

SEGURIDAD DEL PACIENTE

CLAUDIA VANESA ORDOSGOITIA
BODY DENT

BARRANQUILLA CLLE 59 44 15

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDÍGENA

TABLA DE CONTENIDO 1

1. IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL.....	4
1.1 Nombre de la institución.....	4
1.2 Ciudad y dirección.....	4
1.3 Naturaleza jurídica.....	4
1.4 Naturaleza técnica.....	4
1.5 Número de camas.....	4
1.5.1 Numero de consultorios.....	4
1.6 verificación de la existencia de registros estadísticos	4
2. DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	5
2.1 PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN-RESEÑA HISTORICA.....	5
2.2 ORGANIGRAMA.....	8
2.3 PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	5
2.3.1 MISIÓN.....	5
2.3.2 VISIÓN.....	6
2.3.3 POLITICA DE CALIDAD.....	6
2.3.4 OBJETIVOS DE CALIDAD.....	6
2.3.5 VALORES	7
2.3.5.1 Ética	7
2.3.5.2 Trabajo en equipo	7
2.3.5.3 Actitud de servicio	7
2.3.5.4 Calidad	7
2.3.6 RED DE PROCESOS.....	7

TABLA DE CONTENIDO 2

1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
2. MARCO CONCEPTUAL.....	8
2.1 Error profesional en odontología.....	10
2.2 Definiciones.....	10
3. ESTRUCTURA DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	13
4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	14
5. CAPACITACIÓN.....	14
6. MONITORIZACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.....	15
6.1 Reporte y gestión de eventos adversos	16
7. GESTIÓN DE INCIDENTES, INDICIOS O EVENTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE COLECTIVO.....	16
8. ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES.....	17
8.1 Obtención y organización de la investigación	17
8.2 Establecer cronología del incidente.....	17
8.3 Formato de reporte de eventos adversos para el análisis	18
9. PLANES DE MEJORAMIENTO.....	19
10. RETROALIMENTACIÓN.....	20
11. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA.....	20
12. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	21
13.1 Metodología para la evaluación de la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos.....	21
13. ANEXOS.....	
14.29	
14.1 Protocolo para el manejo del paciente que le ocurre un evento adverso	21
14.2 Indicadores	22
15. BIBLIOGRAFÍAS.....	23

DRA. CLAUDIA VANESA ORDOSGOITIA

1. IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL

1.1. NOMBRE DE LA INSTITUCION

Claudia Vanesa Ordosgoitia

1.2. CIUDAD Y DIRECCION

calle 59 N. 44-15 LOCAL 5

1.3. NATURALEZA PERSONA NATURAL

Institución privada

1.4. NATURALEZA TECNICA

Odontología general

1.5. NUMERO DE CAMA

No aplica

1.5.1. NÚMERO DE CONSULTORIOS

1 CONSULTORIO

1 DE DIAGNOSTICO

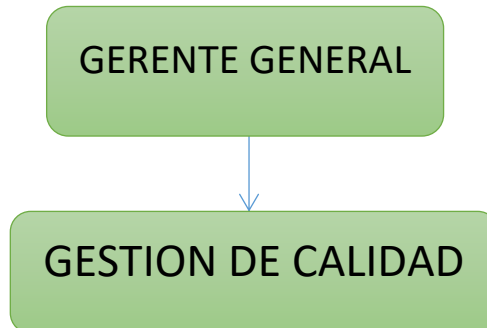
1.6. VERIFICACION DE LA EXISTENCIA DE REGISTROS ESTADISTICOS

CLAUDIA VANESA ORDOSGOITIA es una institución prestadora de servicios que se encuentra en proceso de habilitación consulta externa (odontología) nivel 1, relacionada con la normatividad ley 100 de 1993 con un promedio de 2304 consultas mensuales.

2. DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

2.1. PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN- RESEÑA HISTORICA

2.2. ORGANIGRAMA



2.3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

2.3.1. MISIÓN

buscamos lealtad con los pacientes, prestando los servicios de odontología integral, brindándoles la atención con calidad en el marco del humanismo cristiano , confort, tranquilidad y soportados en una tecnología de punta para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios en un concepto de salud, belleza y bienestar.

