de estos problemas incrementa la probabilidad de que los fallos recurrentes sean detectados y se actúe sobre ellos y la retroalimentación a los profesionales puede estimular su participación en la mejora de la seguridad de la atención.<sup>2</sup>

Existen diferentes metodologías propuestas para prevenir y vigilar la ocurrencia de EA asociados a procesos asistenciales tales como procedimientos quirúrgicos, infecciones y los asociados a la atención y cuidados de pacientes.<sup>9</sup>

Los sistemas obligatorios y públicos de notificación, se centran en episodios adversos que producen lesiones graves o muerte y ponen el acento en proporcionar al público unos mínimos de protección. Los sistemas que se enfocan hacia la mejora continua de la seguridad del paciente, son los sistemas de carácter voluntario. Se centran en los incidentes o en errores que han producido un daño mínimo. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema.<sup>9</sup>

Aunque existen pronunciamientos claramente a favor de los sistemas voluntarios, ambos sistemas pueden desempeñar un papel positivo para el mejor conocimiento de los problemas de seguridad.<sup>9</sup>

En la evaluación de las tendencias sanitarias se suelen utilizar indicadores, como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, a pesar de sus importantes limitaciones para captar la salud en su sentido positivo. En los últimos años, se han comenzado a utilizar indicadores de carácter cualitativo que tienen en cuenta el estado funcional de la población, su vitalidad y su calidad de vida.<sup>7</sup> Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación.<sup>11</sup>

En los últimos años, son muchas las instituciones a nivel internacional que han emitido informes con propuestas de indicadores para la medición de la calidad. Existen grandes diferencias entre ellas en cuanto al marco conceptual utilizado, el nivel asistencial al que va dirigido, los objetivos perseguidos y las medidas propuestas. La mayor parte de estas baterías de indicadores están relacionadas con el nivel macro, el que hace referencia al sistema sanitario en su conjunto, que si bien es útil a efectos de comparación entre regiones ó países, no lo es tanto para la identificación de oportunidades de mejora a nivel de los centros sanitarios.<sup>8</sup>

Para reducir los problemas de seguridad es necesario entender su causalidad y diseñar métodos para prevenirlos y descartarlos antes de que produzcan daño a los pacientes. Los sistemas de registro y notificación pueden contener dos categorías básicas de episodios, los accidentes o eventos adversos y los incidentes. Un evento adverso es una lesión a un paciente como consecuencia de intervención sanitaria.<sup>16</sup>

La notificación de EA permite entender por qué los accidentes no ocurren. Identifican las barreras que previenen las situaciones adversas que pueden desencadenar un episodio grave. Estos datos permiten analizar e identificar las salvaguardas para prevenir estas situaciones. La alta frecuencia de los incidentes

permite el análisis cuantitativo. El centrarse en los datos analizados, mejora la calidad, ya que se pueden abordar los problemas de seguridad del paciente. La retroalimentación a los profesionales puede estimular su participación en la mejora de la seguridad. Además poner en marcha un sistema de notificación, consigue enfocarse hacia las áreas en las que existe un mayor grado de evidencia del impacto de estrategias de mejora<sup>6</sup>.

Si consideramos la magnitud de los efectos adversos podemos decir que en EEUU, a principios de 1990, varios estudios han examinado el alcance de los EA. Un estudio de Harvard encontró que el 4% de los pacientes sufren daño de un tipo u otro en el hospital; 70% de EA que llevaron a una breve discapacidad, pero 14% resultado en la muerte.<sup>13</sup>

En el Reino Unido el Departamento de Salud, en su informe del año 2000 titulado “Una organización con una memoria”, cree que los EA representaron alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados. Esto dio lugar a la aplicación de la “Anglo-Sajon” un registro nacional de accidentes médicos en 2004 (Presentación de informes nacionales y el sistema de aprendizaje) en los hospitales.<sup>13</sup>

El estudio australiano: Cuidado de Salud de Australia, publicado en 1995 encontró una tasa de EA del 16,6% entre los pacientes hospitalizados.<sup>13</sup>

En Francia el estudio sobre EA, ENEIS (Encuesta Nacional de acontecimientos adversos graves relacionados con la atención), realizado en 71 centros de atención de corta estancia, muestra una frecuencia de proyección de EA igual a la de los países anglosajones. En este estudio se realizó después de un informe de la Academia de medicamentos para prevenir eventos adversos relacionados con la atención de la salud.<sup>13</sup>

Para responder a las necesidades de información internacionales y comparables sobre los indicadores y los sistemas de datos de calidad de un país, en 2001 la

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) inició el “Indicador de Calidad de la Atención de la Salud de la OCDE” (HCQI). El objetivo a largo plazo del Proyecto HCQI es desarrollar un conjunto de indicadores que se pueden utilizar para plantear cuestiones para una mayor investigación sobre la calidad de la atención de salud entre los países.<sup>11</sup>

