

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.**

**ZOILA BEATRIZ CARBONELL
DEMETRIO BARCHA
ANDRÉS MAURICIO PINEDA HERNÁNDEZ.
MARÍA ISABEL GUZMÁN MÉNDEZ.**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
CARTAGENA – BOLIVAR
2017**

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

Trabajo de investigación para optar al título de Odontólogo

INVERSTIGADOR PRINCIPAL

ZOILA BEATRIZ CARBONELL

ODONTOLOGA-UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Cirujana y Estomatóloga-Universidad de Cartagena
Docente-Universidad de Cartagena.

DEMETRIO BARCHA BARRETO

ODONTÓLOGO

Endodoncista-Universidad de Cartagena.
Docente- Universidad de Cartagena

CO-INVESTIGADORES ESTUDIANTES

ANDRES MAURICIO PINEDA HERNANDEZ

MARIA ISABEL GUZMAN MENDEZ

Estudiantes de X Semestre Universidad de Cartagena

ASESORES

ALFREDO GANEM PAREJA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARTAGENA – BOLIVAR
2017**

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. OBJETIVOS	9
4.1 OBJETIVO GENERAL	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5. MATERIALES Y METODOS	10
6. MARCO TEORICO.	13
6.1 DEFINICION DE PROTOCOLO.	13
6.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	15
6.3 EVENTOS ADVERSOS.....	24
6.4 NORMATIVIDAD	25
6.5 ANTECEDENTES	31
7. RESULTADOS.....	32
1. PERSPECTIVAS	34
10. ANEXOS	38
11. REFENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53

CONTENIDO DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1. Contenido de un protocolo terapéutico.....	14
Tabla 2. Definiciones estandarizadas NRLS	21
Tabla 3. Clasificación de eventos adversos según impacto	22
Figura 2. Modelo organizacional de James Reason	15
Figura 3 . Diagrama espina de pescado	25
Figura 4. Modelo del queso Suizo	27
Figura 5. AMEF TOMA DE MUESTRAS 1	29
Figura 6. AMEF TOMA DE MUESTRAS 2	30
Figura 7. AMEF TOMA DE MUESTRAS 3	30

1. INTRODUCCION

La seguridad del paciente se define como aquellos instrumentos, estructuras, procesos y metodologías basadas en evidencia científica que buscan minimizar riesgos en la atención y mitigar posibles eventos adversos e incidentes (1). Se convierte en un principio fundamental de la atención sanitaria dado que el riesgo está en cada paso de la atención a los pacientes (2). El objetivo de este proyecto será elaborar un protocolo de seguridad de los pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena. El protocolo se pretende exponer a la comunidad académica a través de intervenciones educativas, donde se mostrara a directivos, docentes y demás integrantes de nuestra facultad. Y será diseñado rastreando parámetros nacionales e internaciones para la seguridad del paciente. Los resultados que se esperan será la creación de un protocolo basándose en las necesidades que se presentan en la facultad de odontología.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La facultad de odontología de la universidad de Cartagena, presta servicios de salud oral a la comunidad cartagenera, brindándole solución a muchas de las necesidades que acomplejan en gran manera a los usuarios de esta región. En esa atención ocurren eventos adversos que pueden llegar a afectar la salud de forma directa o indirecta a los pacientes. Por esto es responsabilidad de todos garantizar un servicio de calidad que logre cuidar en verdad la salud, y en la actualidad no existe un protocolo de seguridad del paciente en la facultad de odontología.

Si bien se sabe que a diario, en la consulta odontológica están expuestos operador y paciente a miles de riesgos entre esos, infecciones leves o mortales, heridas punzantes, lesiones musculo esqueléticas, también sabemos que debe existir un protocolo de seguridad en la consulta odontológica que conlleve todas las precauciones universales como las definidas a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud, las elaboradas por el Reino Unido (3); de igual forma a nivel nacional se cuenta con las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente del ministerio de salud, y los lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente del ministerio de salud, los cuales brindan un conocimiento y sirven como guía para que los odontólogos, personal auxiliar y de servicios generales tengan esas normas básicas que van a prevenir y promover la salud del entorno, pues en cualquier lugar clínico donde haya un paciente se puede presentar un evento adverso e incidente y así contar con instituciones seguras y competitivas a nivel internacional ¹. De igual forma a nivel nacional se cuenta con las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente del ministerio de salud, y los lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente del ministerio de salud, los cuales

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente pagina 7 parrafo 1

brindan un conocimiento y sirven como guía para que los odontólogos, personal auxiliar y de servicios generales tengan esas normas básicas que van a prevenir y promover la salud del entorno. (4,5)

Bien, entonces es aplicable en nuestra área de la salud, la odontología, donde todos los días se atienden pacientes que estarán expuestos a riesgos inminentes, riesgos que deberíamos minimizar y hasta en un momento deberíamos erradicar. Entonces la clave para mejorar la seguridad de los cuidados con el paciente es precisamente optimizar los sistemas de salud².

La facultad tiene la necesidad de garantizar un protocolo. ¿Se podrá elaborar un protocolo de seguridad del paciente en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena?

² Garantizar la seguridad de los pacientes: una prioridad de hoy. Soler Morejón C. Pagina 47 parrafo 3. 2014.

3. JUSTIFICACIÓN

Según lo dicho anteriormente se entiende que está en riesgo la vida del paciente, nada más importante que eso para el operador y prestadores de salud, es por eso que se hace fundamental tener un instrumento que nos permita obtener las acciones necesarias a implementar para disminuir eventos, desde la identificación del paciente, diagnóstico, tratamiento y postoperatorio. Por esto la necesidad de un protocolo de seguridad del paciente, que cabe admitir a nivel nacional se ha estudiado, diseñado e implementado en muchas entidades, pero que en muchas tal como la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena aún falta por instaurar y este se convierte en el principal obstáculo de las estrategias para la disminución de eventos adversos, y coloca a la institución por fuera de la normatividad actual, pues no existe un sistema fiable que logre proporcionar un ambiente de prácticas seguras para el paciente.

La realización de este proyecto permitió la construcción de un protocolo de seguridad del paciente, dado que no se ha elaborado ni implementado en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un protocolo de seguridad de los pacientes atendidos en la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un protocolo de seguridad del paciente para la facultad de odontología.
- Analizar la normatividad del ministerio de salud, Organización Mundial de la salud, Reino Unido con relación a la seguridad del paciente
- Identificar las situaciones y acciones que pueden afectar la seguridad del paciente en la facultad de odontología.
- Realizar intervenciones educativas donde daremos a conocer el protocolo de seguridad del paciente

5. MATERIALES Y METODOS

La presente investigación es de tipo innovación y desarrollo, realizada en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, en el año 2016 - 2017; el cual se elaboró un protocolo de seguridad del paciente donde los participantes siguieron parámetros y normatividades nacionales e internacionales, de fuentes como el ministerio de salud con todos los lineamientos y requisitos, organización mundial de la Salud, Reino Unido, como lo es el protocolo de Londres, de alto impacto y no solo usado en el ámbito de ciencias de la salud. (6)

Diseño del protocolo:

Se diseñó el protocolo en forma de flujogramas facilitando la interpretación a quienes está dirigido, además se organizó de la siguiente manera: introducción, objetivos y alcance, glosario de términos, misión y visión, políticas de seguridad del paciente y por último el contenido del protocolo y acciones a realizar.

Contenido:

Para llevar a cabo la elaboración del contenido del protocolo de seguridad del paciente se realizó una documentación exhaustiva, se revisó y se recopiló información a partir de protocolos de seguridad del paciente existentes de otras instituciones como el protocolo de la universidad industrial de Santander, hospital san Blas de Bogotá y normas que ayudaron a la creación del protocolo. Se revisó información del ministerio de salud y protección social, mediante el documento de guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente, fundamental para la elaboración del marco teórico y de donde se obtuvo antecedentes de morbilidad y daño a causa de eventos adversos en Colombia. El protocolo de Londres al igual que el

documento la seguridad del paciente en 7 pasos fue revisado y se tuvo en cuenta para la incluir una cultura de seguridad del paciente dentro del protocolo y además ampliar un glosario de términos fácil de entender y actualizado para quienes revisen el protocolo.

Paso 2: El protocolo fue dividido en áreas básicas donde se desempeña o se lleva a cabo la seguridad del paciente, iniciando con trámites administrativos que incluyen historias clínicas con falta de datos esenciales y el uso de abreviaturas, para este punto se revisó y se siguieron parámetros encontrados en la resolución 001715 de 2005 (7) y el capítulo III de la ley 23 de 1981 (8). Lo correspondiente a la información de procedimientos, posibles riesgos y como se deben evitar complicaciones, derecho del paciente mediante un documento (9) fue introducido siguiendo los parámetros de la ley 23 de 1981 además de la revisión de artículos científicos.

Para el segundo punto del contenido del protocolo, catalogado como prescripción de los medicamentos se tuvo en cuenta el capítulo tercero de la ley 23 de 1981 y el artículo 16 y 17 del decreto 2200 de 2005 donde se especifica la manera correcta de la prescripción y transcripción, por otro lado se revisó literatura científica y guías de medicamentos aprobadas en Colombia (10).

En el apartado correspondiente a procedimientos odontológicos se establecieron medidas para prevenir errores en planificación de tratamiento, errores en tipos de procedimientos, errores en profilaxis del paciente, infecciones postquirúrgicas y trismos, lo anterior fue realizado con base a protocolos clínicos de procedimientos, ley 23 de 1981 y revisión de literatura científica.

De los accidentes se tuvieron en cuenta guías y manuales de primeros auxilios como el de la cruz roja y la universidad nacional autónoma de México para fortalecer destrezas y conocimientos en accidentes y disminuir riesgos frente a caídas de usuarios (11), así también se revisaron líneas de atención de primero auxilios y urgencias. Se incorporó la escala de Glasgow

como anexo (12). Respecto a la ingestión de pequeño material odontológico, sobreobturaciones endodónticas, fracturas de limas o materiales y daños oculares por fragmentos se utilizaron artículos científicos aprobados tomados de bases de datos.