2.3.2. VISIÓN

Ser en el 2019 una institución odontológicas sólida y competitiva y abierto al mundo prestando los servicios odontológicos, con avances tecnológicos y personal altamente capacitado, reconocida por su compromiso social mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes

2.3.3. POLÍTICA DE CALIDAD

CLAUDIA VANESA ORDOSGOITIA es un consultorio particular, competitivos, comprometidos con la comunidad en el aseguramiento de

la calidad a través del mejoramiento continuo, con disponibilidad de equipos diagnósticos de altísima precisión y atención oportuna, para ganar la lealtad de nuestros pacientes a través de resultados rápidos, confiables y seguros.

A. Mejoramiento continuo en la satisfacción de los clientes a través de nuestros productos y servicios.

B. Contribuir con el mejoramiento de los márgenes de rentabilidad que permita la sostenibilidad de la organización en el tiempo.

C. Mejorar el desempeño del Talento Humano dentro de la Organización.

2.3.4. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE CALIDAD

- Ofrecer un servicios de salud enfocado en nuestros pacientes.
- Prestar servicios de salud con eficiencia.
- Fomentar el mejoramiento continuo de procesos y servicios.
- Fortalecer las competencias técnicas y humanas de nuestro equipo de trabajo.

2.3.5. VALORES

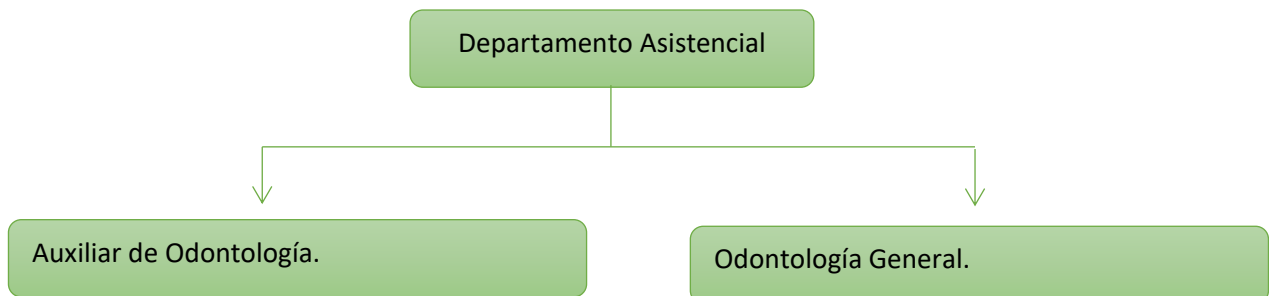
- 2.3.5.1. **ÉTICA:** La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana. El concepto proviene del término griego ethikos, que significa “carácter”. Una sentencia ética es una declaración moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc. en lo referente a una acción o a una decisión.
- 2.3.5.2. **TRABAJO EN EQUIPO:** echo por varios individuos donde cada uno hace una parte pero todos con un objetivo común. Es una de las condiciones de

trabajo de tipo psicológico que más influye en los trabajadores de forma positiva porque permite que haya compañerismo.

2.3.5.3. **ACTITUD DE SERVICIO:** es la capacidad, disposición para realizar un trabajo también podemos definir como la manera de proyectarnos a los demás. La actitud inicia con la autoestima que es la valoración aceptación y respeto por uno y por los demás

2.3.5.4. **CALIDAD:** es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.

2.3.6 RED DE PROCESOS



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover un entorno seguro y humanizado en la atención de nuestros pacientes.

- Fomentar en nuestro equipo humano una cultura de seguridad del paciente educativa, equitativa, que involucre tanto al paciente como a su familia.
- Educar y capacitar al equipo humano en el reporte de incidentes y eventos adversos, así como en el análisis de causas y diseño de barreras de seguridad que mitiguen su incidencia e impacto.
- Promover la participación activa del paciente y grupo familiar en su propio cuidado.