En marzo de 2006 la OCDE publicó un informe inicial con datos recogidos entre 2003 y 2005 en un conjunto inicial de indicadores de calidad (Mattke S. et al, 2006). Los resultados de este informe inicial del Proyecto HCQI mostraron claramente que sólo había un número limitado de indicadores disponibles para las comparaciones internacionales de los cuales hubo consenso sobre la importancia y la solidez de los indicadores y de la disponibilidad y la comparabilidad de los datos.<sup>11</sup>

En consecuencia, la OCDE se embarcó en una nueva fase de trabajo a través del Proyecto HCQI para trabajar en colaboración con los países en la mejora de los sistemas de datos en cinco áreas prioritarias, incluyendo la seguridad del paciente.<sup>11</sup>

Una segunda ronda de recogida de datos realizada en 2006 para apoyar este trabajo confirmó que hay una escasez de datos nacionales disponibles para realizar un seguimiento de manera significativa de la seguridad del paciente.<sup>10</sup>

De las presentaciones realizadas en la conferencia, se hizo evidente que el conjunto más fácilmente disponible de los sistemas de datos para el seguimiento de la seguridad del paciente son los sistemas de datos administrativos de los centros de salud.<sup>10</sup>

Cabe señalar que se han realizado esfuerzos en un número creciente de países de la OCDE para adaptar indicadores desarrollados en los EE.UU, que se pueden derivar de los datos administrativos del hospital. Sin embargo, se reconoció que

todavía necesitaban cuestiones importantes que resolverse antes de que estos indicadores pudieran aplicarse ampliamente entre los países de la OCDE, incluyendo la construcción de las traducciones entre diferentes enfoques nacionales de la codificación de los datos y las pruebas de los indicadores en el contexto de los diferentes sistemas de datos nacionales.<sup>10</sup>

En la medida que el odontólogo comience a incorporar la necesidad de conocer los errores, identificar áreas susceptibles de mejorar en los procesos de atención e implemente programas de mejora continua, la notificación será más fluida y por lo tanto la vigilancia será cada vez de mejor calidad.<sup>10</sup>

## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1.- General**

Diseñar un protocolo de vigilancia de eventos adversos aplicable en la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.

### **2.2.- Específicos**

- a. Determinar los principales eventos adversos asociados a la Atención odontológica.
- b. Clasificar los principales eventos adversos asociados a la atención odontológica, según la especialidad a la cual están relacionados.
- c. Diseñar un protocolo de vigilancia de eventos adversos en la atención odontológica en la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.
- d. Desarrollar un indicador que permita la evaluación del cumplimiento del protocolo en la atención odontológica de la universidad Finis Terrae.



### **3.- MATERIALES Y METODOS**

**a.- DISEÑO:** Estudio transversal en una muestra de odontólogos en la identificación y selección de los EA más prevalentes en la atención odontológica.

#### **b.- UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo está constituido por cirujanos dentistas que trabajen en área pública y privada del área oriente de la región metropolitana.

La muestra fue no probabilística por conveniencia, seleccionando profesionales cirujanos dentistas que ejercen en centros de salud públicos y privados del área oriente de la región metropolitana, en las comunas de Providencia, Las Condes y Vitacura.

#### **c.- CRITERIOS DE INCLUSION**

Cirujanos dentistas con ejercicio de la profesión clínica mayor a 5 años, que dieron consentimiento para responder la encuesta elaborada para el estudio.

#### d.- VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
<b>Años de ejercicio profesional</b>	Tiempo transcurrido desde obtención del título de Cirujano Dentista a la fecha	Variable continua	Número de años
<b>Especialidad</b>	Título de postgrado o especialidad validada por la autoridad competente.	General Especialidad	0: General 1: Especialidad
<b>Lugar de ejercicio profesional</b>	Institución donde desarrolla sus labores profesionales	Fuerzas Armadas Armadas Docencia Clínica privada Institucion Privada Sistema Publico Atención primaria Otro	1: Fuerzas Armadas 2.- Docencia 3.- Clínica privada 4.-Institucion Privada 5.- Sistema Publico 6.- Atención primaria 7.- Otro

#### e.- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

##### I.- Elaboración de la encuesta.

##### a).- Revisión de la evidencia científica.

Se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica relacionada con los EA más prevalentes ocurridos durante la atención odontológica. Se confeccionó una matriz de priorización para seleccionar aquellos EA que fueron incluidos en la encuesta.

En la siguiente tabla se describen los EA descritos en la bibliografía como más relevante para la seguridad del paciente.

**Tabla 1.- Eventos Adversos relevantes según la evidencia científica.**

Eventos Adversos.(EA)
❖ Trismus post anestesia. <sup>14</sup>
❖ Desalojo de Restauraciones. <sup>15</sup>
❖ Ulceras de presión por uso de aparato protésico. <sup>16</sup>
❖ Perforación lateral durante la instrumentación endodoncia. <sup>15</sup>
❖ Mordida de labio o mejilla post anestesia dental. <sup>16</sup>
❖ No disponibilidad de insumos o equipos. <sup>16</sup>
❖ Entrega de radiografía equivocada. <sup>7</sup>
❖ Mala identificación del paciente. <sup>7</sup>
❖ Perdida de información clínica. <sup>7</sup>
❖ Punción accidental con objeto cortopunzante. <sup>7</sup>
❖ Comunicación bucosinusal producida por una exodoncia. <sup>16</sup>
❖ Fractura dental producida por procedimiento. <sup>15</sup>
❖ Alveolitis post exodoncia. <sup>14</sup>
❖ Hemorragia pos exodoncia. <sup>16</sup>
❖ Sobreobtención al realizar el tratamiento de endodoncia. <sup>16</sup>

**b).- Consulta a expertos.**

Una vez seleccionados los EA más prevalentes referidos en la evidencia científica, se procedió a la elaboración de una encuesta dirigida a los profesionales cirujanos dentistas, cuyo propósito fue conocer su experiencia frente a la frecuencia y relevancia de los EA en la seguridad del paciente y la validación para la realidad del país.

