

**ASPECTOS RELEVANTES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA, REVISION DE LA LITERATURAL. 2010-2021.**

LIZETH VANESSA FAJARDO ORTIZ

**PRESENTADO A LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA COMO
REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORIA EN SALUD**

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POSGRADOS
BOGOTA D.C.**

2021

DEDICATORIA

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello mundo del saber”

Albert Einstein

Contenido

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Descripción del problema.....	6
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	9
Metodología.....	10
Estructura de los capítulos.....	10
Conceptos.....	10
Incidente.....	10
Evento nunca.....	11
Evento adverso.....	11
Eventos adversos en la atención odontológica.....	11
Estándares internacionales.....	15
Propuesta de implementación y mejora.....	17
Sistemas de notificación.....	18
Listas de verificación.....	19
Programa educativo.....	20
Implementación cultura de seguridad del paciente y clima de seguridad.....	21
Conclusiones.....	22
Referencias.....	24

Resumen

Desde la odontología la seguridad del paciente presenta particularidades, aunque el daño causado a los pacientes desde esta área es diferente a la atención médica por ser menos invasiva y generar alteraciones comparativamente más leves, no se debe descartar su importancia en la prestación de servicios de salud. Razón por la cual el objetivo del presente trabajo es describir los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en la atención odontológica, mediante la revisión de la literatura durante el periodo 2010 al 2021, que por medio de una monografía de compilación se describe conceptos importantes, los eventos adversos presentados en la atención odontológica, estándares internacionales y propuestas de mejora de la seguridad del paciente en esta área, permitiendo concluir que se necesita profundizar en la investigación sobre este tema para que apoye en el desarrollo e implementación de medidas de mejoramiento como es el sistema de notificaciones.

Palabras claves: seguridad, paciente, odontología

Abstract

From dentistry, patient safety has particularities, although the damage caused to patients from this area is different from medical care because it is less invasive and generates comparatively minor alterations, its importance in the provision should not be discounted health services. Reason why the objective of this work is to describe the relevant aspects of patient safety in dental care, by reviewing the literature from 2010 to 2021, which by means of a collection period monograph describes important concepts, the events received in dental care, international standards and proposals to improve patient safety in this area, allowing to conclude that it is necessary to deepen research on this topic to support the development and implementation of improvement measures such as the notification system.

Introducción

En los últimos años se ha hecho énfasis en la mejora de la seguridad del paciente tanto en el área de medicina como de la odontología (Cullingham, Saksena, & Pemberton, 2017), entendiéndose así como la “prestación de la atención que minimiza y previene el riesgo de dañar al paciente” (Russo, Ciavarella, & Buccelli, 2015), por medio de un evento adverso que es el “daño generado al usuario como resultado de una atención en salud y no de la enfermedad subyacente” (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa, Sousa, & Reis, 2020).

Dentro de las razones por las cuales se presentan eventos adversos en odontología, es el gran avance tecnológico que ha brindado mayor agilidad y precisión para el diagnóstico y el tratamiento, generando mayor complejidad en el desarrollo y cuidado, aumentando la ocurrencia de eventos adversos (Schmitt, Buchbender, Musazada, Bergauer, & Neukam, 2018; Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa et al., 2020; Yamalik & Perea Pérez, 2012). Por otro lado, estas fallas se pueden presentar por actos inseguros que llegan a generar a su vez un accidente, además de la presencia de riesgos latentes que hacen referencia a los factores que no pueden causar daño durante un tiempo pero que alienta la ocurrencia de un evento (Cullingham et al., 2017; Russo et al., 2015).

Con lo anterior, el proceso de notificación de incidentes y eventos que afectan la seguridad del paciente es particularmente deficiente en odontología (Renton, Master, & Pemberton, 2017), limitando las investigaciones sobre aspectos de la seguridad del paciente que generan conocimiento sobre accidentes y complicaciones asociadas con el uso de materiales, procedimientos, instalaciones entre otros aspectos en la atención odontológica (Yamalík & Perea Pérez, 2012). Bajo el interrogante de ¿cuáles son los aspectos relevantes en la seguridad del paciente en odontología? este trabajo se argumenta por la necesidad de ampliar los

conocimientos sobre conceptos, eventos adversos presentados en la atención odontológica, lineamientos internacionales y medidas de prevención y mejoramiento.

Descripción del problema

En los últimos años se ha hecho énfasis en la mejora de la seguridad del paciente tanto en el área de medicina como de la odontología, esta última tardando un poco más en la implementación y desarrollo de estrategias de mejora (Cullingham et al., 2017). La seguridad del paciente se define como la “prestación de la atención que minimiza y previene el riesgo de dañar al paciente” (Russo et al., 2015), sus objetivos son facilitar la prevención de los eventos adversos prevenibles y limitar el impacto de aquellos que son inevitables, en donde se encuentra involucrados el personal de salud, el paciente, así como aspectos económicos, fiscales, sociales, culturales, organizativos, entre otros (Yamalik & Perea Pérez, 2012).