2. MARCO CONCEPTUAL

Buscamos el bienestar y satisfacción de nuestros pacientes, con un enfoque Biorregulador no excluyendo los dientes del resto del cuerpo ; con altos estándares de calidad y compromiso contamos con tecnología de punta y modernos métodos para vencer el miedo de ir al odontólogo, rompiendo el tabú y dejando atrás la odontología convencional logrando de esta manera la nueva era odontológica con modernos métodos de relajación antes, durante y después de tu tratamiento de esta manera la estadía de nuestros pacientes será cómoda y placentera sin sentir el tiempo en tu tratamiento, además Contamos con Materiales Biocompatibles con tu cuerpo, garantizando de esta manera nuestro trabajo.

Es por esto que manejamos una consulta totalmente personalizada y sin limite de tiempo para lograr una mejor atención al paciente evitando de esta manera minimizar errores y creando humanización en nuestro servicio.

Error profesional en odontología

En caso de presentar un error en procedimiento o en general tratamos en lo máximo de que todo quede plasmado en la historia clínica en las evoluciones , se le explica al paciente lo sucedido y firma dicha evolución.

2.1. Definiciones

- **Seguridad del paciente (Patient Safety).** Seguridad del paciente significa la disminución (o eliminación en la medida de lo posible) de los daños a pacientes derivados de los tratamientos efectuados, o de accidentes asociados con los mismos.
- **Gestión de riesgos sanitarios (Risk Management).** Trata de identificar, evaluar y tratar problemas que pueden causar daño a pacientes, llevar a denuncias de mala práctica y producir pérdidas económicas innecesarias a los proveedores sanitarios.
- **Evento adverso (Adverse event).** Resultado no esperado de un tratamiento sanitario que provoca la prolongación del tratamiento, algún tipo de morbilidad, mortalidad o simplemente cualquier daño que el paciente no debería haber sufrido. Es un concepto amplio que incluye errores, accidentes, retrasos asistenciales, negligencias, etc., pero no las complicaciones propias de la enfermedad del paciente.
- **Evento Adverso Prevenible:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares

del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **Evento Adverso No Prevenible:** Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Error:** Equivocación por acción u omisión en la práctica sanitaria, ya sea en la planificación (error of planning) o en la ejecución (error of execution). El error puede provocar o no la aparición de un evento adverso.
- **Incidente (Near miss).** Evento que casi provoca daño al paciente y que es evitado por suerte o por una actuación en el último momento. Un ejemplo sería la prescripción de un antibiótico derivado de la penicilina a un paciente alérgico porque este dato no figura en los antecedentes clínicos, y tener constancia de esa alergia porque el paciente nos lo advierte cuando le entregamos la receta. Diversos estudios estiman que se producen muchos más incidentes (near miss) que eventos adversos reales. En el caso concreto de la prescripción de fármacos, se estima que se producen aproximadamente siete veces más incidentes que eventos adversos reales.
- **Accidente.** Suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que produce daños al paciente o cualquier otro tipo de daño (materiales, al personal sanitario, etc.).
- **Negligencia.** Error difícilmente justificable debido a la falta de conocimientos o habilidades básicas, omisión de precauciones mínimas, desidia, etc.

- **Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso
- **Complicación:** Aquellos resultados negativos , clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos sino que tienen que ver con la naturaleza propia de la patología del paciente y/o de su intervención o tratamiento.
- **Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- **Tecnovigilancia:** sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los

dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

3. ESTRUCTURA DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- odontólogo
- Un profesional especialista en Auditoria de Servicios de Salud
- un auxiliar de odontología.

4. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nuestra política es la humanización con el servicio, **¿como lo realizamos?** Haciendo sentir al paciente importante desde el ingreso por primera vez a su cita de valoración, nuestras consultas se encuentran limitadas a 4 pacientes por día.