En la elaboración de la encuesta se consideró la medición de los EX en dos dimensiones: Una dimensión cuantitativa y otra cualitativa.

***Dimensión de tipo cuantitativa.*** Consiste en determinar con qué frecuencia los expertos refieren que se han enfrentado a los EA seleccionados durante la atención clínica. Para ello, se solicitó al profesional clínico que indique con qué frecuencia tuvo que resolver alguno de los EA mencionados en la encuesta en los últimos 6 meses.

***Dimensión de tipo cualitativa.*** Corresponde a la valoración del profesional experto sobre la importancia del EA en la seguridad del paciente. Para ello, se solicitó al profesional valorar según su expertiz que tan importante es el EA para la seguridad de la atención del paciente. Se utilizó una escala Likert del 1 al 5, siendo 1 menos importante y 5 más importante.

#### **c).- Validación de la encuesta.**

La encuesta fue validada en un grupo de profesionales cirujanos dentistas, elegidos al azar, de diferentes especialidades con el fin de medir su validez y reproducibilidad. La encuesta fue modificada en relación a la redacción de las preguntas realizadas siguiendo las indicaciones dadas por el grupo elegido para su validación.

#### **d).- Aplicación de la encuesta.**

La encuesta fue entregada en forma personal al profesional por el investigador, solicitando la firma del consentimiento informado previo a su aplicación. Esto responde con entregar al encuestado el resguardo de su identidad y asegurar la confidencialidad de los datos entregados.

Se consideró un tiempo necesario para responder la encuesta de al menos 7 días calendario, dado que requiere que el profesional recuerde los EA que con mayor frecuencia ha tenido que resolver en su práctica clínica.

**e).- Diseño del protocolo.**

Una vez analizado los datos proporcionados por la encuesta, se diseñó el protocolo de EA para la atención clínica considerando todos los pasos que ello requiere.

**f).- Desarrollo del indicador para la evaluación del protocolo.**

Para medir la calidad del reporte de EA realizado por los profesionales de la COUFT, se confeccionó un indicador, el cual tiene como función determinar la calidad de registros de EZ asociados a la atención del paciente.

Corresponde a un indicador de proceso, ya que mide el resultado del proceso de notificación en cuanto a la totalidad de datos entregados en el "Formulario de notificación de Eventos Adversos. (Anexo 2)

Se considera un reporte correcto, el que contenga toda la información solicitada en el formulario de notificación de EA, que permitan identificar el EA y hacer seguimiento al paciente y profesional involucrado en él.

Este indicador será evaluado de manera semestral y se considerará como aceptable un rango de 5% de error en los registros. Manteniendo un umbral de cumplimiento del 95%.

La aplicación de este indicador es en toda la COUFT.

## f.- ASPECTOS ETICOS

Para resguardar la identidad de los profesionales encuestados y la confidencialidad de los datos entregados en la encuesta, se solicitó el consentimiento informado, antes de responder la encuesta.

Este estudio cuenta con el auspicio de la empresa COLGATE Chile, a través del concurso “Colgate apoya tu tesis” del año 2013.

## g.- PLAN ESTADISTICO

Se realizó un análisis estadístico univariado de las variables estudiadas con calculó proporciones, desviación estándar y promedios en software STATA 12.0.

## h.- CRONOGRAMA

Actividades	Jun 201 3	Sep t 201 3	Dic 201 3	Ene 201 4	Mar 201 4	Jul 201 4
Revisión bibliográfica	X					
Desarrollo y validación de un instrumento de recolección de datos		X	X			
Consulta a expertos y otros centros de salud			X	X		
Análisis de la información recolectada				X		
Diseño del protocolo					X	
Diseño y entrega final del Protocolo						X