Con lo anterior, se define evento adverso al “daño generado al paciente como resultado de una atención médica u odontológica y no de la enfermedad subyacente” (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa et al., 2020), un daño que no solo afecta al paciente si no también puede llegar a afectar a la familia (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa & Mendes, 2017). La seguridad del paciente a través del tiempo ha ido adquiriendo su propia fuente de conocimiento científico, los estudios están creciendo y han sido fundamentales para producir conocimiento en el área, difundir información, apoyar la toma de decisiones por parte del profesional, promover prácticas basadas en evidencia, monitorear y evaluar el impacto de las medidas destinadas a aumentar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención brindada (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa et al., 2020).

Desde la odontología la seguridad del paciente presenta particularidades; el daño causado al usuario es diferente respecto a los procedimientos médicos ya que son menos invasivos,

generando alteraciones comparativamente más leves, sin embargo, no se debe descartar su importancia en la atención en salud. (Russo et al., 2015; Yamalik & Perea Pérez, 2012). Entre las razones por las cuales se presentan eventos adversos en odontología, es el gran avance tecnológico que ha brindado mayor precisión para el diagnóstico y agilidad en el tratamiento, aumentando la complejidad en el desarrollo de los procedimientos y cuidados postratamiento, causando mayor ocurrencia de eventos adversos. Por su parte el uso de diferentes dispositivos y herramientas en entornos complejos como es la cavidad bucal un espacio reducido es coadyuvante a la presencia de lesiones (Schmitt et al., 2018; Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa et al., 2020; Yamalik & Perea Pérez, 2012).

A su vez la notificación de incidentes y eventos que afectan la seguridad del paciente es particularmente deficiente en odontología (Renton et al., 2017), una encuesta realizada a profesionales de esta área arrojó que aproximadamente un tercio de estos experimento un incidente adverso en menos de un año, evidenciando la importancia de la implementación de programas educativos para identificar el papel de la seguridad del paciente y así reducir la presencia de incidentes y eventos adversos, promoviendo a su vez su notificación (Russo et al., 2015). En un estudio realizado en Japón duran 5 años se presentó un total de 1185 eventos adversos y eventos nunca con un media de 237 casos por año, de los cuales el 42% estaban relacionados con la atención odontológica (Anzai et al., 2020).

En Colombia la Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 por medio del el Ministerio de la Protección Social, define la transversalidad a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud: habilitación, Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad, acreditación, Sistema de Información para la Calidad (Betancourt, Rodríguez Restrepo, Cuervo Valencia, Echeverry López, & Méndez Cubillos,

2010). La seguridad del paciente es uno de los estándares para la habilitación de los servicios descrito en la resolución 3100 de 2019, donde el prestador debe contar con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, además de realizar actividades encaminadas a esta política y contar con un comité o instancia que oriente esta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Justificación

Cada día se hace más énfasis en la seguridad del paciente y la gestión de riesgos (Yamalík & Van Dijk, 2013), organizaciones y entidades a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el consejo de Europa, el concejo Español, la Federación Dental Mundial (FDI), entre otras, han buscado identificar los riesgos para la seguridad del paciente, desarrollar recomendaciones para ayudar a prevenir la ocurrencia de eventos adversos y buscar la sensibilización de los odontólogos sobre este tema (Yamalík & Perea Pérez, 2012), debido a que los protocolos para mantener al paciente seguro rara vez se desarrolla en esta área y la implementación de la seguridad del paciente en la atención odontológica se deriva gracias a los entornos médicos, razón por la cual las medidas se desarrollan generalmente en la odontología secundaria y no en la primaria (Russo et al., 2015).

La implementación de este tema en la academia toma un papel importante, al incorporar los principios de cultura de seguridad del paciente en los programas académicos. Autores expresan la necesidad de profundizar los conocimientos y capacitar a los profesionales de la salud y a los estudiantes, profundizando en las intervenciones para prevenir errores, el desempeño técnico, problemas de equipo y organizacionales, la realización de un reporte oportuno y adecuado, entre otros. Debido a que se presenta un desconocimiento de este tema por

parte de los profesionales que trabajan de manera independiente respecto a los que están en un medio hospitalario (Yamalík & Perea Pérez, 2012).

Por otro lado, las investigaciones sobre aspectos de la seguridad del paciente generan un tipo particular de conocimiento sobre accidentes y complicaciones asociadas con el uso de materiales, procedimientos generales e instalaciones clínicas aportando información para su posterior estudio (Yamalík & Perea Pérez, 2012). Como lo menciona Anzai et al. (2020)

La odontología siempre se ha quedado atrás de la medicina en la promoción de una cultura de seguridad. Los estudios sistémicos sobre la seguridad del paciente en odontología son pocos, y la epidemiología de los incidentes de seguridad del paciente dental, incluidos los eventos nunca o los eventos adversos, sigue siendo desconocida (p. 1)

De acuerdo con lo anterior, se ve la necesidad de ampliar los conocimientos acerca de la seguridad del paciente en la atención odontológica, por la limitación de las publicaciones acerca de este tema, ya que para esta área de prestación de servicios de salud debe ser fundamental que este tema tome la relevancia suficiente debido a que un evento de este tipo puede llegar a afectar gravemente a un paciente.