¿Como lo personalizamos? :

- paciente cuando viene a una valoración se le entrega un kit el cual viene personalizado con su nombre y el bienvenido dentro de el se encuentra un gorro, una bata



- si el paciente se le realiza una higiene oral adicional a su kit se le coloca un kit post higiene donde contiene: cepillo dental, cepillo interdental, enjuague, crema dental y sus recomendaciones de uso



si el paciente se le realiza EXODONCIA adicional a su kit se le coloca un kit post higiene donde contiene: cepillo dental, Gasa esteril, enjuague de clorhexidina, recomendaciones posterior a la cirugía, pastilla de antibiotico y antiinflamatorio



5. CAPACITACIÓN

El programa de capacitación en seguridad del paciente tiene como objetivo capacitar a los profesionales de la salud en la mejora de la calidad asistencial de los servicios ofrecidos a los pacientes. cuando realizamos estas capacitaciones nos enfocamos en nuestra política y la humanización de nuestros servicios

- Capacitación y sensibilización de la política institucional.
- Concientización al profesional de salud en ofrecer un ambiente seguro y oportuno al paciente.
- Socialización al personal del área de odontología sobre las definiciones básicas de seguridad del paciente.
- Capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal.
- Implementaciones de planes de mejoramiento sobre el control de condiciones peligrosas en el ambiente físico y prevención de eventos adversos.
- Al paciente le realizamos educación al momento de las consultas, por ejemplo en su cita de higiene se le enseña : forma correcta del cepillado, uso de la seda dental, enjuague, y cada cuando es lo recomendable para un mantenimiento.
- Información al paciente sobre sus derechos y deberes.

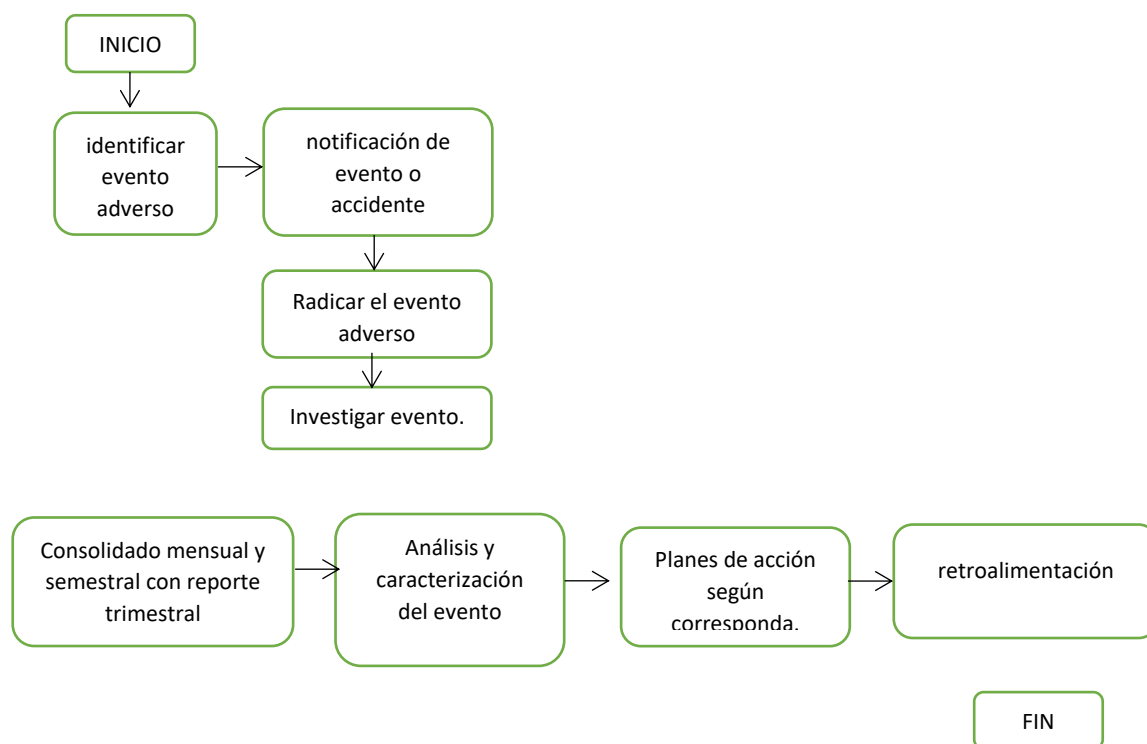
6. MONITORIZACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

6.1. Reporte y gestión de eventos adversos

El reporte de eventos adversos, incidentes o cualquier indicio de atención insegura en la institución se realiza acorde con el procedimiento de gestión de eventos adversos, en el cual todo el personal asistencial y administrativo de la organización puede reportar dichos eventos; bien sea directamente a través del formato de: reporte de eventos adversos, la página intranet

- Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adversos son manejados, custodiados y conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho, garantizando la confidencialidad del reporte.
- Los eventos adversos ocurridos y los planes de mejoramientos que se requieran, se dan conocer al personal periódicamente como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la atención y evitar que se repitan ⁽²⁾.

