



FACULTAD DE ODONTOLOGIA



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL  
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD DE  
LAS AMÉRICAS



AUTOR

Gema Alexandra Lara Alcívar

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL  
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS  
AMÉRICAS

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Odontóloga

PROFESOR GUÍA

Dra. María Pilar Gabela Berrones

Autor

Gema Alexandra Lara Alcívar

Año

2018

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Instrumento de Recolección de Eventos Adversos en el Centro De Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, a través de reuniones periódicas con la estudiante Gema Alexandra Lara Alcívar, en el semestre 2018-2, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Dra. María Pilar Gabela Berrones

C.I. 0603600172

## **DECLARACION DEL PROFESOR CORRECTOR**

“Declaro haber revisado este trabajo, Instrumento de Recolección de Eventos Adversos en el Centro De Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, a través de reuniones periódicas con el estudiante Gema Alexandra Lara Alcívar, en el semestre 2018-2, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dado cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

---

Dra. Mónica Alexandra Pavón Granja

C.I. 1720208071

## DECLARACIÓN DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

---

Gema Alexandra Lara Alcívar

C.I. 2200060651

## AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera.

También a mi tutora Dra. Pilar Gabela por su guía en mi trabajo de titulación.

## DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado con amor a mis padres, esposo y hermana por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido.

## RESUMEN

La seguridad del paciente es considerada como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud, por lo cual es necesario que la misma sea evaluada a través de mecanismos de control que puedan prevenir eventos adversos. Por tanto, el objetivo del presente trabajo investigativo fue desarrollar un Sistema de Notificación y Registro de Eventos Adversos (SNEAS).

Para determinar la necesidad de la creación de este Instrumento, se realizó la adaptación y aplicación del cuestionario VENCER- MF, validado en el Instituto Mexicano Seguridad Social, a los estudiantes en el Centro de Atención Odontológico (C.A.O.) – UDLA, con la finalidad de conocer la frecuencia de eventos adversos (EA) y cuasi fallas que se producen en el C.A.O. Los resultados mostraron que en el C.A.O., se produce un 13% de eventos adversos y 42,9% de cuasi fallas, En lo que respecta a las causas de ocurrencia de los EA, el 40% se debe a los tratamientos y, las cuasi fallas se originan principalmente en el diagnóstico y tratamiento en un 32,4% cada uno.

Se concluyó que, debido a las falencias encontradas y expuestas en el párrafo anterior, es necesario fortalecer la política de seguridad del paciente para corregir fallas que pueden conllevar en lesiones para el paciente por eventos adversos o cuasi fallas. La OMS recomienda la necesidad de enfatizar la comunicación de eventos adversos y cuasi fallas para mejorar la seguridad del paciente y, así transformar la cultura organizacional a una cultura de aprendizaje, en donde los errores son considerados como oportunidades de mejora.

Por lo tanto, como producto final de esta investigación se creó el SNEAS, para fortalecer el cuidado de los pacientes recolectando información útil acerca de los EA, sus causas, incidencia, especialidades en que se notifican para crear mecanismos que reduzcan su frecuencia.

**PALABRAS CLAVES:** Seguridad del paciente, Eventos adversos, Sistema de Notificación de Eventos Adversos.



## **ABSTRAC**

Patient safety is considered as the reduction to the minimum acceptable risk of unnecessary damage during health care, so it is necessary that the same sea through the control mechanisms that prevent it. Therefore, the objective of the present investigative work was to develop a System of registration and registry of adverse events (SNEAS).

To obtain the need for the creation of this Instrument, the adaptation and application of the VENCER-MF questionnaire, validated in the Mexican Social Security Institute, to the students in the Dental Care Center (CAO) - UDLA, was carried out in order to know the frequency of adverse events (AD) and quasi-failures that occur in the CAO. The results were found in the CAO, there are 13% of adverse events and 42.9% of quasi-failures, with regard to causes of the occurrence of AD, 40% is due to the treatments, the quasi-failures originate mainly in the diagnosis and treatment in 32.4% each.

It was concluded that, due to the shortcomings found and exposed in the previous paragraph, it is necessary to strengthen the patient safety policy to correct faults that can lead to injuries by the patient due to adverse events or near-misses. The WHO recommends the need to emphasize the communication of adverse events and quasi-failures to improve patient safety and thus transform the culture of culture into a culture of learning, where mistakes are considered as opportunities for improvement.

Therefore, the final product of this research was the SNEAS, to strengthen the care of patients who receive information about AD, its causes, incidence, specialties in which it is notified to create mechanisms that reduce its frequency.

**KEYWORDS:** Patient safety, Adverse events, Adverse event notification system.

## INDICE

CAPITULO I.....	1
1. ASPECTOS GENERALES.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.3. MARCO TEORICO .....	4
1.3.1 Seguridad del paciente.....	4
1.3.2. Cultura de seguridad .....	5
1.3.3 Eventos Adversos .....	6
1.3.3.1 Causas de los eventos adversos.....	6
1.3.3.2 Consecuencias.....	14
1.3.4 Medidas para mejorar la seguridad de los pacientes .....	15
1.3.5 Sistema de recolección de eventos adversos (SNEAS).....	16
1.3.5.1 Características generales de los sistemas de registros y eventos adversos.....	16
1.3.5.2. Voluntariedad de los sistemas.....	17
1.3.5.3 Tipo de evento que se comunica.....	18
1.3.5.4 Gravedad del caso .....	18
1.3.5.5 Análisis de los datos.....	20
1.3.6 Barreras para la notificación de eventos adversos.....	20
1.3.7. Utilidad de un sistema de registro y notificación.....	21
1.3.7.1. Anonimato y confidencialidad.....	22
1.4. OBJETIVOS.....	23
1.4.1. Objetivo general .....	23
1.4.2. Objetivos específicos.....	23
1.5. Materiales y métodos.....	23
1.6. Análisis de Resultados .....	25
1.7 Conclusiones y Recomendaciones:.....	34
REFERENCIAS .....	36
ANEXOS.....	43

## **CAPITULO I**

### **1. ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A pesar de los considerables avances en tecnología y conocimientos en las últimas décadas, los pacientes siguen siendo afectados por errores derivados de la Atención Sanitaria. Estos errores pueden resultar en eventos adversos (EA), los mismos que se definen como el incidente que resulta en algún tipo de daño al paciente y están relacionados directamente con la atención sanitaria (OMS., 2018). El aumento de la ocurrencia de EA ha sido señalado como uno de los factores que influyen directamente en la calidad de los servicios sanitarios, considerando que los incidentes pueden resultar en tragedia para los pacientes y/o familiares, en aumento de los costos de la asistencia sanitaria (Paranaguá, Bezerra, Bauer, & Azevedo, 2014) pp. 207

Es ampliamente reconocido que la seguridad del paciente es fundamental para que las Instituciones Sanitarias cumplan su papel social, ofreciendo así, una asistencia sanitaria de calidad con el mínimo de riesgos para el paciente. De acuerdo a la literatura, para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes (Bañares, Orrego, Suñol, & Ureña, 2005) pp. 22

En un estudio realizado en España sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), se evidenció un 72% de cuasi fallas que pudieron desencadenar en eventos adversos, además; la frecuencia de eventos adversos en hospitalización fue del 8,9%. Entre los eventos adversos detectados el 45% fueron leves, el 39% moderados y el 16% graves (Mateus, 2015) pp 23-44. A partir de estos datos, se han creado varias estrategias para reducir la ocurrencia de EA, garantizando así una atención sanitaria segura. Por ejemplo; el Cuestionario Análisis del Modo y Efecto de Falla (AMEF), proceso sistemático para la identificación de las fallas potenciales de un servicio o de un proceso

antes de que éstas ocurran, con el propósito de eliminarlas o de minimizar el riesgo asociado al mismo, a través del análisis de causa- efecto por medio de recolección de datos, entrevistas, revisión de expedientes, etc., (Mateus, 2015) pp. 37-50.

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha recomendado la implementación de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEAS) en las Instituciones de Salud, con la finalidad de que la cultura de los miembros involucrados en la atención sanitaria, permita aprender de los errores y cambiar el concepto de culpar únicamente a la acción de los profesionales sobre la ocurrencia de EA. Este sistema, además, permite conocer las causas de los incidentes, reducir su incidencia y motivar hacia una cultura de aprendizaje enfocada en el mejoramiento de la atención sanitaria (OMS, 2017). La obligación ética de revelar los errores, incluso los casi errores o aquellos sin consecuencias significativas ha sido establecido por diversas instituciones a nivel internacional como la American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, Institute of Healthcare Improvement y la National Academy for State Health Policy (AMA, 2012) pp. 12-55.

Por lo antes expuesto, es fundamental que las autoridades de las carreras universitarias de ciencias de la salud, unifiquen los esfuerzos para motivar un cambio cultural a partir de los estudiantes que se encuentran en su formación profesional. Es por ello, que el objetivo del presente trabajo es crear un sistema de registro y notificación de eventos adversos que recopile experiencias de la realidad clínica sobre los errores y los riesgos a los que están expuestos los pacientes en el Centro de Atención Odontológico (C.A.O) de la Universidad de las Américas, y posteriormente a partir de la información recolectada se planifiquen estrategias para su reducción o eliminación.