Se realizó el último punto del contenido relacionado con la infraestructura y el ambiente físico teniendo en cuenta la resolución 2003 de 2014, resolución que contempla recursos humanos y personal capacitado, disposición y uso adecuado de insumos, protocolos, procedimientos y guías o bases técnicas científicas como soporte para prácticas seguras, ley 09 de 1979 de medidas sanitarias generales, resolución 02183 centrales de esterilización y Resolución 14861 de 1985, por la cual se dictan normas sobre accesibilidad en Colombia, normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos.(13)

Por otro lado se analizó literatura referente al tiempo de trabajo por parte del operador y la necesidad de hacer pausas activas con sus intervalos de tiempo para mantener la ergonomía y disminuir el cansancio, reduciendo riesgos para el paciente (14). Finalizado el contenido, fueron introducidos los anexos del protocolo, escalas, tablas, registros y controles, dando cabida a la bibliografía.

El protocolo como documento debe ser aprobado por el comité de historias clínicas, socializado a los 2 meses para que se ponga en práctica, a partir

de allí se actualiza cada dos años, según los requerimientos. (Véase figura

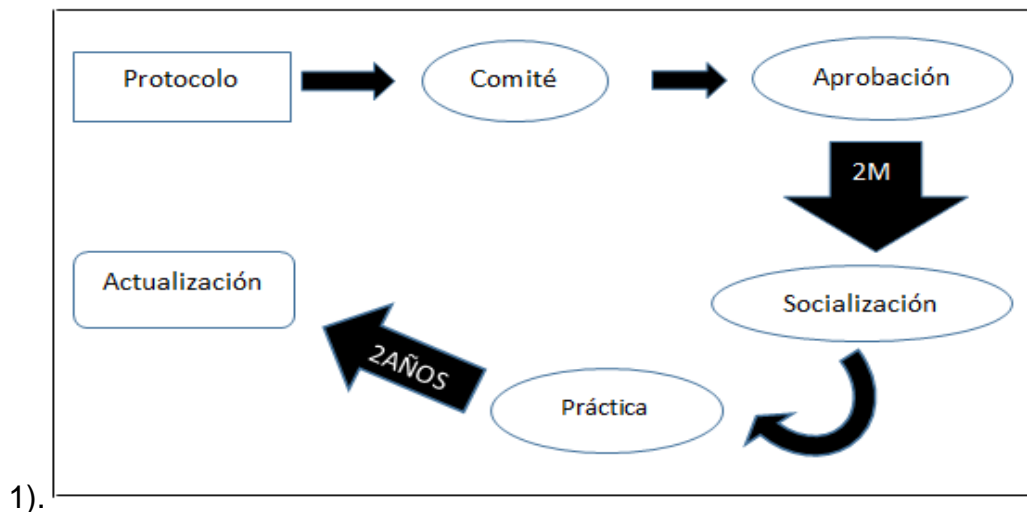


Fig 1. Proceso de aprobación del protocolo de seguridad del paciente.

6. MARCO TEORICO.

6.1 DEFINICION DE PROTOCOLO.

Un protocolo se define como todos aquellos conjuntos de pasos que deben seguirse al momento realizar algún tipo de procedimiento, acción o proceso, todo con la finalidad de lograr hacerlo de la mejor manera. Un protocolo puede ser un documento o una normativa que se estable para actuar en ciertos procedimientos, situaciones, así se puede llegar a recopilar conductas, técnicas y acciones que se consideren adecuadas en ciertas situaciones; debe ser un documento construido en fases, desde su preparación hasta su elaboración (15). Cada definición tiene su contexto, en nuestro caso es aquel que se aplica en ciencias de la salud o en la parte terapéutica, por lo tanto un protocolo en este contexto es una guía para llevar a cabo un conjunto de acciones de una manera segura y así reducir al máximo los eventos adversos o incluso cómo actuar ante un evento adverso. A continuación se muestra los puntos que se considera debe llevar un protocolo terapéutico.

1.	Justificación de la creación del protocolo.
2.	Definiciones de los datos clínicos que serán sustento de la creación del protocolo
3.	Un procedimiento de actuación para cada paso posible (evento adverso/procedimiento/ enfermedad) dentro del protocolo.
4.	Listado de Medicamentos/ insumos/ instrumentos a utilizar en cada caso.
5.	Descripción breve del actuar del personal sanitario en cada caso.
6.	Observaciones particulares para casos especiales. (embarazo, pediátricos, compromisos sistémicos)
7.	Referencias bibliográficas.

Tabla 1. Contenido de un protocolo terapéutico.

Un ejemplo de este tipo de protocolos lo podemos encontrar en el actual Protocolo de Londres, el cual es un protocolo de investigación en incidentes clínicos y constituye una guía práctica para administradores de riesgo y profesionales de la salud interesados en la temática, su objetivo es investigar clara y objetivamente los incidentes clínicos más allá de establecer quien tuvo la culpa. por eso este protocolo no se basa en la actual tormenta de ideas sino más bien en un modelo organizacional de accidentes, descrito por James Reason, utilizado en diferentes campos donde ha sido de gran utilidad, como la aviación, industrias y plataformas petroleras.



Figura 2. Modelo organizacional de James Reason

6.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La seguridad en la atención del paciente se define según la Organización mundial de la Salud como un principio fundamental de la atención sanitaria, el cual concuerda con el concepto presente en este documento ya que en la atención al paciente se presentan múltiples factores que pueden poner la integridad del paciente en riesgo, e incluso podrían llegar a ser letales si no se tiene en cuenta una atención segura, íntegra y eficaz, por lo cual se constituye en un principio de gran estima para todos los profesionales del área de la salud.

Y lo interesante de esto, es ver como a través de los años aunque se han creado estrategias, proyectos y guías que nos sirven a los profesionales para la atención de pacientes, son relativamente pocos los eventos adversos e incidentes que se han podido evitar con ellos, principalmente porque no se tienen en cuenta, no se leen, no se abordan de la forma correcta, aun en nuestro país no se ha creado esa cultura de seguridad que esta explícita en

Los 7 pasos de la seguridad del paciente, donde el primer paso es la construcción de una cultura de seguridad.

La cual se evidencia poco en el sistema, porque el hecho de cometer un incidente o un evento adverso en medio de la atención se cataloga entre los mismos profesionales como un episodio que debe ser castigado, o en el peor de los casos que refleja la poca preparación en el campo, a pesar que en el ámbito odontológico los eventos adversos son mucho menos dañinos que en otras áreas clínicas (16). Lo cierto es que, como trabajadores del área de la salud, estamos expuesto a que las cosas no salgan siempre bien, que en medio de la atención hay factores externos del sistema que pueden influir en la vida del paciente, hay que ser capaces de diferenciar las acciones y ver en cuales se ha fallado, innovar nuevas formas, y actuar con el fin de mejorar y aprender de esos errores para así no volverlos a cometer. Prevenir es lo fundamental en la atención al paciente, y para esto se requieren dos aspectos:

- Elaborar todo el protocolo teniendo en cuenta previas acciones que resultaron ser potencialmente dañinas.

Aprendizaje, donde se enseñará a los trabajadores y pacientes la ventaja que trae para el sistema el publicar los eventos adversos cometidos.

LIDERAZGO DEL EQUIPO DE PERSONAS

Dentro de toda organización existen personas capaces de guiar a todos los integrantes de la organización con el objetivo de llevar a cabo un propósito planteado, lo cual no es diferente en el modelo de organización de la seguridad del paciente; esto es lo que se ha denominado Líder, aquella persona que cumple un papel importante en la sociedad, organización, empresa o grupo de personas, es por ello que el rol del liderazgo dentro de la seguridad del paciente es de vital importancia.

En organizaciones sanitarias o del campo de la salud existe la importancia de liderar todo el equipo de trabajo en aras de promover conocimiento en gestión de riesgos y toma de acciones pertinentes que traen como resultado la disminución de eventos adversos para la seguridad del paciente. EL líder operacional será designado dentro de la organización y es el responsable de la formación en seguridad del paciente del personal de trabajo y de implementar herramientas para la seguridad del paciente. Se es recomendable que tenga alta experiencia en la organización, capacidad de toma de decisiones, experiencia en gestión de riesgos, ser valorado y respetado dentro de la organización.

Con fines de mejorar la organización se pueden designar otros miembros de la dirección a manera de líderes dentro de la organización y en distintas áreas, que ayuden a sensibilizar la seguridad del paciente como una prioridad y no como un trabajo extra o una carga más para el personal, inculcar la cultura de la seguridad y la formación en gestión de riesgos. Otro aspecto importante para mantener el liderazgo dentro de la organización se logra manteniendo contactos directos con las diferentes áreas, programar visitas con el fin de discutir asuntos clínicos y seguridad del paciente con todo el personal, sobre todo a cerca de eventos adversos ocurridos y las maneras de prevenirlos mediante acciones.

Esto trae consigo una serie de beneficios tales como la capacidad de sensibilizar en seguridad del paciente, evidenciar compromisos de la dirección en seguridad del paciente y promover un entorno abierto de comunicación, facilitando de esta manera la mejora. Sin embargo se hace menester el programar reuniones con el objetivo de compartir toda la información de potenciales riesgos en la seguridad del paciente, identificar todas las oportunidades para la mejora continua. (Dichas reuniones deben tener un enfoque claro, orientado a la seguridad del paciente, brevedad, entornos abiertos, agenda concisa y la periodicidad en las reuniones).

Un buen equipo de trabajo donde se intensifique el liderazgo, se motive y concientice sobre gestión de riesgos y un buen direccionamiento de la

organización puede alertar de posibles riesgos para la seguridad del paciente y tomar acciones para evitar eventos adversos por parte de todo el personal.

INTEGRAR TAREAS A GESTIÓN DE RIESGO.

Se considera de vital importancia para todo equipo de trabajo la integración de las tareas que se deben realizar, sobre todo cuando se hace en pro del control de riesgos por parte del área de la salud e incluso en cualquier otro campo en el que se generen riesgos. Se asume que muchos cambios generan riesgos, la sanidad, innovación son un ejemplo; cabe resaltar que la mayoría de los incidentes llevan un orden sistemático y que de la identificación, el buen aprendizaje, cuantificación y una buena gestión de riesgos trae consigo una mejora en la sanidad y en la seguridad del paciente. El objetivo del tercer paso en la seguridad del paciente consiste en como una organización puede incorporar el sistema de gestión de riesgos a su sistema de gestión, además de incluir herramientas de gestión de riesgos.

