



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y

SALUD PÚBLICA TESIS

EVENTOS ADVERSOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: CASO,
LA FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA DE LA UNICACH

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

Jeny Itzel Gómez Villar Juárez

Asesores

Dr. Ángel Gutiérrez Zavala

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Vicente Alberto Castillo Roveló

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 24 de enero de 2022

Índice

Agradecimientos	3
Planteamiento del problema	4
Proceso I. Eventos Adversos en la Práctica Clínica Odontológica	7
1.1 Contexto histórico de la seguridad del paciente.....	7
1.2 Normatividad y conceptualizaciones de la seguridad del paciente.....	12
1.3 Eventos adversos en la atención odontológica.....	15
1.4 Mitos de la seguridad del paciente.....	22
1.5 Seguridad del paciente y calidad en la atención.....	25
Proceso II. Protocolo de Londres	27
2.1 Propósito del protocolo del Londres.....	27
2.2 Análisis causa raíz.....	28
2.3 Desarrollo del análisis.....	31
2.4 Mejora continua estratégica.....	38
Proceso III. Antecedentes de los eventos adversos en la facultad de odontología	40
.	
3.1 Antecedentes de la facultad de ciencias odontológicas y salud Pública de la Unicach	40
3.2 Eventos adversos y Atención odontológica y procedimientos realizados en el año.....	42
Proceso IV. Conclusiones y propuesta	46
4.1 Conclusiones.....	46
4.2 Propuestas.....	48
4.2.1 Expediente electrónico.....	48
4.2.2 Manual de procedimientos.....	48
4.2.3 Capacitación.....	48

4.2.4 Aplicación de cuestionario para medición de la cultura de seguridad del paciente y del reporte de eventos adversos adaptado en odontología...	48
Bibliografía consultada.....	49
Anexos.....	52
Formato de Recolección de datos.....	53
Cuestionario de cultura de seguridad del paciente.....	54

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por todas las bendiciones que me ha dado, solamente él conoce mi esfuerzo y dedicación, me ha dado la fortaleza y sabiduría para realizar mi trabajo. Le debo todo lo que soy.

A mi familia

Por su infinita paciencia y amor, a mis padres que son dos hermosos regalos del cielo que han guiado mi camino, a los cuales les debo lo que soy.

A mis asesores

Gracias a su apoyo incondicional para elaborar este proyecto para mi formación profesional, en el cual me acompañaron con su experiencia y conocimientos. Gracias por la paciencia y el entusiasmo que siempre me transmitieron para no rendirme.

Planteamiento del problema

En los últimos años, la seguridad del paciente dentro del campo de las ciencias de la salud, ha cobrado un papel preponderante, a tal grado, que se encuentra dentro del marco jurídico regulador de la atención de la salud a todo los niveles y profesiones.

La Organización Mundial de la Salud, estima que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren, como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. (SSA, 2018).

Hablar de seguridad del paciente, no es nuevo, sin embargo, ha tomado mayor relevancia en los últimos años debido al impacto de los efectos de los eventos adversos en la atención de la salud, así como las pérdidas económicas, demandas y disminución de la vida laboral por efecto de estos, lo que se ha tenido que legislar a favor de la seguridad del paciente en nuestro país.

En el año de 1999, se publicó el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, con el nombre “To Err is Human: building a Safer Health System“, (Errar es de humano: Construir un sistema de salud más seguro”); su contenido causo controversia en la comunidad médica, debido a que mencionaba que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA.

Después de esto, en el año 2004 se lanza por parte de la OMS la Alianza para la Seguridad el paciente, con la finalidad de establecer acciones coordinadas para incidir en mejorar la seguridad del paciente en la atención de la salud, a través de todos los sectores, es decir, hospitales, empresas, pacientes, profesionales de la salud y familiares de pacientes, todos en colaboración para garantizar una atención libre de riesgos.

La seguridad del paciente ha sido de gran importancia en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que hoy en día la define como: “La ausencia de riesgo o daño Potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. (OPS, 2011).

Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, la seguridad del paciente, se define como la atención libre del daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento. (Secretaria de salud, 2017)

Para lo anterior, el principal propósito de la seguridad del paciente es evitar la ocurrencia de eventos adversos o centinelas durante la atención de la salud.

A pesar de tener avances sobre acciones para la seguridad el paciente en la atención médica hospitalaria y ambulatoria, en odontología ha sido de manera paulatina la introducción de la perspectiva de la seguridad en los procesos y procedimientos odontológicos.

Si bien la seguridad del paciente es un tema transversal dentro de la atención de la salud, la odontología tiene una serie de singularidades tanto profesionales como asistenciales, creyendo que los daños o incidentes adversos generados en los pacientes son más leves o de menor importancia, así como considerar que al ser una atención ambulatoria es menos agresiva.

Sin embargo, el número de quejas y eventos adversos de acuerdo a la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED) en odontología, ha ido en aumento. Muchas de ellas tienen relación con la seguridad del paciente, teniendo eventos adversos derivados de la atención odontológicas, los cuales van desde daños leves a consecuencias

irreversibles, las cuales impactan en los costos de la atención y en la familia e usuarios.

Por todo lo anterior, desarrollar una tesis sobre los eventos adversos y la seguridad del paciente en la práctica clínica odontológica, es de vital importancia y novedad. Debido a que en el último año las diversas instituciones y organizaciones odontológicas han fijado su atención en el tema, con la finalidad de evaluar, analizar y reducir los eventos adversos en la práctica odontológica.

El presente trabajo se desarrolla en los procesos siguientes: 1.- El contexto teórico de la seguridad del paciente y de los eventos adversos en la práctica odontológica, así como la normatividad y conceptualizaciones. 2.- El protocolo de Londres, es decir, el análisis causa raíz de los eventos adversos y el procedimiento, así como el plan de mejora como resultado de este. 3.- El diagnóstico o resultados de los eventos adversos en la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, encontrando desde los antecedentes de la facultad de odontología y los procedimientos más frecuentes, así como los principales motivos de atención médica o eventos adversos registrados. 4.- Para finalizar se presentan las conclusiones y la propuesta de mejora para la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, que surgen como resultado del análisis y revisión bibliográfica realizada de manera preliminar.

Proceso I. Eventos Adversos en la Práctica Clínica Odontológica

1.1 Contexto histórico de la seguridad del paciente

Después de la publicación del estudio por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, “to err is human: building a safer health system” en el año 1999, donde se publicaba que entre 44.000 y 98.000 personas fallecían al año por errores médicos en aquel país, siguieron muchos otros demostrando que la atención de la salud, implicaba números riesgos para los pacientes. Sin embargo, fue hasta octubre del 2004 que la Organización mundial de la Salud (OMS) lanzo la campaña: Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, con el propósito de coordinar y difundir acciones de mejora en la seguridad del paciente, con la intervención y participación de todos los Estados miembros a la OMS, Gobiernos, asociaciones, pacientes, personal de salud y otros, para establecer estrategias que minimicen los riesgos en la atención de la salud de los usuarios.

En el 2007 la OMS lanza las Nueve Soluciones para seguridad del paciente, con el objetivo de reducir los daños innecesarios durante la atención, siendo esta las primeras líneas de acción para garantizar seguridad en los procedimientos de atención, las nuevo soluciones propuestas fueron:

1. Medicamentos de aspectos o nombre parecidos
2. Identificación de paciente
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

Sin embargo, la Joint Commission International, estableció seis objetivos internacionales, con la finalidad de ayudar a las áreas de mayor problemática con la seguridad del paciente, siendo estos:

- I. Identificación del paciente
- II. Mejorar la comunicación eficaz
- III. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta
- IV. Verificar el lugar correcto, el procedimiento correcto y cirugía del paciente correcto.
- V. Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de la salud
- VI. Reducir el riesgo de lesiones por caídas de los pacientes.

Mientras tanto el Comité Europeo de la Sanidad, realizó un informe con el nombre de “La prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria”, donde hace una serie de recomendaciones hacia la gestión de la seguridad y la calidad en la atención a la salud, considerando que el acceso a la atención seguro es un derecho de cada uno de los ciudadanos de todos los Estados miembros y que pacientes y ciudadanos tienen derecho a recibir y a tener fácil acceso a información pertinente sobre la seguridad de la atención en salud en un formato y en un lenguaje que pueda comprender. (SSA, Acciones esenciales para la seguridad del paciente, 2017).

México no ha sido la excepción en realizar acciones encaminadas a garantizar una atención libre de riesgo. En el 2002 la Secretaría de Salud difundió las 10 acciones de seguridad del paciente, las cuales posteriormente se convertirían en las metas internacionales para la seguridad de paciente, siendo estas:

- I. Identificar correctamente a los pacientes
- II. Mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales (órdenes verbales y/o telefónicas.)
- III. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- IV. Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto

V. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica (Lavado de manos).

VI. Reducir el riesgo de caídas.

Durante el 2009, el Sistema Nacional de Certificación, dependiente del Consejo de Salubridad General, incluyó para la certificación de Establecimientos de atención médica, en donde están incluidas las áreas de estomatología, las metas internacionales de seguridad del paciente. Lo que ha dado como resultado que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en conjunto con el Consejo de Salubridad General den origen a las ocho Acciones Esenciales para la seguridad del paciente, las cuales son:

1. **Identificación del paciente.** Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
2. **Comunicación Efectiva.** Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.
3. **Seguridad en el proceso de medicación.** Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.
4. **Seguridad en los procedimientos.** Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
5. **Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).** Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

6. **Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.** Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.
7. **Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.** Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.
8. **Cultura de seguridad del paciente.** Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. (SSA, 2018).

La seguridad del paciente se ha convertido en una estrategia prioritaria para el Sistema Nacional de salud, lo cual incluye establecimiento públicos y privados, involucrando a todos los profesionales de la salud, entre ellos los odontólogos, los cuales hoy en día ya cuentan con las ocho Acciones Esenciales para la Seguridad el paciente en Odontológica, las cuales han sido elaboradas con apoyo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y que este año se han difundido a través del sitio oficial de la Comisión.

Cuadro No. 1. Acciones esenciales para la seguridad del paciente en Odontología.