## 4.- RESULTADOS

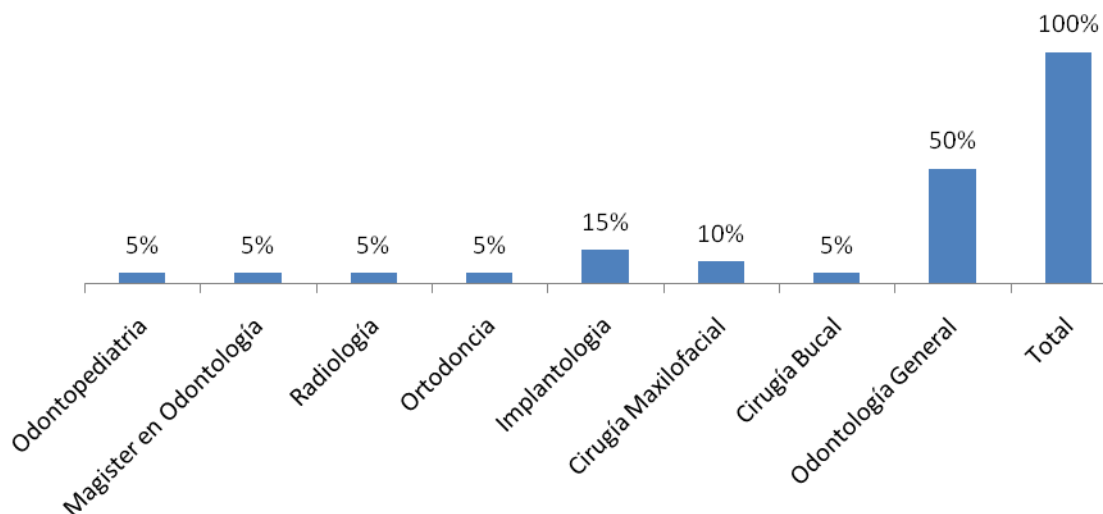
### 1. Características de la muestra estudiada

Se encuestó a 20 odontólogos entre 29 a 60 años (edad media: 39.7) y con 10.5 años promedio de experiencia profesional.

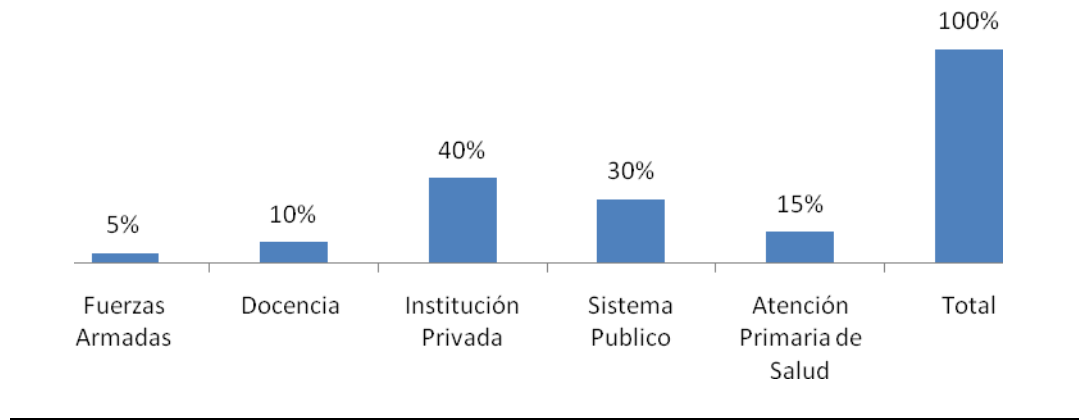
El 50% de los encuestados corresponde a odontólogos generales. En el grupo de los especialistas la mayor representatividad son los profesionales del área de implantología con un 15%, seguidos por los del área de Cirugía Maxilofacial con un 10%. (Ver figura n°1)

El 40% de los encuestados trabajan en instituciones privadas de salud, el 30% en el sistema público de salud (30%) y un 15% en la Atención Primaria de Salud (APS) (Ver figura 2)

**Figura n° 1: Distribución de especialidades de profesionales encuestados, año 2013.**



**Figura 2: Distribución de lugares de trabajo de profesionales encuestados, año 2013.**



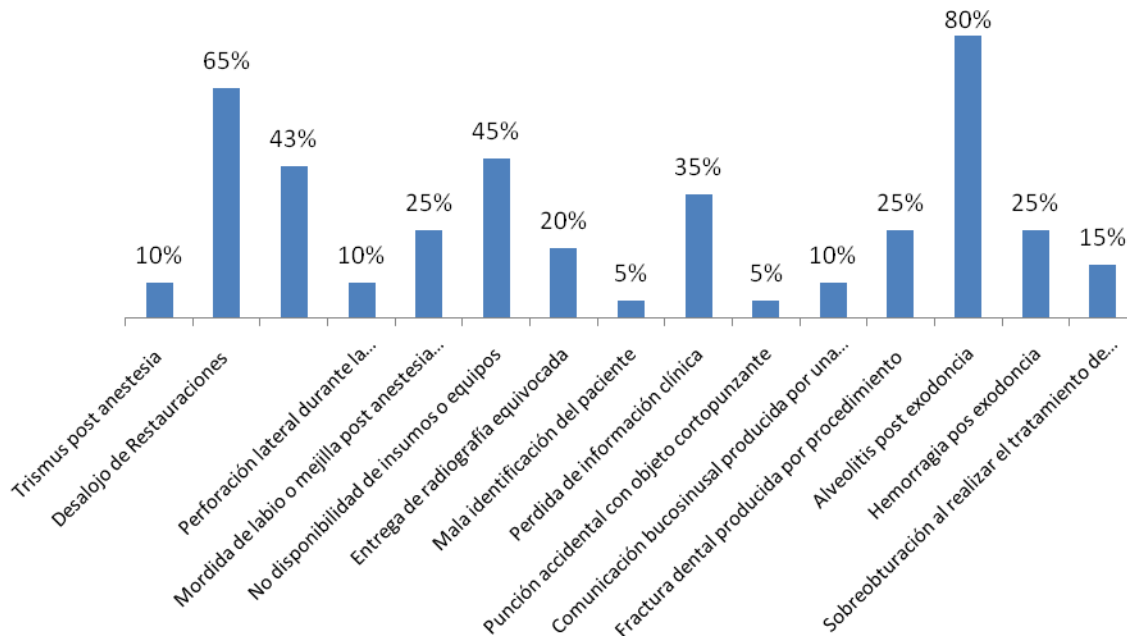
## **2. Frecuencia de Eventos Adversos**

