

Tafur DJ, Ramírez GP, Cárdenas CA, Serrano JJ, Sarralde AL, Camacho SP, Rodríguez A, González J. Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012. Univ Odontol. 2016 Jul-Dic; 35(75). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-75.cpea>

SECCIÓN: Administración en salud y temas gremiales
TITULILLO: Eventos adversos en periodoncia

Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012

Characteristics and Prevalence of Adverse Events Reported at the Postdoctoral Periodontal Clinic of the Pontifical Javeriana University Dental School between 2011 and 2012

Daissy Julieth Tafur Gallego

Odontóloga, Especialista en Periodoncia, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
Práctica privada.

Gina Paola Ramírez Vélez

Odontóloga, Especialista en Periodoncia, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
Práctica privada.

Cesar Andrés Cárdenas Penagos

Odontólogo, Universidad Cooperativa de Colombia sede Envigado, Envigado, Colombia.
Especialista en Periodoncia, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Práctica privada.

Juan Jaime Serrano Álvarez

Odontólogo, Especialista en Periodoncia, Director del Departamento del Sistema Periodontal, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Ana Lucia Sarralde Delgado

Odontóloga, Magistra en Servicios de Salud, Docente Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Sandra Patricia Camacho Peña

Enfermera jefe, Universidad Nacional de Colombia. Docente Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Adriana Rodríguez Ciódaro

Bacterióloga, Magistra en Microbiología, Docente Centro de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Juliana González Moncada

Odontóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Gerencia en Calidad, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Docente Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Tafur DJ, Ramírez GP, Cárdenas CA, Serrano JJ, Sarralde AL, Camacho SP, Rodríguez A, González J. Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012. Univ Odontol. 2016 Jul-Dic; 35(75). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-75.cpea>

Recibido para publicación: 27/03/2016

Aceptado para publicación: 23/12/2016

Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

RESUMEN

Antecedentes: El aumento en la incidencia de los eventos adversos derivados de la práctica clínica a causa de un error potencialmente prevenible han generado una preocupación por parte de la Organización Mundial de la Salud debido a su gran impacto en la salud del paciente conllevando a la necesidad de establecer medidas que garanticen la atención segura del paciente por parte de las instituciones educativas que proveen un servicio de salud. **Propósito:** identificar, caracterizar y documentar la frecuencia de los eventos adversos en el área de periodoncia, detectados en las historias clínicas de los pacientes que asistieron a la Clínica de Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana en el periodo de 2011- 2012. **Métodos:** estudio descriptivo, se analizaron 929 historias clínicas, para identificación y

caracterización de eventos adversos en periodoncia, evaluando 3.886 procedimientos durante los años 2011 y 2012. **Resultados:** Los eventos adversos en periodoncia encontrados fueron 15 de 929 historias, dentro de los cuales los eventos adversos no clínicos prevenibles se observaron en un 9,43 % y evento adverso clínico prevenible en un 16,9 %, sin embargo, se detectó que de 1.738 procedimientos quirúrgicos solo 406 casos recibieron control posquirúrgico. **Conclusión:** La frecuencia observada de eventos adversos prevenibles en periodoncia indica una baja tasa de reporte y un subregistro de éstos a partir de la falencia en el registro de controles posquirúrgicos, siendo importante establecer mecanismos de reporte y seguimiento.

PALABRAS CLAVE

evento adverso; historia clínica; manejo del riesgo; periodoncia; seguimiento del paciente; seguridad del paciente

ÁREAS TEMÁTICAS

administración en salud; periodoncia

ABSTRACT

Background: The increase of events adverse incidence as a result of preventable clinical practice errors calls the attention to the World Health Organization due to the enormous impact that these have in patients' health. Therefore, it is mandatory to establish the measures that guarantee the

patient safety on the part of educational institutions that provide health services. **Purpose:** To identify, typify, and determine the frequency of adverse events detected in the dental records of patients that attended the Postgraduate program of Periodontics at the Pontifical University during the period of 2011 and 2012. **Methods:** In order to identify, typify and determine the frequency of the adverse events in Periodontics 929 dental records were analyzed. About 3.886 periodontal procedures were evaluated during 2011 and 2012. **Results:** The adverse events in periodontics found were 15 from 929 dental records analyzed. Within which preventable non clinic adverse events were observed in 9,43 % and preventable clinic adverse events were in 16,9 %, however, it was detected that from 1.738 surgical procedures only 406 cases had follow-up. **Conclusion:** The frequency observed of preventable adverse events in Periodontics indicates a low rate report in the dental records. Consequently, it also indicates that there is underreport of the follow-up information during postoperative controls, being important to create mechanisms of report and follow-up.

KEYWORDS

adverse effects; patient maintenance; medical record; patient safety; periodontics; risk management

THEMATIC FIELDS

health care management; periodontics

INTRODUCCIÓN

La prestación y calidad de los servicios odontológicos debe promover y garantizar la atención segura del paciente a través del cumplimiento de los estándares de bioseguridad, protocolos basados en la evidencia científica y las reglamentaciones estipuladas por las instituciones gubernamentales nacionales y mundiales. Sin embargo, el desenlace de un procedimiento clínico ya sea negativo o positivo puede derivarse de condiciones administrativas o prácticas desde antes, durante o posterior al tratamiento (1).

En consecuencia, para el profesional de la salud debe haber una claridad en la terminología de la atención segura del paciente de acuerdo a la situación clínica que se presente, de tal forma que una vez sucedan, se esté en la capacidad de diferenciarla para clasificar y brindar el seguimiento apropiado. Por ejemplo, una complicación corresponde a un daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o las condiciones propias del paciente; en contraste, el evento adverso (EA) ocurre como resultado de una atención insegura en salud que de manera no intencional produjo daños en el paciente, siendo más atribuible a condiciones de la atención y no a la enfermedad subyacente (1-3).

No obstante, el aumento en la incidencia de los eventos adversos derivados de la práctica clínica a causa de un error potencialmente prevenible ha generado una preocupación por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a su gran impacto en la salud del paciente conllevando a la necesidad de establecer medidas que garanticen la atención segura (1,4).

Lo anterior influencia que en Colombia se constituya la obligatoriedad de la vigilancia de los eventos adversos en toda institución prestadora de servicios de salud a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGC) y la resolución 1446 del 2006, como estrategia para la disminución y prevención de aparición de éstos y garantizar una atención con calidad a través de la monitorización de la identificación, reporte y seguimiento de EA (5,6).

En respuesta, el Posgrado de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) sumergido a las políticas de calidad en atención de salud, inició el proceso de análisis de EA en el año 2007, encontrando 306 eventos adversos en 464 historias clínicas, constituyendo una alta frecuencia de EA prevenible en un 81,3 % (7,8). Estimulando a que el Posgrado de Periodoncia de la misma universidad complemente la línea de investigación.

