



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVENTOS ADVERSOS EN ORTODONCIA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANA LAURA TORRES RUIZ

TUTORA: Mtra. LAURA MENDOZA OROPEZA

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Índice

Introducción.....	5
Propósitos.....	7
Objetivos.....	7
Eventos adversos en Ortodoncia.	
1. Antecedentes de eventos adversos.....	7
1.1. Concepto de evento adverso.....	9
1.1.1. Causas de los eventos adversos.....	10
1.1.2. Prevención de los eventos adversos.....	12
1.1.3. Error médico.....	14
1.1.4. Eventos adversos sin error médico.....	18
2. Eventos adversos en Ortodoncia.....	19
2.1. Aspiración.....	24
2.1.1. Síntomas.....	24
2.1.2. Tratamiento.....	25
2.2. Ingestión.....	26
2.2.1. Síntomas.....	27
2.2.2. Tratamiento.....	30
2.3. Prevención.....	33
3. La ética, un problema para el odontólogo.....	35
3.1. Bioética.....	36
3.1.1. Teoría del principalismo.....	37
3.1.1.1. Autonomía.....	37
3.1.1.2. No maleficencia.....	38
3.1.1.3. Beneficencia.....	38
3.1.1.4. Justicia.....	38
4. La odontología en México, contexto legal.....	39
4.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	40
4.2. CONAMED.....	43
4.2.1. Derechos generales de los pacientes.....	50
4.2.2. Derechos generales del odontólogo.....	51
4.3. NOM 168-SSA1SE.....	52
4.3.1. De los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado.....	52
4.3.2. El expediente clínico.....	53
4.3.3. Expediente de consulta externa.....	55
4.3.4. Nota de evolución.....	56



4.3.5. Nota de interconsulta.....	56
4.3.6. Nota de referencia/traslado.....	57
4.3.7. Nota médica en urgencias.....	57
4.3.8. Notas médicas en hospitalización.....	58
4.3.9. Nota Pre-operatoria.....	58
4.3.10. Nota Post-operatoria.....	59
4.3.11. Nota de egreso.....	60
4.3.12. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar.....	60
4.3.13. Carta de consentimiento informado.....	61
4.3.14. Hoja de egreso voluntario.....	62
4.3.15. Hoja de notificación al Ministerio Público.....	63
4.3.16. Notas de defunción y de muerte fetal.....	63
4.4. Ley general de las profesiones.....	64
4.5. Ley general de salud.....	64
5. Códigos de la ética para el cirujano dentista.....	72
5.1. Principios.....	72
5.2. Deberes.....	73
5.3. Mirada de los pacientes.....	75
5.4. ¿Cómo reducir errores médicos a nivel institucional?.....	76
6. Conclusiones.....	77
7. Referencias bibliográficas.....	79
7.1. Referencias de imágenes.....	80



Agradecimiento.

En el presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a mis padres, hermanos, abuelitos y tíos, ellos fueron un pilar muy importante para poder cumplir este sueño, para mi superación personal, apoyo económico, incluso a tener pacientes, ellos siempre estuvieron a mi lado, preocupándose por mi y procurando que nada me faltara gracias a ellos logre concluir mi carrera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Odontología por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi gran Doctora y Tutora de tesis, Mtra. Laura Mendoza Oropeza por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación, ha logrado que pueda concluir mis estudios con esta tesina.

A los doctores que me dieron clase a lo largo de la carrera y en el seminario de titulación, porque todos han aportado un granito de arena a mi formación profesional.

A mis amigos que me acompañaron a lo largo de mi camino universitario, que me demostraron que su apoyo hacia mí era sincero y sin buscar nada a cambio, gracias por hacerme reír tanto.

*Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. **Muchas gracias y que Dios los bendiga.***



1. Introducción.

El evento adverso es un hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica o dental, que produce una lesión física, psicológica grave, el riesgo de sufrirlas a futuro o en casos más graves la muerte del paciente. El enfoque sobre los eventos adversos parte de una premisa básica, el ser humano es falible y los errores deben esperarse y son inevitables, aún en las mejores organizaciones y en los individuos más capaces, incluyendo a todos los niveles directivos, teniendo su origen no tanto en la perversidad de la conducta humana, sino más bien en el fluir de los procesos que son siempre interacciones entre humanos. Los errores son tratados como consecuencias y no como causas. Cuando en evento adverso ocurre, el punto importante no es quien lo cometió, sino como y cuales defensas fallaron.

Sin un detallado análisis de los accidentes, incidentes de error reconocidos o de las casi equivocaciones no tenemos posibilidad de llegar a tener una visión de los posibles eventos adversos que ofrecen los procedimientos, por ello es necesario incrementar la cultura del reporte del error médico, contar con un sistema confiable, y establecer las estrategias estadísticas para el análisis y control. El error médico tiene a mi entender tres fuentes principales, una el simple azar que se entretiene en crear situaciones inesperadas, la otra es la ignorancia personal o institucional y la tercera la irresponsabilidad. El conocimiento científico trata de domesticar el azar mediante los resultados de la observación y de la investigación y el registro de las mismas para hacerlos accesibles a la comunidad médica. Es cierto que el conocimiento reduce lo inesperado. La falta de control de las premisas para la toma de decisiones puede conducirnos a un diagnóstico equivocado, a un tratamiento no efectivo o a un evento adverso; la infalibilidad en el acto odontológico es muy vulnerable.