Para determinar los principales EA asociados a la atención odontológica, se procedió a la aplicación de una encuesta obteniéndose los siguientes resultados.

Los EA que más resolvieron los odontólogos encuestados en los últimos 6 meses son la Alveolitis post Exodoncia (80%), el Desalojo de restauraciones (65%), Ulceras de presión por uso de aparato protésico (40%), la no disponibilidad de insumos (45%), la Perdida de información clínica (35%). (Ver figura 3)



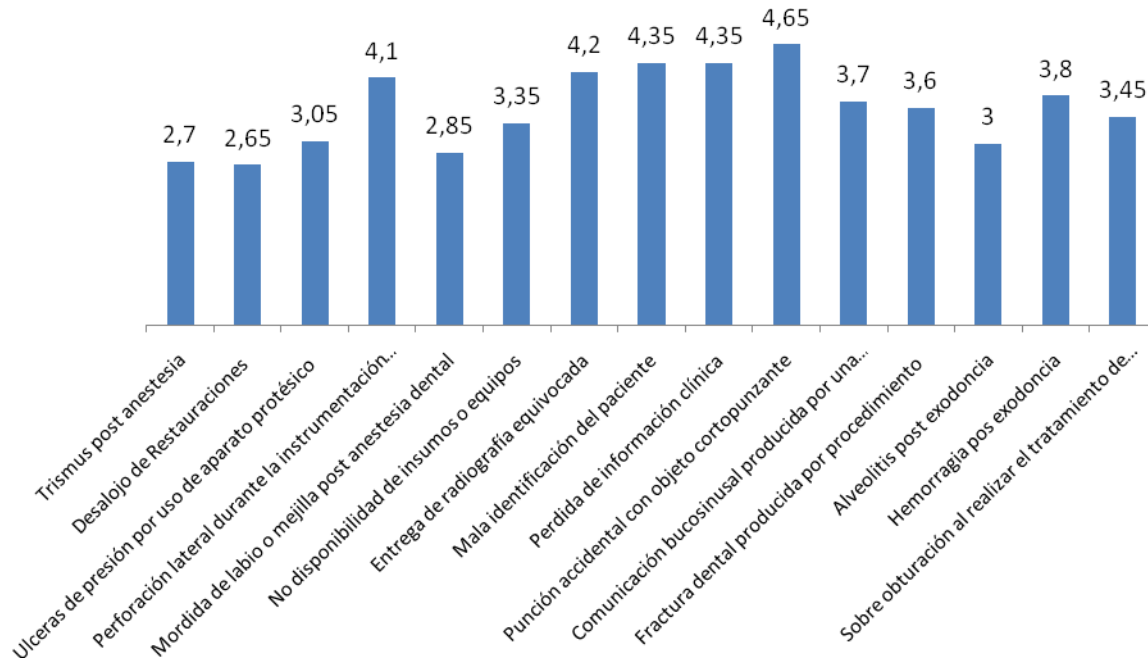
**Figura 3: Frecuencia de eventos adversos resueltos en los últimos 6 meses, según profesionales encuestados. Año 2013.**



#### **4. Importancia del EA en la seguridad el paciente.**

Los odontólogos encuestados consideran que los EA más relevantes para la seguridad de los pacientes son la Punción accidental con objeto cortopunzante (4.65), Mala identificación del paciente (4.35), Perdida de información clínica (4.35), Entrega de radiografía equivocada (4.2), Perforación lateral durante la instrumentación endodoncia (4,1) y la Hemorragia post exodoncia (3.8). (ver figura 4)

**Figura 4: Evaluación promedio de eventos adversos asociados a la seguridad del paciente según profesionales encuestados, año 2013.**



## 5. Clasificación de los Eventos Adversos.

Para identificar los potenciales eventos adversos por especialidad odontológica, se clasificaron los eventos adversos de la encuesta y otros sugeridos por los odontólogos encuestados, en las siguientes categorías:

EVENTOS ADVERSOS ADMINISTRATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mala identificación del paciente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrega de radiografía equivocada</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perdida de información clínica</li> </ul>

### EVENTOS RELACIONADOS CON LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS

- Lesiones ocasionadas debido a accidentes corto-punzantes al momento de realizar procedimientos clínicos.
- No disponibilidad de insumos o equipos.
- Caída de pacientes.