Así, a pesar de los grandes esfuerzos de la legislación tanto a nivel nacional como mundial, en controlar y monitorear los eventos adversos, se revela que actualmente hay poco manejo práctico real por parte del clínico de los mismos, debido a que los conceptos no son claramente interpretados y desarrollados, lo cual se evidencia desde la literatura científica, más específicamente, en periodoncia, donde los estudios de identificación y seguimiento de eventos adversos no han sido ampliamente documentados y sugieren dichas imprecisiones en la distinción de la terminología relacionada.

Entre ellos, Faggion y colaboradores realizaron una revisión sistemática de la literatura de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) del 2012 al 2013 sobre los efectos terapéuticos en gingivitis y periodontitis en humanos, para evaluar la calidad de los reportes de eventos adversos bajo el

consolidado de estándares de reporte de ensayos (CONSORT) así, de 392 artículos evaluados solo cuatro cumplieron con éste criterio de inclusión, encontrando que la estandarización de reporte de EA en ECA para periodoncia e implantología dental aún no ha sido evaluada, lo cual indica una deficiencia en la identificación y seguimiento de los mismos y concluyen que se requiere un mejoramiento en las pautas de informe éstos (9).

En la literatura también se evidencia una comprensión equivocada entre iatrogenia y evento adverso como Sgolastra y colaboradores quienes analizaron mediante un meta-análisis la efectividad del metronidazol como terapia coadyuvante al raspaje y alisado radicular, reportando 3 artículos de 517 que mencionaron eventos adversos asociados al medicamento, como gastritis y náuseas, lo cual constituye una iatrogenia, definida como daño producido por una droga o procedimiento bajo una condición correcta y criterio justo; y pese a ello, se producen molestias o enfermedad, según los términos de atención segura del paciente (2,10).

Adicionalmente es importante comprender que la causa del EA no corresponde exclusivamente a fallas activas por una toma de decisión inadecuada del profesional, también puede ocurrir como consecuencia de una cadena de deficiencias en las herramientas administrativas de soporte clínico, de esta forma el error humano constituye una fracción de la falla en la atención segura del paciente (11-14).

Con lo anterior, dada la literatura escasa y específica acerca de la asociación de prácticas inseguras en el área de periodoncia que lleven al desarrollo de EA y a la inadecuada definición, categorización y tipificación de los mismos, surge la necesidad de identificar los eventos adversos

presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia a través de la revisión de historias clínicas, buscando contribuir al mejoramiento de las políticas de seguridad del paciente en el Departamento de Periodoncia de la PUJ.

Adicionalmente, la legislación colombiana cada día es más exigente con respecto al cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente, a través del Ministerio de Protección Social, quien expidió los decretos 2309 del 2002 y 1011 del 2006, que tienen como fin último el control de los eventos adversos por medio del SOGC con el fin de realizar auditorías para el mejoramiento en la atención en salud, por lo tanto, siendo la Facultad de Odontología de la PUJ una Institución Prestadora de Servicios de Salud, no es ajena al contexto legal nacional, evidenciándose la necesidad del desarrollo de modelos efectivos de seguimiento de EA (15).

Para ello, esta investigación pretendió identificar, caracterizar y documentar la frecuencia de los eventos adversos en el área de periodoncia, detectados en las historias clínicas de los pacientes que asistieron a la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana en el periodo de 2011- 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

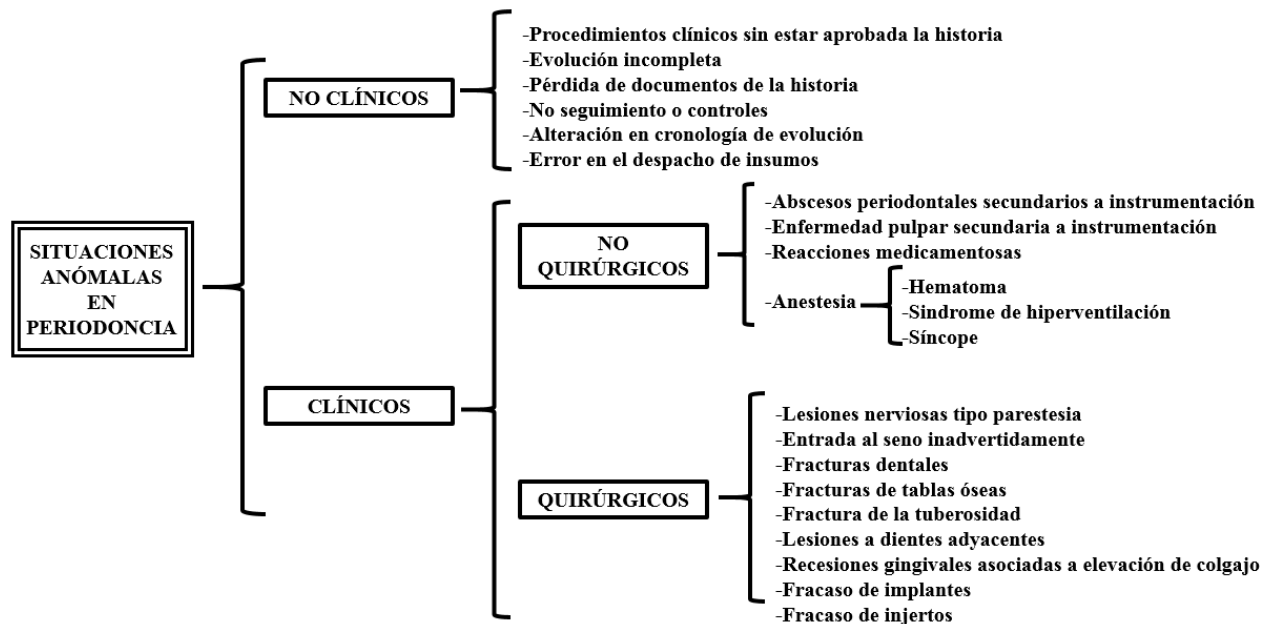
En este estudio observacional descriptivo se analizaron 929 historias clínicas de pacientes que asistieron al Posgrado de Periodoncia en la Facultad de Odontología de la PUJ en los años 2011 y 2012, con una totalidad de procedimientos clínicos quirúrgicos y no quirúrgicos de 3.886, el cual fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la PUJ.

Los criterios de inclusión fueron todas las historias clínicas de pacientes atendidos en las clínicas del Posgrado de Periodoncia de la Pontificia Universidad Javeriana, en el periodo de tiempo 2011 – 2012, con y sin autorización del docente, con reporte de tratamientos no finalizados, letra ilegible, borrosa o con la tinta corrida que aunque dificulte la lectura de los datos, si se detecta un desenlace no deseado en una historia con las características antes mencionadas, se incluyeron como defecto administrativo. No se excluyó ninguna historia.