No.	ACCIÓN ESENCIAL EN ODONTOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
1	Identificación del paciente	<p>Corroborar al menos dos datos del paciente antes de realizar un procedimiento: Nombre completo y fecha de nacimiento.</p> <p>Generar un expediente clínico por cada paciente y mantener actualizada la información</p>

- 2 Comunicación Efectiva** Mejorar la comunicación entre el odontólogo, el paciente y sus familiares. Asegurarse que el mensaje sobre el diagnóstico y tratamiento sea apropiadamente recibido, entendido y confirmado por el paciente. El empleo de dibujos o esquemas puede explicar el procedimiento. Todo anotarlo en el expediente clínico.
- 3 Seguridad en el proceso de medicación** Cumplir con los requerimientos mínimos de la receta médica. Administrar anestésicos locales con fecha de caducidad vigente y con la descripción clara de la solución anestésica y del vasoconstrictor.
- 4 Seguridad en los procedimientos** Limitar la exposición innecesaria del paciente a la radiación de los rayos X
- Brindar protección ocular al paciente en todo procedimiento.
- Establecer barreras para prevenir y evitar la ingesta o inhalación de objetos extraños.
- Utilizar una lista de cotejo en todos los procedimientos quirúrgicos.
- Contar con un protocolo de acción para emergencias en el consultorio dental.
- 5 Reducción de los Riesgos de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud** Implementar un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención que incluya al odontólogo y a los asistentes.
- Emplear procedimiento estandarizados para la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental clínico.
- Emplear pruebas biológicas o químicas para verificar el proceso de esterilización del instrumental.
- No reutilizar material o instrumental destinado a un solo uso.

Mostrar al paciente que el equipo e instrumental a utilizar han sido esterilizados y en caso de ser desechables mostrar que son nuevos.

- | | | |
|----------|--|--|
| 6 | Reducción del riesgo del daño al paciente por causa de caídas | Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en el consultorio dental. |
| 7 | Registro y análisis de eventos centinelas, adversos y cuasi fallas. | Desarrollar e implementar un sistema para el registro de incidentes y eventos adversos. Utilizando el expediente clínico del paciente para registrarlos. |
| 8 | Cultura de la seguridad | Promover y capacitar en la cultura de la seguridad del paciente. Colocar Poster y avisos de la seguridad del paciente. |

Fuente: CONAMED, Septiembre 2019

1.2 Normatividad y conceptualizaciones de la seguridad del paciente

“La clasificación del sistema normativo mexicano se establece en atención a su jerarquía y a sus ámbitos material, así como espacial de validez. Las normas jurídicas no tienen el mismo rango ni categoría, es decir, existe entre ellas un orden jerárquico, regulan una materia y son aplicables en un territorio determinado. Se consideran válidas y obligatorias cuando se encuentran apoyadas en otra de mayor jerarquía.” (Salazar, 2019).

Tomando en cuenta lo anterior, para hablar del marco normativo respecto a la Seguridad del paciente, primeramente, se tendría que mencionar los artículos 1° y 4° constitucional. Donde se garantizan los derechos humanos que posee toda persona, tal como lo menciona el artículo 1°.

“Artículo 1°. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019).

Dando paso a garantizar el derecho a la salud, atención libre de riesgo, tal como se menciona en el artículo 4° constitucional.

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019).

Con base a lo anterior, la ley General de Salud, El reglamento de la Ley General de Salud, el Reglamento interior de la Secretaria de Salud y los Comités Consultivos de Normalización, que son los encargados de integrar las Normas oficiales mexicanas, regulan y disponen la atención de la salud, y consideran aquellos aspectos que inciden en la calidad y seguridad del paciente.

Dentro de la practica odontológica, la Norma Oficial Mexicana 013 – SSA2 – 2015, establece los requerimientos mínimos indispensables para el ejercicio de la odontológica en el país, además de los de las acciones asistenciales y educativo preventivas dirigidas a la población para el cuidado de la salud bucal. De la misma manera establece los riesgos profesionales y las actividades encaminadas asegurar una atención de calidad, con conocimiento de la disciplina y seguridad del paciente. Teniendo como datos importantes de la atención, la identificación del paciente odontológico, el contar con un expediente clínicos, el realizar la Historia Clínica y la exploración física dirigida a la cavidad bucal, cabeza, cuello y registro de signos vitales, peso y talla, como datos importantes de valoración, previo procedimiento odontológico.

La necesidad de establecer lineamientos que guíen y normen las acciones del personal de salud ha sido imperante, es así que, en el 2002, la Organización Mundial de Salud (OMS) aprobó la resolución WHA55.18, Calidad de la atención: seguridad del paciente, exhortando a los Estados miembros priorizar la atención en el tema de la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, con énfasis en la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

Es por eso que México, legalizado que dichas disposiciones se apliquen como un conjunto de normas nacionales, para garantizar una atención libre de riesgos y la protección a la población. A demás de incluir las diversas políticas, estrategia y programas emitidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la protección de la salud para todas las personas. (Salazar, Isaí. 2019).

Para poder garantizar los estándares de calidad en la atención de la salud en el Sistema Nacional de Salud, y asegurar la aplicabilidad de las acciones de seguridad del paciente, el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención médica, dependiente del Consejo de Salubridad General, desde el año del 2009, fueron incluidas las metas internacionales para seguridad del paciente, son una prioridad para la certificación de Establecimientos de atención médica, mismas que se ven plasmas en las cédulas de acreditación en las versiones de los años 2011, 2012 y 2015, del cual con el trabajo conjunto con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, generaron las ocho acciones esenciales para seguridad del paciente. Las cuales están contenidas den la cedula de Verificación para establecimientos de segundo y primer nivel de atención, donde en el apartado de Estomatología en hospitales y centros de salud que cuenten con el servicio, observan la verificación documentada de la Acción Esencial 1 que es la identificación correcta del paciente y la acción 4. Seguridad en los procedimientos, con base al “ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del

documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A, 4 A” (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2018).

A pesar de los avances en la normatividad y requerimientos, asiste a la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, pero no ha resuelto el problema, pues influyen muchos factores para lograr el objetivo de seguridad en el usuario de los servicios de salud.

1.3 Eventos adversos en la atención odontológica

Las cifras sobre los eventos adversos a nivel mundial son interminables, hoy en día. De acuerdo con las estimaciones, en México el 2% de los pacientes hospitalizados muere, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica.

Es necesario definir ¿Qué es la seguridad del paciente? Para lo cual la Organización Mundial de la Salud, define a la Seguridad del Paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Involucrando con este a todos los profesionales de la salud, y teniendo un carácter transversal en la atención que se otorga a los usuarios. El objetivo final de la Seguridad del paciente es evitar, disminuir o prevenir los eventos adversos, centinelas o cuasi fallas. Entendiendo como evento adverso un incidente imprevisto e inesperado que causa lesión y/o incapacidad y/o muerte y/o prolonga la estancia hospitalaria que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad per se del paciente. (OMS, 2019).

La odontología es una disciplina del área de la salud en donde convergen tres áreas de actuación profesional: la investigación científica, la docencia y el ejercicio del trabajo clínico ya sea de manera pública o privada. En este sentido, durante la atención clínica del cirujano dentista pueden surgir acontecimientos que podrían comprometer la salud del paciente o

del propio personal que está implicado en el procedimiento odontológico, pero, por temor o por pena no son reportados. La seguridad del paciente trata de evidenciar estos eventos, no con el objeto de señalar o sancionar, más bien para sensibilizar a los odontólogos y estudiantes de odontología de que el riesgo es latente y, así permitir el diseño de planes emergentes de actuación rápida y oportuna. (UNAM, 2017).

En la odontología se ha avanzado poco y apenas incursiona en la seguridad del paciente, debido a las peculiaridades y los mitos de la disciplina respecto al tema, que hasta la fecha han impactado el desempeño y la cultura de la notificación de los eventos adversos.

Sin embargo, en algunas instituciones y universidades ya han realizado trabajo de investigaciones, de taxonomías y de notificación de eventos adversos. Los cuales han contribuido identificar cuáles son los principales factores que influyen en el desarrollo de un evento adverso en la práctica odontológica. La Federación Dental Internacional (FDI) está comenzando a tomar medidas activas en este campo.¹¹ En España, el Consejo general de odontólogos y Estomatólogos decidió crear el año 2009 el observatorio español para la Seguridad del Paciente odontológico (OESPO) para trabajar, a nivel nacional, en este sentido. (Perea Pérez, 2010).

Para el Observatorio Español de Seguridad del Paciente Odontológico, en un estudio realizado público una clasificación de los errores o eventos adversos más frecuentes en la atención odontológica.

1. Historia clínica: falta de información sobre antecedentes patológicos, alérgicos y clínicos que pudieran indicar en el tratamiento o procedimientos odontológicos.
2. Problemas en la comunicación escrita: Por mala caligrafía y uso de abreviaturas.

3. Información incompleta sobre los procedimientos al usuario
4. Errores en la medicación: errores en el nombre, dosis, Interacciones medicamentosas, alergias entre otros.
5. Alergias por falta de una historia clínica
6. Interacciones medicamentosas
7. Errores en los procedimientos
8. Infecciones
9. Caídas del paciente e instrumental
10. Cortes, quemaduras, ingestión de material y daños oculares, entre otros.

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico realizó un análisis de la queja médica en el servicio de odontología, presentando los siguientes motivos del 2002 al 2017, además del número de estas por especialidad y en que instituciones o tipo de institución del sector se dan con mayor frecuencia.