### Eventos relacionados con la atención clínica por especialidad:

Las especialidades se clasificaron según las asignaturas clínicas que se imparten en la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae, las cuales tienen acciones de salud que involucran pacientes que son atendidos en la COUFT.

ASIGNATURAS CLÍNICAS	EA
Medicina Estomatológica y Clínica del Dolor (MED)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alveolitis post exodoncia.</li> </ul>
Clínica del Adolescente mayor y adulto (CAA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perforación lateral en endodoncia.</li> <li>▪ Desalojo de restauraciones.</li> </ul>
Clínica del Adulto Mayor y Séncente (CAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Úlcera por presión por aparatos protésicos.</li> </ul>
Clínica del niño y Adolescente Menor (CNA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mordida de labio o mejilla, post-anestesia dentaria.</li> </ul>

## **II.- Desarrollo de protocolo de vigilancia de eventos adversos en la atención Odontológica en la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.**

### **PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.**

#### ***CLINICA ODONTOLOGICA***

#### ***UNIVERSIDAD FINIS TERRAE***

### **I.- INTRODUCCION.**

La seguridad del paciente durante todas las etapas de la atención de salud se convierte hoy en día en un principio fundamental para la gran mayoría de instituciones prestadoras de salud, dado a su alto valor en términos de confiabilidad en la atención. La priorización de la seguridad del paciente debe estar encaminada no solamente a minimizar los eventos adversos ocasionados durante la atención, sino también debe propender la evitabilidad de ocurrencia de eventos similares presentados con anterioridad.<sup>6</sup>

La estimación de la ocurrencia de eventos adversos que suceden al interior de una institución de salud está considerada y tienen como principal objetivo el promocionar una cultura más proactiva en materia de seguridad del paciente a través de un sistema de reporte de fácil acceso y adherencia para el equipo de salud.

La vigilancia epidemiológica de los eventos adversos (EA) derivados de la atención de salud en la **Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae**, (COUFT) tiene como propósito identificar los que ocurren en la práctica clínica, los pasos a seguir para prevenir su incidencia y así evitar que se repitan y socializar al equipo de salud. De esta manera, se pretende mejorar la seguridad de los pacientes durante la atención clínica.

## II.- OBJETIVOS

1. Estandarizar una cultura más proactiva en materia de seguridad del paciente.
2. Definir el sistema de registro y notificación de los eventos adversos.

## III.- DEFINICIONES.

- a) Evento Adverso:** Lesión o daño ocasionado al paciente producida por la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente.
- b) Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- c) Vigilancia activa:** Sistema de pesquisa de eventos adversos en las unidades con pacientes en riesgo de sufrir un evento adverso a través de visitas permanentes programadas y espontaneas de un profesional a la unidad.
- d) Vigilancia pasiva:** Sistema de pesquisa de eventos adversos en las unidades con pacientes en riesgo de sufrir un evento adverso a través de reportes espontáneos y voluntarios de los funcionarios.
- e) Alveolitis:** Inflamación del proceso alveolar post extracción de la pieza dentaria. Según signos y síntomas, puede ser seca o húmeda.

### **III.- DESARROLLO**

En el programa de vigilancia epidemiológica de eventos adversos en la COUFT, ha definido ciertos eventos que estarán bajo vigilancia durante la actividad clínica:

#### **a.- Eventos administrativos:**

- Mala identificación del paciente.
- Entrega de radiografía equivocada.
- Pérdida de información clínica.

#### **b.- Eventos relacionados con la infraestructura y equipos:**

- Lesiones ocasionadas debido al manejo instrumental o elementos médicos corto-punzantes.
- No disponibilidad de insumos o equipos.
- Caída de pacientes.

#### **c.- Eventos relacionados con la atención clínica:**

- Alveolitis post extracción.
- Desalojo de restauraciones.
- Perforación lateral en endodoncia.
- Úlcera por presión al usar aparatos protésicos.
- Mordida de labio o mejillas post anestesia dentaria.

### **IV.- RESPONSABLES.**

Implementación del protocolo: Director técnico de la COUFT.

De Supervisar el cumplimiento del protocolo y de la vigilancia pasiva de cada ramo clínico: docente coordinador del ramo y los docentes clínicos.

Revisar el protocolo: Coordinador ramos clínicos

## **VI.- PROCEDIMIENTO DE LA VIGILANCIA.**

### **VI.1.- Requerimientos generales.**

El programa de vigilancia epidemiológica de eventos adversos debe ser conocido por los encargados de Área, docentes clínicos, alumnos y todo el equipo de salud.

El profesional designado para la vigilancia activa del programa deberá tener acceso a las unidades bajo vigilancia, a la ficha clínica de los pacientes y los registros que evidencien o descarten un evento adverso.

El equipo de salud debe de entregar toda la información relevante solicitada por el profesional designado para la vigilancia activa.

El profesional designado para la vigilancia activa deberá entregar un programa de visitas a las unidades bajo vigilancia, llevar un sistema de registro, de análisis y reporte de eventos adversos.