Para el desarrollo de la prueba inicialmente se recolectó información en un formato, el cual se construyó con hallazgos en la literatura y el apoyo de odontólogos clínicos y administrativos, todos docentes de la Facultad de la PUJ con conocimiento en los modelos de gestión en seguridad del paciente. En consecuencia, debido a que en el Posgrado de Periodoncia no se ha realizado previamente ninguna investigación sobre atención insegura, se determinó que en este estudio para identificar y reportar desenlaces no deseados clínicos en tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos y fallas en el proceso administrativo, se registraron como “Situaciones anómalas”, con el fin de posteriormente clasificarlas bajo la terminología de atención segura del paciente (figura 1).

FIGURA 1

CLASIFICACIÓN DE SITUACIONES ANÓMALAS EN PERIODONCIA BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EXPERIENCIA DE DOCENTES



Una vez se cumplió la revisión de 441 historias clínicas (48 %) por parte de cada uno de tres investigadores, se convocó la reunión de expertos, compuesta por 7 especialistas: 4 periodoncistas y 3 administrativos que hicieron parte del grupo de apoyo de docentes para conformar la sabana de situaciones anómalas, con mínimo 15 años de experiencia clínica y docencia, a quienes se les presentaron las situaciones anómalas identificadas con el fin de ser evaluadas para su tipificación dentro de la taxonomía de política del paciente en atención en salud.

Los datos obtenidos se utilizaron como parámetro para pre-categorizar las siguientes situaciones anómalas detectadas durante la finalización de recolección de datos de las historias clínicas faltantes. Posteriormente se presentaron los nuevos casos (52 % de historias clínicas restantes) a los mismos expertos del análisis inicial, cuyos resultados se presentaron con estadística descriptiva

y se ofrece una clasificación de los eventos adversos con base en la práctica no clínica y clínica en quirúrgicos y no quirúrgicos.

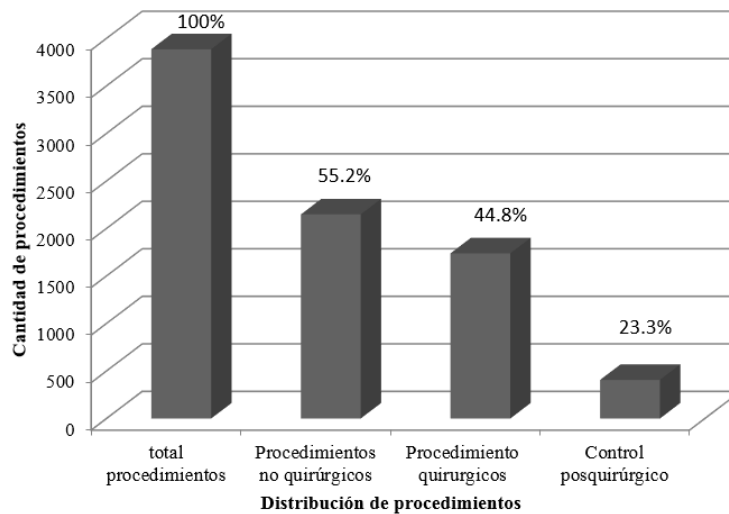
Adicionalmente de las situaciones identificadas como evento adverso se registró número de historia clínica, edad, género, presencia de componente sistémico, diligenciamiento de historia clínica y anamnesis, procedimiento realizado, autorización del docente, evento adverso presentado, manejo y seguimiento, observaciones en el sistema para posterior evaluación si llegara a ser requerido.

RESULTADOS

Inicialmente se aclaró la distribución de los 3.886 procedimientos realizados en los años 2011 y 2012, dividido en tratamientos clínicos no quirúrgicos que incluyeron desde la valoración hasta la ambientación periodontal a campo cerrado correspondiendo a 2.148 y en clínicos quirúrgicos se registraron 1.738 (44,8 %), de los cuales solo se reportan 406 controles posquirúrgicos correspondiendo a 23,3 %, encontrando un alto porcentaje de deficiencia en el seguimiento del paciente que fue sometido a una cirugía, y por lo tanto perdida de información sobre las secuelas positivas o negativas de cada uno de los casos (figura 2).

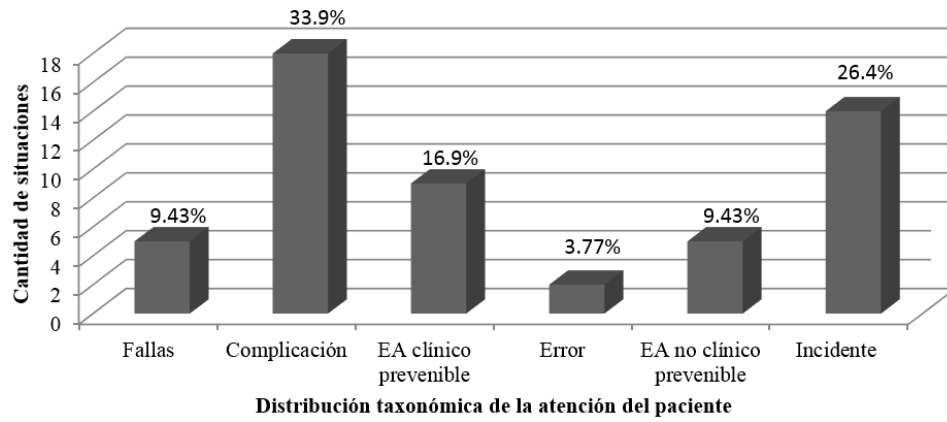
FIGURA 2

DISTRIBUCIÓN TOTAL DE PROCEDIMIENTOS CON EL COMPARATIVO ENTRE NO QUIRÚRGICOS Y QUIRÚRGICOS



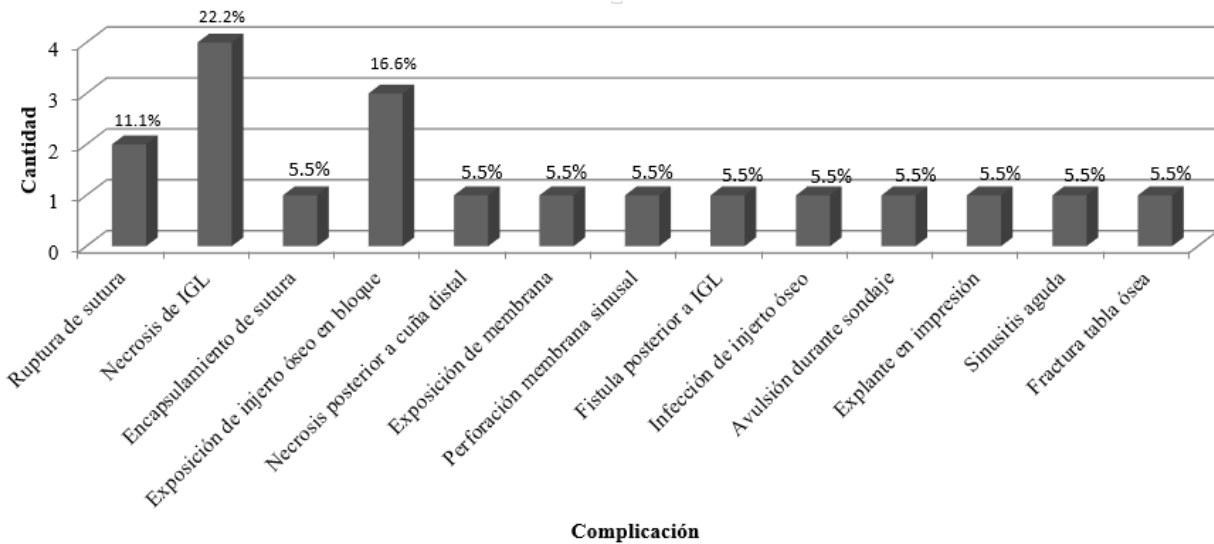
La identificación de situaciones anómalas tanto clínicas como no clínicas en periodoncia mostró un 5,7 %, de los cuales ninguno fue descrito en la historia clínica en condición de EA o algún otro término como complicación, iatrogenia, error, entre otros; demostrando un bajo porcentaje de reporte y descripción en las evoluciones, dado que de 929 historias clínicas, solo se detectaron 53 casos (5,7 %) en los que se presentó alguna anomalía durante la fase de atención y/o posquirúrgica, estas situaciones fueron evaluadas por los expertos para ser tipificadas, y a partir de las circunstancias identificadas cada uno de los casos fueron representadas dentro de un 100 % (figura 3), se observó una variabilidad en la taxonomía identificada, por lo cual se describirán las condiciones analizadas para cada evento y porque su consideración en la diferente terminología.