## 1.2 JUSTIFICACION

La seguridad del paciente es considerada como un principio fundamental de la atención sanitaria, sin embargo; es ampliamente reconocido que existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud (OMS, 2008). Según el Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria de Salud (APEAS) en los centros de salud de Latinoamérica, la prevalencia de sucesos adversos en el año 2008 fue de 18,63%, el 54,7% fueron leves, el 38% moderado y el 7,3% graves (APEAS,2008).

La OMS recomienda la cultura de aprendizaje como una práctica diaria necesaria para aprender de los errores y reducir o mitigar los errores para el paciente (OMS, 2018). El reporte de eventos adversos es de gran importancia para motivar un cambio hacia una cultura de aprendizaje en donde los errores son considerados como oportunidades para detectar fallos y mejorar el sistema.

Por lo expuesto, esta investigación es de importancia ya que, al implementar un Sistema de Notificación de Eventos Adversos en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, permitirá ampliar el conocimiento sobre la frecuencia y las condiciones latentes del sistema que permiten la aparición de la acción insegura, cuasi fallas y eventos adversos que ocurren en el C.A.O., con la finalidad de planificar e implementar estrategias que permitan brindar una atención sanitaria de calidad y garantizar la seguridad del paciente.

### **1.3. MARCO TEORICO**

#### **1.3.1 Seguridad del paciente**

Se entiende por seguridad del paciente como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud (Wegner,2012) pp. 2-8. La asistencia sanitaria, es una actividad de riesgo y el objeto central de esta actividad es el paciente, el cual es un elemento frágil y aunque dispone de mecanismos de autodefensa, en ocasiones la práctica clínica puede superar las defensas de los pacientes y provocarles, de manera involuntaria, algún EA que puede llegar a ser grave e incluso irreversible

Lograr una atención sanitaria más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica, por un lado; poner en práctica aquellas actuaciones que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, y por otro; generar, mediante la investigación nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial (Aranaz., 2002).

Por ello, la percepción y práctica de la seguridad del paciente en los centros de salud, está determinada por distintos grados de avance o madurez. Parker sintetizó cinco niveles en la seguridad: a) nivel bajo, en el cual la seguridad es considerada como algo ajeno a la agenda y preocupaciones de las instituciones Sanitarias, lo cual es característico de una cultura patológica, b) segundo nivel reactivo, en el cual se actúa únicamente cuando aparecen eventos o problemas, c) tercer nivel más avanzado, en cual existen sistemas de gestión del riesgo clínico, d) cuarto nivel proactivo el cual se anticipa ante los riesgos que existen y pueden aparecer y e) quinto nivel o generativo, en el cual la gestión del riesgo forma parte integral de la práctica asistencial (Hirsh, Ruchlin, & Nicolle, 2004) Pp. 47-58.

### 1.3.2. Cultura de seguridad

La cultura de seguridad del paciente es la relación de las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que el paciente no experimentará daño innecesario o potencial, asociado a la atención sanitaria. (Ramirez , Gonzalez, Garzon, Mateus, & Soto, 2011) Pp. 97-111.

Según el Ministerio de Salud de España en 2010, la cultura de seguridad de una organización está estrechamente relacionada a la seguridad del paciente ya que se ha demostrado que gracias a esta cultura, los profesionales brindan una atención sanitaria centrada en la seguridad del paciente, siempre buscando sistemas para mejorarla (Ministerio de Salud Español, 2010).

De acuerdo al (Ministerio de Salud Español, 2010), una organización representada por una cultura de seguridad adecuada, se caracteriza por los siguientes rasgos:

- a) Reconoce que existen riesgos y es proactiva, es decir; la organización está enfocada a conocer los riesgos a los que están expuestos los pacientes antes de que ocurran, todo lo contrario, a una cultura reactiva en donde se actúa luego de haber ocurrido un problema.
- b) Promueve un ambiente donde los individuos tienen libertad para hablar de errores o de situaciones de riesgo sin ser acusados o culpabilizados. Por ello se manifiesta que los profesionales que sienten seguridad de aceptar sus errores en el medio que trabajan, son proactivos e influyen de manera positiva en el mejoramiento de la seguridad del paciente, mientras que; los profesionales que no reconocen los errores, sienten menos interés en el mejoramiento de la seguridad del paciente.
- c) Fomenta la colaboración entre profesionales de diferentes categorías para buscar soluciones. Es decir, no se trata sólo de una cuestión de esfuerzo personal y buena voluntad del personal de salud, sino de un deber en conjunto que todos los profesionales deben cumplir.

- d) Existe buena voluntad por parte de la organización para asignar recursos, es decir que la organización está dispuesta a brindar recursos para mejorar la seguridad del paciente.
- e) Por último, mide y monitoriza sus indicadores para evaluar cambios, por ejemplo: creando sistemas para registrar y recolectar las características de los problemas que ocurren en las organizaciones y de esta forma poder evidenciar los cambios y controlarlos (Ministerio de Salud Español, 2010).

### **1.3.3 Eventos Adversos**

Evento adverso es el daño imprevisto no intencional sufrido por el paciente, como consecuencia del proceso de atención sanitaria. Puede ser prevenible si se identifica y se controlan los riesgos capaces de ocasionarlo (UNAM, 2017) Pp. 23-27.

#### **1.3.3.1 Causas de los eventos adversos**

Se ha definido que las causas de los eventos adversos se producen en un 70% por parte del sistema, 25% por el profesional y 5% por el paciente (OMS, 2008). Por ello; no se puede culpar siempre al profesional ya que se estaría limitando sus responsabilidades y capacidad laboral (Aranaz., 2014).

**Eventos Adversos causados por falla del profesional.** - Se ha mencionado que el error humano no es una causa aceptable de un EA porque este implica que puede volver a ocurrir. (Rivera, Acevedo, Perea, Labajo, & Fonseca, 2016) Pp. 206-217

Desde el punto de vista ético, el enfrentamiento de los errores se enmarca en el "principio de beneficencia", que conduce a promover el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de "no maleficencia", es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño.



El imperativo ético de revelar los errores, incluso los casi errores o aquellos sin consecuencias significativas ha sido establecido por diversas instituciones a nivel internacional como; la American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, Institute of Healthcare Improvement y la National Academy for State Health Policy. Sin embargo, en la declaración de derechos y deberes de los pacientes en Chile, no se contempla originalmente que el paciente tenga el derecho a ser informado de los errores producidos en el transcurso del tratamiento. Si bien los actuales estándares de acreditación del Ministerio de Salud de Chile se refieren al registro y evaluación de los eventos adversos, no se menciona nada sobre la comunicación de éstos al paciente o su familia (Mena, 2013) Pp. 319-326.

Para tener una cifra adecuada de los EA cometidos por parte de los profesionales se necesita el registro de los mismos, un 92% afirma haber usado un registro de errores como mecanismo formal para reportarlos y poder conseguir una cifra adecuada de los EA (Frances, y otros, 2016) Pp. 25-32

Para poseer una estadística de los errores médicos, los profesionales de la salud deben reconocer las fallas producidas por errores de este tipo, un estudio con médicos de atención primaria español, sobre los errores cometidos en el 2016, describe a éstos como: negadores (niegan haber cometido un EA) en un 28%, aquellos que consideran no han cometido error; perceptivos, los que reconocen al menos un error, el 67%; y los perceptivos que reconocen 28 o más errores el último año, que fueron un 7%. Respecto a la comunicación al equipo, los médicos jóvenes, en contraste con los mayores; comunican más frecuentemente sus errores. Los perceptivos tienden a tener mayores reacciones emocionales después de cometer errores, es decir que suelen estar más preocupados y sienten interés en reducir los errores, mientras que los negadores no presentaban interés en tomar medidas ante los errores cometidos, por lo tanto los perceptivos ayudan en el mejoramiento de la atención sanitaria (Koller, y otros, 2016) Pp. 32-38.

Los eventos adversos en odontología se presentan con menor frecuencia que en medicina y se ven relacionados principalmente al conocimiento del odontólogo tratante (Villa, 2011) Pp. 9-31. De acuerdo al estudio realizado en los centros de salud de Medellín los eventos adversos más comunes en odontología se dieron en endodoncia especialmente la periodontitis apical aguda originada en la pulpa con un 58,3 %, seguido de la periodontitis apical crónica con un 16,7% continuando con necrosis de la pulpa con un 13,9% y finalmente las caries con el 5,6% (Alvarado, Ramirez, Sanchez, & Pineda, 2009) Pp. 73-78. En endodoncia se han reportado eventos adversos principalmente por la mala utilización de hipoclorito de sodio al extravasar el conducto radicular (Costa et al., 2015. Pp. 54-71).

En el departamento de Estomatología en España se realizó un estudio sobre los eventos adversos en la consulta dental, en este estudio se reportó a la especialidad de endodoncia como la más registrada en los eventos adversos tanto por la medicación como por el proceso o los materiales utilizados en el tratamiento, seguido por el servicio de cirugía.

**Cansancio del profesional.-** Aunque conceptualmente todo error debe ser evitable, la repetición de actos similares, unido a fallos organizativos, la presión asistencial y la fatiga; son factores que impiden eliminar completamente los errores e incidentes en la atención sanitaria (Malamed, Reed, & Poorsattar, 2013) Pp. 45-56. También, una asignación inadecuada del profesional incide de manera negativa en los resultados obtenidos en los pacientes, y afecta a los profesionales, quienes corren un riesgo mayor de fatiga emocional, estrés, insatisfacción en el trabajo y agotamiento lo cual repercute en la atención a los pacientes (Carrión., 2012. Pp. 120-133).