Cuadro No. 2. Quejas referentes a la atención odontológica en la CONAMED del periodo 2002 al 2017

ESPECIALIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
--------------	--------	------------

Prostodoncia	878	41.1%
Ortodoncia	298	13.9%
Odontología	257	12.0%
Endodoncia	225	10.5%
Exodoncia	158	7.4%
Cirugía maxilofacial	141	6.6%
Implanteología dental	136	6.4%
Periodoncia	25	1.2%
Odonto pediatría	20	0.9%

Fuente: Boletín CONAMED 2018

Cuadro No. 3. Quejas por instituciones en la CONAMED del periodo 2002 al 2017

INSTITUCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Sector privado	1850	86.5%
Sector público	288	13.5%
IMSS	122	42.4%
ISSSTE	48	16.7%
SSA	26	9.0%
Pemex	7	2.4%
Otras	85	29.5%

Fuente: Boletín CONAMED 2018

Cuadro No. 4. Motivos de quejas en la CONAMED del periodo 2002 al 2017

MOTIVO DE QUEJA	NÚMERO	PORCENTAJE
Tratamiento médico	1354	30.7%

Relación médico paciente	1146	26.0%
Problemas en el diagnóstico	909	20.6%
Tratamiento quirúrgico	745	20.6%
Deficiencias administrativas	180	4.1%
Auxiliares de diagnóstico	18	0.4%

Fuente: Boletín CONAMED

Con cierta frecuencia los errores cometidos por los propios estomatólogos o los defectos en los materiales o la aparatología utilizada, provocan problemas clínicos, graves en los pacientes. (Daza, Jimbo, Lobeña y Toro. 2015).

Para determinar la frecuencia de los acontecimientos adversos durante la atención odontológica, las áreas clínicas donde estos ocurren con mayor frecuencia, el daño o la lesión causada, así como los aspectos preventivos; se utilizan numerosas variables de estudio, entre las cuales pueden citarse las siguientes, de acuerdo a:

- Acontecimiento adverso debido al procedimiento: este es generado por el médico, durante la intervención o el procedimiento realizado en el cuidado a los pacientes y la mejoría de sus problemas de salud.
- Acontecimiento adverso relacionado con el diagnóstico y los cuidados: creado a partir de un procedimiento genérico orientado en la atención y el análisis general del estado de salud del paciente, que se deriva de la realización de una valoración médica y la puesta en práctica de un tratamiento específico.
- Acontecimiento adverso por el dispositivo médico: toda sustancia, mezcla de sustancias, material, aparato o instrumento, empleado solo o combinado, en el

diagnóstico, el seguimiento o la prevención de las enfermedades en humanos, o los dispositivos auxiliares empleados en el tratamiento de afecciones y de discapacidades, así como aquellos utilizados en el reemplazo, la corrección, restauración o modificación de la anatomía o de los procesos fisiológicos humanos.

Acontecimiento adverso por la medicación: se produce debido a las dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico, el tratamiento o la modificación de funciones fisiológicas; la prescripción, dispensación o administración de fármacos, a menos que causen una lesión, para tratar o prevenir una enfermedad o aliviar un dolor físico.

- Acontecimiento adverso en el uso de productos sanguíneos: tratamiento que involucra la manipulación y recepción de productos sanguíneos (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, factores de coagulación, plasma o sangre) a través de vías venosas, y que puede generar daños.
- Acontecimiento adverso por el empleo de gases: aquellos gases que por sus características específicas son aplicados con fines medicinales en las instituciones de salud.
- Acontecimiento adverso por acciones administrativas: ocurre cuando se realizan trámites administrativos, al indicar la remisión a una consulta o determinada práctica odontológica, lo cual genera un retraso en la asistencia médica, y consecuentemente el desarrollo de alguna enfermedad o lesión.
- Acontecimiento adverso en la relación médico-paciente: ocurre durante la interacción que se establece entre el médico y el paciente para devolverle a este último la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. (Daza, Jimbo, Lobeña y Toro. 2015).

En otro estudio publicado en el boletín de CONAMED, los eventos adversos en la atención odontológica se clasificaron de la siguiente manera:

- Relacionado con cuidados
- Relacionado con medicación
- Infección nosocomial por evento adverso
- Relacionado con procedimiento
- Relacionado con el diagnóstico

Por lo anterior, se clarifica que la práctica odontológica no está libre de daño o de incidentes que impacten en el paciente, desde leves a graves. Todo proceso o procedimiento conlleva un riesgo de desde lo más simple hasta el más complejo, tanto para el usuario como para el profesional de estomatología. Por lo que es indispensable el registro y la notificación de los eventos adversos, para dar paso a la creación o desarrollo de catálogos o taxonomías, que, a través del análisis y evaluación del impacto de los eventos, se implementen medidas y prioridades para garantizar la seguridad del paciente, y el ante todo no causar daño.

En el medio de la atención odontológica, se han observado un sin fin de eventos adversos, los cuales se han dado poco seguimiento, daños leves como severos entre los cuales destacan:

Fractura de mandíbula del paciente

Extracción de diente equivocado

Tratar al paciente equivocado

Aplicación de medicamento anestésico incorrecto

Lesión del ojo del paciente debido a la falta de protección ocular adecuada

Olvido de cuerpos extraños en el paciente después de procedimientos quirúrgicos
inhalación de cuerpos extraños por el paciente.

No esterilizar los instrumentos

Falta de registro de la historia de las alergias del paciente a la medicación

Uso de material dental en un paciente con alergia conocida al material dental utilizado (látex).

Prescripción de un medicamento a un paciente con una alergia conocida

Reutilización de artículos de desechables.

Falta de evaluación de cáncer oral de las lesiones del paciente que no cura después de dos meses de tratamiento.

No realización de exámenes de detección de cáncer oral durante los exámenes de rutina

Prescripción de medicamentos incorrecta para niños

1.4 Mitos de la seguridad del paciente en odontología

La resistencia al cambio ha sido el principal obstáculo para el logro de los objetivos de la seguridad del paciente.

En la práctica odontológica no ha sido la excepción, argumentando que los daños generados son menores o leves, que existe dispersión de los centros de asistencia dental, que los pacientes que se atienden son ambulatorios, que la asistencia dental es privada y sobre todo el desconocimiento sobre la seguridad del paciente, así como la falta de cultura de la seguridad del paciente dentro del gremio odontológico.

Como ya se ha analizado, en odontología es insipiente la seguridad del paciente, y poco se habla o menciona al respecto, los alumnos en la mayor parte de las facultades de odontología desconocen del tema y los docentes se resisten hablar del mismo.

Las principales excusas para no abordar la seguridad del paciente y la notificación de los eventos adversos en la práctica odontológica son:

- **Los pacientes son ambulatorios:** Creer que la atención odontológica no tiene efectos o incidentes porque el paciente llega caminando y se va a casa caminando, un verdadero error. Debido a que la profesión tiene múltiples riesgos al estar en contacto con materiales, tejidos, fluidos, inyecciones, aplicación de anestesia, colocación de material, prótesis, etc. En donde

puede producirse una reacción adversa o contraria en el usuario, y que si no prevemos puede pasar desapercibida en ocasiones, generando problemas de salud más severos, como choques anafilácticos, deglución de material odontológico, colocación de prótesis o tornillos en senos paranasales u otras cavidades, hasta quemaduras de primer y segundo grado.

- **El daño en general es menos grave:** si creer que, porque la función del odontólogo se limita a la cavidad oral, se produce menos daño que una lesión hospitalaria como una infección nosocomial o relacionada a la atención de la salud por uso de dispositivos como cánulas endotraqueales y sondas. Estamos muy equivocados al respecto. El daño en la cavidad oral puede ser tan grave como el de una infección nosocomial o un daño sistémico, incluso llevar a complicaciones que ameriten de hospitalización y tratamiento médico especializado.
- **La atención es fundamentalmente privada:** las disposiciones de la normatividad de la secretaría de salud y la obligatoriedad para la aplicación de las acciones de seguridad del paciente, es para todo el Sistema Nacional de Salud, y eso no exime al medio privado. Ya que el ámbito privado también forma parte del Sistema Nacional de Salud, no eximiendo de las responsabilidades y obligaciones como profesionales de la salud.
- **Nunca nos va pasar a los odontólogos:** A los odontólogos les sucede eventos adversos, así como a los médicos y enfermeras en los hospitales. Pensar que la odontología está libre de riesgos es un grave mito y error, ya que toda profesión que este en contacto con pacientes y realice procedimientos invasivos es altamente riesgosa para el profesional como para el usuario. Sin olvidar las implicaciones legales en las que se vería inmerso.
- **Siempre lo hemos hecho así:** Este pensamiento es una tradición en todas las profesiones relacionadas con la salud. La creencia de porque tendríamos que cambiar si los resultados han sido buenos porque siempre lo hemos hecho de esta manera, no permite visualizar realmente los errores y las fallas de la atención. Cambiar la mentalidad y adaptarnos a los nuevos cambios y

la era del conocimiento, donde el paciente tiene acceso a la información de su padecimiento y derechos que le permiten exigir y demandar una atención libre de riesgos nos permitirá visualizar primeramente que errar es de humanos y se debe de transformar las malas prácticas en oportunidades de mejora continua y de calidad en la atención.

- **No hay cultura sobre la seguridad del paciente:** La cultura sobre la seguridad del paciente, debe convertir se en una forma de vida y de trabajo de todos los días, y no un proceso de acreditación momentánea o de moda. La cultura de la seguridad del paciente debe vivirse todos los días en las unidades de atención odontológica desde la persona que realiza el asea, los docentes, alumnos, administrativos, en los consultorios dentales privados, en el especialista, escuelas, facultades, hospitales y centros de salud que tengan contacto de personas con derecho a la atención libre de riesgo.
- **Desconocimiento:** La falta de capacitación continua en temas relacionados a la relación odontólogo - paciente, la seguridad del paciente, aspectos éticos en la atención entre otros, tienen menos demanda que los que tienen relación con nuevas técnicas procedimentales o uso de materiales de última generación.
- **Temor en el impacto de la reputación y las consecuencias legales:** el desconocimiento y la falta de cultura de seguridad del paciente influye en el temor de la mala reputación si se reportan eventos adversos y en tener consecuencias legales por una mala praxis. Sin embargo, autoevaluación y el reconocimiento de fallas en la atención previene eventos de mayor impacto y complejidad. A demás de la notificación de los eventos adversos no es de carácter punitivo.
- **La resistencia al cambio:** el principal obstáculo de la mejorar, la calidad de la atención y la seguridad del paciente, es la resistencia al cambio. La poca o nula disponibilidad y la falta de adaptación a cambios y nuevas formas de atención obstaculizan el garantizar practicas libres de riesgo en el paciente. El cambio involucra dejar determinadas estructuras, procedimientos, comportamientos, actitudes, etc para adquirir otras que permitan la

adaptación a contexto en el cual se encuentra el sistema y así lograr una estabilidad que facilite la eficacia y efectividad en las acciones y objetivos planteados. Esto es todo un proceso secuencias y que requiere de tiempo, voluntad y flexibilidad de los actores de la atención de la salud.