FIGURA 3
TIPIFICACIÓN DE SITUACIONES ANÓMALAS DETECTADAS



Se encontró una mayor frecuencia de complicaciones observada en 18 casos (33,9 %), correspondiendo a daños o resultados clínicos no esperados, no atribuibles a la atención en salud sino a la enfermedad o las condiciones propias del paciente (2) (figura 4).

FIGURA 4
TIPIFICACIÓN DE COMPLICACIONES



Siendo de predominio la necrosis de injerto gingival libre (IGL), seguido por la exposición de injerto óseo en bloque y pérdida de puntos de sutura; las demás condiciones se presentaron una sola vez, debido a que cada suceso se estima que puede acontecer independientemente del operador, y se origina a partir de la evolución de la patología o respuesta del paciente al tratamiento, por ende se establecen como riesgos al paciente previo a la realización del procedimiento y cuando se presentan pueden llevar al fracaso nulo, parcial o total del mismo, sin embargo, es pertinente aclarar la justificación de la complicación con respecto al caso de la avulsión dental durante el sondaje debido a que en los hallazgos del periodontograma, evolución y consentimiento informado se registra movilidad grado III notificando previamente al paciente y familiar de esta condición y de los consecuencias dada la extensión del compromiso.

Con respecto al explante sucedió durante la toma de impresión en el Posgrado de Rehabilitación Oral, el cual requirió reintervención quirúrgica por el Posgrado de Periodoncia, determinando pérdida de fijación del implante dental, con presencia de las cuatro paredes óseas, sin hallazgo de proceso infeccioso. En el caso de la sinusitis aguda sucedió posterior a elevación de piso de seno maxilar, no se registra ruptura de membrana de Schneider y durante los controles refirió sintomatología, continuando con remisión a otorrinolaringología, donde se realizó el diagnóstico y continuó el manejo por ésta área.

Con relación a las fallas las cuales ocurren frente a una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, en 4 casos se relacionaron con fracaso en el aumento de corona clínica por la falta de temporalización que conllevó a un sobrecrecimiento de la encía requiriendo reintervención quirúrgica del paciente. Por otro lado, se reportó un caso de

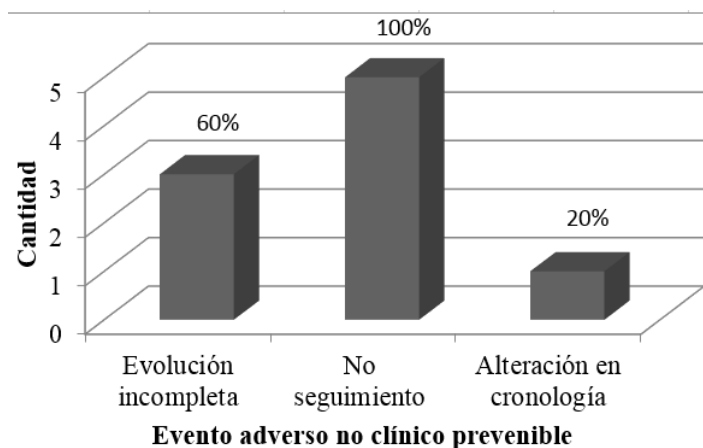
falla en el seguimiento de injerto gingival libre el cual se sondeó a las dos semanas de su realización, consistiendo en un procedimiento inadecuado en un tejido en proceso de cicatrización, dado que se debe esperar 12 semanas (1,2).

En cuanto a los errores, que son aquellos que se suscitan con un concepto equivocado o juicio falso, que lleva a una acción desacertada (1,2), se identificó el primero durante una segunda fase quirúrgica de implante en la que no adaptó el pilar de cicatrización, por lo que se posicionó el tornillo cobertor, se cerró el colgajo y no se describió porque no se pudo colocar, sin embargo en rehabilitación oral aparecen evoluciones donde reportan continuidad en la restauración por lo cual no se produjo daño y el segundo, se realizó un aumento de corona clínica y posteriormente el diente presentó aumento de movilidad, relación corona-raíz invertida y exposición de furca indicando su exodoncia, adicionalmente no se detectó descripción o análisis radiográfico previo al procedimiento.

Por otro lado, la caracterización de incidente se definió como una circunstancia que sucede en la atención clínica insegura de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención (1,2), por lo cual se catalogaron 14 incidentes dado por la ausencia de controles posquirúrgicos y falta de aprobación mediante la firma y sello del docente en anexos y/o evoluciones, representando fallas potenciales que aunque no lesionaron al paciente, su realización sin la aprobación y dirección del profesor en una institución cuyo servicio se basa en docencia asistencial pudo ocasionar algún perjuicio en el usuario o a la entidad universitaria (figura 3).

Para la identificación de EA se clasificaron 5 no clínicos prevenible y 9 clínicos prevenibles, detectados en 14 casos (26,33 %, gráfica 3), los cuales no fueron reportados en la historia clínica bajo la denominación de evento adverso sino como un hallazgo durante las citas de seguimiento. Al evaluar los eventos adversos no clínicos prevenibles que corresponden al 9,43 % (figura 3) se tomaron en cuenta a partir de las circunstancias tipificadas como EA clínico prevenible, es decir se presentó EA clínico y no clínico prevenible simultáneamente, al encontrarse falencias en la falta de descripción de los procedimientos y controles posquirúrgicos realizados como cambios en la cronología de las evoluciones dificultando adicionalmente la comprensión del proceso del paciente; igualmente de los casos registrados se encontró que más de una variable sucedió en la misma historia, representando mayor obstaculización en la lectura de la misma (figura 5). Se constituyen como situaciones prevenibles dado que son circunstancias que conciernen a fallas humanas en el proceso administrativo y pueden ser corregidas y supervisadas.