**Cumplimiento de protocolos.** - La calidad y cumplimiento de normas y protocolos son elementos estratégicos para la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. (Aranaz, 2014). En varios análisis sobre los eventos adversos odontológicos encontrados y relacionados con los procedimientos, se encontró que el 5,1% de las historias clínicas que se analizaron, reportaban fallas activas en la seguridad del paciente, muchas de estas por no cumplir los protocolos establecidos (Sandoval & Donat, 2008) Pp. 111-119. Concluyendo que, los profesionales que no están familiarizados con protocolos clínicos suelen reportar con mayor frecuencia eventos adversos ya que no se cumplen los pasos correspondientes para cuidar la seguridad de los pacientes (UIS, 2014) Pp. 13-21.

**Comunicación.** - La comunicación es el proceso de pasar la información específica de un paciente a otro prestador de atención, para asegurar la continuidad y la seguridad en la atención del paciente. Estudios revelan que el principal problema de una comunicación no efectiva radica en que no se realiza personalmente y, la transmisión de información es poco precisa, ambigua y desordenada, esto puede traer repercusiones en la atención adecuada de los pacientes (Rora, Johnson , Lovinger, Humphrey, & Meltzer, 2015) Pp. 41-57.

Con respecto a las fallas producidas por la comunicación entre profesionales médicos y del área administrativa, se indicó que los pacientes tenían entre el 15 al 25 % de mortalidad. Los pacientes en la unidad de cuidado intensivo debido a una comunicación defectuosa han presentado una incidencia de eventos adversos entre el 38 % y el 81 % y una prevalencia del 49 %, convirtiéndose en un problema de salud de primer orden, tanto para el paciente y sus cuidadores, como para los sistemas de salud y los profesionales, así también un 95 % de los eventos adversos se consideran evitables y, probablemente, esta cifra sea más un llamado de atención a los profesionales para que implementen programas de prevención y tratamiento basados en las últimas evidencias clínicas (Germanco, 2013) Pp. 303-323.

**Eventos Adversos causados por falla del paciente:**

**Alteración de indicaciones médicas por parte del paciente.** - En cuanto al auto retiro de artefactos terapéuticos, un estudio realizado en Brasil revelo que en un 57,5% de eventos adversos se generan por este error del paciente (Toffoletto et al., 2013. Pp. 23-45). Los pacientes suelen auto medicarse, cambiar las prescripciones medicamentosas realizadas por los profesionales de salud, suspender los medicamentos por decisión propia, etc. Estas decisiones propias del paciente, han provocado gran cantidad de eventos adversos cuya responsabilidad a recaído sobre el profesional tratante (Arreaza, 2005) Pp. 3-8.

**Pacientes con enfermedades sistémicas.** - La hipertensión arterial es una de las enfermedades sistémicas más relacionada con la ocurrencia de eventos adversos. En estos pacientes, se registra un 66% de eventos adversos o mala atención odontológica, es decir; máximo el 40% de los pacientes hipertensos están bien manejados (Arreaza, 2005) Pp. 3-8.

Estos pacientes son identificados con facilidad en la consulta odontológica mediante anamnesis y el monitoreo de la presión arterial, la relevancia en el cuidado del paciente radica en la interacción del fármaco a utilizar para controlar la enfermedad de base con los fármacos del tratamiento a realizar (Recolons, Rodriguez, Lopez, & Chimenos, 206) Pp. 332-345.

**Interacciones por medicamentos.-** Se debe recalcar que en los eventos adversos en odontología el 50% de ellos se registran por la utilización de fármacos (Arreaza, 2005) Pp. 3-8.

En la consulta odontológica el paciente también está expuesto a sufrir eventos adversos derivados de las actuaciones clínicas. Coincidiendo con lo que ocurre a nivel hospitalario se estima que el mayor número de eventos adversos en

odontología, hasta un 50% de los mismos se registra en el uso de fármacos. Aunque el número de fármacos usados en la consulta del odontólogo es limitado, los eventos adversos derivados de los mismos pueden alcanzar la misma gravedad que los relacionados a la medicina (Villa, 2011) Pp. 9-31.

En el Hospital Centinela de Goias en Brasil fueron identificados 230 errores de medicación, siendo la mayoría en la preparación y administración de medicamentos (64,3%). Los errores de medicación fueron de omisión (50,9%), de dosis (16,5%), de horario (13,5%) y de técnica de administración (12,2%). Se constató que 37,4% de los medicamentos eran potencialmente peligrosos. Considerando los errores de medicación detectados, es importante promover una cultura de seguridad en el hospital (Bauer et al., 2013. Pp. 2-8).

**Alergias a biomateriales.-** Dentro de otros riesgos y eventos adversos reportados, encontramos las reacciones por biomateriales odontológicos que podrían ser tóxicos debido a reacciones tisulares y que son expresadas con inflamación gingival (Fuertes, Gonzalez, Lopez, Gamell, & Salas, 2014) 2009. Pp. 6-14

Los efectos de cualquier material que entre en contacto con el cuerpo humano pueden desencadenar una serie de reacciones alérgicas, entre estos materiales se encuentra; materiales de impresión, prótesis dentales, cementos, materiales de restauración, adhesivos, etc. (Ospina & medina, 2010) Pp. 19-3.

A pesar que estos materiales han sido utilizados en odontología desde hace mucho tiempo, pueden producir de manera poco frecuente efectos biológicos adversos, lesiones eritematosas a los tejidos, sensación quemante, xerostomía, entre otros. Aunque autores mencionan que la incidencia de estas reacciones a los materiales es difícil de apreciar (Maya et al., 2011. Pp. 79-90).

Los eventos adversos por extrusión de hipoclorito sódico al periápice o inyección accidental de hipoclorito sódico son una complicación poco frecuente en

odontología. Aun así, los graves síntomas que producen, justifican el seguimiento de un protocolo preventivo, así como el de un protocolo de actuación en el caso de producirse un accidente, en un estudio realizado en la Escuela de Medicina Legal de Madrid, se identificó las causas de los eventos adversos por hipoclorito de sodio, entre los principales motivos se establecieron perforación del conducto radicular (6,25%) seguido de extrusión por forzar la aguja (5%), el menos frecuente fue confusión de hipoclorito con anestesia con el 1% (Del Castillo, 2011) Pp. 71-79.

Un estudio realizado en la Universidad Nacional del Nordeste sobre los incidentes adversos producidos por materiales y sustancias químicas de uso odontológico se determinó como principal causante de eventos adversos al hipoclorito de sodio (25,7%), seguido del uso de guantes de látex (25%), dique de goma con el 5,6% y por último el sellador endodóntico con base de hidróxido de calcio con el 2,8% (Rocha, 2005) Pp. 33-45.

### **Eventos Adversos causados por falla del Sistema de Salud/Organización.**

El modelo explicativo de la cadena causal de un EA mantiene que son más importantes los fallos del sistema que los errores de las personas. Los fallos latentes son las causas profundas, que pueden dar origen a nuevas cadenas de eventos adversos (Costa et al., 2015. Pp. 54-71).

Entre las causas inmediatas, los diferentes estudios muestran que el 70% de ellos son debido a fallos técnicos, a defectos en la toma de decisiones, a no actuar de la manera más apropiada en función de la información disponible, a problemas en la anamnesis, a la ausencia de cuidados que eran necesarios o a la prestación inadecuada de éstos (Aranaz., 2002).

A lo largo de los años, los métodos y enfoques en la evaluación y mejora de la calidad entre el sector sanitario y el industrial han vivido de forma independiente y desconectada. Las decisiones clínicas, en la medida de lo posible, deben estar

sustentadas en la evidencia científica y, la calidad debe formar parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria (Aranaz., 2002).

**Equipamiento.** - Las condiciones latentes son representadas por las patologías intrínsecas del sistema y surgen a partir de las decisiones de los profesionales de nivel gerencial más alto, pudiendo o no provocar errores, estos se pueden relacionar a la falta de materiales, insumos inadecuados y falta de manutención (Costa et al., 2015. Pp. 54-71).

La falta de equipamiento en odontología limita el seguimiento adecuado de los protocolos de atención. Se ha observado que la falta de materiales adecuados, puede constituir un gran peligro para la seguridad de los pacientes (Costa et al., 2015. Pp. 54-71).

**Gestión de la información.-** Se reporta como acción insegura la no actualización de las historias clínicas de los pacientes por el profesional, varios estudios han identificado como factores contributivos una deficiente comunicación entre el equipo de salud y una excesiva carga laboral (Toffoletto & Ruiz, 2013) Pp. 23-45.

Las fallas en la comunicación generan incertidumbre durante las decisiones sobre la atención del paciente, a su vez; la incertidumbre puede dar como resultado una atención ineficiente o subóptima. Es necesario una comunicación eficaz a través de historias clínicas precisas, actualizadas, que incluyan el contenido estándar del paciente, como el estado, el código o problemas médicos activos y anticipados (MSPS., 2006. Pp. 1-70).