El presente trabajo pretende crear conciencia entre los profesionales de la salud y las instituciones formadoras de odontólogos, acerca del riesgo de pérdida de credibilidad ante la sociedad de nuestro ejercicio profesional, así como informar de las principales causas de inconformidad de los pacientes derivadas de la ausencia de aplicación de preceptos éticos.

Crear conciencia de que debemos de conocer las normas y leyes que nos rigen y también evitar creer que estamos exentos de riesgos , que nos quitemos la venda de los ojos y sigamos creyendo que la materia de ortodoncia es una materia libre de riesgos, que los eventos adversos como ingestión y aspiración son de lo más frecuentes en esta materia , pero que es posible disminuirlos conforme vamos conociendo de ellos, que existen medidas de prevención y en caso que nos ocurran saber como actuar de manera correcta y sobre todo no comprometer la vida de nuestros pacientes.

El odontólogo como parte inherente a su profesión, tiene un compromiso ante el paciente y ante la sociedad. Por ello, debe estar bien preparado para prevenir un error, evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente para prevenir sus consecuencias, evitar daños secundarios, secuelas o la muerte de un paciente. Son requisitos indispensables en su práctica: una preparación adecuada, una actualización permanente, un acto odontológico realizado conforme a los procedimientos y conocimientos vigentes, con decisiones basadas en criterios sustentados por evidencias y, dentro de lo factible, por una amplia experiencia.



2. Propósitos.

Hacer un estudio el cual le sirva a estudiantes y profesionales de la salud , para conocer sobre el manejo de los eventos adversos en ortodoncia, sus implicaciones legales, así como impulsar una nueva cultura en relación con la seguridad y responsabilidad que tenemos como odontólogos y hacer ver que no estamos exentos de riesgos, pero que existen ciertas medidas que nos ayudan a no ser tan susceptibles.

3. Objetivos.

Conocer que es un evento adverso, identificar los factores de riesgo en la materia de ortodoncia, maneras de prevención, así como sus implicaciones legales.

Eventos adversos en ortodoncia.

1. Antecedentes de eventos adversos.

El reconocimiento de los errores que se producen durante la asistencia médica y dental, así como la necesidad de mejorar la calidad en las prestaciones de servicios, es una antigua preocupación que se observa a lo largo de toda la historia de la medicina.¹

Pero es hasta 1999, cuando el Instituto de Medicina de EE UU publicó en el informe "To Err is Human", en el cual se trataba de construir un sistema de salud más seguro, dando nacimiento a un nuevo capítulo de la mejora de calidad en salud, referido al error médico y a la seguridad del paciente. A partir de este informe se han realizado varios programas que han variado de lugar en lugar, sin embargo los puntos en los que coinciden son: introducir cambios en los procesos que permitan disminuir los errores, realizar medidas objetivas de indicadores representativos de los procesos y a cambiar la cultura de la organización hacia un nuevo paradigma de prevención del error y a la denuncia espontánea no punitiva de los mismos. Las conclusiones de este



estudio fueron que más gente moría debido a eventos adversos y errores médicos que de accidentes automovilísticos, cáncer de mama y de SIDA.¹

Existen varios autores que a partir de este informe mencionan lo siguiente: Kohn y Corrigan: “la falla en una acción planeada para ser completada como se intentó o el uso de un plan inadecuado para obtener un resultado”; Weingard: “una falla ocurrida de manera inadvertida, o un evento no buscado en el servicio de salud que puede o no resultar en daño al paciente”; Grober y Bohren proponen una definición más pragmática: “un acto de omisión o comisión en la planeación o ejecución que contribuye o puede contribuir a un resultado no intentado”.²

Cada año se establecen nuevas acciones que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar y prevenir los eventos adversos en la práctica de la odontología.

En México existen dos sistemas de Reporte de Errores, uno desarrollado en la administración previa a través de la Oficina del Subsecretario de Innovación y Calidad y otra en la CONAMED. Ambos son sistemas informáticos de reporte anónimo publicados en páginas web oficiales; la primera se refiere específicamente a eventos centinela y la segunda es incluyente a todos los errores médicos. Para proponer el rediseño de métodos, procedimientos o protocolos, pero en especial, mejorar la práctica de los profesionales de salud del país y la seguridad de los pacientes.²



En años recientes, la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico vino a dar un giro importante en la atención de estos problemas. La posibilidad de que una queja fuera analizada por médicos especialistas, con un procedimiento protocolizado, con metodología científica y la posibilidad de promover una conciliación entre las partes en conflicto, ha permitido resolver la mayor parte de las quejas presentadas.³