FIGURA 5
CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS NO CLÍNICOS PREVENIBLES

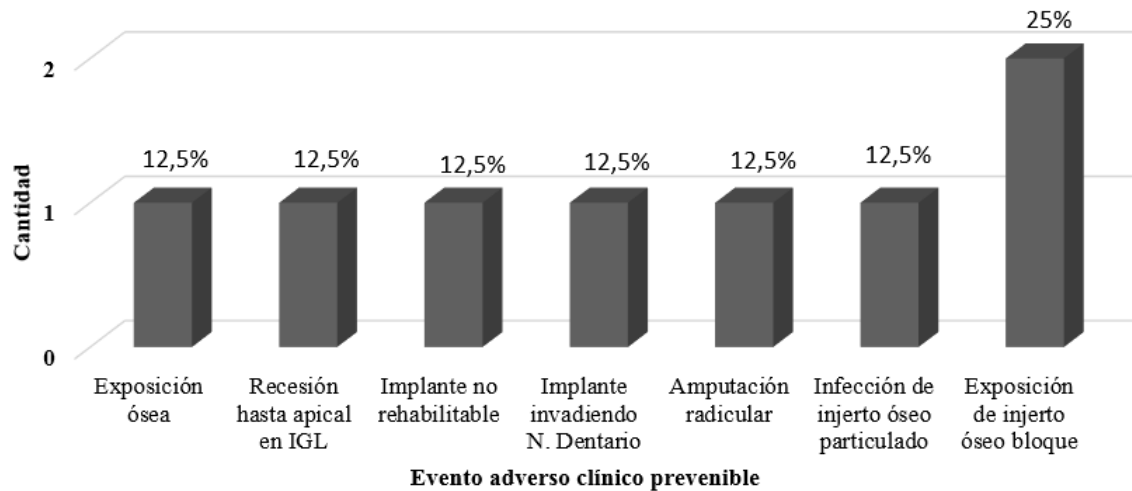


Dentro de la evaluación no se identificaron eventos adversos clínicos no quirúrgicos, a pesar de que se realizaron 2.148 procedimientos que incluían diligenciamiento de historia clínica de primera

vez, reevaluación, interconsultas, mantenimiento periodontal, control de biopelícula, drenaje de abscesos, raspaje y alisado radicular a campo cerrado y atención de urgencias, de tal forma que las opciones propuestas en la sabana de situaciones anómalas no fueron detectadas y no se pudieron evaluar para ser tipificadas (figura 1). La única condición reportada en éste aspecto consistió en la avulsión de un diente durante la realización de sondaje periodontal, la cual fue clasificada como complicación, como se explicó anteriormente. Adicionalmente, en algunos casos solo se realizó diligenciamiento de historia clínica y no hubo continuidad en las citas por parte del paciente asociado a dificultad en asistencia por motivos laborales o disponibilidad económica.

En la frecuencia de eventos adversos clínicos prevenibles (16,9 %) se encontró una baja incidencia, siendo la más común la exposición de injerto óseo en bloque, las demás situaciones se registraron con un único caso, aunque se encuentran principalmente relacionados con procedimientos regenerativos (figura 6). Debido a que las situaciones expuestas pudieran ser consideradas complicaciones o errores, se realizara una explicación de los casos para justificar su tipificación teniendo en cuenta el concepto de EA que ha sido descrito previamente y por otro lado la consideración que el suceso de un EA ocurre a consecuencia del paso y no prevención de procesos defectuosos que favorecen la aparición del mismo, basado en el modelo explicativo del queso suizo creado por James Reason en 1990, el cual formula que para que se produzca un daño, es necesario que se alineen los diferentes errores en los diferente procesos, a semejanza de los orificios del queso, cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce (16).

FIGURA 6
 FRECUENCIA DE SITUACIONES CARACTERIZADAS COMO EVENTO ADVERSO CLÍNICO PREVENIBLE. IGL: INJERTO GINGIVAL LIBRE, N.: NERVIO



El primer evento sobre la exposición ósea ocurrió como consecuencia a una gingivectomía en un cuadrante que presentaba un implante dental y se expuso hueso del implante, la cual se trató con Fitostimoline®, y el paciente asistió 15 días después refiriendo dolor severo presentando recesiones gingivales, se diagnosticó secuestro óseo y se realizó cirugía para escisión del secuestro, generando múltiples procesos quirúrgicos para disminuir el impacto de las secuelas estéticas y funcionales principalmente sobre el implante dental y su restauración, adicionalmente, no se encuentra seguimiento radiográfico y en la evolución quirúrgica no se describe cuales parámetros anatómicos con el hondeo se tuvieron en cuenta o la justificación de la extensión de la gingivectomía.

Para la recesión se produjo cuando se realizó un injerto gingival libre para cubrir una recesión de 31 y 41, cuya evolución no describe la posición de la cresta ósea, siendo uno de los criterios para prever el éxito del cubrimiento radicular, sin embargo a los 3 meses presentó fistula en zona

injertada, se remitió a endodoncia, donde respondieron que la causa no era endodóntica, no se continuo el seguimiento y a los 11 meses presentó recesión del margen gingival hasta el ápice, se remitió a rehabilitación oral para realización de placa estabilizadora oclusal y endodoncia sin justificación del complemento de ésta especialidad, finaliza sin reporte de más evoluciones, y se desconoce la resolución clínica y funcional de los dientes 31 y 41.

El tercer evento se generó después de una regeneración ósea en bloque en maxilar superior en zona posterior derecha en la que se determinó un tiempo de espera de 8 meses para realizar la colocación de implantes dentales, sin embargo la paciente refirió su intención de ser colocados en ese momento de consulta (5 meses), a pesar de la recomendación del docente y residente, el paciente insistió en la colocación, se solicitó prueba de guía radiográfica/quirúrgica, la cual no se ejecutó y a las 2 semanas (5 meses y medio) se llevó a cabo la cirugía con la colocación de 1 y no 4 implantes como se disponía sin justificación descrita, las evoluciones continúan su registro un año después en el que se reporta mal posicionamiento del implante y se solicita su retiro (explante) por no ser rehabilitable.

En otro caso se colocó un implante y al control posquirúrgico, la paciente refiere hormigueo y sensación de quemazón, se tomó radiografía y observaron posicionamiento en el canal dentario, por lo cual se decidió explante. Al control a 3 meses, la paciente refiere ausencia de hormigueo y recuperación de sensibilidad en la zona. Aunque el daño nervioso fue transitorio, no se menciona uso de la guía quirúrgica o medidas de trabajo de las fresas de preparación del lecho de acuerdo a los límites anatómicos vistos en la tomografía, evidenciando fallas en el proceso de preparación del caso y llevaron a que en la ejecución del procedimiento se presentara la lesión.