**Recursos.** - En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños debido a la atención recibida, y en países en desarrollo, la cifra es probablemente mucho mayor (OMS., 2018). Los médicos no son los únicos responsables de las adversidades, de hecho; buena parte del fenómeno lo explica la falta de recursos, que impactan la calidad de los

servicios que se proporcionan y por lo tanto generan cambios en los resultados propuestos (Germanco, 2013) Pp. 303-323. Se ha reportado también que la falta de recursos por parte de los pacientes puede llevar a eventos adversos, se ha destacado la falta de dinero para adquirir los medicamentos prescritos, lo cual afecta de forma directa a los tratamientos (Navas et al., 2014. Pp. 1340-1362).

### **1.3.3.2 Consecuencias**

En Estados Unidos, los eventos adversos representan entre 17.000 y 29.000 millones de dólares al año. Esta situación provoca la falta de confianza y satisfacción en los pacientes. Los estudios apuntan a que la mayoría de eventos adversos se producen en los hospitales, pero también se producen en consultorios, clínicas y hasta en el domicilio del paciente (Bañares et al., 2015, pp. 11-13).

Las reacciones adversas relacionadas a los medicamentos pueden causar complicaciones como choques anafilácticos, hiperreacciones e hiporeacciones, etc. De estos, los eventos adversos causados por medicación en odontología más comunes son anafilácticos de tipo I y IV (Arreaza, 2005) Pp. 3-8.

Los eventos adversos relacionados con procedimientos, fallo de equipos y pruebas diagnósticas, se presentan en menor porcentaje. Sin embargo, se refiere que estos eventos tienen implicaciones para el paciente y las instituciones, puesto que el retraso, la preparación y el procedimiento equivocado e inadecuado generan sobrecostos como en la estancia hospitalaria (Achury et al., 2016. Pp. 324-337).



### **1.3.4 Medidas para mejorar la seguridad de los pacientes**

La importancia de la cultura de la seguridad ha sido puesta de relieve en el marco de los países de la Unión Europea por medio de la Declaración de Luxemburgo aprobada en el año 2005. En ella se reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave, tanto para la seguridad de los pacientes como para la gestión eficiente de los sistemas de salud (Aranaz, 2014).

El actual concepto de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y en todos sus niveles, y que afecta a todas las personas y a todos los procesos (Aranaz.,2014). Los sistemas de notificación y registro de incidentes y eventos adversos son una medida de mejoramiento de la atención sanitaria que trata de conocer los problemas más frecuentes, aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse. Su importancia radica en que estudian tanto EA con daño, como sin daño. No pretenden hacer una estimación de la frecuencia de los EA, sino que son una forma de obtener una valiosa información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un EA (Aranaz,2002).

Por lo tanto, es de gran importancia tanto para el personal de salud como para el paciente, tener conocimiento acerca de los factores de riesgo que conducen a resultados no deseados. La prevención de un EA se centra en identificar las barreras de seguridad, lo cual guía al diseño e implementación de prácticas seguras en los procesos de atención (Alvarado et al., 2009. Pp. 73-78).

### 1.3.5 Sistema de recolección de eventos adversos (SNEAS)

Es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes (Barreras, 2016). Los sistemas de notificación de incidentes tienen una finalidad de aprendizaje para los profesionales, a la vez que permite reforzar el sistema para que, siendo más seguro, impida el error de los profesionales. A partir de los incidentes notificados, produzcan o no daño, es posible extraer la información de dónde, cómo y por qué ocurrió el evento, para así determinar las medidas necesarias que reduzcan la probabilidad de que vuelva a ocurrir (Aranaz, 2014).

#### 1.3.5.1 Características generales de los sistemas de registros y eventos adversos

De acuerdo a la OMS los Sistemas de registro de eventos adversos deben tener las siguientes características:

- **Accesible y fácil de utilizar.** - El profesional suele estar bastante atareado y el sistema de notificación no debe suponer una sobrecarga en su trabajo. Es por ello que debe ser fácil de emplear. También debe ser fácil de encontrar en la web, si la notificación es informática, o a través de un formulario en papel (Aranaz, 2002).
- **Disponer de un mecanismo de información hacia el notificador.** - El sistema debe contar con un mecanismo de seguimiento confidencial en el que el notificador pueda acceder al análisis que de él se ha hecho y las posibles prácticas seguras implantadas o sugeridas derivadas de su notificación (WHO., 1985).
- **Ágil.** - Las notificaciones requieren que los responsables de su gestión den una respuesta rápida, poniendo en marcha las correcciones pertinentes en los lugares adecuados (Aranaz, 2014).

### **1.3.5.2. Voluntariedad de los sistemas**

La notificación de los sistemas de registro puede ser de carácter voluntario o bien de carácter obligatorio. Los sistemas obligatorios de notificación se centran en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte, pretenden aportar a los pacientes protección y ser un incentivo para que las instituciones eviten problemas de seguridad que les podrían conducir a sanciones y, en último lugar, en exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente.

Los sistemas voluntarios están destinados hacia la mejora de la seguridad. Se emplean en la notificación de los incidentes potenciales y de otros problemas de seguridad de mayor gravedad. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes (Bañares et al., 2015, pp. 11-13).

A nivel global se encuentran los dos tipos de sistemas, en el contexto de sistemas que apoyen en el aprendizaje y la generación de condiciones de atención más seguras se prefiere los sistemas voluntarios. Es muy importante enfatizar la motivación de los trabajadores de la salud para la notificación y, evidenciar los resultados en la mejora de la seguridad en la atención, como resultado del reporte, para la sostenibilidad del sistema. La decisión sobre la obligatoriedad de la notificación de eventos adversos e incidentes es potestad de cada centro de atención y de cada país. En los sistemas obligatorios el interés está dirigido a la vigilancia de tipos particulares de eventos y que tienen consecuencias en el pago por parte de los compradores de servicios o en acciones de responsabilidad civil, legal o penal (Cho et al., 2013. Pp. 11-37).

### **1.3.5.3 Tipo de evento que se comunica**

Según el evento que se comunique, se distingue los sistemas de carácter general, que permiten la notificación de cualquier tipo de evento y aquellos más especializados en determinadas áreas (Bañares et al., 2015, pp. 11-13).

#### **Clasificación del EA según las consecuencias del suceso:**

- Leve: El paciente presenta síntomas leves, la pérdida funcional y el daño que presenta es mínimo o intermedio, de corta duración y, no es necesaria la intervención o esta es mínima, sin prolongar la estancia.
- Moderado: Un evento que necesita de intervención, por ejemplo; una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o causa una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Grave: Cuando dicho EA causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Muerte: En este caso, el evento causa la muerte o el propicio a corto plazo. (MSP., 2014. Pp. 13-45)

### **1.3.5.4 Gravedad del caso**

En el caso de los incidentes sin daño para el paciente, comparten en muchas ocasiones el proceso causal con los eventos adversos, con lo que el conocimiento de las causas de los incidentes puede facilitar la puesta en marcha de estrategias para evitar incidentes y, como consecuencia de ello; evitar también eventos adversos que pueden producir o producen daño a los pacientes (Bañares et al., 2015, pp. 11-13).

Entre los incidentes adversos tenemos los siguiente:

**INCIDENTES ADVERSOS SERIOS:** Potencial riesgo de daño no intencionado que puede llevar a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, generó un desenlace adverso.

**INCIDENTE ADVERSO NO SERIO:** Potencial riesgo de daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso (MSPC., 2011.pp. 1-6).

Entre los eventos adversos tenemos:

**EVENTOS ADVERSOS SERIOS.** Evento no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador u otro, como consecuencia de la utilización de un equipo o material biomédico. Se considera como deterioro serio de la salud: Enfermedad o daño que amenace la vida, daño de una función o estructura corporal, condición que requiera una intervención médica o quirúrgica para prevenir un daño permanente de una estructura o función corporal, evento que lleven a una incapacidad permanente parcial, evento que se necesite una hospitalización o una prolongación en la hospitalización, que necesite de una intervención médica o quirúrgica (MSPC., 2011.pp. 1-6).

**EVENTOS ADVERSOS NO SERIOS:** Eventos no intencionados que no llevan a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador u otro, como consecuencia de la utilización de un equipo o aparato de uso médico.

### **1.3.5.5 Análisis de los datos**

Es considerado una etapa crítica y sirve para avanzar desde el simple registro de los casos hasta la gestión y obtención de resultados como producto del análisis. El objetivo es desarrollar un análisis en profundidad, desde la ocurrencia del caso individual hasta el análisis sistemático que identifique las fallas en los sistemas y procesos.

Dos metodologías se han identificado con frecuente utilización: a) El análisis de causa o análisis de ruta causal: metodología que avanza, a través de repetidas preguntas de cuál es la causa (desde las causas asociadas a daño del equipo o error humano, hasta las causas en los procesos y sistemas). Esta metodología se originó en el modelo industrial y ha sido aplicada exitosamente. b) El Protocolo de Londres: metodología basada en el modelo de James Reason, que avanza desde la identificación de las barreras que fallan, hacia las acciones inseguras, los factores contributivos y las fallas latentes que existen en la organización y la cultura (Cho et al., 2013. Pp. 11-37).