En este paso se debe tener en cuenta la identificación del tipo de riesgos a los que las organizaciones deben enfrentar, riesgos clínicos y los riesgos no clínicos (tecnologías, administrativo, finanzas, medio ambiente). Por otro lado se hace mester saber que es la gestión integrada de riesgos: incluye todos los tipos de riesgos, integra el sistema de gestión de riesgos clínicos y tecnológicos, procedimientos consistentes de formación, valoración e investigación de riesgos, herramientas de gestión de riesgos y registro de riesgos, controles y seguimientos y por último la planificación estratégica de cada riesgo.

El llevar a cabalidad este punto traerá beneficios como la reducción de o mitigación de riesgos, innovación optimizando la triada (riesgo, resultado, coste), solidez en la toma de decisiones, mejora en información y seguridad del paciente, Lecciones de un área pueden ser extendidas a otra,

consistencia en identificación. Sin embargo este punto precisa de lo siguiente:

-Ajustes en Estructura: de todo el personal, enfocada a los objetivos, creación de comités directivos para riesgos, responsables y vías de comunicación.

-Ajustes en personal: Comités directivos, Responsables de gestión de riesgos, líderes de seguridad del paciente en cada área y expertos para el manejo e cada tipo de riesgos.

-Análisis de valoración de Riesgos: “Ayuda a la organización a entender los riesgos que afrontan ya sean internos o externos, capacidad para controlarlos y la probabilidad de ocurrencia o impacto que estos generen”.

Para dar por sentado este tercer paso se debe tener en cuenta las herramientas de análisis y/o valoración de riesgos (provenientes de industria de alto riesgo y con un historial exitoso en su utilización).

-Análisis de Probabilidades de cada riesgo.

-Matriz de Riesgo.

-Análisis de modo de fallos y sus efectos (AMFE).

PROMOVER QUE SE INFORME.

Para lograrlo debe existir una motivación para hacerlo, asegurando el aprendizaje de las lecciones y que se está actuando proactivamente para mejorar y prevenir nuevos casos. Disponer de una base de datos de recomendaciones.

Se debe tener en cuenta una cultura de confianza y apertura para informar sobre cualquier evento adverso, cultura que no busque la culpa de un individuo y que se conozca el “Que” y “cómo” informar y la mejor y más sencilla manera de hacerlo.

En países desarrollados como Reino Unido se han desarrollado programas o bases de datos importantes para la identificación y aprendizaje de eventos adversos y el mejoramiento de seguridad del paciente, tal es el caso como el SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION Y APRENDIZAJE (NRLS): herramienta para promover el aprendizaje de eventos adversos por medio de una base de datos confidencial y anónima donde las organizaciones contribuyen a organizar, agrupar y analizar con base a diferentes patrones. Todos los eventos adversos que han ocurrido, las organizaciones asociadas a este programa pueden informar a través de un formulario correo o vía sistema local de gestión de riesgos. El hecho de informar trae consigo muchos beneficios tanto para el programa y las organizaciones involucradas ya que permite la retroalimentación, dan mayor relevancia al sistema local de gestión de riesgos, permite comparar, permite construir diagnósticos a nivel nacional.

Es por ello que las organizaciones deben lograr que se promueva la información ante cualquier evento adverso, pero ¿cómo deben lograrlo? Pues la respuesta es por medio de definiciones claras y estandarizadas ya presentes muchos programas y recomendadas (tabla1), clasificando los eventos adversos de acuerdo con el impacto (tabla2), Desarrollando un plan de Implementación de la NRLS en cada organización. Para este último se hace indispensable que todo el personal conozca que significa NRLS, un planificación local de cómo se remite al formato de NRLS y por último la conexión al NRLS

Términos antiguos	Términos nuevos
Riesgo clínico	Seguridad del Paciente: Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los posibles daños
Incidente adverso Evento Adverso Incidente Clínico Incidente Crítico Fallo Clínico Fallo Médico Error Médico Evento Centinela	Incidente de Seguridad del Paciente: Cualquier incidente inesperado o no intencionado que pueda producir o inducir daño para una o más personas que están recibiendo asistencia sanitaria financiada por el NHS. "Incidente de Seguridad del Paciente" es un término paraguas que se usa para describir un incidente aislado o una serie de incidentes que ocurren a lo largo del tiempo. Términos como <i>adverso</i> , <i>error</i> , <i>fallo</i> sugieren acción individual y culpa. Error Médico, en particular, sugiere que la causa principal es la profesión médica
Evento sin daño	Incidente de Seguridad del Paciente: (Nivel de severidad: no daño). Un incidente de seguridad del paciente que no causa daño, pero no ha sido prevenido (impacto no prevenido) o un incidente de seguridad del paciente que ha sido previsto.
Cuasi-error	Incidente de Seguridad del Paciente: (previsto) Cualquier incidente en la seguridad del paciente que potencialmente puede causar daño, pero que ha sido previsto. Como resultado no se producen daños a los pacientes del sistema sanitario NHS

Tabla 1. Definiciones estandarizadas NRLS

Término antiguo	Término nuevo
Ninguno / insignificante	<p>Sin daño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impacto previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente con potencial para causar daño pero que ha sido previsto y como resultado no produce daño a los pacientes del sistema nacional de salud. - Impacto no previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que ha tenido lugar que no ha producido daño a los pacientes del sistema nacional de salud.
Bajo / menor	Bajo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que requiere observación o tratamiento menor ² y que causa un mínimo daño, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Moderado	Moderado: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que resulte en un aumento moderado ³ en el tratamiento y que produce un daño a tener en cuenta, pero no es permanente, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Severo / mayor	Severo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que aparentemente resulta en daño permanente ⁴ a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Muerte / catastrófico	Muerte: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que directamente provoca la muerte ⁵ de uno o más pacientes del sistema nacional de salud.

Tabla 2. Clasificación de eventos adversos según impacto

INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PÚBLICO.

Involucrar a los pacientes en diferentes aspectos puede llegar a mejorar la atención y seguridad del paciente a través de una identificación precoz de riesgos y problemas por parte de los pacientes, aporte de ideas y preocupaciones que puede conllevar a mejoras.

Además se aconseja involucrar al paciente y al público en el desarrollo de servicios más seguros, ya que se ha considerado a los pacientes como “expertos” en su estado y capaces de identificar riesgos; esto se podría realizar mediante reuniones, foros, capacitaciones. No se debe olvidar que involucrar a pacientes en su propio tratamiento y cuidado, ayuda a que el

paciente tenga conocimiento de su tratamiento, diagnóstico y sea más responsable con su estado.

APRENDER Y COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD.

Comprende mantener a todo el equipo informado a cerca de todos los eventos adversos que han ocurrido a manera de hacer una retroalimentación para el equipo, que estará conformado u organizado por personas antiguas, expertas y nuevas en el campo o en el proceso.

Se debe llevar una información en forma de documentos, historias clínicas, hojas de seguimiento, resultados, análisis, procedimientos vigentes, informes de eventos adversos y también la lista del personal involucrado en el informe. En la reunión con este personal se deberá preguntar por donde ocurren y como ocurren los hechos cual decisión se tomó y por qué se ha de tomar esta decisión, si es posible se puede visitar el lugar de los hechos para así realizar una secuencia cronológica de los hechos y reunir a todo el grupo y personal para realizar una retroalimentación multidisciplinar.

IMPLEMENTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR DAÑOS

Consiste en el traslado de las lecciones y todos los cambios que se han incorporado a la forma en que se trabaja en la organización, asegurando soluciones que sean realistas y sostenibles. Se debe tener en cuenta un aprendizaje activo primero con lecciones sin poner en práctica y luego colocando todas estas lecciones y esta cultura en práctica.

Se hace menester identificar cambios necesarios pero que sean sencillos y a su vez diseñar un plan de acción y medir el impacto de este en el tiempo.

6.3 EVENTOS ADVERSOS.

Se considera un evento adverso como aquel daño no intencionado al paciente u operador que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico, es decir sin daño no hay evento adverso, aunque el daño no siempre será visible como una secuela o como otro signo y síntoma mucho más notorio. Puede haber un evento adverso (daño) al contraerse una infección en un lugar como hospital, clínica, consultorio que ha estado en contacto con el paciente.

Por otro lado un evento adverso prevenible es aquel daño involuntario que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Evento adverso no prevenible es aquel que es genera un daño no intencional a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial disponibles.

De igual manera se habla de Incidente cuando es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño pero su ocurrencia se debe a fallas en el proceso de atención.

Se considera el manejo de los eventos adversos de vital importancia en nuestro protocolo y la reducción de estos en el éxito de todos los tratamientos instaurados en la facultad de odontología. Por esto se debe contar con una investigación de los eventos adversos de manera clara, equipo investigador, identificación de acciones inseguras que se asocian a varios factores (figura) y por ultimo un plan de acción.

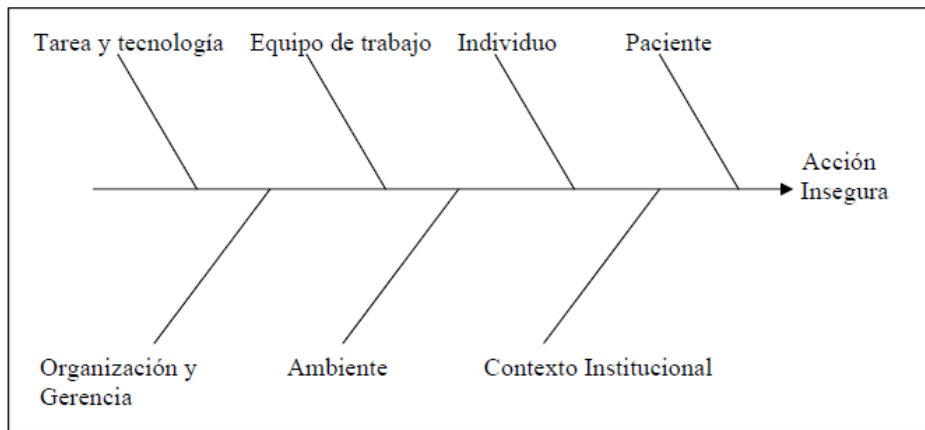


Figura 1. Diagrama espina de pescado

6.4 NORMATIVIDAD

Para la efectividad de un protocolo orientado en la atención y la seguridad del paciente, se debe conocer y llevar de la mano con todas las normas existentes en Colombia encargadas de la seguridad del paciente.