1.5 Seguridad del paciente y calidad en la atención

La importancia de la seguridad del paciente y la obligatoriedad en la aplicación y abordaje en el Sistema Nacional de Salud se relaciona con la calidad en la atención de la salud de la población.

Cada uno de los casos de usuarios que presentan alguna queja sobre su percepción de mala práctica médica por parte de las instituciones o profesionales de salud, representa una oportunidad de corregir posibles o potenciales errores. Este enfoque de la queja médica, sin duda, se encuentra íntimamente ligado a los procesos de calidad de la atención y a la promoción de la seguridad del paciente.

El concepto de calidad de la atención médica con base en las expectativas de los pacientes, propuesto por Aguirre Gas, prescribe: “[...] otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”. En este concepto, incluye cuatro elementos del proceso y dos de los resultados; la estructura es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza (a veces, se trata de un asunto multidimensional). Por su parte, la OMS señala que: “[...] una atención sanitaria de alta 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”. (SSA, Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud, 2012).

La experiencia y los múltiples estudios respecto a la calidad en la atención de la salud, demuestran que este aspecto depende de varios factores, como la infraestructura, el equipamiento, los insumos, pero, sobre todo los procedimientos. Se ha encontrado que el 75% de los errores se encuentran ligados a los procedimientos o procesos de la atención, más que a la infraestructura. Es decir que la mayor parte de los eventos adversos se deben al factor humano, por falta de habilidad y destreza, distracción, de información sobre el paciente, entre otros, pero sin dejar de lado los demás componentes de la atención con los que se interactúan.

La calidad se liga a la seguridad del paciente y ésta a su vez se constituye en un componente de la calidad de la atención médica. Por otra parte, si se toma en cuenta que en diversos estudios se subraya que una gran proporción de daños o incapacidades causados a los pacientes, se debe a errores en la atención médica, entonces la seguridad del paciente se define como: evitar, prevenir y mejorar los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge ésta de las interacciones entre los componentes. (SSA, Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud, 2012).

Fomentar la seguridad del paciente y garantizar atención odontológica de calidad, es una responsabilidad ética con los usuarios y con la profesión. Una asistencia odontológica en la que se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es necesariamente una asistencia odontológica de mayor calidad.

La calidad en salud y la seguridad del paciente es una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida sectorialmente, al igual que la atención y el análisis de los eventos adversos para la mejora continua.

Garantizar la calidad de los servicios de salud, es un trabajo arduo y suma de voluntades de los sectores, con la coordinación y el liderazgo para reafirmar una atención libre de riesgos.

Proceso II. Protocolo de Londres

2.1 Propósito del protocolo del Londres

Los eventos adversos no solo se reportan, el objetivo del reporte, no solamente es contar con una estadística y clasificación, más bien, la finalidad es realizar un análisis causa raíz, es decir, cuáles fueron las razones por las que se produjo y que factores intervinieron, para poder analizar la falla y corregirla y tener un proceso de mejora continua. Para lo cual se cuenta con una metodología específica para el análisis o abordaje de los eventos adversos, siendo este el protocolo de Londres.

Un evento adverso es el resultado no esperado de un tratamiento sanitario que provoca la prolongación del tratamiento, algún tipo de morbilidad, mortalidad o simplemente cualquier daño que el paciente no debería haber sufrido.

Es un concepto amplio que incluye errores, accidentes, retrasos asistenciales, negligencias, etc., pero no las complicaciones propias de la enfermedad del paciente. Los eventos adversos pueden ser evitables o inevitables. (Perea, 2010).

El Comité de Seguridad del paciente de la Secretaria de Salud del Cali, conceptualiza el protocolo de Londres como “una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos” (incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial). Constituye

una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.” (2012).

2.2 Análisis causa raíz

Se han implementado numerosas estrategias para incidir y disminuir en los incidentes en la atención de la salud, sin embargo, solo un análisis causa raíz, generan la información para identificar donde se ocasiono la falla, proponer estrategias o acciones de mejora que avalen la calidad y seguridad en la atención odontológica.

La seguridad en la atención es un componente de las dimensiones de la calidad técnica en la que se identifican, previenen, mitigan y corrigen consecuencias de los errores que ocurren y se originan en el propio proceso de atención. Mejorar la seguridad implica que los mismos integrantes del equipo de salud reflexionen, reconozcan, aprendan y actúen sobre sus errores y sobre las fallas del sistema del entorno en el que trabajan. (SSA, 2013).

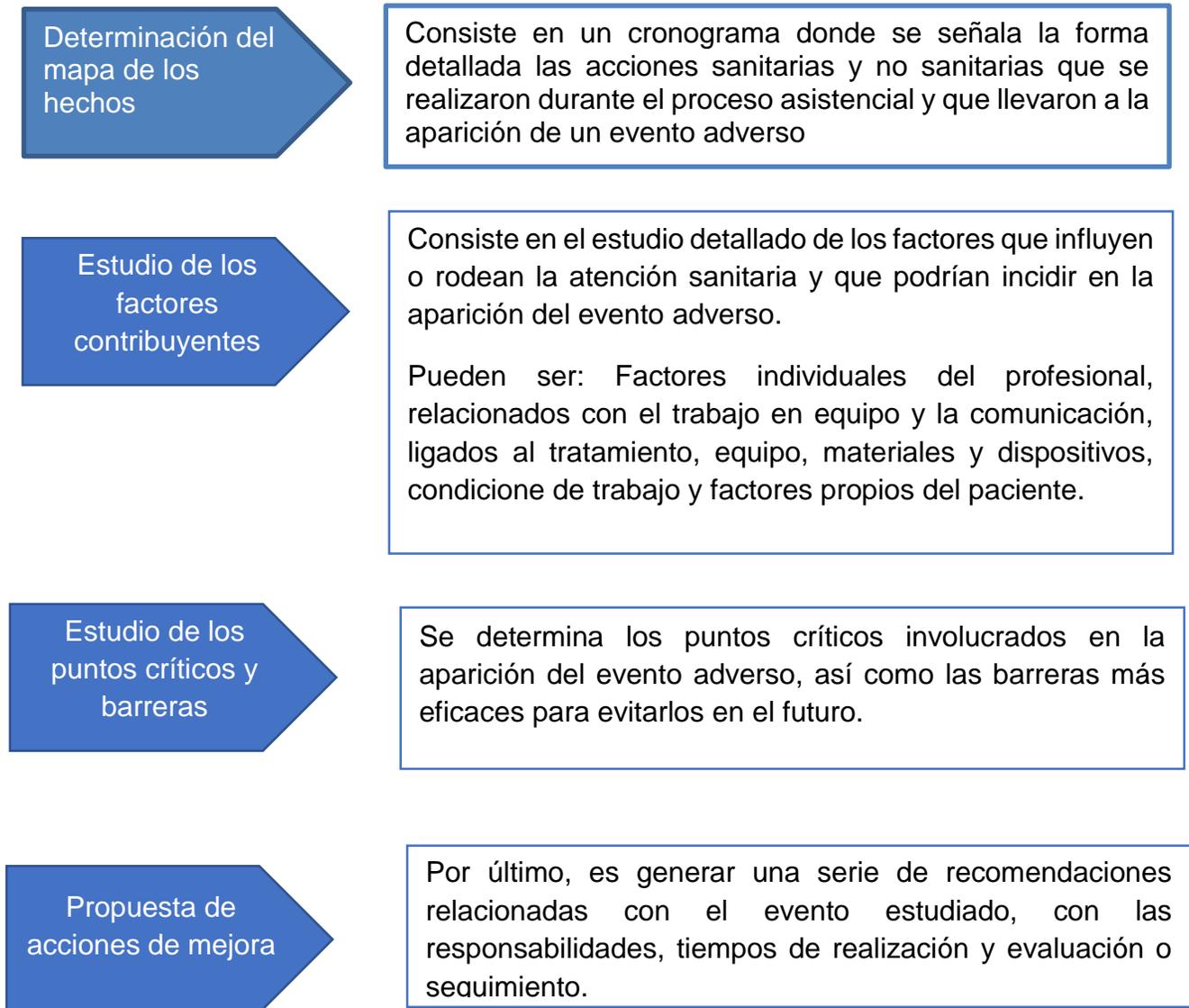
El análisis causa-raíz (ACR) es una herramienta que nos permite estudiar en profundidad los eventos adversos graves producidos durante la asistencia clínica odontológica.

El objetivo del análisis no es buscar culpables, ni ser punitivo y acosador. Más bien es analizar una serie de eventos u errores latentes del sistema que conllevan a la aparición de un evento adverso, con la intención de aprender de los errores y generar propuestas para la mejorar continua y fortalecer la calidad de la atención odontológica.

“El análisis causa raíz es un sistema de análisis complejo y minucioso, que requiere de bastante tiempo y que involucra a bastantes personas. Por ello, no tiene sentido utilizarlo para sucesos con poca trascendencia clínica. Los eventos adversos

habitualmente analizados mediante el análisis causa raíz son los que implican un daño importante (o un riesgo de daño importante) para los pacientes, son los denominados eventos centinela.” (Perea, 2011).

El proceso de análisis causa raíz en odontología, según Perea Pérez Bernardo, tiene cuatro fases básicas.



El producto principal del Análisis Causa Raíz es un plan de acción con las estrategias que implementará la organización para reducir el riesgo de incidentes similares en el futuro. En el plan se deben definir las acciones concretas que se realizarán, los responsables y los plazos de implementación.