El equipo de salud y principalmente el de las unidades bajo vigilancia deberá entregar el reporte de los eventos adversos en forma periódica (entiendase como la frecuencia establecida para su vigilancia) al encargado de la vigilancia pasiva de su unidad. En caso de estar ausente, deberá ser entregado al designado para su remplazo.

El encargado de la vigilancia pasiva entregará los reportes correspondientes al profesional designado para la vigilancia activa.

### **VI.2.- Profesional encargado de vigilancia activa.**

Este profesional designado por el director de la COUFT será el responsable de la recolección, análisis y registro de datos de los eventos adversos bajo vigilancia. Deberá entregar un informe semestral al Director y al Decano.

### VI.3.- FORMULARIOS Y REGISTROS

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino (\_\_\_) Femenino (\_\_\_)

Fecha del reporte: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Marque con una X el evento a notificar:

**a.- Eventos administrativos:**

A1.- Mala identificación del paciente.	
A2.- Entrega de ficha equivocada.	
A3.- Perdida de información clínica.	

**b.- Eventos relacionados con la infraestructura y equipos:**

B1.- Accidentes corto punzantes	
B2.- No disponibilidad de insumos o equipos.	
B3.-Caída de pacientes.	

**c.- Eventos relacionados con la atención clínica:**

C1.- Alveolitis post-extracción	
C2.- Desalojo de restauraciones	
C3.- Perforación lateral en endodoncia.	
C4.- Ulcera por presión al usar aparatos protésicos	
C5.- Mordida de labio o mejillas post anestesia dentaria.	

Breve descripción del Evento:

---

---

---

Consecuencias para el paciente:

---

---

Sugerencia y/o recomendación para evitarlo a futuro:

---

---

Informado por Dr(a): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_



## VII.- INDICADORE

<b>Indicador Clínico</b>	
<b>Título</b>	<b>CALIDAD DEL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCION DE PACIENTES</b>
Descripción y Racionalidad	Determinar la calidad del registro de EA asociados a la atención de pacientes en la COUFT.
Domino	Corresponde a un indicador de procesos que involucran la seguridad del paciente.
Numerador	Numero de reportes correctos de Notificaciones de eventos adversos realizadas durante el periodo.
Denominador	Número total de reportes de Notificaciones efectuadas durante el periodo.
Fuente de Datos	Formulario de notificación de Eventos Adversos
Periodicidad	Semestral
Umbrales	95 %
Áreas de aplicación	Este indicador se aplica a la COUFT
Responsables	Profesional encargado de la vigilancia Activa

## **CONCLUSION**

Desde el punto de vista de la “seguridad del paciente”, la odontología tiene una serie de peculiaridades tanto profesionales y sobre todo asistenciales, que la diferencian de otras profesiones sanitarias. Desarrollar un protocolo de EA asociados a la atención odontológica debe considerar una selección rigurosa de cuáles serán considerados y evaluados.

En la promoción de una cultura más proactiva en materia de seguridad del paciente, el diseño del sistema de reporte de EA, debe ser de fácil acceso, su adherencia a la notificación y debe estar considerada en todas las acciones del equipo de salud.

La vigilancia de los EA, su ocurrencia y el análisis de ellos contribuyen a la seguridad del paciente durante el proceso clínico realizado al interior de una institución de salud, como la Clínica Odontológica de la Universidad Finis Terrae.

## BIBLIOGRAFIA

1.- Africano Díaz LM, Antolínez Miranda JP, Uribe Meneses, ER. Diseño de un programa de vigilancia y reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la clínica metropolitana de Bucaramanga S.A. [tesis de postgrado en auditoría en Salud]. Bucaramanga -Santander:Facultad de Medicina, Universidad CES-Universidad Autónoma; 2010.

2.- Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev. Calidad Asistencial. 2005; 20(4): 2016-22.

3.- Superintendencia de Prestadores de Salud. Sistema de vigilancia y notificación de Eventos Adversos. Nota Técnica. Intendencia de Prestadores de Salud. Chile: Unidad Técnica Asesora;. 2011.

4.- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico, 2001; 22(4):4-9

5.- Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Serie Salud para todos. OMS; 1981; 4(4): 6-10.

6.- Perea B. Seguridad del paciente y odontología. Cient. Dent., 2011; 8(1): 9-15.

7.- Chandía Vidal Y. Introducción a la Calidad en Salud. Enfermería Central de Esterilización. Concepción, Chile: Clínica Sanatorio Alemán de Concepción; 2006.

8.- Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Ramón Esparza T, Peiró Moreno S, Meneu de Guillern R. *et al.* Indicadores de calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). 2012:1-111.

9.- Velásquez MS. Acreditación en Calidad de Salud. Intendencia de Salud. Presentado en Jornadas de acreditación en calidad Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Santiago, Chile: Servicio de Salud Metropolitano Oriente; 2011.

10.- Drösler S. Facilitating Cross National Comparisons of Indicators for Patient Safety at the Health System Level in the OECD Countries, OECD Health Technical Papers. N°19, Paris, Francia: OECD Publishing; 2008.