Objetivos

Objetivo general

Describir los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en la atención odontológica, mediante la revisión de la literatura durante el periodo 2010 al 2021.

Objetivos específicos

- Realizar una búsqueda de literatura en la base de datos sobre la seguridad del paciente en la odontología.

- Evidenciar los eventos adversos que se presentan en la atención odontológica de acuerdo con la revisión.
- Enlistar las oportunidades de mejora para aumentar la seguridad del paciente en la atención odontológica.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica bajo la ecuación “patient safety and dentistry” y “seguridad del paciente y odontología” teniendo en cuenta textos de diferente distribución geográfica, en primera medida en la base de datos de la Fundación Universitaria del Área Andina tales como Elsevier, Dentistry & Oral Sciences Source, Scopus a través de buscadores como ClinicalKey, Science Direct, plataforma de investigación ebscohost y en segunda medida buscadores libres como Scielo y Google Académico. Para dar desarrollo a una monografía de compilación, realizando una valoración crítica de la bibliografía al respecto. Los criterios de inclusión fueron; textos en inglés, español y portugués, textos completos y en un periodo de tiempo 2010 al 2021 y los criterios de exclusión; textos relacionados con enfermedades base, embarazo y pediátricos.

Estructura de los capítulos

Conceptos

Incidente

Evento que casi causa daño a un paciente, que por diferentes circunstancias se logró evitar, no es planificado, es indeseado y puede llegar a dificultar el proceso de atención (AlBlaihed, AlSaeed, Abuabat, & Ahsan, 2018; Yamalik & Perea Pérez, 2012). Los incidentes pueden ser adversos o potencialmente adversos, así como iatrogénicos o no e independientemente de si fueron prevenibles o no (AlBlaihed et al., 2018).

Evento nunca

Incidente con afectación grave de la seguridad del paciente, que puede ser en gran medida prevenible ya que no debe ocurrir si el personal asistencial implementa las medidas para que este no ocurra. Debe cumplir con cinco características; se debe tener conocimiento de la causa del daño y el potencial de causar un daño grave al paciente, debe ser prevenible por el profesional si se cuenta con la orientación adecuada y las recomendaciones de seguridad, se define de manera clara y precisa, puede ser detectado, identificado y medido con facilidad y no es un acto ilícito (Black & Bowie, 2017).

Evento adverso

Según la Federación Dental mundial, extraído del trabajo de Yamalik & Perea Pérez (2012) es el:

Resultado inesperado de un tratamiento médico que provoque la prolongación del tratamiento, cualquier tipo de morbilidad, mortalidad o cualquier daño al que el paciente no debería haber estado expuesto. Incluye errores, accidentes, demoras en la atención, negligencias, complicaciones asociadas al tratamiento, etc. No incluye los síntomas de la enfermedad que presenta el paciente, pueden ser prevenibles y no prevenibles. (p. 3)

Eventos adversos en la atención odontológica

En Inglaterra para el estudio de Thusu, Panesar y Bedi (2012) el 20% de los incidentes de seguridad de los pacientes en odontología se originó en la atención primaria incluyendo en este grupo la exodoncia de un diente incorrecto (p.1). Por su parte en

Finlandia aproximadamente el 19% de los odontólogos experimentaron un evento adverso y el 16% un evento nunca (Hiivala, Mussalo Rauhamaa, & Murtomaa, 2013). Algunos autores identifican que las fallas se presentan por actos inseguros que pueden llegar a generar a su vez un accidente y por riesgos latentes que hacen referencia a los factores que no pueden causar problemas durante un tiempo pero que alienta la ocurrencia de un evento (Cullingham et al., 2017; Russo et al., 2015).

Los posibles “eventos nunca” que se pueden presentar en la atención odontológica son; prescripción farmacológica incorrecta, exodoncia y restauración del diente equivocado, la, inhalación o ingestión de sustancias u objetos, daño iatrogénico al diente adyacente, reacciones alérgicas, entre otros (Black & Bowie, 2017). Para NHS foundation trust los evento nunca en odontología son: cirugía en el lugar incorrecto, implante incorrecto y objeto extraño retenido (Renton et al., 2017).

Partiendo de lo anterior, la realización de exodoncias del diente equivocado en Inglaterra presenta una frecuencia del 20% al 25% y un 6% al 9% entre todos los evento nunca que se pueden presentar (Liew & Beech, 2020). Para el Reino Unido se reportó un 2% que se refleja en 36 casos presentado en 2.012 de incidentes totales, en el caso de Noruega el 0.1% es decir de 1000 eventos se presentó solo 1 de exodoncia incorrecta (Cullingham et al., 2017).