Ahora bien, en Colombia existe un documento llamado lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente, dicho documento expresa claramente como la atención más segura va más allá del establecimiento de normas, estas son simplemente un marco de referencia, pues además de esto es necesario implementar procesos de coordinación que la promuevan y la desarrollen y que permitan acciones que alcancen metas y logros efectivos.

El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud tiene como uno de sus frentes de trabajo la política de seguridad del paciente y está bien asociada a él. El SOGC ve el problema de seguridad del paciente muy similar a como lo describe el documento “los 7 Pasos de la seguridad del paciente” porque indican que la seguridad del paciente se ve afectada como consecuencia de diversas fallas en el sistema y la evidencia científica alude que la ocurrencia de un evento adverso deriva de una secuencia de

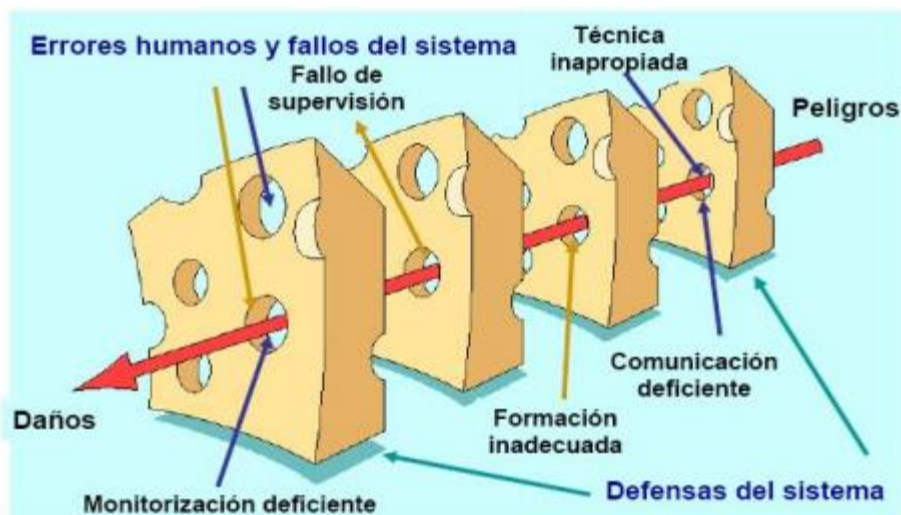
procesos defectuosos que han terminado en el desarrollo del evento adverso o que no han prevenido la ocurrencia.

Un evento adverso se define como cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. Es precisamente esto lo que queremos evitar, por esto la herramienta metodológica más importante que permite evaluar las condiciones de seguridad del paciente es un plan de vigilancia de la aparición de eventos adversos, es la base que tienen las diversas instituciones para promover una mejoría en las condiciones de la seguridad de la atención a los pacientes.

Gracias a los diferentes estudios se ha podido tipificar los eventos adversos así:

1. Ligados al uso de medicamentos: son los más frecuentes y entre Estos el estudio de Utah y Colorado mostró que el 60% de los Problemas tenía su origen en cuatro grupos: antibióticos, Cardiovasculares, analgésicos y sedantes
2. intervención quirúrgica, incluida la Infección de herida Quirúrgica, el estudio de Utah y Colorado encontró que tres Causas (técnica quirúrgica, hemorragia e infección de herida Ocasionan el 60% de los problemas
3. Complicaciones técnicas en particular retrasos en el diagnóstico o diagnóstico equivocado

Una forma muy fácil de explicar la ocurrencia y la causalidad del evento adverso sería a través de modelo del queso suizo: Que define que para que se produzca un daño, es necesario que se alineen los diferentes errores en los diferentes procesos a semejanza de los orificios de un queso, cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce.



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM^a Aranz. C Aibar ©

Figura 2. Modelo del queso Suizo

Por otra parte, del tema de las sanciones a un profesional que atente contra la seguridad del paciente, surgiría un interrogante, ¿la sanción es inevitable para el profesional? El SOGC dice que las acciones punitivas no son aplicables a los problemas de seguridad, ya que estos se originan en fallas organizacionales y no en acciones individuales, pero la política de seguridad del paciente no absuelve un profesional en los casos con excepción como cuando existe negligencia, impericia o cuando existe intención de hacer daño por parte del individuo.

Otra normativa impartida por el ministerio de salud conocida como Guía de buenas prácticas en la seguridad del paciente en la atención en salud resalta la Política Nacional de seguridad del paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y que tiene como principal objetivo prevenir la ocurrencia de todas aquellas situaciones que afecten la seguridad del paciente reducir y en la medida de lo posible eliminar la ocurrencia de todos los eventos adversos brindando una atención segura y haciendo de las instituciones organizaciones seguras y competitivas. Los eventos adversos se pueden presentar en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad y

que además sirven a la investigación para ver que causas son las que los generan que disposición tiene las instituciones en su aparición y una vez identificados plenamente su causa y condiciones se puedan identificar las barreras que pueden usarse para evitar su reincidencia

Para implementar este programa de seguridad del paciente se el ministerio de salud emplea el análisis de modo de efecto y falla AMEF el cual es una metodología empleada para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un conjunto sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos y así determinar acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia, debe ser una acción antes de un evento.

Para la elaboración de un AMEF el Ministerio de salud recomienda hacer una lista de posibles causas de la falla, asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta la ocurrencia, severidad, controles actuales del proceso y detección, para ello se plantea un ejemplo de tomas de muestra en un laboratorio clínico propuesto por el Ministerio de salud. (figura caracterización del proceso de toma de muestras)

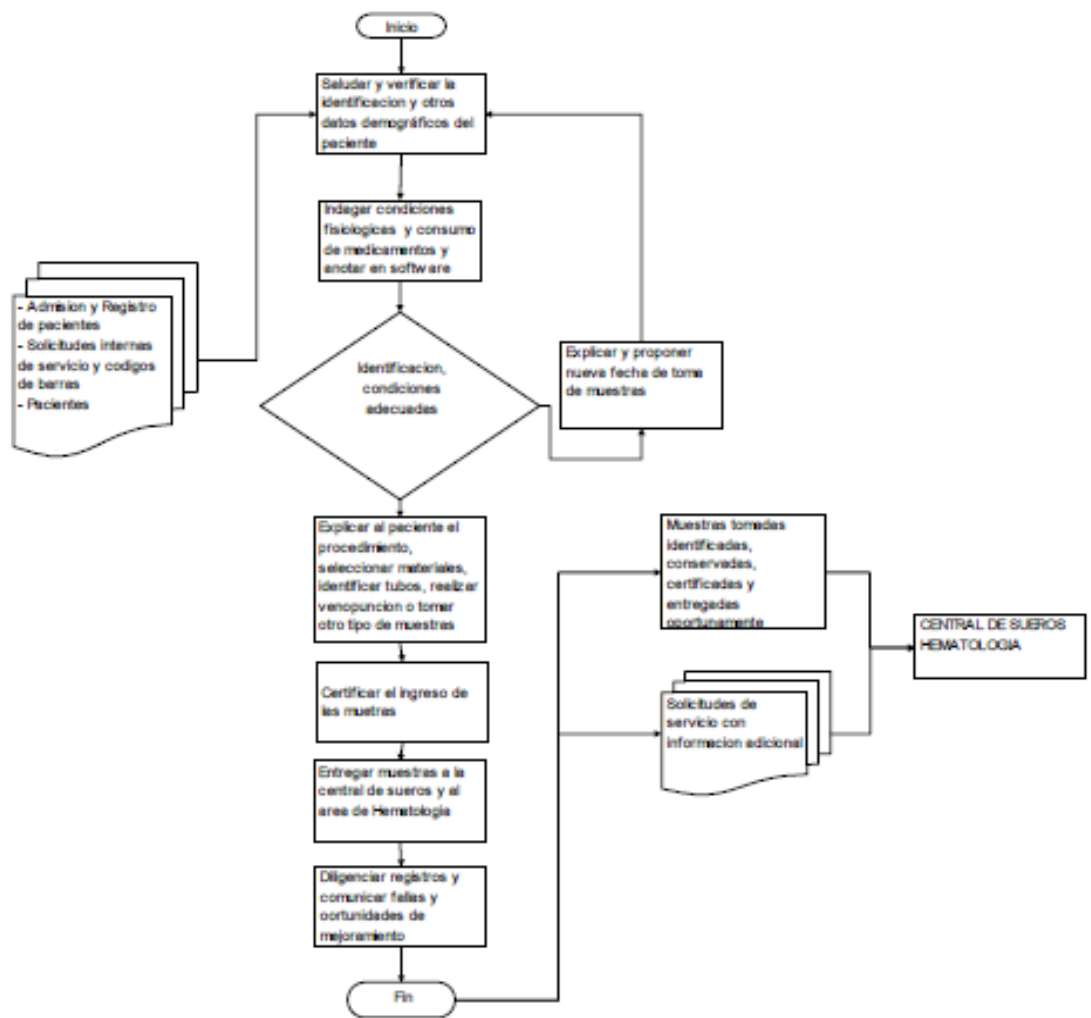


Figura 3. AMEF TOMA DE MUESTRAS 1

AMEF Toma de muestras

ACTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO	MODO DE FALLA	EFEECTO	CAUSA	MECANISMOS DE DETECCIÓN Y CONTROL
Realizar entrevista	No realizar la entrevista.	No hay aporte al análisis de resultados por parte de los profesionales	Presión de tiempo Oviedo	Crear conciencia de que esta dificultad actualmente, solo se puede resolver con la rigurosidad en el seguimiento del procedimiento.
Seleccionar materiales para la toma de muestras	Omitir o errar la selección de materiales.	Omitir la toma de muestras	Falta de competencia	El aplicativo tiene señalado con colores los tubos que se deben seleccionar Aplicativo Requibab esta al alcance Crear conciencia de los efectos de los efectos en los reprocesos y fallas en oportunidad
Verificar el sitio de la punción	No dimensionar la dificultad de la sangría	Punción fallida.	Tipos de venas Presión del tiempo	Conocer el uso de los diferentes tipos de agujas y tubos. Conocer que compañero tiene mas experiencia. Trabajar en el apoyo entre los compañeros. Asignar turnos de acuerdo con compatibilidades entre colaboradores.

Figura 4. AMEF TOMA DE MUESTRAS 2

Probabilidad de ocurrencia:
Se pondera entre 0 y 10 siendo directamente proporcional a la probabilidad de ocurrencia del evento.

Impacto:
Se pondera entre 0 y 10 siendo directamente proporcional al impacto.