7. GESTIÓN DE INCIDENTES, INDICIOS O EVENTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE COLECTIVO



Formatos

- Ficha de eventos adversos

8. ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

Personal encargado:

Punto de vista externo (sin conocimiento medico especifico).

odontologo.

8.1. Obtención y organización de la investigación

Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible e incluyen:

- Historia clínica completa
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos, hojas de vida de equipo involucrado).

8.2. Establecer cronología del incidente

Precise la cronología del incidente.

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica deben ser suficientes para establecer qué y cuando ocurrió.

Se debe identificar discrepancias entre las fuentes.

Narración: tanto las entrevistas y la historia clínica proporcionan cronología narrativa y permite entender cómo sucedieron los hechos, el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.

Diagrama: los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de los hechos como deben ser según protocolos y procedimientos y compararla verdaderamente con lo que ocurrió y se presentó el incidente.

8.3. Formato de reporte de eventos adversos para el análisis

Claudia ordosgoitia presenta el siguiente formato de reporte intra-institucional de eventos adversos Y/o incidentes, que será totalmente confidencial, que permite realizar un análisis causal para crear planes de acción encaminados a la prevención de eventos adversos por medio de barreras de seguridad que fortalezcan la cultura de seguridad dentro de la institución.

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN EVENTOS ADVERSOS	
Nombre del paciente _____	Edad _____
RUT. _____	Diagnóstico _____
Servicio que notifica: _____	Fecha de ingreso: _____
Tipo de EA.	
Caída <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> Autorretiro Dispositivo <input type="checkbox"/>	
Otro ¿cuál? _____	
Fecha incidente: _____	Hora incidente: _____
Descripción del incidente	

Medidas tomadas	

Incidente informado a	
Notificado por	
Observaciones	

9. PLANES DE MEJORAMIENTO

- ✓ Fomentar la Cultura de la Seguridad del Paciente en la asistencia odontológica.
- ✓ Crear una estructura organizativa para la gestión de riesgos sanitarios odontológicos.
- ✓ Desarrollar herramientas para la identificación, análisis y valoración de los riesgos relacionados con la asistencia odontológica.
- ✓ Establecer líneas de información sobre eventos adversos
- ✓ Establecer medidas para prevenir, eliminando o reduciendo, los riesgos sanitarios
- ✓ Formación continuada de los profesionales en Seguridad del Paciente
- ✓ Investigación en el ámbito de la Seguridad del Paciente odontológico.

10. RETROALIMENTACIÓN

En la retroalimentación que busca compartir preocupaciones y sugerencias de acuerdo al programa de seguridad del paciente teniendo en cuenta los siguientes aspectos

- a. Planeación Estratégica de la Seguridad de Pacientes
- b. Fomento de la Cultura de Seguridad de Pacientes
- c. Fomento de los procesos seguros
- d. Implementación de Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes

Teniendo en cuenta los planes de mejora se realiza la retroalimentación donde se realiza un análisis de los eventos adversos ocurridos durante los últimos 3 meses de esta manera buscar las posibles causas para minimizar el riesgo a que vuelva a ocurrir dichos eventos

11.IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA

Este documento es aceptado, aplicado y promovido por la Gerencia de Claudia Vanesa ordosgoitia con el propósito de ser usado y mantenido en funcionamiento desde el mes de febrero de 2016 en adelante para dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente dentro de la institución por parte de los profesionales de la salud. Con un seguimiento trimestral para el cumplimiento de dicho protocolo establecido en la institución.