Por otro lado, en un estudio los autores agruparon y clasificaron los eventos adversos presentados en con la atención odontológica en 5 grupos:

En primero lugar se encuentra los relacionados con la infección asociada al cuidado dental: alveolitis, priimplantitis, infección endodóntica, infecciones odontogénicas. Seguido se encuentra los daños por la

intervención: aspiración e ingestión de cuerpos extraños, extravasación o daño por sustancias químicas, descalcificación del esmalte o cavidades relacionadas con el tratamiento ortodóntico, trastornos de la articulación temporomandibular, extracción de dientes equivocados, fracturas óseas y dentales, hemorragias, hematomas, enfisema subcutáneo, necrosis de huesos y estructuras blandas, lesión en el seno maxilar, daño neurológico, lesión muscular facial, hernia de la grasa de Bichat, dislocación del diente, maceración, laceración, abrasión, quemadura bucal perioral, reabsorción radicular, y perforación radicular. En tercer lugar, están los relacionados con el retraso del daño o la falla del diagnóstico: daño pulpar, sinusitis, reabsorción radicular, evolución cariosa, enfermedades periodontales. Finalmente se encuentran los relacionados con procesos alérgicos: alergia al látex, shock anafiláctico por contacto con sustancias desinfectantes, alergia al anestésico local (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa & Mendes, 2017).

Otros eventos adversos que se pueden presentar en la consulta odontológica son las raíces retenidas después de un exodoncia, instrumentos fracturados, (AlBlaihed et al., 2018), lesiones en ojo del paciente por falta de protección adecuada y olvido de cuerpos extraños posterior a un procedimiento quirúrgico (Orellana Centeno, Guerrero Sotelo, & Morales Castillo, 2020).

La distribución de incidentes dentro de un estudio realizado en Japón incluyendo eventos nunca y eventos adversos en la atención odontológica según sus procedimientos fue de un 31% en cirugía oral, 13% en estomatología infantil, 13% incidentes aislados a

procedimientos, 8% prostodoncia, 7% odontogeriatría, 7% odontología general, 6% relacionados con anestesia, 5% en endodoncia, periodoncia y operatoria dental, 3% implantología, 5% imagenología y 2% en ortodoncia (Anzai et al., 2020). Por otro lado, en un estudio realizado en argentina el área de cirugía presentó un 49% de los eventos adversos analizados, seguido de endodoncia con un 25%, prostodoncia 11%, operatoria dental 7%, ortodoncia 3%, periodoncia 1% y otros 4% (Christiani, Rocha, & Valsecia, 2015).

Respecto a los eventos adversos realizados con el uso de tecnologías la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) en su estudio reflejo que de un total de 1.978.056 informes el 28.046 es decir el 1,4% estaban asociados con dispositivos dentales, de estos el 61% se relacionaron con lesiones, el 27.2% por el mal funcionamiento del dispositivo y el 0,2% con muerte (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa & Mendes, 2017). Según el tipo de evento presentado, en un estudio en argentina refiere que un 63% de los eventos estaban relacionados con la atención y el procedimiento, 20% por notificaciones de accidentes, 10% relacionados con la medicación y 7 % otros. Dentro de los relacionados con medicamentos el 39% relacionados con el anestésico, 39% por antibióticos, 11,5% por corticoides y un 10,5 por analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (Christiani et al., 2015)

Con relación a la estructura intraoral lesionada en el área de la prostodoncia en el estudio de Aslam, Iqtidar, Rehman, & Ali (2017) expresa que la encía es la más afectada con un 48,5%, diente adyacente 20,6%, lengua 17,6% y labio, piso de boca mejilla un 4,4%. Christiani et al. (2015) refieren que según el Marco conceptual para la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente la gravedad de los eventos

adversos evaluados; el evento adverso no causo efectos ni lesiones con un 4,8%, lesión transitoria menor 60,6%, lesión transitoria mayor 26% y lesión permanente menor 8,6% (Christiani et al., 2015).

Estándares internacionales

Las políticas internacionales de nunca eventos con relación a la atención medica hace referencia a cuatro requisitos; en primero lugar la notificación es obligatoria de un incidente cuando se presenta, seguido de una investigación rigurosa a nivel organizacional para determinar la razón del por qué se generó y los factores de riesgo asociados, en tercer lugar la responsabilidad de actuar sobre los hallazgos para implementar mejoras con el objetivo de prevenir la ocurrencia y finalmente ofrecer una disculpa al paciente (Black & Bowie, 2017).