### **1.3.6 Barreras para la notificación de eventos adversos**

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la seguridad, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más que, como fallos que deben ser escondidos. En el sistema sanitario, la creación e implantación de estos sistemas todavía no está sistematizada, pero ha sido una prioridad en otras industrias donde el riesgo de accidentes y de eventos adversos es elevado. Aunque, en los últimos 5-10 años se han producido movimientos encaminados en esta dirección, por ejemplo, los registros de incidentes en anestesia, en unidades de cuidados intensivos, en unidades de transfusión, en medicina laboral y en el área de farmacia.

A pesar del interés creciente en relación a la seguridad, no existe todavía una sensibilización generalizada respecto a la importancia de la notificación.

Aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. Entre las causas-barreras que se han descrito para explicar la infra notificación se encuentran el miedo de los profesionales a las medidas disciplinarias, la preocupación por los posibles litigios como consecuencia de la publicitación del registro y, sobre todo, por el inadecuado o escaso retorno de la información a quien generó el dato (Aranaz., 2014).

### **1.3.7. Utilidad de un sistema de registro y notificación**

La decisión para desarrollar un sistema de notificación de incidentes es generada en el más alto nivel gerencial, para lo cual se define un responsable de gestionar el sistema, se integra un grupo interdisciplinario de análisis, se desarrolla una cultura de notificación en el personal de salud, se define metodologías y herramientas y, se utiliza una nomenclatura uniforme (Santacruz., 2012. pp. 133-147).

El primer objetivo de la notificación es aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo. Como se mencionó anteriormente, no es útil para monitorizar los progresos en la prevención de los eventos adversos, sino para que, la información registrada sea utilizada para:

- Acciones que desencadenan la buena utilización de los datos.
- Diseño de barreras de seguridad al interior de la institución.
- Producción de alertas de seguridad.
- Difusión de los resultados a través de noticias o boletines (Cho et al., 2013. Pp. 11-37).

Por todo ello, el objetivo de este informe es profundizar en los sistemas implantados en diferentes países, destacar sus características más importantes y encontrar aquellos elementos que podrían adaptarse a las necesidades. (Bañares et al., 2015, pp. 11-13).

### **1.3.7.1. Anonimato y confidencialidad**

La introducción de los datos de la persona que notifica puede realizarse de forma anónima, sin que se llegue a saber quién o desde dónde ha realizado la notificación. Por otro lado, el sistema puede ser confidencial y comprometerse a que esos datos no lleguen a revelarse en público, pero debe permitir contactar con la persona en caso de necesidad (Bañares et al., 2015, pp. 11-13).

Es considerado un aspecto de mucha importancia el grado de anonimato y confidencialidad con el cual se manejan los datos, lo cual tiene una relación directa con el estímulo al reporte de los eventos adversos o incidentes y, con un mayor volumen de reportes que dan la información necesaria para el análisis y la implementación de mejoras. Es importante recordar que en sistemas orientados hacia el análisis de los procesos es poco relevante registrar los nombres de los involucrados, por lo tanto, la notificación se realiza de manera anónima. En algunas experiencias, como la de España, no se realiza la identificación del informante para proteger el anonimato y la confidencialidad del reporte (Cho et al., 2013. Pp. 11-37).



## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

Desarrollar un Sistema de Registro de Eventos Adversos (SNEAS) en el Centro de Atención Odontológico – UDLA.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

Determinar la necesidad de la creación de un SNEAS en el Centro de Atención Odontológico – UDLA, a través de un cuestionario desarrollado para los estudiantes que cursan la materia de Clínica.

Crear un formato de SNEAS en base a los requerimientos socializados en la revisión bibliográfica.

Socializar el formato de SNEAS con las autoridades de la Coordinación del C.A.O para su revisión e implementación.

## **1.5. Materiales y métodos**

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo ya que, a través de cuestionarios realizados a los estudiantes sobre la ocurrencia de EA y cuasi-fallas, se identificó la necesidad de crear un sistema de notificación de eventos adversos.

De acuerdo a la cronología de los hechos, es de corte transversal ya que la información requerida se obtuvo en un momento determinado.

### **Descripción del método**

Se realizó una revisión bibliográfica para identificar cuestionarios validados, utilizados para determinar la necesidad de crear y emplear un instrumento de recolección de eventos adversos en las Instituciones de Salud. El cuestionario VENCER-MF creado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se validó en el área de enfermería del IMSS para utilizarlo como SNEAS, fue adaptado para recolectar la información de los estudiantes de Clínica II a Clínica

V (ANEXO 1).

Dicho cuestionario, guío a conocer la frecuencia y ocurrencia de eventos adversos, así como también, de cuasi fallas. Se aplicaron 18 preguntas, las cuales debían ser respondidas en base a un sistema de respuestas de opción múltiple, el cuestionario se envió en versión digital a los estudiantes, recibiendo 231 respuestas. Subsiguientemente al análisis de los resultados obtenidos con el cuestionario, se determinó la necesidad de crear un SNEAS para lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica y fue desarrollado (ANEXO 2).

**Universo:** El universo de esta investigación está compuesto de 378 estudiantes que cursan la materia de Clínica II a Clínica V.

**Muestra:** La muestra de esta investigación, con 95% de confianza y 5% de error, estuvo conformada por 191 estudiantes que al momento cursaban la materia de Clínica II a Clínica V. Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente.

**Tabla1. Cálculo automático del tamaño de la muestra**

Nivel de Confianza (NC)	95%	Constante (k)	1,96
Población (N)	378	Proporción (q)	0,5
Proporción (p)	0,5		
Error deseado (e)	5,0%		

<b>Tamaño de la Muestra es:</b>	191
---------------------------------	-----

## 1.6. Análisis de Resultados

**Tabla 2. Nivel de clínica que cursa el estudiante**

Nivel de Clínica	Resultados	
	Clínica II	Frecuencia
Equivalencia en %		11.3%
Clínica III	Frecuencia	45
	Equivalencia en %	19.5%
Clínica IV	Frecuencia	70
	Equivalencia en %	30,30%
Clínica V	Frecuencia	90
	Equivalencia en %	39%
Total	Frecuencia	231
	Equivalencia en %	100%

Se recibieron 231 encuestas, de las cuales hubo mayor participación de los estudiantes de clínica V con el 39%, seguido de Clínica IV con el 30.3%.



**Figura 1 ¿Ha sido parte de un evento centinela?**

Se evidencia que en el Centro de Atención Odontológico de la UDLA no se ha presentado nunca un evento centinela.

**Tabla 3 ¿Ha sido parte de un evento adverso?**

Clínica		Fue parte de un EA	No fue parte de un EA
II	Frecuencia	4	22
	Equivalencia en %	1,7%	9,5%
III	Frecuencia	8	37
	Equivalencia en %	3,5%	16%
IV	Frecuencia	5	65
	Equivalencia en %	2,2%	28,3%
V	Frecuencia	13	77
	Equivalencia%	5,6%	33,3%
Total	Frecuencia	30	201
	Equivalencia en %	13%	87%

De las 231 respuestas se evidenció la ocurrencia de EA en el 13% de pacientes. De estos, se produjeron con mayor frecuencia por los estudiantes de clínica V con el 5,6%, seguido por clínica III con el 3,5%.

**Tabla 4 ¿Qué originó el evento adverso?**

Nivel Clínica	Diagnóstico		Tratamiento		Aplicación de medicamento		Prescripción de medicamento		Caídas		No corroboración de la salud del paciente		Identificación del paciente	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
II	0	0%	2	6,6%	0	0%	0	0%	1	3,30%	1	3,30%	0	0%
III	1	3,3%	2	6,6%	2	6,60%	0	0%	0	0%	3	10%	1	3,30%
IV	1	3,3%	1	3,3%	1	3,40%	0	0%	0	0%	1	3,30%	0	0%
V	4	13,4%	7	23,4%	0	0%	1	3,30%	0	0%	1	3,30%	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>20,0%</b>	<b>12</b>	<b>40,0%</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>	<b>1</b>	<b>3,30%</b>	<b>1</b>	<b>3,30%</b>	<b>6</b>	<b>20%</b>	<b>1</b>	<b>3,30%</b>

De los 30 estudiantes que afirman haber sido parte de un EA, se pudo evidenciar que se presentó mayor cantidad de eventos adversos en el tratamiento en un 40%, seguido del diagnóstico y falta de corroboración del estado de salud del paciente en un 20% cada uno. También se evidenció que los estudiantes de clínica V fueron más propensos a cometer errores en el tratamiento con el 23,4%.

**Tabla 5 ¿El evento adverso produjo consecuencias?**

<b>Clínica</b>		<b>El EA produjo consecuencias</b>	<b>El EA no produjo consecuencias</b>
II	Frecuencia	2	2
	Equivalencia en %	4,90%	4,90%
III	Frecuencia	3	9
	Equivalencia en %	7,32%	21,90%
IV	Frecuencia	3	4
	Equivalencia en %	7,32%	9,60%
V	Frecuencia	7	11
	Equivalencia en %	17,11%	26,80%
<b>Total</b>	Frecuencia	15	26
	Equivalencia en %	36,60%	63,4

Se evidenció que el 36% de eventos adversos si produjeron consecuencias.