11.- Millar J, Mattke S. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers.. N° 18. Paris, Francia: OECD Publishing; 2004.

12.- Nestrigue C, Or-Irdes Z. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Études et Resultats I. 2011, 784: 1-8.

13.- Keriél - Gascou M. Définition et taxonomie des événements indésirables en soins primaires: une synthèse de la littérature de 2000 à 2007. [Thés pour obtenir le grade de Docteur en Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard - 1. U.F.R De Medecine Lyon - R.T.H. Laennec; 2008.

14.- García Peñín A, Guisado Moya B, Montalvo Moreno JJ. Riesgos y complicaciones de anestesia local en la consulta dental: Estado actual. RCOE [revista en la Internet]. 2003 [citado 2014 Jul 30]; 8(1): 41-63. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2003000100004&Ing=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2003000100004&Ing=es)

[http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2003000100004.](http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2003000100004)

15.- Zmeneri O, Luberti R. Evaluación radiográfica de 80 casos de perforación radicular. *Endodoncia*. 2009; 27(2):68-74.

16.- Listado de complicaciones y eventos adversos. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología; 2010 [citado 2013 Jun 23]. Registro de complicaciones y eventos adversos. Disponible en: [http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/listado\\_complicaciones.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/listado_complicaciones.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1 Encuesta de opinión a Cirujanos Dentistas

La presente encuesta es anónima y tiene por objetivo medir su percepción sobre la ocurrencia de eventos adversos en la atención dental y la importancia que tienen para la seguridad del paciente. Desde ya le agradecemos su tiempo.						
<b>ENCUESTA DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGIA</b>						
<b>A.-</b>	Sexo:	M / F	Edad:	años	Años de ejercicio profesional:	años
	Especialidad :	SI / NO	¿Cuál?			
	Indique el lugar donde ejerce su profesión con mayor cantidad de horas semanales.					
	1.- Fuerzas Armadas		3.- Clínica Privada		5.- Sistema Publico	Nº horas
	2.- Docencia		4.- Institución Privada		6.- Atención primaria	
7.- Otro						
<b>B.-</b>	Cual o cuales de los siguientes eventos adversos, asociados a la atención dental, ha tenido que resolver Ud. en los últimos 6 meses. (marque con una X)					
	1 Trismus post anestesia					
	2 Desalojo de Restauraciones					
	3 Ulceras de presión por uso de aparato protésico					
	4 Perforación lateral durante la instrumentación endodoncia					
	5 Mordida de labio o mejilla post anestesia dental					
	6 No disponibilidad de insumos o equipos					
	7 Entrega de radiografía equivocada					
	8 Mala identificación del paciente					
	9 Perdida de información clínica					
	10 Punción accidental con objeto cortopunzante					
	11 Comunicación bucosinusal producida por una exodoncia					
	12 Fractura dental producida por procedimiento					
	13 Alveolitis post exodoncia					
	14 Hemorragia pos exodoncia					
	15 Sobreobturación al realizar el tratamiento de endodoncia					
<b>C.-</b>	Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, califique de 1 a 5 (siendo 1 menos importante y 5 el más importante), los siguientes eventos adversos asociados a la atención dental.					
	1 Trismus post anestesia					
	2 Desalojo de Restauraciones					
	3 Ulceras de presión por uso de aparato protésico					
	4 Perforación lateral durante la instrumentación endodoncia					
	5 Mordida de labio o mejilla post anestesia dental					
	6 No disponibilidad de insumos o equipos					
	7 Entrega de radiografía equivocada					
	8 Mala identificación del paciente					
	9 Perdida de información clínica					
	10 Punción accidental con objeto cortopunzante					
	11 Comunicación bucosinusal producida por una exodoncia					
	12 Fractura dental producida por procedimiento					
	13 Alveolitis post exodoncia					
	14 Hemorragia pos exodoncia					
	15 Sobreobturación al realizar el tratamiento de endodoncia					
<b>D.-</b>	Registre otro evento adverso asociado a la atención dental que no este en la lista anterior que Ud. Considere importante y/o frecuente.					
Muchas Gracias por su colaboración.						

## ANEXO 2

### FORMULARIO DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino (\_\_\_) Femenino (\_\_\_)

Fecha del reporte: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Marque con una X el evento a notificar:

**a.- Eventos administrativos:**

A1.- Mala identificación del paciente.	
A2.- Entrega de ficha equivocada.	
A3.- Perdida de información clínica.	

**b.- Eventos relacionados con la infraestructura y equipos:**

B1.- Accidentes corto punzantes	
B2.- No disponibilidad de insumos o equipos.	
B3.-Caída de pacientes.	

**c.- Eventos relacionados con la atención clínica:**

C1.- Alveolitis post-extracción	
C2.- Desalojo de restauraciones	
C3.- Perforación lateral en endodoncia.	
C4.- Úlcera por presión al usar aparatos protésicos	
C5.- Mordida de labio o mejillas post anestesia dentaria.	

Breve descripción del Evento:

---

---

---

Consecuencias para el paciente:

---

---

---

Sugerencia y/o recomendación para evitarlo a futuro:

---

---

Informado por: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_