Inglaterra e Irlanda del norte los odontólogos tienen la responsabilidad de informar y estar en un proceso constante de aprendizaje y reconocimiento de los incidentes, además de contar con la Comisión de Calidad de la Atención que permite implementar regulaciones sobre este tema, a diferencia de Escocia que no es obligatorio el reporte (Black & Bowie, 2017). El Reino Unido cuenta con entidades como el Servicio Nacional de Salud que ha priorizado la seguridad del paciente y ha implementado estrategias de comunicación con el usuario que permita tener la información necesaria y relevante del tema, a través de una página web de acceso libre llamada “‘patient safety first’ (Bailey, Tickle, & Campbell, 2014). Además de contar con la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente que implemento un sistema nacional de notificación y aprendizaje voluntario (Cullingham et al., 2017)

En Europa, está presente la resolución de seguridad del Consejo Europeo de Dentistas (CED) que incluye diferentes organizaciones como la OMS, la OCDE y el Consejo de Europa, con el objetivo de identificar los riesgos para la seguridad del paciente y desarrollar recomendaciones para la prevención de eventos adversos. En España el Consejo Dental Español tiene el Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Dental (OESPO) lleva el registro de la vigilancia y control de los eventos adversos presentados en la atención odontológica de este país. Por su parte la FDI en los últimos años ha buscado la sensibilización por parte del personal sobre el déficit de la seguridad del paciente y reciente mente su aporte ha sido la elaboración de la guía curricular multiprofesional para la seguridad del paciente (Yamalík & Perea Pérez, 2012).

Para el caso de Inglaterra, el reporte debe realizarse de manera oportuna y a las entidades indicadas, como a la Comisión de Calidad de la Atención, mejora del NHS, Salud Pública de Inglaterra, Ejecutivo de Salud y Seguridad y si es el caso a Medicina Forense (Renton et al., 2017). Por otro lado, Finlandia desde el 2007 tiene disponible un sistema de notificación de incidentes que funciona de manera voluntaria y anónima (Pemberton, 2014).

En Estados Unidos se encuentra en funcionamiento la Fundación para la Seguridad del Paciente Dental y la Organización de Seguridad del Paciente, esta última encargada de recibir informes, generando así un aprendizaje por parte del profesional además de un proceso de mejora de la seguridad apoyando la cultura de seguridad en la odontología (Lieblich, Bosack, & Rollert, 2019). De manera general se encuentra la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) que propone

una iniciativa de seguridad del paciente de cuatro elementos para minimizar los riesgos para la seguridad del paciente, que sirve como un modelo útil para la atención odontológica e: identificación de las amenazas a la seguridad del paciente, identificación y evaluación de prácticas efectivas de seguridad del paciente, educar, difundir, implementar y sensibilizar finalmente el monitoreo y evaluación de las amenazas a la seguridad del paciente para garantizar que se mantenga una cultura de seguridad positiva y que continúe un entorno seguro (Ramoni, Walji, Stewart, Vaderhobli, & Simmons, 2012).

Por otro lado, de manera general se establece seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente: identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva entre profesionales dentro de esto se encuentra las ordenes verbales presenciales y telefónicas, de igual manera mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo como los bifosfonatos, realizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica y finalmente reducir el riesgo de caídas (Castillo Castillo, 2016).

Propuesta de implementación y mejora

Para mejorar la seguridad del paciente se requiere identificar las amenazas a la seguridad mediante líneas de información y notificación de incidentes, desarrollo de herramientas para la identificación y análisis de incidentes e identificar las mejores prácticas, comunicación y educación sobre la seguridad del paciente junto con la investigación, construcción y promoción de una cultura de seguridad en la atención odontológica, a nivel organizacional crear una estructura para la gestión odontológica y

establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los incidentes presentados (Pemberton, 2014; Perea Pérez, Santiago Sáez, García Marín, Labajo González, & Villa-Vigil, 2011).

Sistemas de notificación

A nivel nacional e internacional se presenta dificultades en la implementación de sistemas de notificación, generando repercusiones en la comprensión de los riesgos subyacentes para la seguridad del paciente y el desarrollo de intervenciones para lograr reducir la presencia de estos (Cullingham et al., 2017). La detección de los eventos adversos se realiza principalmente por medio de sistemas de notificación voluntaria, se estima que solo un 10% al 20% de los eventos son informados (Moe, Abramowicz, & Roser, 2017).

La odontología presenta un problema con el sistema de notificación al ser un porcentaje alto de los profesionales que trabajan de manera independiente y extrahospitalaria, permitiendo que en primer lugar el profesional no se entere de la generación de un evento adverso al ver al paciente solo una vez y en segundo lugar que este no haga el reporte requerido al no ver la importancia a diferencia de un espacio hospitalario donde se ve con más frecuencia y se observa la gravedad de los eventos adversos (Yamalik & Perea Pérez, 2012).

Las notificaciones es una fuente de aprendizaje organizacional y sirve como sustrato de información para el seguimiento y el desarrollo de estrategias e intervenciones de mejora (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa et al., 2020). Se trata de identificar los errores cometidos y las causas de las lesiones que se genera a los pacientes en la atención, es así que el uso de sistemas en línea permite que los reportes estén bien representados ya

que ofrece a los prestadores de salud una herramienta de seguimiento, debido a que por medio de alertas periódicas sobre la seguridad del paciente, estos pueden evaluar el análisis de informes de incidentes o eventos adversos presentes en determinado tiempo (Pemberton, 2014)

Con lo anterior, el reporte permite el desarrollo de investigación, permitiendo una ampliación de conocimiento sobre la seguridad del paciente, así como la identificación de la magnitud del problema y con esto el desarrollo de medios para abordar esto que afecta al usuario en la prestación de servicios de salud (Bailey & Dungarwalla, 2021).