**Tabla 6 ¿Cómo califica la severidad de las consecuencias?**

<b>Clínica</b>		<b>Rápida solución</b>	<b>Requiere tratamiento adicional</b>	<b>Requiere tratamiento de amplia complejidad</b>
II	Frecuencia	2	2	0
	Equivalencia en %	6,70%	6,7	0%
III	Frecuencia	7	1	1
	Equivalencia en %	23,30%	3,3	3,35%
IV	Frecuencia	2	1	1
	Equivalencia en %	6,70%	3,3	3,35%
V	Frecuencia	6	7	0
	Equivalencia en %	20%	23,4	0%
<b>Total</b>	Frecuencia	17	11	2
	Equivalencia en %	56,70%	36,70%	6,70%

Se pudo evidenciar que el 56,7% de los EA fue de rápida solución, sin embargo hubo un 36,7% de EA que requirieron tratamiento adicional, seguido por un 10% de eventos que requirieron tratamiento de amplia complejidad.

Tabla 7 ¿Comunicó el evento?

Clínica		Si comunicó el evento	No comunicó el evento
II	Frecuencia	4	0
	Equivalencia en %	12,90%	0%
III	Frecuencia	7	3
	Equivalencia en %	22,58%	9,70%
IV	Frecuencia	3	1
	Equivalencia en %	9,70%	3,20%
V	Frecuencia	13	0
	Equivalencia en %	41,80%	0%
Total	Frecuencia	27	4
	Equivalencia en %	87,10%	12,90%

De 30 estudiantes que fueron parte de eventos adversos, 27 (87,1%) comunicaron lo ocurrido.

27 respuestas

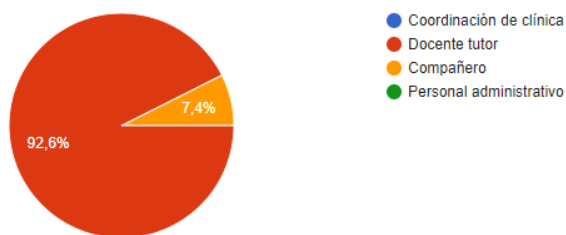


Figura 2 ¿A quién comunicó el evento?

Se observó que el 92,6 % de estudiantes comunicó el EA al docente tutor, sin embargo, un 7,4 % de estudiantes afirmó haber comunicado el EA a un compañero.

**Tabla 8 ¿Ha sido parte de una cuasi falla?**

Clínica		Fue parte de una cuasi falla	No fue parte de una cuasi falla
II	Frecuencia	8	18
	Equivalencia en %	3,40%	7,70%
III	Frecuencia	17	28
	Equivalencia en %	7,30%	11,96%
IV	Frecuencia	18	52
	Equivalencia en %	7,70%	22,20%
V	Frecuencia	58	34
	Equivalencia en %	24,80%	14,54%
Total	Frecuencia	102	132
	Equivalencia en %	43,60%	56,41%

Los resultados demuestran que el 43,6 % de estudiantes ha sido parte de una cuasi falla. De estos, los estudiantes de clínica V muestran ser más propensos a estos incidentes, con el 24,8%.

**Tabla 9 ¿Qué originó la cuasi falla?**

Nivel de Clínica	Diagnóstico		Tratamiento		Aplicación de medicamentos		Prescripción de medicamento		Caídas		Falta de corroboración de la salud del paciente		Identificación del paciente	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
II	4	3,90%	1	0,1	0	0%	1	0,9%	0	0%	1	0,98%	1	0,98%
III	10	9,80%	3	2,90%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2,94%	3	2,94%
IV	9	8,83%	6	5,90%	1	0,98	0	0%	0	0%	2	1,96%	1	0,98%
V	10	9,80%	23	22,51%	4	3,9	2	1,93%	0	0%	11	10,80%	6	5,89%
Total	33	32,40%	33	32,40%	5	4,90%	3	2,90%	0	0%	17	16,70%	11	10,80%

Los resultados exponen que la mayor cantidad de cuasi fallas se produce en el tratamiento y diagnóstico representados en 32,4 % cada uno. La falta de corroboración del estado de salud del paciente también es un factor que mostró elevada repercusión para cometer un EA en un 16,7%. Por último, se afirma que los estudiantes de clínica V fueron más propensos a cometer errores en el tratamiento con el 22,51%.

**Tabla 10 ¿Comunicó el evento?**

Clínica		Si comunicó el evento	No comunicó el evento
II	Frecuencia	8	0
	Equivalencia en %	7,50%	0%
III	Frecuencia	18	3
	Equivalencia en %	16,10%	2,85%
IV	Frecuencia	18	0
	Equivalencia en %	16,10%	0%
V	Frecuencia	56	3
	Equivalencia en %	52,80%	2,85%
Total	Frecuencia	100	6
	Equivalencia en %	94,30%	5,70%

Se evidenció que el 94,3% de estudiantes comunicó el evento. Los estudiantes de Clínica V comunicaron las cuasi fallas en un mayor porcentaje, con el 52,8%.



**Figura 3 ¿A quién comunicó el evento?**

Se evidenció que un 96% de estudiantes comunicaron la cuasi falla a su docente tutor, seguido del 3% que comunicó la cuasi falla a un compañero y el 1% la comunicó al personal administrativo.



**Tabla 11 ¿Se implementaron medidas para corregir y evitar dicho evento?**

Clínica		Si implementaron medidas	No implementaron medidas
II	Frecuencia	8	0
	Equivalencia en %	7,60%	0%
III	Frecuencia	16	4
	Equivalencia en %	15,23%	3,80%
IV	Frecuencia	15	3
	Equivalencia en %	14,30%	2,90%
V	Frecuencia	55	4
	Equivalencia en %	52,40%	3,80%
Total	Frecuencia	94	11
	Equivalencia en %	89,50%	10,50%

El 89.5% de estudiantes indicaron que se implementaron medidas para corregir y evitar cuasi fallas, siendo los estudiantes de clínica V los que más implementaron medidas con el 52,4%.

## **DISCUSIÓN:**

En el presente trabajo se pudo observar que en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad De Las Américas, se produjo un 13% de EA y 42,9% de cuasi fallas, lo cual corrobora el estudio realizado en España sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), en donde se confirmó que las Instituciones de Salud son consideradas como una de las instituciones que produce más riesgo para el paciente, en este estudio se evidenció un 72% de cuasi fallas que pudieron desencadenar eventos adverso y la frecuencia de eventos adversos fue de 8,9%.

En lo que respecta a las causas de ocurrencia de los EA un 40% se dio debido a los tratamientos, y las cuasi fallas se originan principalmente en el diagnóstico y tratamiento en un 32,4% cada uno. En la literatura se indica que los EA implicados a los diagnósticos se producen en un 75% (Leape., y otros, 1991). Sin embargo, en el estudio realizado en la Residencia de Salud de Murcia se evidenció que los errores cometidos en el diagnóstico se presentaban en un 37,4% y en el tratamiento en un 33,5%, corroborando los datos de la presente investigación.

Entre las consecuencias de los EA se registró que el 56,70% fueron de rápida solución, el 36,70% necesitaron tratamiento extra y el 6,70% tratamiento de amplia complejidad, lo cual se discute en los resultados obtenidos por el Ministerio de Salud de España (MSE) en el cual las consecuencias de los eventos adversos fueron de rápida solución en el 85%, con necesidad de tratamientos extras el 10% y graves 5%.

El MSE, en sus investigaciones evidenciaron que los profesionales que sienten seguridad de aceptar sus errores en el medio que trabajan, son proactivos e influyen de manera positiva en el mejoramiento de la seguridad del paciente en un 80%, mientras que los profesionales que no reconocen los errores, sienten menos interés en el mejoramiento de la seguridad del paciente. En el presente trabajo, a pesar de no contar con un sistema para la notificación de eventos adversos y cuasi fallas, la comunicación de los EA fue en un 87,1% y las cuasi

fallas en un 94,3%, es decir casi su totalidad.

El 89.5% de estudiantes indicaron que se implementaron medidas para corregir y evitar tanto como los EA y cuasi fallas, la OMS en sus investigaciones sobre la implementación de las políticas de seguridad evidenciaron que el 75% de profesionales de la salud se adaptaron a la notificación de eventos e incidentes adversos.

## **CONCLUSIONES:**

Los resultados de este estudio son un acercamiento a la realidad sobre la problemática de la ocurrencia de eventos adversos, es por ello que se concluye lo siguiente:

El presente trabajo investigativo fue aplicado a 231 estudiantes de los cuales, hubo una participación del 39% de estudiantes de clínica V seguidos por el 30,3% perteneciente a clínica IV, el 19,5% clínica III y 11,3% clínica II. Los resultados obtenidos evidenciaron que en el Centro de Atención Odontológico de la UDLA no ha ocurrido un evento centinela, sin embargo, se puede observar que se ha producido un 13% de EA y un 42,9% de cuasi fallas.

En lo que respecta a las causas de ocurrencia de los eventos adversos un 40% se generó en los tratamientos, y las cuasi fallas se originaron por el diagnóstico y tratamiento en un 32,4% cada uno. El 89,5% de estudiantes indicó que se implementaron medidas para corregir y evitar tanto los adversos y cuasi fallas, habiendo un 15% de incidentes que no fueron corregidos. La comunicación de los EA se dio en un 87,1% y las cuasi fallas en un 94,3%, y coincidieron en que los eventos en su mayoría fueron comunicados a los Docentes.