12.EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

12.1. Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

13. ANEXOS

13.1. Protocolo para el manejo del paciente que le ocurre un evento adverso

- Informar el paciente (si es menor de edad a su acudiente) sobre lo ocurrido, responder todas las preguntas que tenga sobre lo ocurrido, indicar recomendaciones que debe tener para su autocuidado y los riesgos que puede presentar. El encargado de comunicar el evento adverso debe ser el odontólogo.
- Mitigar las consecuencias del evento adverso, estabilizar estado de salud del paciente.
- Evolucionar Historia clínica describiendo lo sucedido, reportar y notificar la ocurrencia del evento adverso, para soportar y acompañar al paciente.
- Promover la participación del paciente y su familia, como integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos, En comités de Seguridad del Paciente, para explicar que acciones se tomaran para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
- Demostrar que no se va a eludir la responsabilidad ante la ocurrencia del E.A y se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA

13.2. Indicadores

Servicio de Odontología

Indicadores de riesgo

- **Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.**

Formula del indicador

Numerador N° de infecciones derivadas de procedimientos

Denominador N° total de procedimientos realizados

- **Usuarios detectados por suplantación**

Formula del indicador

Numerador N° de pacientes detectados por suplantación

Denominador N° total de pacientes atendidos

- **Ingestión y/o aspiración de dispositivo medico en procedimiento.**

Formula del indicador

Numerador N° de dispositivos médicos ingeridos por pacientes

Denominador N° total de consultas de rehabilitación

- **Fractura de instrumento en el momento de la cirugía (fresas, agujas, hojas de bisturí, suturas)**

Formula del indicador

Numerador N° de eventos adversos por instrumentos fracturados

Denominador N° total de tratamientos realizados

- **Fractura dentaria**

Formula del indicador

Numerador N° de fracturas dentarias

Denominador N° total de exodoncias

- **Sincope vasopresor producto de anestesia local**

Formula del indicador

Numerador N° de sincope vasopresor presentados

Denominador N° total de pacientes que se le aplican anestesia local

- **Exodoncia de diente equivocado**

Formula del indicador

Numerador N° de Exodoncias de dientes equivocados

Denominador N° Total de exodoncias

- **Caída de paciente de su propia altura durante el procedimiento**

Formula del indicador

Numerador N° de pacientes atendidos que presentaron caída de su propia altura

Denominador Total de pacientes atendidos

- **Mordida de labio o mejilla post anestesia dentaria**

Formula del indicador

Numerador N° de pacientes atendidos que presentaron mordida de labio o mejilla post anestesia dentaria

Denominador N° total pacientes atendidos que se realizó tratamiento bajo anestesia dentaria

- **Fractura intraradicular de instrumentos**

Formula del indicador

Numerador N° de eventos adversos por instrumentos fracturados

Denominador N° total de tratamientos realizados

- **Irritación por hipoclorito de sodio (infiltración)**

Formula del indicador

Numerador N° de pacientes que presentaron irritación con hipoclorito de sodio

Denominador N° Total de procedimientos realizados

- **Trauma por desalojo o mal posición de grapas**

Formula del indicador

Numerador N° de traumas causados por desalojo o mal posición de grapas

Denominador N° Total de procedimientos en los que se utilizaron grapas

- **Complicaciones de procedimientos diagnósticos.**

Formula del indicador

Numerador N° de complicaciones en procedimientos

Denominador N° total de radiografías realizados

- **Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de las radiografías**

Formula del indicador

Numerador N° de fallas en la privacidad presentados

Denominador N° total de radiografías realizadas

- **Reacción adversa a medicamentos**

Formula del indicador

Numerador N° de reacción adversa a medicamentos

Denominador N° total de medicamentos administrados

- **Cancelación de consulta por ausencia del profesional**

Formula del indicador

Numerador N° de citas canceladas por ausencia del profesional

Denominador N° total de citas programadas

.

14. BIBLIOGRAFIAS

1. www.minsalud.gov.co
2. Juan D, salcedo, Luis A. Vila2. SYSTEMATIC REVIEW OF ADVERSE EVENTS IN THE SERVICE OF DENTISTRY.revista colombiana deinvestigacion en odobtologia 18 de Agosto 2014