Listas de verificación

Para el caso de la lista de verificación su desarrollo e implementación pueden generar un aumento de la conciencia sobre la seguridad del paciente dentro de la organización y de esta manera a sus empleados, guiando el proceso de evaluación y seguimiento de estos eventos llegando a eliminar los riesgos e incrementando a su vez la responsabilidad hacia los usuarios (Black & Bowie, 2017). Su objetivo además de la mejora de la seguridad del paciente, es reducir la morbilidad, mejorar la comunicación y el trabajo en equipo, para reducir el tiempo de operación (Liew & Beech, 2020). El uso de esta herramienta se debe hacer antes de iniciar un tratamiento, para incluir información pertinente y relevante del historial clínico relacionado con el paciente, la verificación de equipos, instrumental, insumos o materiales requeridos y que se encuentran con las condiciones adecuadas y en funcionamiento (Bailey & Dungarwalla, 2021), seguido del tiempo de espera que hace referencia a una pausa determinada por el profesional para confirmar el procedimiento a realizar y finalmente se da el cierre de la sesión indicando la finalización del procedimiento (Liew & Beech, 2020).

“El enfoque de listas de verificación puede reducir la ocurrencia de eventos nunca como la cirugía de un diente incorrecto” (Russo et al., 2015), es así que, para el caso específico de intervenciones quirúrgicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló una lista de verificación quirúrgica con el objetivo de reducir los incidentes de seguridad del paciente, Inglaterra y Gales la han implementado con modificaciones y en servicios específicos. Bailey, Tickle, Campbell, & O’Malley es su revisión sistemática concluyeron que estas listas en el área de odontología tienen funcionalidad y evidencia suficiente para su implementación solo en los procesos quirúrgicos (2015). Es así que se recomienda su uso en la atención primaria para procedimientos invasivos como las extracciones y colocación de implantes dentales (Liew & Beech, 2020).

Cuanto más sea implementada esta herramienta durante los servicios, puede ayudar a reducir los errores, una lista de verificación implementada en la atención odontológica específicamente en procedimientos quirúrgicos permite evaluar factores sistémicos, clínicos e imagenológicos del paciente asociadas a dificultades en la cirugía oral (Christiani & Rocha, 2019).

Programa educativo

Es importante incorporar el tema de la seguridad del paciente en los primeros años de la formación del profesional ya que esto aportará las herramientas para afrontar los problemas que se pueden presentar en su vida laboral (Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa et al., 2020). La implementación de capacitaciones al profesional genera interiorización del tema, así como la identificación de los eventos adversos que se pueden presentar en los diferentes tratamientos realizados, permitiendo la realización de una

retroalimentación y promoviendo el aprendizaje, buscando la reducción de la presencia de eventos adversos a los pacientes (Cullingham et al., 2017).

Es así, que al reconocer que en la práctica asistencial y la prestación de un servicio de salud al paciente se puede generar riesgos para la seguridad de este, la comunicación, educación, capacitación y auditoria de los procesos toma un papel importante en las medidas preventivas, sin dejar atrás el proceso de actualización del tema debido a los cambios que puede generar a través del tiempo (Pemberton, 2014)

Implementación cultura de seguridad del paciente y clima de seguridad

La cultura de seguridad se define como “el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión en salud y la seguridad de una organización” (Yamalík & Perea Pérez, 2012). Su aplicación ayuda en la implementación de estrategias de mejora para evitar la ocurrencia de eventos adversos en los tratamientos realizados, ya que permite la detección de peligros potenciales y a su vez implementar un sistema para el reporte y análisis de los eventos adversos.

Orienta el cambio del diseño en la atención médica, permite hacer un reconocimiento y autoaprendizaje de los errores, aumenta el compromiso del personal con las medidas de cambio establecidas, fomentando la práctica del trabajo en equipo para lograr un avance en la seguridad del paciente. La evaluación de la cultura de seguridad es el primer paso para guiar e implementar los cambios requeridos, al estar relacionada con la cultura organización permite la realización de intervenciones a mayor escala, como lo es la retroalimentación por parte de los pacientes que ayuda a promover esta cultura (Yamalík & Perea Pérez, 2012).