Considerando la información expuesta en el párrafo anterior, se concluye que es necesario fortalecer la política de seguridad del paciente para corregir fallas que pueden conllevar a eventos adversos o cuasi fallas. Para una buena gestión de eventos adversos, es necesario concientizar a todo el personal involucrado en la atención sanitaria en la detección temprana de riesgos para el paciente y reporte oportuno de los mismos, que permita implementar planes de mejora para intervenir de forma rápida y proactiva en la incidencia de eventos adversos.

Es importante generar mecanismos de control para mejorar la seguridad del paciente, misma que es definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud. La OMS recomienda la necesidad de enfatizar la comunicación de eventos adversos y cuasi fallas para mejorar la

seguridad del paciente y, así transformar la cultura organizacional a una cultura de aprendizaje, en donde los errores son considerados como oportunidades de mejora.

Los resultados obtenidos justificaron la necesidad de que, en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas, se necesita un Instrumento de Registro de Eventos Adversos. Por lo tanto, como producto final de esta investigación se creó el SNEAS, para fortalecer el cuidado de los pacientes recolectando información útil acerca de los EA, sus causas, incidencia, especialidades en que se notifican para crear mecanismos que reduzcan su frecuencia.

## Recomendaciones

- Se recomienda motivar a la utilización del sistema de reporte de eventos adversos y/o vigilancia activa, en todas las clínicas
- Hacer revisión académica y en consenso verificar los planes de manejo en la atención de pacientes que requieren atención en los servicios que reporte una alta incidencia de EA.
- Implementar mecanismos de adherencia a las recomendaciones dadas por la OMS, en relación a la lista de chequeo para la prevención de eventos adversos
- Se recomienda que luego de implementar el SENEAS se verifique su efectividad y hacer correcciones en caso de ser necesarias.

## REFERENCIAS

- Alvarado, V., Ramirez, V., Sanchez, N., & Pineda. (2009). *Identification of patients with iatrogenic procedures performed at other institutions who werw admitted to the enmergency service*. Recuperado el 3 de Enero de 2018, de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/5109/6978>
- Achury, SD., Rodríguez, SM., Díaz, JC., Cavallo, EZ., Grajales, RV. Y Tolosa (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Pp: 324-337. Recuperado el 05/01/2018 en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/215791/192481>
- Aranaz, JM., Limón, R., Aibar, C., Miralles, JJ., Vitaller, J. Y Terol. (2008). Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. 22(1): 198-204. Recuperado el 30/04/2018 en: [https://ac.els-cdn.com/S021391110876093X/1-s2.0-S021391110876093X-main.pdf?\\_tid=499dae8f-0593-4e73-90aa-f6269d7aeb33&acdnat=1525212176\\_c5c1ada5a665c2ad1db5fc057a71704c](https://ac.els-cdn.com/S021391110876093X/1-s2.0-S021391110876093X-main.pdf?_tid=499dae8f-0593-4e73-90aa-f6269d7aeb33&acdnat=1525212176_c5c1ada5a665c2ad1db5fc057a71704c)
- Arreaza, J. (2005). *Manejo odontologico del paciente*. Recuperado el 4 de Enero de 2018, de [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/paciente\\_hipertenso.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/paciente_hipertenso.asp)
- Bañares, J., Orrego, C., Suñol, R., & Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Avedis Donabedian*, 20(4).
- Brito, RS., Paes, MJ. y Silva (2007). PRONTO-SOCORRO: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. 28(2):242-249. Recuperado el 30/12/2017 en: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/3169/1740>
- Carrion, J. (2012). *Riesgos para la salud en profesionales de la odontologia*. Recuperado el 25 de Enero de 2018, de

- <https://www.gacetadental.com/2012/01/riesgos-para-la-salud-en-profesionales-de-la-odontologia-24896/>
- Castro, D. (2015). *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos*. Tesis pregrado, Universidad Javeriana de Colombia, Colombia. Recuperado el 25 de Enero de 2018, de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
- Costa, SM., Duarte, AB., Azevedo, QA., Büscher, MA. y Andrade. (2015). El error humano en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva. 23(6):74-81 DOI: 10.1590/0104-1169.0479.2651. Recuperado el 25/01/2018 en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es\\_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf)
- Cho, MA., Montserrat, CA., , Joaquín, JO., Alicante, EG., Corcuera, L. Y Suárez. (2013). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Pp: 11-37. Recuperado el 05/01/2018 en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=20891&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=20891&lang=fr)
- Del Castillo, G., Perea, B., Labajo, E. y García. (2011). Lesiones por hipoclorito sódico en la clínica odontológica: causas y recomendaciones de actuación. *Cient Dent.* 8;1:71-79. Recuperado el 20/06/2018 en: [http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA\\_DENTAL/VOL8\\_NUM1/71-79.pdf](http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/VOL8_NUM1/71-79.pdf)
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., & Leape, L. (25 de Enero de 2012). *Is patient safety? In: Advances in patient safety. New directions and alternative approaches AHRQ.*
- Frances, B., Carrion, C., Paez, R., Rosa, S., Salab, C., Orrego, V., . . . Noguera. (2016). *Clinical error and adverse events primary care doctors perception*. Recuperado el 24 de Enero de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706704310>
- Fuertes, A., Gonzalez, B., Lopez, M., Gamell, J., & Salas. (2014). Alergia a las prótesis dentales. *Research gate*, 9(1), 6-14. Recuperado el 4 de Enero de 2018, de [https://www.researchgate.net/publication/242420625\\_Alergia\\_a\\_las\\_prtesis\\_dentales\\_con\\_resinas\\_Revision\\_del\\_problema](https://www.researchgate.net/publication/242420625_Alergia_a_las_prtesis_dentales_con_resinas_Revision_del_problema)



- Germanco, C. (2013). El sistema de salud enferma a los pacientes. *UM*, 303-323. Recuperado el 25 de Enero de 2018, de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/215791/192481>
- Hernández, IT., Fernández, MA. Y Irigoyen. (2017). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Pp: 53-70. Recuperado el 25/01/2018 en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
- Hirsh, C., Ruchlin, C., & Nicolle, D. (2004). *The role of leadership in instilling a Culture of Safety: Lessons from the literature*. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de <https://nursing2015.files.wordpress.com/2010/02/role-of-leadership-in-just-culture.pdf>
- Koller, D., Rummens, A., Morgane, P., Sherry, E., Friedman, J., & Kenneally. (2016). Patient disclosure of medical errors in paediatrics: A systematic literature review, *21(4)*, 32-38. Recuperado el 24 de Enero de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934167/>
- Leape, L., Brennan, T., Laird, N., Lawters, A., Localio, A., Barnes, B., . . . Hiatt. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patient. *Harvard Medical Practice Study*, *324(6)*, 377-384. Recuperado el 1 de Marzo de 2018
- Llaneza, EL. (2015). Análisis reactivo Herramienta para la mejora de la Seguridad. Pp: 53-68. Recuperado el 25/01/2018 en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/GHAS%202011/Jornadas/Metodologia\\_causaraiz\\_DraLlaneza.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/GHAS%202011/Jornadas/Metodologia_causaraiz_DraLlaneza.pdf)
- Malamed, S., Reed, K., & Poorsattar. (2013). need brakage incidence and prevention. *Dent Clin north*, *54(4)*, 45-56. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20831936>
- Maya, CL., Vallejo, MA. y Martinez. (2011). Citotoxicidad de los adhesivos dentinarios. *23(2)*: 79-90. Recuperado el: 04/01/2018 en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1217>
- Mateus, O. (2015). *Metodologia AMFE como herramienta de gerencia de riesgo en un hospital universitario*. Recuperado el 24 de Enero de 2018, de <http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuaderno>

s\_latinoamericanos\_administracion/volumenXI\_numero20\_2015/05\_Metodologia\_Vol-X-Num-20.pdf

Mena, P. (2013). Error medico y eventos adversos. *Scielo*, 19(3), 319-326.

Obtenido de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300012)

[41062008000300012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300012)

Ministerio de Salud Español. (2010). *Analisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ambito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*.

Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)

MPS. (2012). Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Pp: 9-18. Recuperado el 24/01/2018 en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

MISCO. (2012). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. 09(2). Pp: 120-146. Recuperado el 24/01/2018 en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2006). Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de imagenología. Pp:

1-70. Recuperado el 04/01/2018 en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf>

MSP. (2014). PROTOCOLO DE REPORTE Y SEGUIMIENTO PARA EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS. Pp:3-45. Recuperado el 04/01/2018

en:

<http://www.hospitalmacas.gob.ec/acreditacion/practicassorg/eventosadversos.pdf>

MSPC. (2011). GUÍA PARA EL REPORTE DE EVENTOS / INCIDENTES ADVERSO. Pp: 1-6. Recuperado el 05/01/2018 en:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/documentos-farmacovigilancia/2990-guia-para-el-reporte-de-eventos-incidentes-adversos-a-equipos-y-materiales-biomedicos/file>

- Navas, VY., Alvarado, VJ., Rosano, CD. Y Gonzafa. (2014). Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* vol.30 no.1 Ciudad de la Habana. pp. 1340-1361. Recuperado el 25/01/2018 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192014000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000100003)
- OMS. (2008). *Seguridad del paciente*. Recuperado el 14 de Enero de 2018, de [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
- OMS. (2017). Métodos e instrumentos de medición en la investigación sobre seguridad del paciente. Recuperado el 30/12/2017 en: [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/es/](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/es/)
- UIS. (2014). *Protocolo de seguridad*. Recuperado el 25 de Enero de 2018, de [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/protocolos/TBE.37.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.37.pdf)
- Ospina , D., & medina. (2010). Adverse ractions caused by biomateriales used in prosthodontics. *Scielo*, 26(1), 19-30. Recuperado el 4 de Enero de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n1/original2.pdf>
- Pérez, VC., Rubio, IG., Alarcón, CG., Rubio, MH. y Cano (2009). Implementación de un formulario para la notificación de eventos adversos: resultados del primer año. 24:3-10 - DOI: 10.1016/S1134-282X(09)70069-7. Pp: 23-32. Recuperado el: 07/04/2018 en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-implementacion-un-formulario-notificacion-eventos-S1134282X09700697>
- Paranaguá, T., Bezerra, A. L., Bauer, A., & Azevedo, F. (Abril de 2014). Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermeria Global*(34), 206-2018.
- Ramirez , O., Gonzalez, L., Garzon, J., Mateus, G., & Soto. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería. *Scielo*, 17(3), 97-111. Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009)

- Recolons, M., Rodriguez, M., Lopez, L., & Chimenos. (206). manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncologico. *Scielo*, 22(6), 335-342. Recuperado el 4 de Enero de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n6/original4.pdf>
- Rocha, MT., Verges., E., Lewintre, Mirta. y Valsecia. (2005). Incidentes adversos producidos por materiales y sustancias químicas de uso odontológico. Pp: 33-45. Recuperado el 20/06/2018 en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-079.pdf>
- Rivera, M., Acevedo, C., Perea, C., Labajo, G., & Fonseca. (2016). Analisis causa raiz sobre eventos adverso producido en la clinica odontologica docente asistencial. *Scielo*, 11(2), 207-216. Recuperado el 4 de Enero de 2018
- Rora, D., Johnson , S., Lovinger, D., Humphrey, E., & Meltzer. (2015). Communication failures in patient sign-out suggestions for improvement a critical incident analysis. *Qual saf heath*. Recuperado el 25 de Enero de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744089/>
- Rodriguez, GL. (2009). La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza. Pp: 10-23. Recuperado el 05/01/2018 en: [http://www.bioeticaunbosque.edu.co/Investigacion/tesis/SALUD/GLORIA\\_LUCIA\\_RODRIGUEZ.pdf](http://www.bioeticaunbosque.edu.co/Investigacion/tesis/SALUD/GLORIA_LUCIA_RODRIGUEZ.pdf)
- Sandoval, A., & Donat. (2008). Efectos adversos del tratamiento del cancer oral. *Scielo*, 24(1), 111-119. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original11.pdf>
- Santacruz, VJ. (2012). SISTEMA DE REGISTRO AUTOMATIZADO DE INCIDENTES EN SALUD. Pp:133-147. Recuperado el 05/01/2018 en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/viii\\_conferencia/Sistema\\_registro\\_automatisado\\_accidentes\\_salud.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/viii_conferencia/Sistema_registro_automatisado_accidentes_salud.pdf)
- SESCAM - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Manual de Calidad Asistencial. Castilla-La Mancha: SESCAM; 2009 (accedido el 8 de agosto de

- 2016). Disponible en:  
[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual\\_calidad\\_asistencial\\_de\\_la\\_seca.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf)
- Toffoletto, M., & Ruiz. (2013). Mejorando la seguridad de los pacientes, estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. *Scielo*, 47(5), 23-45. Recuperado el 25 de Enero de 2018, de [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es\\_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf)
- UNAM. (2017). *Reporte de eventos adversos en la UNAM*. Recuperado el 24 de Enero de 2018, de <http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=eventosgen&id=1385&sec=atencionpaciente>
- Villa, A. (2011). *Observatorio español para la seguridad del paciente odontológico*. Recuperado el 24 de Enero de 2018, de [https://www.icoe.es/documentos/Seguridad en el paciente odontologico](https://www.icoe.es/documentos/Seguridad%20en%20el%20paciente%20odontologico)
- Zarate, GS., Olvera, AA., Hernandez, CS. Y Valdez. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. Pp: 63-72. Recuperado el 25/01/2018en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000081>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

**Adaptación del cuestionario VENCER-MF, del “Instituto Mexicano del Seguro Social” para conocer la frecuencia de eventos adversos en el Centro de Atención Odontológico de la UDLA (IMSS, 2015).**

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASIFALLAS EN LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

**LA INFORMACIÓN RECOLECTADA EN ESTA INVESTIGACIÓN ES DE CARACTER CONFIDENCIAL**

- NIVEL DE CLINICA

II	<input type="checkbox"/>
III	<input type="checkbox"/>
IV	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>

- I. **EVENTO CENTINELA.** Suceso imprevisto, resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida permanente de una función u órgano, o cirugía incorrecta y otro evento considerado como CENTINELA por las políticas del establecimiento.

- ¿Ha sido parte de un evento centinela?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**Si su repuesta fue “No” pase a la sección II.**

- ¿Qué originó el evento centinela?

En la identificación correcta de paciente	<input type="checkbox"/>
Aplicación de Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Prescripción de Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Aplicación de dosis o tipo de vacuna	<input type="checkbox"/>
Caídas	<input type="checkbox"/>
En el diagnóstico	<input type="checkbox"/>

En el tratamiento

Otros

● **¿Cuál fue el resultado?**

Pérdida permanente de función

Perdida de órgano

Muerte

**II. EVENTO ADVERSO.** Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones del paciente

● **¿Ha sido parte de un evento adverso?**

Si

No

**Si su respuesta fue “No” pase a la sección III.**

● **¿Qué originó el evento adverso?**

En la identificación correcta de paciente

Aplicación de Medicamentos

Prescripción de Medicamentos

Aplicación de dosis o tipo de vacuna

Caídas

En el diagnóstico

En el tratamiento

Otros

● **¿Qué sucedió en el evento adverso?**

.....  
.....  
.....

● **¿Produjo consecuencias?**

Si

No

● **¿Cómo califica la severidad de las consecuencias?**

Rápida solución

Requiere tratamiento adicional



Requiere tratamiento de alta complejidad

● **¿Comunicó el evento?**

Si

No

● **¿A quién comunicó el evento?**

Coordinación de clínica

Docente tutor

Docente que se encontraba del turno

Compañero

Personal administrativo

III. **CUASIFALLA.** Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.

● **¿Ha sido parte de una cuasi falla?**

Si

No

● **¿De qué tipo fue?**

En la identificación correcta de paciente

Aplicación de Medicamentos

Prescripción de Medicamentos

Aplicación de dosis o tipo de vacuna

Caídas

En el diagnóstico

En el tratamiento

● **Describa brevemente lo ocurrido:**

.....

.....

.....

● **¿Comunicó el evento?**

Si

No

● **¿A quién comunicó el evento?**

Coordinación de clínica

Docente tutor

Docente que se encontraba del turno

Compañero

Personal administrativo

● **¿Se implementaron medidas para corregir y evitar dicho evento?**

Si

No

● **¿Cuáles fueron las medidas?**

.....

.....

.....

## ANEXO 2



### FACULTAD DE ODONTOLOGÍA – UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

#### Registro de Eventos Adversos y Cuasi fallas

##### Datos del paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Cédula: \_\_\_\_\_ Género: M \_\_ F\_\_

##### INSTRUCCIONES:

Lea con atención cada pregunta y responde según usted crea conveniente, escoja una sola respuesta por pregunta encerrándola en un círculo, o escriba la respuesta en las que así se lo pidan. Las respuestas deben ser respondidas con toda sinceridad ya que las mismas servirán para el análisis e implementación de estrategias que permitan mejorar la seguridad del paciente.

##### Encuesta para los estudiantes o profesional de salud:

##### 1.- ¿Usted quiere realizar el registro de un evento adverso / cuasi falla?

- a. Evento adverso
- b. Cuasi falla

##### 2.- Si su respuesta es sí: ¿Qué tipo de evento está registrando?

- a. Leve
- b. Moderado
- c. Grave
- d. No sé la gravedad del evento

##### 2.- Especialidad del problema

- a. Endodoncia

- b. Cirugía
- c. Periodoncia
- d. Rehabilitación oral
- e. Odontopediatría

**3.- ¿Qué sucedió?**

---

**4.- ¿Se tomaron medidas?**

- a. Si
- b. No

**5.- ¿Cuáles?**

---

**5.- ¿Se detectaron las causas?**

- a. Si
- b.- No

**6.- ¿Cuáles son las causas?**

- a) Medicamentos
  - b) Falta de comunicación
  - c) Cansancio del profesional
  - d) Falta de protocolo
  - e) Falta de material o equipamiento
  - f) Recursos
  - g) Alergia a biomateriales
  - h) Gestión de información
  - i) Enfermedades Sistémicas
  - j) Alteración de indicaciones medicas
  - k) Otra:
-

---

Firma de la paciente

C.I. \_\_\_\_\_

---

Firma del clínico responsable

C.I. \_\_\_\_\_