Previo al Análisis Causa Raíz (ACR), se requiere:

1. Establecer un equipo que conozca la metodología del ACR.
2. Identificar los sistemas de información con datos de los eventos adversos.
3. Disponer de los recursos y de tiempo necesarios para el ACR.
4. Acceso libre a la documentación para elaborar el ACR.
5. Asegurar la confidencialidad de los datos y la protección legal de los documentos resultantes del ACR.
6. Apoyo de los directivos para la realización y seguimiento del ACR, y para implementar las acciones de mejora que resulten.
7. Establecer plan de comunicación de resultados a todo el personal de la salud involucrado. (SSA, 2013).

Para facilitar la identificación de todos los posibles factores que pudieron contribuir con el daño al paciente, se sugiere considerar la siguiente información:

- a) Antecedentes de la persona afectada (revisar en el expediente clínico los antecedentes familiares hereditarios, personales, patológicos y no patológicos).
- b) Relacionada con el personal involucrado de manera directa con el daño al paciente (considerar la información que proporcione el personal involucrado directamente en el daño al paciente, así como los antecedentes dentro de la institución y su formación profesional).

- c) Asociada a la manera en que los profesionales ejecutan su tarea (investigar en que se fue fundamentada la atención que generó un incidente con daño, *las guías de práctica clínica, literatura relacionada al proceso de atención, entre otros).
- d) Relacionada con la comunicación con el paciente, con su familia y entre los miembros del equipo de salud (cuestionar de manera directa al paciente y sus familiares sobre la calidad de la información que se les ha otorgado por parte del personal médico y a los compañeros de trabajo sobre la calidad de la comunicación que mantienen con el personal involucrado en el evento con daño).
- e) Vinculada al desempeño de roles y funcionamiento del equipo de salud (recolectar información o datos de la productividad, quejas o comentarios del personal involucrado directamente en el evento con daño, así como los compañeros del equipo de trabajo o servicio).
- f) Asociada a la formación y el entrenamiento (recolectar información del nivel capacitación y la formación profesional del personal involucrado directamente en el incidente con daño).
- g) Asociada al equipamiento y recursos materiales (verificar que al momento en que se presentó el incidente con daño al paciente, se cuente o no, con el equipo y los recursos materiales necesarios).
- h) Relacionada con las condiciones en las que se otorga la atención (identificar las condiciones [Favorables o no] en que se prestó la atención al paciente que sufrió daño).

2.3 Desarrollo del análisis

Antes de describir del desarrollo del análisis causa raíz, hay aspecto que se deben considerar de acuerdo a la Guía Técnica para el Análisis Causa – Raíz de Eventos Adversos en hospitales 2013, en donde especifica que el nivel del análisis de un incidente depende de la gravedad del problema; del tiempo y recursos disponibles, disponer de estrategias de contención para el paciente y familiares, todo evento con

daño debe de notificarse inmediatamente, además la institución deberá contar con un directorio de personas clave dentro y fuera de la institución, para ser notificadas cuando ocurre un evento adverso y por ultimo preservar la evidencia, es decir, los materiales, insumos o documentación del daño causado.

Dentro de los mecanismos que permitirán la consulta directa con la población involucrada con los eventos adversos, sea por ser personal de salud responsable de la atención médica o bien usuarios de los servicios de salud, se mencionan los siguientes:

- Sistemas de notificación y reporte continuos de eventos adversos.
- Reporte de los eventos e incidentes por parte de la población usuaria y sus familiares, a través del levantamiento de quejas y reclamaciones.
- Aplicación rutinaria de encuestas locales en población previamente seleccionada (sea necesaria, como personal de salud prestador de la atención). (Fernández, Cantón 2017).

Es importante señalar que la notificación o el reporte del evento adverso es el primer paso para generar el análisis de causa raíz. Por lo que generar una cultura de reportar y evaluar, sin que se tome como punitivo o ni acosador, será la primera estrategia para avanzar en la seguridad del paciente.

La Guía Técnica para el Análisis Causa Raíz de Eventos Adversos menciona los siguientes pasos para el desarrollo del análisis.

Figura No. 1 Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



Fuente: Diplomado de seguridad del paciente de la red mexicanas de pacientes para la seguridad del paciente.

La metodología o el desarrollo para la realización del análisis causa raíz es la siguiente:

- Paso 1. Identificar el incidente por investigar.
- Paso 2. Recopilar información del incidente con daño.
- Paso 3. Elaborar el mapa de los hechos.
- Paso 4. Analizar la información.
- Paso 5. Categorizar las causas y analizar las barreras.
- Paso 6. Elaborar estrategias de mejora y el plan de acción.
- Paso 7. Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas

Paso 1. Identificar el incidente por investigar

1. Definir el problema de manera clara y concisa
2. Describir que es lo que se hizo de manera incorrecta
3. Se focaliza en el resultado y no es sus causas

Para definir los niveles de gravedad, se recomienda utilizar la información.

Cuadro No. 5 Niveles de gravedad del daño

Tabla 1. Niveles de gravedad del daño

Grado	Niveles de gravedad	Grado	Niveles de gravedad
Sin daño	<u>Impacto evitado</u> : cualquier incidente de seguridad del paciente que tuvo el potencial de causar daño pero fue evitado, resultando sin daño alguno para los pacientes. <u>Impacto no evitado</u> : cualquier incidente de seguridad del paciente acontecido pero sin producir ningún daño a los pacientes	Moderado	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento y que causó un daño significativo pero no permanente a uno o más pacientes.
Bajo	Cualquier incidente de seguridad del paciente que requiera una observación adicional o tratamiento menor y que causó un daño mínimo a uno o más pacientes.	Grave	Cualquier incidente de seguridad del paciente que tiene como resultado un daño permanente en uno o más pacientes
		Muerte	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte de uno o más pacientes.

Fuente: Adaptado de "Seguridad del Paciente en 7 pasos". National Patient Safety Agency. 2005.

Fuente: Guía Técnica para el Análisis Causa Raíz de Eventos Adversos

Paso 2. Recopilar información del incidente con daño

La tarea central en este paso es la búsqueda de información que permita comprender, de manera clara y objetiva, lo sucedido. En esta etapa el objetivo es realizar una descripción exhaustiva y objetiva de lo sucedido.

Tipos de evidencia: 1. Entrevistas 3. Evidencia física 2. Visitas al sitio donde ocurrió el incidente 4. Documentación

Paso 3. Elaborar el mapa de los hechos.



La descripción del evento con daño debe incluir:

1. Una breve descripción de lo sucedido.
2. Descripción de dónde y cuándo ocurrió el evento (lugar, fecha, día de la semana, hora).
3. Identificación de las áreas, servicios y personal de salud relacionados con el evento.

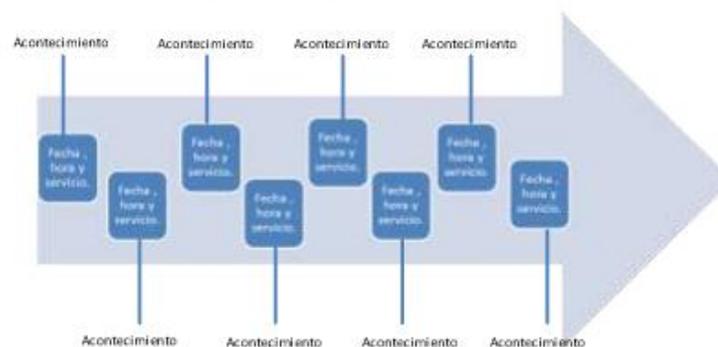
Para la descripción del evento, se sugiere el uso de los siguientes formatos, con la finalidad de no dejar ningún elemento fuera.

Formato:

Fecha y hora.	Lugar.	Descripción de los hechos.

Adaptado de Gestión de Riesgos y mejora de la Seguridad del Paciente, Ministro de Sanidad y Consumo, España

La representación gráfica de la línea de tiempo es la siguiente:



Adaptado de Gestión de Riesgos y mejora de la Seguridad del Paciente, Ministro de sanidad y consumo, España

Incidente: _____

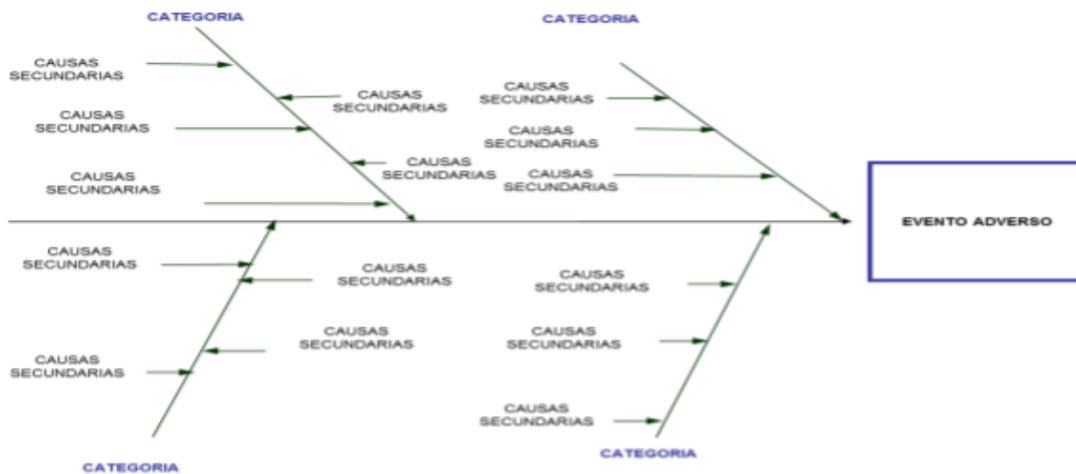
¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?

Adaptado de Gestión de Riesgos y mejora de la Seguridad del Paciente, Ministro de sanidad y consumo, España

Paso 4. Analizar la información

Esta etapa permitirá definir las causas que originaron el evento adverso. Para lo cual se propone la herramienta del diagrama de Ishikawa

Formato:



Adaptado de Gestión de Riesgos y mejora de la Seguridad del Paciente, Ministro de Sanidad y Consumo, España

Paso 5. Categorizar las causas y analizar las barreras.

Se identificarán las protecciones o barreras que fallaron para que se haya producido el incidente. Existen distintos tipos de barreras: físicas, naturales, humanas y administrativas.