Por su parte el clima de seguridad del paciente hace referencia a las percepciones de aquellos que conforman una organización sobre la seguridad y la cultura de seguridad, considerado como un objetivo organizacional y una prioridad. Para su medición se puede hacer uso de encuesta al personal, así como el diseño de herramientas para la identificación de fallas (Yamalik & Perea Pérez, 2012). La evaluación dentro de los trabajadores de salud sobre este tema es esencial para la implementación de estrategias en la promoción de la seguridad del paciente en las organizaciones (Cheng, Yen, & Lee, 2019)

Conclusiones

A pesar de que los eventos presentados en la atención odontológica no llegan a tener la misma gravedad que los del área de la medicina, si tienen una gran frecuencia de ocurrencia, dando como resultado la necesidad de su estudio para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente en odontología, que permite la reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de los incidentes, la reducción del daño físico y psicológico al paciente y la adherencia de las medidas implementadas por parte del profesional.

Diferentes estudios están enfocados en la verificación de las medidas de mejoramiento y prevención de los eventos, así como la identificación de estos en las diferentes especialidades de la odontología. El reino unido es quien aporta más información sobre este tema, abriendo la oportunidad que en América latina inicie con estudios que permitan mejorar la seguridad del paciente, así como la calidad de la atención prestada. Con lo anterior, es una base para generar estudios en Colombia que promuevan la identificación de los eventos adversos presentados en el área de odontología, así como la adherencia a las medidas establecidas de manera institucional con base a la normativa establecida.

Con base a lo revisado, se observa la necesidad que el profesional que ofrece atención odontológica refuerce el conocimiento sobre la seguridad del paciente. En primera medida el profesional debe identificar los eventos adversos como los eventos nunca, un proceso que se puede iniciar desde la academia, para que el profesional logre interiorizar desde su inicio en las actividades asistenciales los riesgos que los pacientes se encuentran expuestos en la consulta. De la misma manera es necesario la notificación de los eventos presentados para lograr realizar trazabilidades que permitan verificar la implementación de estrategias de mejora y evaluar la efectividad de su implementación. La notificación permite el desarrollo de investigaciones sobre el tipo de evento que se presenta, así como la identificación de la frecuencia, entre otra información que puede llegar a dar como resultado el fortalecimiento de normativas, guías o protocolos en la atención en salud. Con lo anterior se debe reforzar las medidas de implementación en profesionales independientes y/o extrahospitalarios que son los que presentan deficiencia en la notificación por la falta de seguimiento de los pacientes a quienes se les realiza procedimientos que son potenciales en la ocurrencia de un incidente o evento adverso.

En Colombia la profundización del tema de seguridad del paciente inicia con la habilitación de servicios de salud bajo la resolución 3100 de 2019 siendo este el eje central, donde se hace obligatorio el reporte de eventos o incidentes causados por equipos médicos y medicamentos, sin embargo, deja de lado los eventos presentados por la realización de un procedimiento. Considerando de esta manera la mejora del sistema de notificación que permita que el reporte sea sencillo y amigable con el profesional, ofreciendo guías donde se especifique los diferentes eventos que deben ser reportados, para lograr una adecuada notificación que además permita un registro a nivel nacional que pueda ser verificable por las autoridades

pertinentes y de la misma manera se pueda sustraer la información necesaria para realizar diferentes investigaciones.

Referencias

- AlBlaihed, R. M., AlSaeed, M. I., Abuabat, A. A., & Ahsan, S. H. (2018). Incident reporting in dentistry: Clinical supervisor's awareness, practice and perceived barriers. *European Journal of Dental Education*, 22(3), e408-e418. <https://doi.org/10.1111/eje.12319>
- Anzai, H., Sudo, S., Obayashi, Y., Mori, S., Sasaki, M., Katsumata, Y., ... Ikebe, T. (2020). An analysis of the dental patient safety incidents occurring in the oral and maxillofacial surgery department. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 32(3), 184-189. <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2019.11.004>
- Aslam, A., Iqtidar, Z., Rehman, B., & Ali, A. (2017). Patient Safety Incidents in Prosthodontics. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 37(1), 183-188. Recuperado de <https://web-b-ebscobhost-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/ehost/detail/detail?vid=0&sid=b614a694-7c63-42d0-abb4-ac02922e64ac%40pdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ddh&AN=122717359>
- Bailey, E., & Dungarwalla, M. (2021). Developing a Patient Safety Culture in Primary Dental Care. *Primary dental journal*, 10(1), 89-95. <https://doi.org/10.1177/2050168420980990>
- Bailey, E., Tickle, M., & Campbell, S. (2014). Patient safety in primary care dentistry: Where are we now? *British Dental Journal*, 217(7), 339-344. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.857>
- Bailey, E., Tickle, M., Campbell, S., & O'Malley, L. (2015). Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0136-1>
- Betancourt, D. P., Rodríguez Restrepo, C. J., Cuervo Valencia, C. I., Echeverry López, R. A., &