Para la situación en la que se realizó raspaje y alisado radicular a campo abierto de los dientes 17 y 16, se encontró un defecto óseo avanzado por palatino del 16 y furca grado II de 16 y 17 distal y mesial respectivamente, por lo cual en un segundo tiempo quirúrgico se realizó amputación radicular palatina de diente 16, se cureteó el alveolo de la raíz palatina y se colocó injerto óseo particulado y se hizo ajuste oclusal. Posteriormente se encontraron los dientes 16 y 17 con movilidad grado II evidenciando un compromiso más extenso en la pérdida ósea, por lo cual se determinó mal pronóstico.

En contraste con lo mostrado anteriormente, cuando sucede una infección de un injerto óseo particulado, se podría clasificar como una complicación si sucediera por efecto de la enfermedad subyacente del paciente, sin embargo, en este paciente se realizó regeneración ósea guiada y posterior al primer control sin signos de infección, no se le realizó programa de autocuidado con las indicaciones de no usar la prótesis parcial removible ocasionando trauma en el área quirúrgica, conllevando a ruptura de las suturas, exposición del injerto y contaminación del mismo, indicando fallas en el proceso de atención posquirúrgica que requieren la misma dedicación debido a que la ausencia de un seguimiento adecuado puede desencadenar secuelas biológicas irreparables o de mayor complejidad que requieran múltiples intervenciones.

Finalmente, en dos casos se presentó exposición del injerto óseo en bloque, la cual podría también ser considerada una complicación, no obstante, a estos pacientes no se les retiró el injerto inmediatamente, sino que se realizaron otras medidas paliativas como producir sangrado en la zona, aplicación de Fitostimoline® u otro tipo de geles cicatrizantes e injerto de tejido conectivo

con el fin de influenciar un cierre de la herida por segunda intención y preservar el injerto óseo, resultando en un manejo inadecuado de la complicación, ya que conllevó a más daños y zonas de morbilidad en el paciente como abscesos, inflamación moderada a severa, contaminación de materiales regenerativos, pérdida completa del injerto óseo, necesidad de re-injertar, y pérdida de tejido queratinizado, constituyendo situaciones que pudieron ser evitadas removiendo el injerto como se aconseja por los protocolos clínicos basados en la literatura.

Una vez identificadas las fallas en los procedimientos clínicos, se determinó que también es vital identificar falencias administrativas debido a que podrían mediar un daño clínico en el paciente, y constituirse como EA no clínico. Lo anterior se asocia a que la falta de precisión en la descripción completa de las evoluciones, alteraciones en la cronología, carencia de firmas de docente/Aprobación del docente, inducen a una comprensión inadecuada del proceso clínico-quirúrgico del paciente, siendo un riesgo potencial en una institución universitaria en la que los residentes rotan o finalizan anualmente su ciclo académico y la única evidencia de seguimiento para quien recibe el caso son los datos consignados en la historia clínica.

DISCUSIÓN

Con la intención de responder a las necesidades expuestas por la OMS sobre la atención segura del paciente, se inició un proceso de reconocimiento de EA en el Posgrado de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la PUJ, cuyos resultados demandaron la integración de la iniciativa de otras especialidades como el de periodoncia, con el fin de realizar una identificación de fallas clínicas y administrativas que permitan gestionar medidas que no solo incentiven el reporte y

seguimiento de EA, sino también se minimice la aparición de los mismos (4,7,8). Continuando con ésta línea de investigación, éste estudio se realizó para caracterizar y cuantificar los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012.

En consecuencia, la alerta sobre esta temática adquiere realce debido a que las entidades de salud reportan un incremento en la incidencia de eventos adversos derivados del área de odontología que osciló entre el 3,2 % y el 16,6 % en la última década, mientras que aquí se encontró en un 26,3 % de las historias revisadas, constituyendo un aumento significativo con respecto a los promedios mundiales (17,18)

No obstante, los resultados de esta investigación no pueden ser comparados de forma integral con hallazgos en la literatura debido a que se encuentran pocos estudios acerca de todos los eventos adversos posibles que puedan ocurrir en tratamientos periodontales de rutina y quirúrgicos, en efecto se reportan de acuerdo a la intervención que se prueba, lo cual genera una ambigüedad errada en la terminología entre complicación, incidente y evento adverso (9,10). Por ende, esta publicación se convierte en la primera a nivel nacional y mundial en realizar una caracterización de EA en periodoncia.

Adicionalmente, Ioannidis y colaboradores evaluaron eventos adversos en estudios clínicos aleatorizados de intervención terapéutica concluyendo que no se registró ninguno y en otros no fueron evaluados, generando un vacío en el reporte de éstos en la literatura, con resultados

coincidentes de Faggion y colaboradores al evaluar ensayos clínicos controlados en periodoncia e implantología oral (9,19).

Similarmente, dentro de los hallazgos iniciales del estudio no se encontraron reportes de situaciones identificadas como evento adverso, por lo cual se hizo necesario realizar una aclaración conceptual de la terminología de la atención segura del paciente y se creó un formato con posibles situaciones anómalas, entendidas como circunstancias en las que no se obtuvo el resultado adecuado en el tratamiento y pudieran conllevar a un daño del paciente, para ser tipificadas por expertos. Por consiguiente, se realizó una reunión con un comité de expertos del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología para contrastar la conceptualización de atención segura del paciente con las situaciones anómalas detectadas en las historias y las predefinidas según la literatura.

Así, con la intención de aclarar la tipificación de EA, opuesto a la literatura en la interpretación de respuestas medicamentosas como intolerancia gastrointestinal o reacciones alérgicas cutáneas según Winkel y colaboradores quienes reportaron 11 eventos adversos (22,4 %) relacionadas con el consumo de amoxicilina combinado con metronidazol para periodontitis severa generalizada con terapia básica periodontal en 49 pacientes; y aunque no se registraron respuestas alérgicas o gastrointestinales a medicamentos en este estudio, se determinó por el comité de expertos que serían consideradas una iatrogenia del tratamiento, al estar comprobado el efecto positivo del apoyo de la antibioticoterapia en el raspaje y alisado radicular a campo abierto (20).

Adicionalmente, al evaluar el desarrollo de eventos adversos asociados a anestésicos locales los resultados de éste estudio no mostraron ninguna situación en donde se correlacionen las dos variables analizadas, por lo que los hallazgos de Pandit y colaboradores mediante el reporte de un ligero enrojecimiento posterior al uso de anestésico, no son comparables, teniendo en cuenta que los autores reportan como evento adverso una complicación (21). Evidenciando el uso indiscriminado a la referencia de evento adverso como complicación, cuando son dos términos diferentes.