Formato de análisis de barreras:

Riesgos	Barreras existentes	Impacto en la seguridad del paciente	Existe alguna barrera adicional para su mejora	Impacta en la seguridad del paciente	Responsable (quien)

Adaptado de Gestión de Riesgos y mejora de la Seguridad del Paciente, Ministro de sanidad y consumo, España

Paso 6. Elaborar estrategias de mejora y el plan de acción.

Se deberán desarrollar las estrategias de mejora y plasmarlas en un plan de acción, para prevenir y/o reducir la ocurrencia de eventos adversos derivados de la atención.

Las herramientas asociadas a esta etapa son: Lluvia de ideas, flujograma o cronograma de actividades para la corrección de los eventos adversos

Responsable		Tiempo						
Acción	Actividad	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

Paso 7. Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas

El informe final debe escribirse en forma concreta y fácil de leer, para que todos conozca el resultado de la investigación del incidente (considerando el anonimato de los actores), así como los detalles del plan de acción que será implementado para reducir y evitar la ocurrencia de eventos adversos

2.4 Mejora continua estratégica

Uno de los elementos estratégicos para lograr la transformación y mejora el sistema de atención de la salud, es la gestión de calidad, lo cual implica diversos abordajes ya que pueden existir significados de calidad distintos para los pacientes y familiares, el personal de salud y los gestores, que confluyen en el mismo fin, la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

Con el objetivo de facilitar la gestión de riesgos el modelo de calidad se encuentra dividido en los siguientes apartados:

- Acciones básicas para la seguridad del paciente: procesos sistémicos y multidisciplinarios con la integración de acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- Sistemas críticos: integración multidisciplinar y sistémica de procesos indispensables y prioritarios para el funcionamiento oportuno, seguro y con calidad
- Procesos centrados en el paciente: Estandarización de procesos multidisciplinarios con enfoque sistémico para disminuir la variabilidad en la atención y garantizar la calidad en todo momento.
- Procesos centrados en la gestión: Estandarización de procesos apegados a la normatividad vigente.

La gestión de riesgo en la práctica odontológica, considera realizar auditorías jurídico odontológicas, diseño de la planta física, suministros de equipos e insumos, selección del personal, colegiación y certificación profesional, conocimiento y aplicación del consentimiento válidamente informado, manejo y control del expediente clínico, correcto manejo y aplicación de técnicas de bioseguridad, aplicación de la normatividad y evaluación de la calidad y por ultimo actualización y capacitación.

Proceso III. Antecedentes de los eventos adversos en la facultad de odontología

3.1 Antecedentes de la facultad de ciencias odontológicas y salud Pública de la Unicach

El 22 de septiembre del año de 1982, abre sus puertas la Escuela de Odontología en el antiguo ICACH hoy Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública UNICACH.

En la década de 1970, en una junta ordinaria del Colegio de Cirujanos Dentistas Asociación civil de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; se llegó al acuerdo de la creación de la Escuela de Odontología en el Estado de Chiapas, tomando como justificación la cantidad de Chiapanecos que tenían vocación de ser odontólogos, pero todos los aspirantes tenían que emigrar a otros Estados de la República en donde existiera esta oferta educativa, la mayoría decidía irse a la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de México (UNAM), como pasó con la mayoría de los integrantes del mencionado Colegio.

En la década de los 70's, el Dr. Manuel Velasco Suárez, Gobernador de nuestro Estado, abrió la oferta educativa en Medicina Humano, designando al patólogo Ramos Rañón, como Director de esta, la Intención era de crear el área biomédica, estructurada de tal forma que partiera de un tronco común, integrada por: Medicina Humana, Odontología y Veterinaria, realizando planes y programas de estudio, tomando como modelo el sistema modular. Se invitó a todos los integrantes del Colegio de Cirujanos Dentistas para colaborar en la estructura de los Planes y Programas de Estudio de la Escuela de Odontología, en los primeros días del taller la concurrencia fue declinando, hasta que únicamente se quedaron hasta el final del proceso de los talleres, los Cirujanos Dentistas: Gilberto Rincón Castillejos (+), Juan Ramiro Zenteno Zenteno (+), Poery Armando García román, Javier Ordóñez Martínez y Arturo Mejía Gutiérrez. (+)

La resistencia al cambio, la inexperiencia y las razones políticas, impactaron para que quedara fuera de esta oferta educativa.

Sin embargo, el proyecto quedó latente dentro los integrantes del Colegio de Cirujanos Dentistas A.C., Hasta que el Gobernador Juan Sabines Gutiérrez, autorizó, para que la tan añorada Escuela de Odontología abriera sus puertas el 22 de septiembre de 1982, iniciando sus labores académicas y administrativas, en dos salones del edificio que dejara vacante la Escuela Federal de Educación Primaria ubicado en la 1a. Norte y 3ª Oriente, en donde se instaló la Escuela de Odontología, contando con pizarrones, borradores y gis, para que posteriormente seis meses después se trasladó a los edificios que dejaron vacantes las Escuelas Preparatoria y Normal del Estado, lugar que se ocupó hasta el año 2004, de este año en adelante está en sus edificios propios de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH).

En febrero de 1992, se inició la evaluación curricular de la Escuela de Odontología, que dio origen a la modificación del Quinto Plan de Estudios, en donde se tomaron en cuenta la problemática de salud bucodental en el Estado, la vinculación que existe en el servicio de docencia, los cambios constantes que existen en la carrera de Cirujano Dentista, asociados a los adelantos científicos y tecnológicos en la profesión, el tipo de profesionales que el país necesita y el tratado de libre comercio. El nuevo plan de estudios fue evaluado por los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación (CIEES), quienes emitieron algunas recomendaciones, las cuales fueron estudiadas por el personal académico se hicieron las correcciones pertinentes en metas y objetivos, haciéndolo más innovador con enfoque a la calidad y capacidad para responder a los requerimientos del medio, de aquí surge el Séptimo Plan de Estudios, apegado a las normatividades de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO), tomando en cuenta que todo este proceso de reestructura curricular fue con la finalidad de acreditar los Planes y Programas de Estudio, así como la formación de Cuerpos Académicos, para ser evaluada por el Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO).

Finalmente, para beneplácito de la comunidad odontológica, la acreditación de los Planes y Programas de Estudio, se otorga el 18 de octubre del 2004 con vigencia de cinco años, acreditada por (CONAEDO) y el nivel uno por los (CIEES), reconocimientos que se han sostenido hasta hoy en día como Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública. Este proceso de sostenimiento en la calidad educativa de los Planes y Programas de Estudio, se ha logrado gracias al decidido apoyo de incondicional de los directivos, docentes, administrativos y alumnos quienes comprometidos con la calidad educativa y de atención de los usuarios que acuden cada día a las clínicas de la Facultad.

Queda mucho que hacer, como la gestión de riesgos, notificar lo eventos adversos y generar una cultura de seguridad del paciente y garantizar una formación y atención odontológica de calidad.

3.2 Eventos adversos y Atención odontológica y procedimientos realizados en el año

La finalidad del presente estudio es analizar los eventos adversos ocurridos en las clínicas dentales de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas de Enero a septiembre del presente año. Identificando los principales factores que influyen en la atención odontológica para que se genere un evento adverso. El método aplicado para la realización de estudio fue descriptivo transversal. Con la finalidad de analizar la información recabada y describir el fenómeno observado, para realizar una propuesta de mejora que contribuya a la Facultad de Ciencias odontológicas garantizar la seguridad del paciente.

La facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública a la fecha cuenta con 6 clínicas de atención odontológica con 90 unidades dentales.

Cuenta con una clínica de posgrado, la cual tiene 8 unidades y 1 centro de simulación con la tecnología de punto y a la vanguardia, con 30 simuladores y 2 simuladores de anestesia.

En las clínicas se atienden en el semestre escolar, alrededor de 5000 pacientes, atendiendo entre 300 a 450 pacientes diarios, y de los cuales 3500 en el semestre son pacientes de nuevo ingreso.

Las principales características del usuario que acude a solicitar servicio en las clínicas, son:

- Edad de entre 12 años a 60 años
- Nivel socio económico bajo y medio bajo
- Con patologías agregadas o concomitantes, principalmente hipertensión arterial.

Se realizan 19,000 procedimientos, es decir, que hay pacientes que requieren de la realización de dos a 5 procedimientos diferentes. Siendo estos los tratamientos más realizados en el ciclo escolar.

- Endodoncia
- Operatoria dental (analgésicos, resinas, amalgamas, etc.)
- Exodoncia
- Cirugía bucal
- Odontología Infantil
- Odontología integral (Prótesis, entre otros)

Hasta este año, se cuenta en la Facultad con la presencia de un médico general para el abordaje de alguna emergencia derivada de la atención odontológica al paciente.

Sin embargo, los principales motivos de atención por el consultorio médico estomatológico se encuentran:

- Hemorragia post extracción
- Cuidado de la herida bucal
- Dolor post procedimiento odontológico
- Consulta pre anestesia
- Asesoría farmacológica

Es importante mencionar, que no existe una base de datos de atención médica ni de eventos adversos. A partir del mes de agosto el consultorio médico implemento una bitácora de registro de la atención, donde también se anotan los eventos adversos derivados la atención odontológica.

Todos saben que ocurren eventos adversos, pero nadie sabe cuántos y cuáles serían los más frecuentes, ya que no existe una fuente de registro o de datos.

Sin embargo, se refiere que los eventos adversos que se han presentado en las diferentes clínicas de la Facultad, son:

- Errores en la anestesia por problemas en la aplicación o una técnica inadecuada.
- Infecciones por procedimiento odontológico por falta de lavado de manos
- Errores en la medicación por interacción de medicamentos, dosis, no prescripción de antibióticos como profilaxis, interacción con medicamentos de enfermedades de base como hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Perforaciones con mal uso o uso inadecuado de material odontológica e instrumental.
- Caída de instrumental, perdiendo así esterilidad y la seguridad de estar libres de patógenos.
- Hemorragias post extracción

Muchos de estos eventos se asocian, al conocimiento de los estudiantes, a la falta de cultura de seguridad del paciente, la ausencia de protocolos de actuación que guíen y estandaricen los procedimientos de atención, la ausencia total de un sistema de reporte, registro y análisis de los eventos adversos, que proporcionen información para mejorar momentos e insumos de la atención.