- Méndez Cubillos, C. A. (2010). Promoción De La Cultura De Seguridad Del Paciente. *Minsalud*, 1-51. Recuperado de <http://modelospedagogicos.webnode.com.co/modelo-ped-activista-/%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>
- Black, I., & Bowie, P. (2017). Patient safety in dentistry: Development of a candidate «never event» list for primary care. *British Dental Journal*, 222(10), 782-788. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.456>
- Castillo Castillo, H. P. (2016). Seguridad del paciente en los servicios de estomatología. *Revista ADM*, 73(3), 155-162. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od163k.pdf>
- Cheng, H. C., Yen, A. M. F., & Lee, Y. H. (2019). Factors affecting patient safety culture among dental healthcare workers: A nationwide cross-sectional survey. *Journal of Dental Sciences*, 14(3), 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2018.12.001>
- Christiani, J. J., & Rocha, M. T. (2019). Checklist quirúrgico en odontología. Componente clave en la seguridad del paciente. *Rev Asoc Odontol Argent*, 107(1), 33-37. Recuperado de www.who.int/safesurgery
- Christiani, J. J., Rocha, M. T., & Valsecia, M. (2015). Seguridad del paciente en la práctica odontológica. *Acta Odontológica Colombiana*, 5(2), 21-32. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/55303/54686>
- Cullingham, P., Saksena, A., & Pemberton, M. N. (2017). Patient safety: Reducing the risk of wrong tooth extraction. *British Dental Journal*, 222(10), 759-763. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.448>

- Hiivala, N., Mussalo Rauhamaa, H., & Murtomaa, H. (2013). Patient safety incidents reported by Finnish dentists; Results from an internet-based survey. *Acta odontologica Scandinavica*, 71(6), 1370-1377. <https://doi.org/10.3109/00016357.2013.764005>
- Lieblich, S. E., Bosack, R. C., & Rollert, M. (2019). Safety in Dentistry: The Dental Patient Safety Foundation. *Journal of the California Dental Association*, 47(9), 593-596.
Recuperado de <https://web-a-ebSCOhost-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/ehost/detail/detail?vid=2&sid=db6c769e-cb2f-47e7-9178-9263cf9b22e7%40sdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>
- Liew, J., & Beech, A. N. (2020). Implementation of “local safety standards for invasive procedures (LocSSIPs)” policy: not merely a tick-box exercise in patient safety. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(4), 421-426.
<https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.01.024>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 De 2019* (Vol. 2019).
Recuperado de <https://scare.org.co/wp-content/uploads/resolucion-3100-de-2019-versión-copias-y-pegar.pdf>
- Moe, J. S., Abramowicz, S., & Roser, S. M. (2017). Quality Improvement and Reporting Systems: What the Oral and Maxillofacial Surgeon Should Know. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 29(2), 229-238.
<https://doi.org/10.1016/j.coms.2016.12.011>
- Orellana Centeno, J. E., Guerrero Sotelo, R. N., & Morales Castillo, V. (2020). La seguridad en el paciente odontológico de acuerdo con la CONAMED. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 77(2), 96-99. <https://doi.org/10.35366/93102>

- Pemberton, M. N. (2014). Developing patient safety in dentistry. *British Dental Journal*, 217(7), 335-337. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.856>
- Perea Pérez, B., Santiago Sáez, A., García Marín, F., Labajo González, E., & Villa-Vigil, A. (2011). Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 16(6), 805-809. <https://doi.org/10.4317/medoral.17085>
- Ramoni, R. B., Walji, M. F., Stewart, D., Vaderhobli, R., & Simmons, D. (2012). Where We Are Today : Risk Management , Quality Dental Patient Safety. *Journal of the American Dental Association*, 143(9), 956-960. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2012.0303>
- Renton, T., Master, S., & Pemberton, M. (2017). Patient safety in dentistry. *Dental Update*, 44(10), 947-956. <https://doi.org/10.12968/denu.2017.44.10.947>
- Russo, L., Ciavarella, D., & Buccelli, C. (2015). Primary dental care safety. *Dental Abstracts*, 60(2), 77-78. <https://doi.org/10.1016/j.denabs.2015.01.014>
- Schmitt, C. M., Buchbender, M., Musazada, S., Bergauer, B., & Neukam, F. W. (2018). Evaluation of Staff Satisfaction After Implementation of a Surgical Safety Checklist in the Ambulatory of an Oral and Maxillofacial Surgery Department and its Impact on Patient Safety. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 76(8), 1616-1639. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.03.032>
- Thusu, S., Panesar, S., & Bedi, R. (2012). Patient safety in dentistry - State of play as revealed by a national database of errors. *British Dental Journal*, 213(3), 126-127. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.669>
- Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa, C. D., & Mendes, W. (2017). Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos em odontologia. *Cadernos de Saude Publica*, 33(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053217>

- Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa, C. D., Sousa, P., & Reis, C. T. (2020). Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa Patient. *Cadernos de Saude Publica*, 36(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197819>
- Yamalik, N., & Perea Pérez, B. (2012). Patient safety and dentistry: What do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *International Dental Journal*, 62(4), 189-196. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2012.00119.x>
- Yamalik, N., & Van Dijk, W. (2013). Analysis of the attitudes and needs/demands of dental practitioners in the field of patient safety and risk management. *International Dental Journal*, 63(6), 291-297. <https://doi.org/10.1111/idj.12081>