Por otro lado, en las historias evaluadas, 210 correspondieron a tratamientos de interconsulta sin presencia de situaciones anómalas, demostrando un adecuado sistema de referencia de pregrado a posgrado y/o entre especialidades para dar resolución a la condición del paciente. Contrario a los hallazgos de Darby y colaboradores en el que se concluyó una dificultad de los odontólogos generales acerca de los factores que influyen el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal, limitando la adecuada respuesta del paciente a un procedimiento (22).

Con respecto a los eventos adversos clínicos quirúrgicos, se presentan limitaciones para la comparación de éste estudio en cuanto a la terminología utilizada por la literatura, al referenciar situaciones como evento adverso cuando representan procesos biológicos de cicatrización como son edema, dolor, enrojecimiento, como se evidencia según Barreras y colaboradores, quienes aplicaron Tisuacryl para evitar el uso de suturas después de procedimientos quirúrgicos basándose en el desarrollo de eventos adversos asociados a su uso, como dolor, hiperemia, sangrado y dehiscencias correspondiendo realmente a complicaciones y no EA, sin embargo, en los resultados de nuestro trabajo solo se reportó un caso de encapsulamiento de suturas y dos con

ruptura o pérdida de sutura, las cuales fueron catalogadas dentro de la reunión de expertos como complicación (23).

Así mismo, el trabajo de Tatakis y Trombelli acerca de los eventos adversos como dolor, exudado, edema y desprendimiento del tejido, posterior a tratamientos de regeneración tisular guiada en recesiones gingivales con ácido poliláctico, no fue comparable con las historias revisadas debido a que no se reportó el uso de ácido poliláctico en los tratamientos periodontales, y solo hubo una fistula posterior a injerto gingival libre denominado complicación (24).

En cuanto a complicaciones con implantes dentales Mau y colaboradores, presentaron un reporte de caso en el cual describieron un evento adverso asociado a un procedimiento de regeneración ósea guiada post-exodoncia con colocación de implante mediato, en el cual a los 4 meses se observó un tono metálico a través de la encía vestibular de los implantes, en el que se encontró una dehiscencia vestibular como consecuencia de una reabsorción ósea severa, sin embargo, es muy difícil establecer si lo reportado en el artículo corresponde a un evento adverso como tal, dado que los autores no explican la condición del alveolo, la posición tridimensional del implante inmediatamente después de la cirugía y el espesor del gap entre la pared ósea vestibular y la superficie del implante, los cuales son factores que intervienen en la cicatrización ósea alrededor de un implante (25). En contraste en las historias evaluadas no se reportan estos hallazgos en las fases quirúrgicas y para las segundas fases se programan con el uso de radiografías periapicales, y por ende solo este tipo de complicaciones reportadas por los autores se detectan tardíamente.

Para los eventos adversos de explante durante toma de impresión e implante no rehabilitable identificados aquí, no se encontró evidencia científica relacionada con estas situaciones, no siendo posible realizar un comparativo.

También los resultados del presente trabajo demuestran que la población estudiantil desconoce la definición de los términos de atención segura al registrar en las evoluciones cada situación como un hallazgo sin denominación en la taxonomía, opuesto a lo reportado por Hiiivala y colaboradores quienes publicaron los resultados de encuestas realizadas a odontólogos Finlandeses en el 2010 sobre la seguridad del paciente en los diferentes procedimientos odontológicos, encontrando que solo un tercio de los odontólogos reportó uno o más incidentes en su consulta en los últimos 12 meses, y al menos un quinto de encuestados habían presentado un evento adverso, y sólo un 16 % admitieron un casi evento adverso (26). Así, una vez tipificado en la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, de 929 historias evaluadas entre los años 2011-2012, solo un 5,7 % de los casos reportados representaron principalmente complicaciones (n: 18) (33,9 %) y evento adverso (n: 15) (26,3 %), no se identificaron casi evento adverso, por lo que se puede inferir que el reporte de eventos adversos clínicos quirúrgicos y no quirúrgicos es bajo, posiblemente asociado a una presión subyacente a medidas legales o señalamiento entre profesionales.

De igual forma es importante denotar y hacer una alerta al área administrativa y clínica con respecto a la realización de evoluciones completas y de seguimiento del paciente, especialmente en procedimientos quirúrgicos debido a que se encontró que de 1.738 tratamientos solo el 23,3 % registraban controles, generando un sub-registro de las posibles secuelas o éxito del mismo y por ende de la atención segura del paciente. Por otro lado, se encontró en las evoluciones la descripción

de cicatrización adecuada posterior al reporte de una alteración durante el proceso de seguimiento correspondiendo a una representación inexacta y dificultad debido a que no se identifica si la resolución fue del tejido sin secuelas o al tratamiento realizado posterior al daño o en sí si se produjo o no un daño permanente.

Por consiguiente, se requiere realizar planes de seguridad en atención al paciente que puedan establecer un puente de comunicación entre el personal clínico y administrativo que fortalezca la cultura de reporte en pro de garantizar una mejor calidad de servicio al paciente.

CONCLUSIONES

Dado que los contextos identificados en las evoluciones ninguno fue considerado bajo alguna denominación sino un hallazgo. Se determinó que para la identificación de eventos adversos en periodoncia se basó desde la caracterización de resultados clínicos y no clínicos, que conllevaron a un desenlace no deseado denominado situación anómala en éste estudio, para tipificarlas según las circunstancias relacionadas con el caso para ser evaluadas con respecto al criterio del comité de expertos y a la conceptualización realizada a los términos de atención segura del paciente del Ministerio de Protección Social y SOGC en Colombia, permitiendo establecer una baja incidencia de éstos durante los años 2011 y 2012 en la Facultad de Odontología de la PUJ.

Sin embargo, se encontró un porcentaje disminuido de 23,3 % de controles posquirúrgicos, a pesar de haber sido realizado 1.738 procedimientos que involucraron cirugías desde acceso y visibilidad, hasta regenerativas y plásticas (mucogingivales) indicando un subregistro de posibles situaciones

que podrían representar un evento adverso. Por consiguiente, se requiere la atención de la institución para detectar las fallas humanas y/o administrativas que pudieron generarse para crear barreras de control que minimicen los daños en la atención segura del paciente.

Del mismo modo, se observó una alta variabilidad en la caracterización de los eventos, así como las complicaciones, errores e incidentes, por lo tanto es importante tener en cuenta que un desenlace clínico en periodoncia no deseado no puede ser generalizado dentro de la taxonomía de política del paciente en atención en salud debido a que puede variar su tipificación dependiendo del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo durante el seguimiento, debido a que la práctica de medidas clínicas y/o administrativas sin solidez en la literatura pueden desencadenar en cualquiera de las fases anteriores potenciales fallas que conlleven a un EA.

RECOMENDACIONES

Establecer una base de datos a partir del sistema de información de la facultad con datos de contacto de los pacientes para realizar un estricto seguimiento y vigilancia por parte de la institución y docentes a cargo, para posiblemente crear o gestionar uno o varios horarios que incluyan horario en mañana y tarde para la atención de mantenimiento de los pacientes.