Detección
Impacto de las medias de control:
Se pondera entre 1 y 4 siendo inversamente proporcional al efecto. (menos es más)

Numero de prioridad del riesgo:
Es el producto de $P \times I \times D$

TOMAR MUESTRAS					
Cod	MODO DE FALLA	P	I	D	NPR
A	No anotar mensajes del paciente	4	10	4	160
B	Escanear el código de barras de las muestras en lugar del CB de la factura	3	8	4	96
C	No detectar cambios en los datos identificación del paciente	2	10	4	80
D	No realizar la entrevista.	4	5	4	80
E	No escanear los tubos	2	10	4	80
F	Incumplimiento de normas SISO	2	8	3	48
G	Dejar muestras en los sitios de toma	2	10	2	40
H	Desechar materiales contaminados en el lugar de reciclaje y viceversa	2	10	2	40
I	Omitir o errar la selección de materiales	1	8	2	16
J	Quitar alcohol del Isopañin	1	10	1	10
K	Colocar el torniquete ajustado antes de limpiar	1	10	1	10
L	No indagar acerca de la alergia al latex	1	10	1	10
M	No dimensionar la dificultad del sangrado	1	8	1	8
N	Fallar la punción	1	8	1	8
O	No tomar los tubos en el orden indicado	1	8	1	8
Sumatoria NPR					694

Figura 5. AMEF TOMA DE MUESTRAS 3

6.5 ANTECEDENTES

Actualmente la Facultad de odontología de la Universidad de Cartagena no cuenta con un protocolo institucional de seguridad del paciente, de hecho son muy pocas las instituciones educativas que cuentan con dicho documento institucional, sin mencionar entidades prestadoras de servicios de salud como hospitales, EPS, IPS entre otros. En la facultad de Odontología de la universidad de Cartagena se cuenta con guías de manejo del paciente acorde a cada especialidad, dependiendo del diagnóstico y procedimiento, se cuenta con guías de bioseguridad para el operador, mas sin embargo no existe un protocolo institucional de seguridad del paciente.

Se han realizado diversos estudios de tipo descriptivos transversales cuyo objetivo ha sido determinar el comportamiento de eventos adversos en las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena reflejando consigo que en la práctica odontológica existen con frecuencia eventos adversos entre los estudiantes y que, además, muchos de otros de los casos no son reportados o no se hace el seguimiento adecuado.

Es aquí donde se deben reforzar los conocimientos en cuanto a la ocurrencia de eventos adversos, manejo y prácticas de seguridad en el paciente en la facultad y no solo dirigidos a los operadores sino a todo el equipo que hace parte del funcionamiento de la Institución. Tomando como ejemplo otras instituciones educativas como la Universidad Industrial de Santander y hospitales como el Hospital san Blas de Bogotá quienes han diseñado un protocolo de seguridad del paciente completo, basándose en los aspectos importantes ya antes mencionados y que fueron base o punto de partida además de los estudios citados para la Elaboración del protocolo de seguridad del paciente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

7. RESULTADOS

Después de analizada y organizada la documentación se obtuvo un protocolo institucional de seguridad del paciente para la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, que consta de una introducción, objetivo general y objetivos específicos, un glosario recopilado a partir de bibliografía nacional e internacional, Misión y Visión , Política de seguridad del paciente, estrategias para la seguridad en la atención del paciente brindadas por el Sistema obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud, principios orientadores del programa de seguridad del paciente de la resolución 0112 de 2012.

Siguiendo los parámetros nacionales e internacionales propuestos en los objetivos el contenido del protocolo consta de áreas de atención en odontología a manera de flujogramas didácticos, en las cuales se ilustra con precisión las “acciones por realizar antes de” para evitar esos eventos adversos, y las acciones que realizar después de” cuando ya se presenta el evento adverso y quiere detenerse el efecto o complicación. (Véase figura 7).

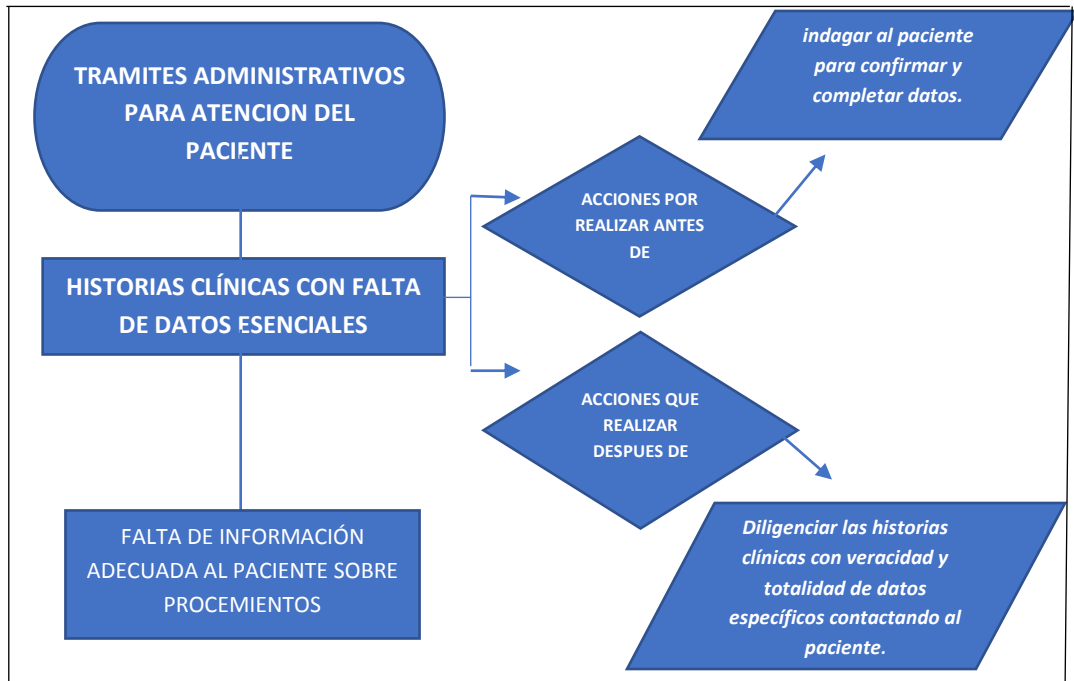


Fig 8. Representación del Diseño a modo de flujogramas.

El protocolo se construyó en áreas básicas en la actuación de la seguridad del paciente odontológico las cuales se dividieron en:

Trámites administrativos para atención del paciente: Abarca eventos adversos o incidentes en el área de la identificación de los pacientes, la realización de la historia clínica, instrucciones a los pacientes.

Prescripción de medicamentos: Eventos adversos por error en la indicación del medicamento, reacciones alérgicas por mala anamnesis o realización de historia clínica, interacciones de varios medicamentos, duplicación de fármacos.

Procedimiento odontológico: Eventos adversos que pueden ocurrir debido a errores en la planificación del tratamiento, errores en el tipo de procedimiento a realizar motivados por una incorrecta identificación del paciente o una historia clínica inadecuada, mal proceso de esterilización de instrumental, tomas de radiografías, errores con la profilaxis preoperatoria en pacientes médicamente comprometidos, infecciones postquirúrgicas, Trismos.

Accidentes: Contiene eventos adversos como caídas de pacientes, caídas de instrumental punzante o aparatos pesados sobre los pacientes, ingestión o aspiración de pequeño material odontológico, sobre obturación de conducto en Endodoncia, fractura de limas en endodoncia y daños oculares.

Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico: Describe acciones a realizar cuando se encuentra un insumo dañado defectuoso o desgastado, cuando existe exceso de horas de trabajo; Recursos humanos/ disponibilidad de personal / adecuación; Protocolos / políticas / procedimientos / disponibilidad de guías / adecuación.

Se añadió por último una tabla anexada donde se realiza el registro de incidentes de caídas.

1. PERSPECTIVAS

La seguridad del paciente es un tema de vital trascendencia dentro del ámbito de la salud y la prestación de servicio que esta requiere. Muchas instituciones prestadoras de servicios de salud no hacen el énfasis necesario para evitar la ocurrencia de eventos adversos, minimizarlos y mantener de esta forma la seguridad del paciente que tanto se requiere y que ha sido el enfoque de organizaciones a cargo de la promoción de la salud, además de nuevas políticas por parte del gobierno de la República de Colombia.

En este protocolo se han tenido en cuenta todos los lineamientos, políticas, requisitos para la habilitación según la resolución 2003 y normatividad vigente para la atención segura de las pacientes orientadas por el Ministerio de Salud y Protección social.

En la Facultad de odontología de la universidad de Cartagena De la Valle y Díaz Cárdenas han reportado que el índice de eventos adversos dentro de la

Facultad es alto y que es más alto entre los estudiantes (17). Por su parte en el reporte realizado por Carbonell Muñoz y Barcha Barreto muestra que dentro de los estudiantes aún no existe un buen manejo de la situación frente a un evento adverso, donde en la mayoría de los casos los eventos adversos no son reportados o son simplemente ignorados por parte del operador, quizás estos eventos ocurran y no sean reportados debido al desconocimiento de protocolos en la atención segura del paciente, parte fundamental donde estos autores recomiendan más intervenciones educativas con el fin de llevar un seguimiento y minimizar la aparición de estos eventos adversos(18), así mismo hace falta impulsar una cultura de seguridad y cuidado para minimizar los riesgos mediante pautas simples como los chek-list entre otros, tal como lo sugiere Ganzberg (19).

El protocolo de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena cuenta con todos los estándares y contenidos a diferencia de otros protocolos revisados en este trabajo, como el realizado por el Hospital san Blas en la ciudad de Bogotá (20). Está orientado no solo al profesional operador si no a demás a docentes, personal administrativo y de servicios generales que hacen parte de la facultad de odontología, cabe resaltar que el protocolo desarrollado en este trabajo tiene un enfoque totalmente odontológico donde se incluyen los puntos desde: el registro del paciente según las normativas vigentes y recomendaciones de la prescripción correcta de medicamentos usados en odontología, la administración del fármaco con sus dosis y sus interacciones (21). Procedimientos quirúrgicos donde se abarcan errores en la planificación de los tratamientos, desde el correcto proceso de esterilización de instrumental y superficies (22) hasta un mal procedimiento y un incorrecto manejo de postoperatorios.