La complejidad de la facultad, entre el número de pacientes atendidos y el número de matrícula registrada, la hace la facultad más grande la universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH). Sin embargo, la ausencia de un sistema de información y de capacitación en seguridad del paciente, expone a mayores peligros tanto a pacientes, como alumnos y docentes.

Se cuenta con un sistema de registro del usuario primitivo, que no da respuesta a las necesidades del momento y del entorno. La ausencia de un expediente clínico que cuente con un historia clínica que proporcione información vital como alergias, padecimientos concomitantes, factores de riesgo, uso de medicamentos, entre otros, impactaría a presentar mejores resultados y menos incidencias en cuanto la seguridad del paciente.

La problemática durante la práctica profesional diaria se intensifican cuando la prisa, los hábitos adquiridos, el cansancio, y la propia inercia acaban desdibujando este sentido común.

Proceso IV. Conclusiones y propuesta

4.1 Conclusiones sobre los eventos adversos en la práctica odontológica

El fomento de una práctica odontológica segura, afirma la calidad de la actividad asistencial y evita problemas clínicos y legales, así como costos elevados y daños a la salud integral del paciente.

La falta de reporte o el reporte incompleto de los eventos adversos en el área odontológica, lleva a problemas graves en la atención en salud, pues no permite que se detecten alteraciones en el servicio que en muchos casos podrían ser prevenibles.

El desarrollo de la cultura de seguridad trae consigo muchos beneficios como: la reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes, la reducción del daño físico y psicológico, la mejora en la gestión de recursos, la reducción en los amplios costos financieros y sociales, la medición de actitudes en el trabajo y el contexto general del trabajo.

El no contar con un sistema de notificación, registro y análisis de los eventos adversos, incrementa la probabilidad de daños al usuario, además que no garantiza un servicio de calidad y libre de riesgos.

Todos merecemos y tenemos derecho a una atención libre de riesgo y eficaz que resuelva la problemática de los usuarios.

La cultura de la seguridad del paciente deberá estar presente en todo momento y en todo contexto de la institución de salud: en su misión, visión y valores, en sus objetivos y metas, en el establecimiento de lineamientos asistenciales, docentes y de sensibilización, en todo acto en el que se presten cuidados médico-quirúrgicos u odontológicos al paciente, en el diseño de protocolos relacionados con nuevos procesos y procedimientos, en la gestión del talento humano institucional así como

el comportamiento y sensibilización del personal involucrado, en la adquisición de productos, insumos y equipamiento, y en todo programa de investigación.

Urge implementar medidas que ayuden a garantizar la seguridad de los usuarios que acuden a la atención dental, para minimizar riesgos, como aprendizaje para la mejora continua y la gestión del riesgo, para garantizar procesos de calidad y para la protección de cada uno de los pacientes y futuros profesionales.

4.2 Propuestas

A continuación, se describe una propuesta para mejorar la calidad y la seguridad del paciente en la facultad de odontológica:

4.2.1 Expediente electrónico

La carencia de un sistema de información del paciente, como el expediente clínico ya sea en físico o en manera electrónica, disminuiría el riesgo por falta de información vital como alergias, antecedentes patológicos y no patológicos, además llevar con control y seguimiento del diagnóstico y tratamientos realizados, así como de los efectos secundarios o complicaciones del mismo.

4.2.2 Manual de procedimientos

Es vital estandarizar por proceso y procedimientos de atención, y para esto está el contar con un manual de procedimientos, con la finalidad de normar las acciones de atención, y disminuir variabilidad y riesgos.

4.2.3 Capacitación

La capacitación continua en el tema de la seguridad del paciente, concientiza a los actores de la atención de la salud en la adaptabilidad y el cambio de actitud. Además de vencer la resistencia al cambio.

4.2.4 Aplicación de cuestionario para medición de la cultura de seguridad del paciente y del reporte de eventos adversos adaptado en odontología

Diseñar estrategias para mejorar el registro del reporte de los eventos adversos que incluyan fotos y radiografías que documenten el momento en que se presentó el evento para contar con mejores herramientas de análisis y minimizar su ocurrencia. Incluir dentro de la historia clínica los pasos de laboratorio para detectar si el origen del evento es clínico o del laboratorio.

Bibliografía consultada

Castillo Castillo Hortencia (2016). Seguridad del paciente en los servicios de estomatología. En revista ADM 73 (3): 155-162, 2016.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Análisis de las quejas médicas concluidas por CONAMED 2002-2017. CONAMED, 2018. México.

Daza Aliatio Juan Manuel, Jimbo Mendez Julio Cesar, Lobeña Macizo Gisela y Toro Castillo Mercedes (2015) Acontecimientos adversos en la práctica odontológica. En Medisan Vol 19 No. 9 Ecuador.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud, (2018). Cedula de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de segundo Nivel de Atención. SSA. México.

Fernández Cantun Sonia (2017) Fuentes de información para la medición de los eventos adversos. En Boletín de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Gómez Pérez W, Pita Bejarano AM, Ramos Vargas CA, Güiza Cristancho EH, Rodríguez Ciódaro A. Análisis de los eventos adversos en el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. Univ Odontol. 2017 Jul-Dic; 36(77). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aear>

NOM 013 – SSA2 – 2015. Para la prevención y Control de enfermedades bucales, Secretaría de salud. México.

Organización Panamericana de la salud. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS, Washington D.C.

Perea Pérez Bernardo (2010). Seguridad del paciente y odontología en científica dental del observatorio español para la seguridad del paciente odontología. Vol: 8 No. 1, 2011. España.

Perea Pérez Bernardo (2011). Análisis causa raíz de un evento adverso en odontología: Inyección de una solución de hipoclorito de sodio. En científica dental del observatorio español para la seguridad del paciente odontología. Vol: 8 No. 1, 2011. España

Pérez Gómez, Wendy; Pita Bejarano, Alejandra María; Ramos Vargas, Carlos Alberto; González Moncada, Juliana; Güiza Cristancho, Edgar Humberto; Rodríguez Cíodaro, Adriana Análisis de los eventos adversos en el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana Universitas Odontológica, vol. 36, núm. 77, julio-diciembre, 2017 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia

Rivera M. , Acevedo A., Perea P. B., Labajo R. S. y M. G Gabriel. (2017) Análisis causa raíz sobre evento adverso producido en la clínica odontológica docente asistencial de la Facultad de odontología de la Universidad de la Frontera de Chile. En Int. J.Odontostomat. 11(2):207-206, 2012.

Rodríguez-Herrera, Mora Enrique, Gómez-Alpízar Lorena, Rizo-Amézquita José, Yamaguchi-Díaz, Placencia, Herrera-Castro , Losardo (2019) Incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes. Una propuesta de clasificación enfocada en la gestión organizacional. En Boletín CONAMED, Vol 4 No. 22. 2019. México.

Salazar Pimentel Isaí Arturo (2019). Marco Jurídico mexicano sobre la seguridad del paciente, en Boletín CONAMED. Vol. 14 No. 22 2019. Recuperado en www.gob.mx/conamed

Secretaría de salud (2012). Definición y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. SSA. México.

Secretaría de salud (2013). Guía Técnica para el Análisis Causa – Raíz de Eventos Adversos en hospitales. SSA. México.

Universidad Autónoma de México. (2017) Eventos Adversos en odontología: Asignatura optativa. UNAM. México.

Anexos

Propuesta de Formato de Recolección de datos

Objetivo: Generar información actualizada relacionada con las causas que provocan los eventos adversos derivados del proceso de atención, en los establecimientos de atención odontológica.

DATOS DEL PACIENTE

Sexo: (M) (F) EDAD:_____

FECHA DEL EVENTO ADVERSO:_____ HORA:_____

¿En qué Lugar o clínica ocurrió el evento adverso?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Clínica 1 | <input type="checkbox"/> Clínica 6 |
| <input type="checkbox"/> Clínica 2 | <input type="checkbox"/> Sala de simuladores |
| <input type="checkbox"/> Clínica 3 | <input type="checkbox"/> Pasillos de los edificios |
| <input type="checkbox"/> Clínica 4 | <input type="checkbox"/> Salones |
| <input type="checkbox"/> Clínica 5 | <input type="checkbox"/> Consultorio Médico Otros (Especifique): |

¿En qué turno se presentó el evento adverso?

- Matutino Vespertino

¿Qué persona estuvo directamente involucrado?

Estudiante	Asistente	Odontólogo	Responsable	Médico	de	Técnico	Otros
e	e	o titular de	e de clínica	consultorio		radiólogo	especific
	clínica	materia		estomatológico		o	ar
				o			

¿Qué personas presenciaron evento adverso?

Estudiant e	Asistent e de clínica	Odontólog o titular de materia	Responsabl e de clínica	Médico consultorio estomatológic o	de	Técnico radiólog o	acompañant e
----------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	---	----	--------------------------	-----------------

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL EVENTO ADVERSO (NARRACIÓN DE LOS HECHOS).

TIPO DE INCIDENTE

MEDICACIÓN

Reacción alérgica a la anestesia.

Mala aplicación de la anestesia

Efectos secundarios de anestesia

Error de dosis

Medicamento incorrecto

Interacción medicamentosa

Error en la administración

Reacciones adversas

Dispensación errónea de medicamento

Otros:

DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE CLINICO	DEL	Ausencia de historia clínica Información todo clara, no legible Paciente equivocado
INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN		Absceso Prótesis infectada Sitio de procedimiento infectado
HEMORRAGIA		Sangrado pos extracción
DISPOSITIVOS EQUIPO INSTRUMENTAL	Y E	Falla mal funcionamiento Falta de disponibilidad Presentación y empaque inadecuado No estéril Caída Fractura Perforaciones Ingesta de material
PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS		Error en la anestesia Error en el equipo Error en el instrumental Estructura o pieza equivocada Procedimiento equivocado Sitio equivocado

			Error en la técnica
CAÍDAS			Del sillón
			En el pasillo
			Salón
			Clínicas
			Baño
			Escaleras
			Por: desmayo
			Perdidas de equilibrio
			Resbalón
			Tropezo
			Otros:
RAYOS	X	O	Error en la toma
IMAGENOLOGIA			Radiación innecesaria
OTROS			

Gravedad del daño

Gravedad		Descripción
Sin daño	()	Incidente que puso causar daño pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causo daño.
Bajo	()	Incidente que causó un daño mínimo en uno o mas pacientes
Moderado	()	Incidente que causó un daño significativo pero no permanente en uno o más pacientes

Grave () Incidente que tienen como resultado un daño permanente en uno o más pacientes

Muerte () Incidente que ocasionó directamente la muerte de uno o más pacientes.