Fundamentar en el paciente el protocolo de autocuidado previo y posquirúrgico, el cual involucra uso y/o adaptación de prótesis definitivas o transicionales y la necesidad de asistir a las citas de control y seguimiento para conocer los resultados del tratamiento realizado, y así determinar las consideraciones para el cuidado del procedimiento.

Promover en el cuerpo docente y estudiantil la comprensión de la terminología de atención segura en el paciente, para que una vez suceda una situación no esperada pueda ser identificada y clasificada dentro de ésta y mejorar el reporte con el fin de hacer un llamado a todos los clínicos en que la historia clínica no se refiere exclusivamente al diligenciamiento de un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento y que la atención no finaliza con este último sino con el seguimiento del efecto positivo o negativo de la atención sobre el paciente.

Fomentar la importancia de cultura del reporte que incluya una descripción completa y detallada de la evolución de cada procedimiento. Así mismo, cuando se presenten eventos adversos se realice seguimiento que permita mediar mecanismos de mejoramiento y prevención en el sistema de calidad de salud ofrecido por la Facultad de Odontología de la PUJ.

Crear una lista de chequeo para evolucionar los diferentes aspectos a evaluar en un control posquirúrgico y socializarla con los residentes de primer y segundo año.

Crear un anexo de reporte de evento adverso para que una vez sea identificado sea ingresado al sistema de historia clínica odontológica digital (HCOD), plataforma propia de la universidad, y se genere una alerta para el residente y administrativo que evalúe la historia para recordar el seguimiento detallado en la historia.

AGRADECIMIENTOS

Al personal del archivo de historias clínicas y al comité de investigación de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana.

REFERENCIAS

1. Franco A. Como mejorar la seguridad del acto quirúrgico: El papel del cirujano. En: Franco A, editor. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. 1ª Ed. Cali, Colombia: Universidad del Valle programa editorial; 2006. pp. 89-100.
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente. En: Salcedo AM, Santofimio D, Barrera MV, Vargas AC, editores. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá: Fundación FITEC; 2007. pp. 21-54.
3. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colomb Med. 2005 Abr-Jun; 36(2): 130-3.
4. World Health Organization. International classification for patient safety. Geneva, Switzerland; 2007.
5. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social: Programa de apoyo a la reforma de salud, asociación centro de gestión hospitalaria, sistema obligatorio de garantía de calidad. En las instituciones prestadoras de servicios de salud. En: Guerrero J, Restrepo F, Vergel J, Guillot N, editores. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. pp. 40-2.

6. Kerguelén C. Reporte y análisis de eventos adversos: la necesidad de estructurar sus relaciones. *Rev Vía Salud*. 2010 Jul; 52 (21): 8-15.
7. Hernández S, Laiseca N, Rincón A. Identificación de eventos adversos que se presentaron en los pacientes que asistieron al posgrado de endodoncia de la Pontificia Universidad Javeriana en el primer periodo del año 2007. Trabajo de posgrado en Endodoncia. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
8. Tafur MC, Camacho LD, Mejía SH, González J, Huertas MF. Frecuencia de eventos adversos de la terapia endodóntica y seguimiento de pacientes atendidos en el Posgrado de Endodoncia de L Pontificia Universidad Javeriana (2007-2008). *Univ Odontol*. 2014 Jul-Dic; 33(71). doi:10.11144/Javeriana.uo33-71.feaf
9. Faggion CM, Giannakopoulos NN. Quality of reporting in abstracts of randomized controlled trials published in leading journals of periodontology and implant dentistry: a survey. *J Periodontol*. 2012 Oct; 83(10): 1251-6.
10. Sgolastra F, Gatto R, Petrucci A, Monaco A. Effectiveness of systemic amoxicillin/metronidazole as adjunctive therapy to scaling and root planing in the treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol*. 2012 Oct; 83(10): 1257-69.
11. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull*. 1993 May; 19(5): 144-9.
12. Reason J. Human error, models and management. *West J Med*. 2000 Jun; 172(6): 393-6
13. Aguirre G, Vásquez F. El error médico. Eventos adversos. *Cir Ciruj*. 2006 Jul; 74 (7): 49.
14. Ospina J. Seguridad del paciente en atención primaria. *Rev Vía Salud*. 2011 Oct-Dic; (58): 18-25.

15. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
16. Reason J. Human Error. New York, NY: Cambridge University Press; 1990.
17. Organización Mundial de la Salud. Memorias de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención en seguridad del paciente. Ginebra, Suiza: 23 de marzo del 2002.
18. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press. 1999.
19. Ioannidis JP, Evans SJ, Gøtzsche PC, O'Neill RT, Altman DG, Schulz K, Moher D; CONSORT Group. Better reporting of harms in randomized trials: an extension of the CONSORT statement. *Ann intern med.* 2004 May; 141(10): 781-8.
20. Winkel EG, Van Winkelhoff AJ, Timmerman MF, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Amoxicillin plus metronidazole in the treatment of adult periodontitis patients. A double-blind placebo-controlled study. *J Clin Periodontol.* 2001 Apr; 28(4): 296-305.
21. Pandit N, Gupta R, Chandoke U, Gugnani S. Comparative evaluation of topical and electronic anesthesia during scaling and root planing. *J Periodontol.* 2010 July; 81(7): 1035-40.
22. Darby IB, Angkasa F, Duong C, Ho D, Legudi S, Pham K, Welsh A. Factors influencing the diagnosis and treatment of periodontal disease by dental practitioners in Victoria. *Aust Dent J.* 2005 Mar; 50(1): 37-41.
23. Barreras MA, Barreras LM. Aplicación del Tisuacryl como tratamiento alternativo en afecciones estomatológicas. *Rev CENIC Cienc Biol.* 2006 Mar; 37(3): 147-51.

24. Tatakis DN, Trombelli L. Adverse effects associated with a bioabsorbable guided tissue regeneration device in the treatment of human gingival recession defects. A clinicopathologic case report. J Periodontol. 1999 May; 70(5): 542-7.
25. Mau LP, Cheng CW, Hsieh PY, Jones AA. Biological complication in guided bone regeneration with a polylactic acid membrane: a case Report. Implant dent. 2012 Jun; 21(3): 171-4.
26. Hiiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. Acta Odontol Scand. 2013 Nov; 71(6): 1370-7.

CORRESPONDENCIA

Daissy Julieth Tafur Gallego

dtafur@javeriana.edu.co

Gina Paola Ramírez Vélez

ginapao774@hotmail.com

Cesar Andrés Cárdenas Penagos

Cesar.cardenaspenagos@gmail.com

Juan Jaime Serrano Álvarez

j-serrano@javeriana.edu.co

Ana Lucía Sarralde Delgado

sarralde@javeriana-edu.co

Sandra Patricia Camacho Peña

Sandra-camacho@javeriana.edu.co

Adriana Rodríguez Ciódaro

arodrig@javeriana.edu.co

Juliana González Moncada

Juliana.gonzalez@javeriana.edu.co