Los accidentes ocasionados por planta física y ambiente, con base a lo establecido en la resolución 2003 del 2014 (23); lo reporta Velayutham et al., en Australia en la unidad de asistencia maxilofacial(24), ingestión de material pequeño odontológico (25), fractura de limas o material endodontico

(26), sobre obturaciones y daños oculares, (27), terminando con todos aquellos accidentes relacionados con las plantas físicas y ambiente físico; desde infraestructura en mal estado, carga laboral, talento humano y la misma disposición de protocolos de diferentes áreas, especialmente la accesibilidad para personas discapacitadas y su respectivo análisis de riesgos por ser evitados, como barreras físicas entre otras, reportado en su artículo por Perea,B. (28)

EL protocolo de la Universidad Industrial de Santander ilustra similitud en cuanto a los componentes (29), marco contextual y normatividad sin embargo en el protocolo de la Facultad de odontología de la universidad de Cartagena ha incluido dentro de sus accidentes los trismos odontológicos, condición bastante frecuente después de realizar muchos procedimientos odontológicos pero que puede ser minimizada realizando una correcto valoración pre tratamiento, indagando sobre antecedentes de cáncer de cabeza y cuello y definiendo una apertura oral adecuada para el paciente (30). Se recalcó la importancia de contar con un equipó de apoyo cuando sea necesario, que puede llegar a estar conformado por médicos, expertos en rehabilitación oral y cirujanos maxilofaciales para lograr tratar un trismo en el caso que así se requiera (31,32). De igual manera se acepta la idea propuesta por Obadam y col, quienes sugieren que se requiere de un sistema de clasificación internacional de eventos adversos y riesgos para lograr una mejor comunicación, así como lo realizo Ruiz germa y col, quienes a través de un cuestionario usado en su preoperatorio se pudo obtener el estado de salud bucal previo. (33,34).

En conclusión, se pudo obtener un protocolo institucional de seguridad del paciente, el cual se adapta a las necesidades de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, siendo las pautas normativas por el ministerio de salud y protección social y literatura científica necesaria.

Sin embargo este debe ser evaluado y avalado en diseño y contenido por el comité de historias clínicas de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena con el fin de exponerlo a su uso en la práctica académica.

Se espera que mediante otros estudios se pueda medir su impacto dentro de la facultad con previa socialización a estudiantes, docentes, auxiliares y personal administrativo para que de esta forma sea conocido, puesto en práctica y se reduzca de una manera significativa los eventos adversos e incidentes, garantizando una atención segura de pacientes. Sin embargo, no es definitivo y con mayor observación debe ser actualizado en aras de brindar una mejor seguridad para el paciente.

10. ANEXOS

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA



INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es conocida a nivel mundial como una prioridad dentro del ámbito de la salud y al mismo tiempo como un problema mundial de salud pública que afecta a países en desarrollo y países desarrollados, con mayor medida en los primeros debido a la falta de estructura, recursos humanos y tecnologías. Trabajar en la salud tiene diversos niveles de complejidad, las condiciones todo el tiempo están cambiando, el sistema del paciente, los profesionales, los procedimientos de rutina o procesos quirúrgicos, los insumos y su uso, las nuevas tecnologías, todo en constante cambio, cambio que al final conduce a un resultado positivo (recuperación de los pacientes) o negativo (ocurrencia de Eventos adversos e incidentes).

Tan importante es la seguridad del paciente que en octubre de 2004 fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud, “La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” en pro de organizar, coordinar y acelerar la mejoría en cuestión de la seguridad del paciente en todo el mundo. En esta alianza hacen parte todos los miembros que conforman la OMS, y para ellos es necesaria la investigación como medio para mejorar la seguridad en la atención sanitaria.

Por ello la necesidad de los protocolos de seguridad de la atención del paciente porque se han convertido en una guía funcional y muy importante dentro de las organizaciones de salud, han sido estos una herramienta que ha permitido mejorar la calidad en la atención pues se veía la necesidad de disminuir aquellos incidentes y eventos adversos que ocurrían a diario en hospitales, clínicas y en general en el sistema de salud, los cuales ponían en riesgo la vida del paciente infringiendo un derecho fundamental (al igual que la salud), causando incapacidades y en el peor de los casos la muerte.

1. OBJETIVO GENERAL

En este protocolo se definen las acciones que debemos realizar como practicantes en el área de la salud de tal manera que preservemos una atención segura en salud para los pacientes que se atiendan dentro de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena; actividades para promover, organizar, implementar políticas que apoyen una cultura de seguridad del paciente y sirva al estudiante como una guía que aplique diariamente en su entorno académico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Reducir el riesgo de la atención en salud institucional.
2. Guiar al estudiante en su práctica clínica cuando se presente un evento adverso o complicación.
3. Crear una cultura en la que el estudiante entienda la importancia de la seguridad del paciente.

4. Prevenir eventos adversos por medio de acciones o medidas probadas científicamente y con el uso de barreras de seguridad y esterilización.
5. Dar a conocer que hay un sistema de gestión del evento adverso.

1.1 ALCANCE:

1.2 Este protocolo es de aplicación para todo el personal, estudiante, docentes, administrativos, auxiliares de odontología y de aseo que actualmente desarrollan actividades en el área clínica, que por ende participan en la atención del paciente y debe ser estudiado por aquellos próximos a realizar sus prácticas clínicas.

GLOSARIO DE TERMINOS

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

EVENTO ADVERSO: Cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

EVENTO CENTINELA: Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

COMPLICACIÓN: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

2. MISIÓN

El protocolo de seguridad del paciente de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, está encaminado a orientar a todas aquellas personas que son actores dentro del proceso de atención en salud en nuestras clínicas odontológicas bajo parámetros internacionales y nacionales comprometidos con la salud oral del Departamento de Bolívar, conformando así un grupo humano calificado para la resolución de eventos adversos, incidentes o complicaciones dentro del marco de principios éticos y morales para la prestación de un servicio de mucho beneficio para los pacientes.

VISIÓN

Ser en el 2020 unas de las facultades de Odontología con empleo de protocolo de seguridad del paciente con menos tasa de incidentes o eventos adversos en la región Caribe, brindando un soporte científico a las universidades que presenten un servicio de salud similar que lo requieran.

3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena se compromete a realizar la gestión necesaria para que se haga un diagnóstico correcto de cualquier falla que atente con el resultado final en la atención en salud del paciente, por medio de acciones que se coordinen en los diferentes equipos existentes dentro de la práctica clínica (estudiantes, docentes tutores, administrativos, auxiliares, aseadores) que ayuden a mejorar la calidad de atención, la prevención de eventos adversos e incidentes y la identificación de riesgos.

3.1 ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE:

- **CREACIÓN DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Una cultura de seguridad del paciente es una necesidad ética en una profesión como la odontología, porque como profesionales de la salud estamos obligados a no hacer daño al paciente. El estudiante, docente y administrativo debe reconocer que es el responsable del control de todos los factores que puedan afectar al paciente, que nos ayudara a obtener una buena calidad asistencial de esta forma, posicionar y dar a conocer a la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena como una institución con razón social con un excelente ambiente académico donde para el estudiante, docentes y administrativos el paciente y su salud es lo más importante.
- **BRINDAR CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA AL ESTUDIANTE, PERSONAL ADMINISTRATIVO Y AUXILIARES EN CLÍNICA:** Que el ambiente de seguridad del paciente sea un ambiente académico, no punitivo en donde predomine la cultura justa

- **FAVORECER CULTURA DE REPORTE:** Por medio de charlas, intervenciones y capacitación sobre eventos adversos a todo el personal. El tiempo estimado para estas capacitaciones deben ser dos veces al año, durante alguna de las jornadas académicas que se realizan en la facultad de odontología.
- **EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA:** A través de folletos y cartillas en la cultura del auto cuidado luego de la realización de procedimientos debido a que la mayoría de los servicios prestados son ambulatorios, los estudiantes son encargados de informar para así instruir al paciente de los cuidados que debe tener en casa.

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se establecen unos principios que orienten las acciones a llevar a cabo en la Política de Seguridad del Paciente. Los principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. Cultura de seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.
4. Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
5. Validez: Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
6. Alianza con el paciente y su familia: El programa de seguridad del paciente debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
7. Alianza con el profesional de la salud: El programa de seguridad del paciente parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo

cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

5. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

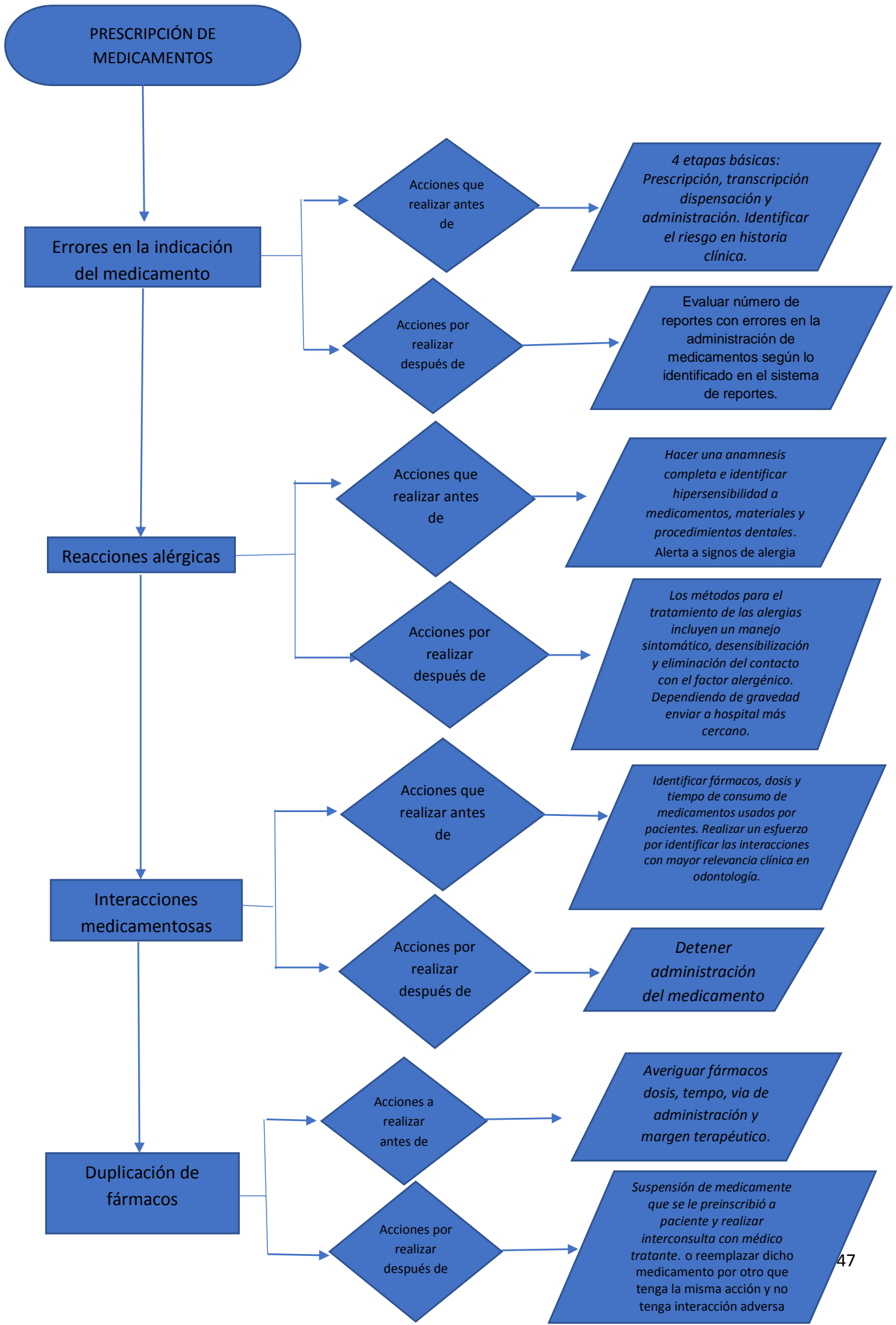
La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación que son:

1. Direcccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública los principios de la política de seguridad del paciente.

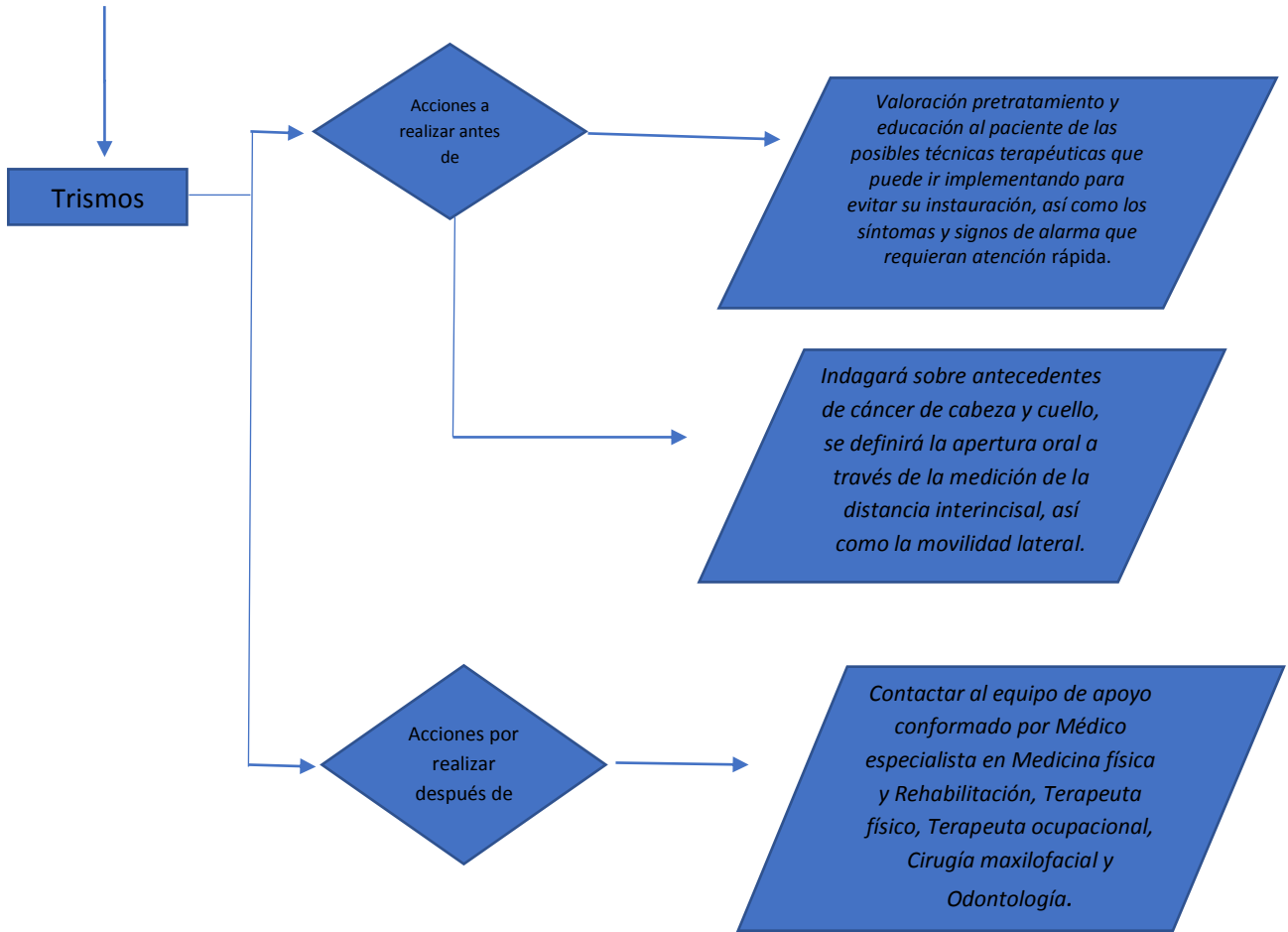
6. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

En las siguientes páginas se describen las áreas básicas de la actuación de la seguridad del paciente odontológico.









ACCIDENTES

Caídas de pacientes

Acciones a realizar antes de

Fortalecer conocimientos sobre primeros auxilios. Tener en cuenta barreras de seguridad para prevención.

Promover la identificación de todos los usuarios con riesgo, de forma precoz para iniciar planes de cuidado

Acciones por realizar después de

Llamar al comité CONPAS encargado de comunicarse con Urgencias AMIS (Asistencia Médica en Urgencias Emergencias y Traslados) para realizar el A-B-C-D-E del trauma y evaluar estado de conciencia.

Caídas de instrumental punzantes o aparatos pesados.

Acciones a realizar antes de

Agujas debidamente tapadas y desechadas luego de su uso en el guardián de cada cubículo. Y cualquier aparato debe tener su sitio específico.

Acciones por realizar después de

En caso de punción con aguja o instrumental ya usado debe reportar el evento con su tutor asignado y portar el carnet de la ARL suministrado por la institución y dirigirse a la urgencia más cercana acompañado de la persona con que uso el material infectado.

Llamar al comité CONPAS encargado de comunicarse con Urgencias AMIS que serán los encargados de evaluar localización de herida se remiten heridas en región abdominal, torácica, toraco-abdominal y heridas en trayecto vascular.

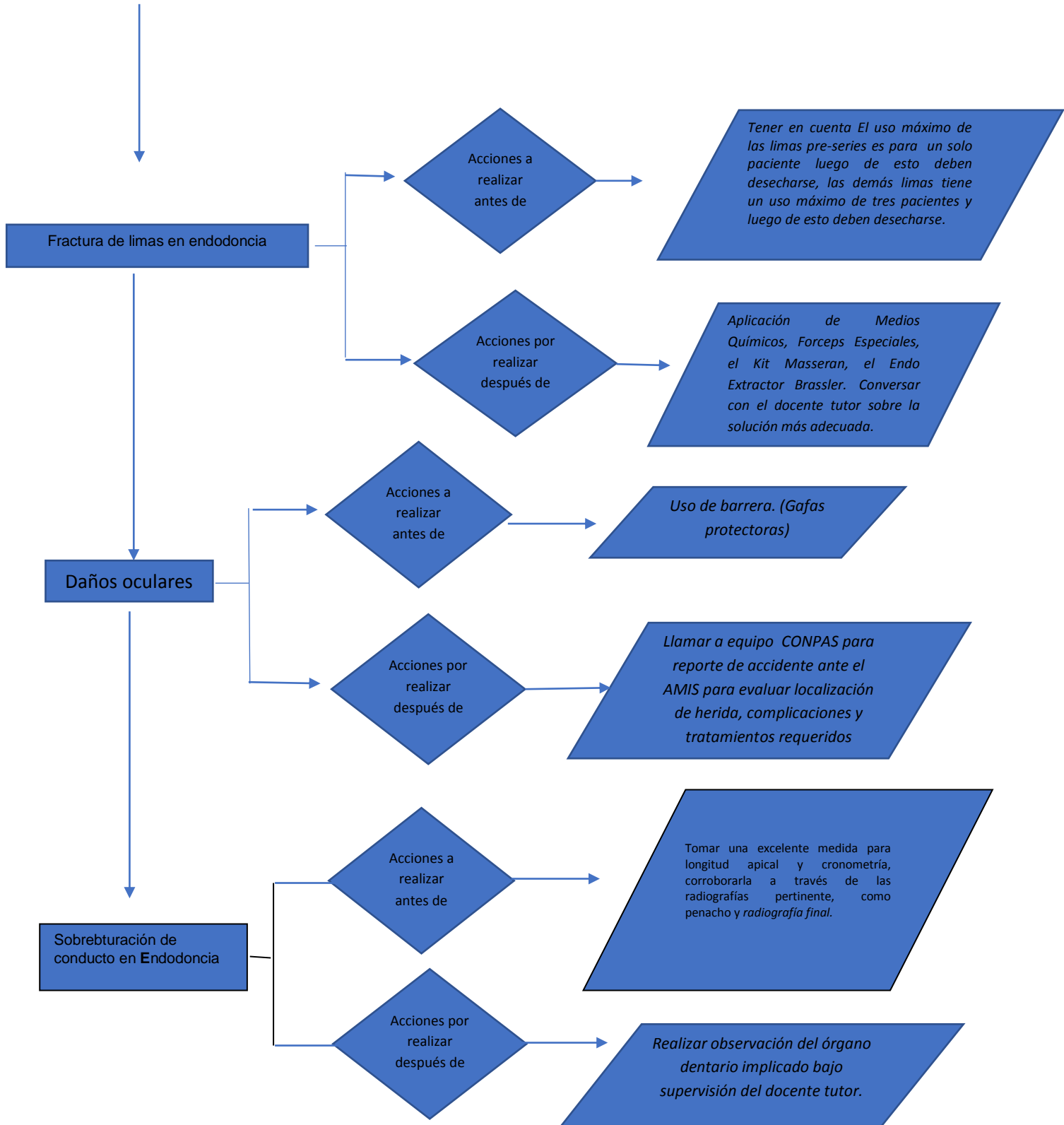
Ingestión o aspiración de pequeño material odontológico.