En caso de daño grave o muerte ¿Se realizó análisis causa raíz? Si () no ()

¿Cuáles son los factores que contribuyeron al incidente?

() Relacionados al paciente

() Individuales asociados a los integrantes del equipo

() Organización del establecimiento y entorno

() Relacionados con la aplicación de indicaciones, protocolos, manuales, lineamientos, NOM. Etc.

() Relacionados con el trabajo en equipo

() Relacionados con el ambiente de trabajo y el entorno

() Institucionales o del ambiente externo

() Otros : _____

¿Considera que se pudo haber evitado evento? Si () No ()

¿Cómo considera que pudo haberse evitado el evento adverso?

¿Se le proporcionó información al paciente o a su familiar relacionada con el evento?

si

No

¿Quién la proporcionó?

Estudiant e	Asistent e de clínica	Odontólogo o titular de materia	Responsabl e de clínica	Médico consultorio estomatológic o	de	Directiv o	Otros especifica r
----------------	-----------------------------	---------------------------------------	----------------------------	---	----	---------------	--------------------------

¿Se realizó alguna acción correctiva después del evento adverso? Si No

¿Cuáles son las acciones correctivas a mediano plazo?

Capacitación a personal de nuevo ingreso y estudiantes

Mejoramiento de la infraestructura

Gestión de los recursos humanos, Financieros y materiales.

Fortalecimiento de una cultura de calidad y seguridad del paciente

Apego a la NOM

Desarrollo de un programa de calidad y seguridad del paciente para la facultad

Otros: _____

Cuestionario de cultura de seguridad del paciente

CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBULATORIOS

Institución:	-- Seleccione una opción -- ▼
Entidad:	-- Seleccione una opción -- ▼
¿Cuál es su profesión?:	-- Seleccione una opción -- ▼
Turno en el que labora:	-- Seleccione una opción -- ▼
Género:	-- Seleccione una opción -- ▼
Grado Académico:	-- Seleccione una opción -- ▼
¿Tiene usted contacto directo con el paciente?:	-- Seleccione una opción -- ▼
¿Su establecimiento reporta los eventos adversos en el Sistema de Registro de Eventos Adversos de la DGCE?:	-- Seleccione una opción -- ▼
Tipo de contratación:	-- Seleccione una opción -- ▼

Instrucciones

Piense en la manera en que se hacen las cosas en su establecimiento de salud y exprese sus opiniones acerca de cuestiones que en general afectan la seguridad y calidad del cuidado de los pacientes.

Considere que en este cuestionario, cuando se menciona proveedores de atención médica se refiere a todo personal médico y personal de enfermería en contacto clínico con los pacientes; la palabra empleados se refiere a las demás personas que trabajan en mi área; así mismo por personal se refiere a la totalidad de proveedores de atención médica y empleados.

Si alguna pregunta no corresponde a su situación o no conoce la respuesta, favor de marcar la opción "No aplica o No sabe".

- Un "incidente" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un "evento adverso" es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- "Seguridad del paciente" atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- "Cultura de Seguridad del paciente" se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

SECCIÓN A: Lista de cuestiones que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad.

	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Varias veces en los últimos 12 meses	Una o dos veces en los últimos doce meses	No sucedió en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
Acceso a la atención médica							
1. Un paciente no pudo conseguir una cita en un plazo de 48 horas, para un problema grave o serio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificación del paciente							
2. Se utilizó la historia clínica equivocada para un paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historias clínicas							
3. No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Se archivó, escaneó o ingresó la información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo médico							
5. El equipo médico no funcionaba adecuadamente o necesitaba reparación o reemplazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos							
6. El equipo de farmacia se comunicó con el consultorio para clarificar o corregir una receta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La lista de medicamentos del paciente no se actualizó al momento de su consulta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnóstico y pruebas							
8. Los resultados de pruebas de laboratorio o de imágenes no estaban disponibles cuando se requerían	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN B: Intercambio de información.

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el establecimiento de salud ha tenido problemas para intercambiar información precisa, completa y oportuna con alguno de los siguientes servicios?

	Problemas Diariamente	Problemas Semanalmente	Problemas Mensualmente	Problemas varias veces en los últimos 12 meses	Problemas una o dos veces en los últimos doce meses	No hubo problemas en los últimos 12 meses	No aplica o no sabe
1. Laboratorios o imagenología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Otros servicios clínicos (Estomatología, Planificación familiar, Trabajo social, Vacunación, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Farmacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hospitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Otros No clínicos (Especifique:)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN C: El trabajo en el establecimiento de salud.

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando alguien en mi área de trabajo está muy ocupado, este recibe ayuda de otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. En mi área de trabajo hay una buena relación entre el personal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En el área de trabajo, frecuentemente nos sentimos apresurados cuando estamos atendiendo a los pacientes,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En mi área de trabajo se tratan con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En el área de trabajo tenemos demasiados pacientes para la cantidad de proveedores de atención médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se cuenta con procedimientos de verificación de que se hizo correctamente el trabajo realizado en mi área.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Al personal de esta área de trabajo se le pide que realice tareas para las cuales no fue capacitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En mi área de trabajo se pone énfasis al trabajo en equipo para atender a los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En mi área de trabajo hay demasiados pacientes para poder manejar todo de manera eficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal en mi área de trabajo sigue procedimientos estandarizados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección D: Comunicación y Seguimiento

¿Con que frecuencia suceden las siguientes situaciones en mi área de trabajo?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre	No aplica o no sabe
1. Los proveedores de atención médica escuchan las ideas de los demás empleados para mejorar los procedimientos de mi área de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se anima al personal a expresar otros puntos de vista en mi área de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En la consulta se les recuerda a los pacientes cuando necesitan agendar citas para cuidado preventivo o de rutina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. El personal teme realizar preguntas cuando algo parece estar mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En la consulta se lleva el registro de la evolución de los pacientes con enfermedades crónicas incluido el plan de tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal cree que sus errores son considerados en su contra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. El personal habla abiertamente sobre problemas del funcionamiento del consultorio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En la consulta se da seguimiento de los pacientes que necesitan monitoreo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Es difícil expresar desacuerdos en mi área de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En mi área de trabajo se habla sobre maneras de prevenir que los errores se comenten de nuevo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. El personal está dispuesto a informar los errores que observan en mi área de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección E: Apoyo del director

¿Usted tiene un puesto directivo y tiene la responsabilidad de tomar decisiones para el establecimiento de salud?

- Sí: Pase a la SECCIÓN F
- No: Complete todas las preguntas del cuestionario.

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre la dirección del establecimiento médico?

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. No invierten suficientes recursos para mejorar la calidad de la atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Dejan pasar por alto los errores que se cometen una y otra vez en la atención de los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Le dan alta prioridad a mejorar los procedimientos que se realizan en la atención al paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Con demasiada frecuencia sus decisiones se basan en lo que es mejor para el establecimiento de salud y no en lo que es mejor para el paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El director toma acciones para capacitar al personal cuando se establecen procedimientos nuevos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El director toma acciones para que el personal sea capacitado en el puesto que va a desempeñar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección F: mi área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
1. Cuando hay un problema en mi área de trabajo analizamos si es necesario cambiar la manera en que hacemos las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Los procedimientos de mi área de trabajo son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Los errores se cometen más de lo debido en mi área de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es sólo por casualidad que no cometemos más errores que podrían afectar a nuestros pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En mi área de trabajo son buenos para cambiar los procedimientos para asegurar que los mismos errores no vuelvan a ocurrir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. En mi área de trabajo la cantidad de trabajo es más importante que la calidad de la atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Después de realizar cambios para mejorar los procedimientos en atención al paciente en mi área de trabajo, comprobamos si funcionaron.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección G: Calificaciones generales.

Calificaciones generales de calidad

1. ¿Cómo calificaría al establecimiento de salud en cada una de las siguientes dimensiones de calidad en la atención de salud?

		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
a. Centrado en el paciente.	Responde a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente.	<input type="radio"/>				
b. Eficaz	Logra los objetivos establecidos.	<input type="radio"/>				
c. Oportuno	Minimiza las esperas y retrasos potencialmente dañinos.	<input type="radio"/>				
d. Eficiente	Asegura una atención rentable (evita desperdicio, abuso y uso incorrecto de servicios)	<input type="radio"/>				
e. Equitativo	Brinda la misma calidad de atención a todas las personas sin importar sexo, raza, origen étnico, nivel socioeconómico, idioma, etc.	<input type="radio"/>				

Calificación general de seguridad de los pacientes.

2. ¿Cómo calificaría los sistemas y procedimientos clínicos que su consultorio médico tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes?

Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
<input type="radio"/>				

Sección H: Información general.

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. 6 a 10 años
- d. De 11 a 15 años
- e. De 16 a 20 años
- f. 21 años o más

2. ¿Cuántas horas a la SEMANA trabaja usted en el establecimiento de salud?

- a. De 1 a 4 horas
- b. De 5 a 16 horas
- c. De 17 a 24 horas
- d. De 25 a 32 horas
- e. De 33 a 40 horas
- f. 41 horas o más

3. ¿Cuál es su cargo en el establecimiento de salud?

- a. Médico en consultorio
- b. Personal de enfermería
- c. Director
- d. Personal de apoyo administrativo
- e. Otro Cargo; por favor especifique:

Sección I: Sus comentarios.

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre la seguridad de los pacientes o la calidad de la atención en el establecimiento de salud.