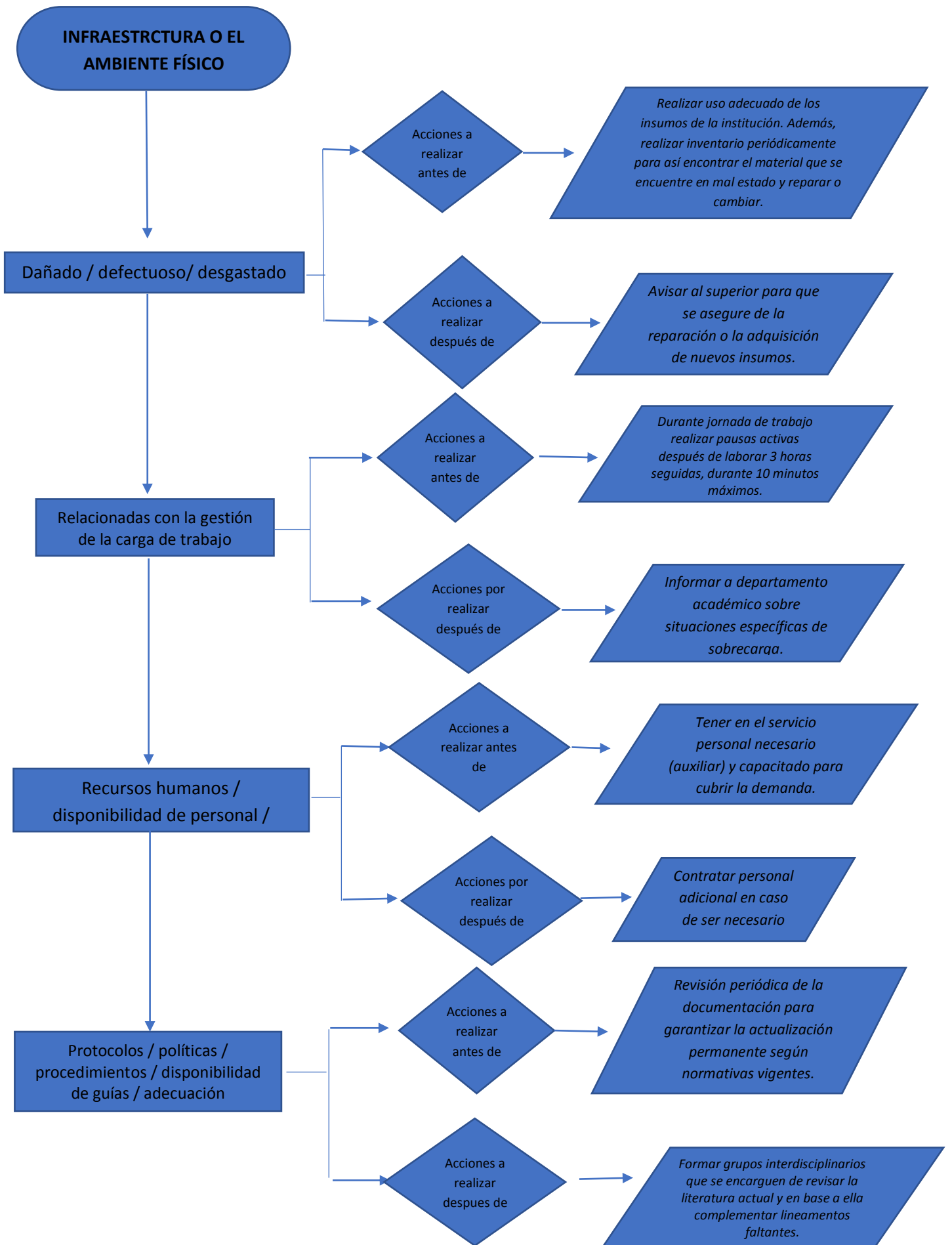
Acciones a realizar antes de

Usar un excelente aislamiento en casos de operatorias y endodoncias.

Acciones por realizar después de

Dependiendo del caso se deja en observación o se realiza radiografías pertinentes al paciente.





11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Londres: La Seguridad del paciente en siete pasos. [Internet]. Ministerio de salud y consumo 200. p. 2-24. Recuperado a partir de: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/segpac/la_seguridad_del_paciente_en_7_pasos.pdf.
2. Alzamora, L. Bello, Z. Rodríguez, F. (2009). Elaboración de Protocolo en atención odontológica a pacientes del Instituto para la Rehabilitación del niño Sordo de Cartagena de Indias. *Ciencia y salud Virtual*, 1(1) ,1-7.
3. Protocolo de Londres [Internet]. Ministerio de Salud y Protección social, pp.1-10. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
4. Políticas de seguridad del paciente [Internet]. Ministerio de Salud y protección social. 2017 [citado 17 Junio 2017]. Disponible en: goo.gl/PaJTzf.
5. La seguridad del Paciente en 7 pasos. Londres: Miguel Recio Segoviano; 2005 p. 3.
6. Ministerio de salud y Protección social (2012). *Protocolo de Londres*. Ministerio de Salud y Protección social, pp.1-10.
7. Resolución 1715 de 2005. Por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999. Ministerio de la Protección Social. Bogotá; 2005.
8. Ley 23 de 1981. Artículo 35, Capítulo III. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Ministerio de educación nacional; 1981.
9. De Brigard A. Consentimiento informado del paciente. *Revista Colomb gastroenterol* [Internet]. 2004 [citado 17 February 2018]; 19(4):277-280. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v19n4/v19n4a09.pdf>

10. Lavallo Villalobos A, Pyro T. El error médico en la prescripción de medicamentos y el impacto de una intervención educativa. *medigraphic*. 2018;64(1):83-89.
11. Guía de primeros auxilios comunitarios. Ciudad de México: Cruz Roja internacional; p. 2-13
12. Muñana Rodríguez J. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería universitaria*. 2014;11(1):24-35.
13. Ley 1346 DE 2009, artículo 9 Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Bogotá: Ministerio de salud y protección social.; 2009.
14. Peñarreta Tutillo K, Sigcho López D (dir). Análisis de la implementación de pausas activas para evitar el cansancio físico y mental del odontólogo, como una herramienta de la seguridad y salud ocupacional [trabajo final de grado en Internet]. [Quito]: Universidad central del Ecuador; 2018.
15. Saura Llamas J, Saturno Hernández P. How are clinical procedures worked out? Proposal of a model for their design. *Aten Primaria*. 2000; 18(2):1-5.
16. Al Sweleh, Fahad Saleh. Patient safety culture perceptions in the college of dentistry. *Medicine*. 2018;98(2).
17. De la Valle Archibold Mónica, Díaz Cárdenas Shirley. Prevalencia de eventos adversos y complicaciones en estudiantes de Odontología. *Ciencia y salud virtual* 2015; 7 (2): 20-29.
18. Carbonell Z, Barcha D. Análisis de eventos adversos que ocurren en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena. [Magister]. Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología.
19. Ganzberg S. Promoting a Culture of Safety. *Anesthesia Progress*. 2016;63(1):1-2.

20. Protocolo de seguridad del paciente: Unidad de servicios de salud San Blas [Internet]. 2014 [citado 5 Abril 2017]. Available from: goo.gl/tjQvTh.
21. Duran C, Fernandez J, Limeres J. Guía de prescripción farmacológica en Odontología. 1st ed. Santiago de Compostela: Pedro Diz Dios; 2012.
22. Scarlett M, Grant L. Ethical Oral Health Care and Infection Control. *Journal of Dental Education*. 2015;79(5):45-46.
23. Resolución número 00002003 DE 2014. Bogotá: Ministerio de Salud y protección social; 2014.
24. Velayutham L, Sivanandarajasingam A, O'Meara C, Hyam D. Elderly patients with maxillofacial trauma: the effect of an ageing population on a maxillofacial unit's workload. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 51(2):128-32.
25. Perea, B., García, F., Díaz-Mauriño, J.C., Frías, M^a.C. *Ingestión de instrumental odontológico*. *Cient Dent* 2011;8;1:37-38.
26. Nevares G, Sanches R. Success Rates for Removing or Bypassing Fractured Instruments: A Prospective Clinical Study. *Journal of Endodontics*. 2012;38(4):442-444.
27. Calero J, Castro G, Martinez M. Conocimientos de Bioseguridad durante el uso de la lampara de fotocurado en odontología estética. *Revista Estomatología*. 2004;12(2):20-27.
28. Protocolo de Seguridad del Paciente [Internet]. Universidad Industrial de Santander. 2014 [citado 9 Julio 2017]. Available from: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.37.pdf
29. Quiroz A, Ueles V. Trismus: un reto en rehabilitación oncológica. *Rev CI EMed* [Internet]. 2016 [citado 10 Diciembre 2017];6(3):11-16. Available from: <http://www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr>
30. Vela Z. Prevalencia de Trismus en pacientes sometidos a extracción de terceros molares mandibulares y su relación con tiempo operatorio

y según la clasificación de Pell y Gregory [Tesis de grado]. 1st ed. Zaim vela; 2018.

31. Balakrishnan G, Narendar R, Kavin T, Venkataraman S, Gokulanathan S. Incidence of trismus in transalveolar extraction of lower third molar. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*. 2017;9(5):222.
32. Obadan E, Ramoni R, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *The Journal of the American Dental Association*. 2015;146(5):318-326.e2.
33. Ruíz-López del Prado G, Blaya-Nováková V, Saz-Parkinson Z, Álvarez-Montero Ó, Ayala A, Muñoz-Moreno M et al. Design and validation of an oral health questionnaire for preoperative anaesthetic evaluation. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. 2017;67(1):6-14.
34. Perea-Perez B, Labajo-Gonzalez E, Bratos-Murillo M, Santiago-Saez A, Albarran-Juan E, Villa-Vigil A. The clinical safety of disabled patients: Proposal for a methodology for analysis of health care risks and specific measures for improvement. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013;:e251-e256.