En la actualidad se cuenta con la *Carta de los derechos de los pacientes*, que permite que el médico tenga conciencia de sus compromisos ante ellos, y la *Carta de los derechos de los médicos*, que permite a los pacientes y a sus familiares, conocer hasta donde está obligado un médico al prestar sus servicios. Dentro de los Derechos de los médicos, propuestos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se considera al odontólogo como un ser falible, en términos de “que se reconozca su falibilidad como humano que es, en los aspectos inherentes a su profesión”.³

1.1. Concepto evento adverso.

El evento adverso es un hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica o dental, que produce una lesión física, psicológica grave, el riesgo de sufrirlas a futuro o en casos más graves la muerte del paciente.³

De acuerdo con la definición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), los eventos adversos son incidentes inesperados y no deseados, asociados directamente con la provisión del servicio al paciente y que pueden originar lesiones, discapacidad o muerte del paciente. Estos eventos adversos pueden ser prevenibles o no prevenibles; los primeros se conocen como errores médicos.⁴



Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios e intolerancia a medicamentos, reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, escaras por presión, ingestión o aspiración de objetos extraños en la unidad dental y dehiscencia de heridas quirúrgicas.³

El evento adverso evitable se da en presencia de un error asociado. Es decir, es necesario establecer cuál fue el evento adverso: cuál fue el error y la relación causal entre este y aquel.⁵

1.1.1. Causas de los eventos adversos.

En atención a sus causas, los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables; cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error.

Generalmente los eventos adversos se dan por dos tipos de causas una es las fallas en la estructura de nuestro ambiente de trabajo y la otra causa es fallas en el proceso a realizar.

Las fallas en la estructura pueden ser las siguientes: deficiencias en el entorno: factores ambientales, diseño arquitectónico inadecuado, diseño de servicios inseguros, equipo insuficiente, fallas en el equipo, mantenimiento insuficiente, personal insuficiente, deficiente capacitación del personal, medicamentos insuficientes o de mala calidad (Imagen 1)³.



Imagen 1. Fallas en la estructura.¹

Las fallas en el proceso pueden ser causadas por los siguientes factores : diseño organizacional inadecuado, deficiencias en los sistemas, procesos no estandarizados, deficiencias en la coordinación del personal, deficiencias en la comunicación entre el personal, deficiente comunicación con la familia, deficiente comunicación con el paciente, falta de supervisión, vigilancia no profesional o insuficiente, presencia de personal extraño, identificación deficiente del paciente, relación odontólogo-paciente deficiente, registros deficientes en el expediente clínico, disponibilidad de información insuficiente, riesgos del procedimiento, medidas de seguridad insuficientes, competencia profesional insuficiente, carencia de guías clínicas, razonamiento clínico inadecuado, criterios clínicos incorrectos, conocimientos médicos no actualizados, falta de experiencia, fatiga, prisa, exceso de confianza, falta de conciencia de los riesgos, falta de aceptación de las limitaciones propias, factores inherentes al paciente, falta de información, desconocimiento de sus problemas, participación insuficiente del paciente y la familia, intolerancia a medicamentos o material de curación, alergia no conocida a medicamentos, idiosincrasia a medicamentos, negativa a colaborar en su atención (Imagen 2)³.



Imagen 2 .Fallas en el proceso .²

1.1.2. Prevención de los eventos adversos.

Ahora bien, ¿cómo podemos protegernos de los eventos adversos?

El enfoque principal en la prevención de los eventos adversos se ubica en la identificación, prevención y control de los riesgos capaces de ocasionarlos.

A menudo los factores de riesgo que incrementan la incidencia de los eventos adversos son: el número de personas involucradas en el proceso, la complejidad de los procesos, si existe una comunicación insuficiente, cuando existe una delegación sucesiva de la responsabilidad, autoridad excesiva del responsable del proceso, o cuando existen inercias y a la falta de iluminación en el taller (Imagen 3)³.



Imagen 3 . Factores que incrementan el riesgo de los eventos adversos.³

Así como existen factores que incrementan los riesgos, también existen factores que nos ayudan a disminuir los riesgos y prevenir los eventos adversos, estos son: que el personal tenga competencia profesional, estandarización de los procesos, reconocimiento de los logros, identificar al responsable para prevenir cada riesgo, elaborar guías clínicas, actualización en los conocimientos médicos vigentes, sus destrezas, su experiencia, así como el desarrollo de un razonamiento clínico escrupuloso, buscando y utilizando las evidencias disponibles (Imagen 4).



Imagen 4 . Factores que disminuyen los riesgos de eventos adversos.⁴



Los registros en el expediente clínico son, además, el medio de comunicación por excelencia para otorgar una atención coordinada con otros médicos que tengan que intervenir en la atención de un paciente; para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica. El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas.³

1.1.3. Error médico.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) define el error médico como “una falla en la consecución de un resultado en salud o bien el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo.” Los errores médicos pueden conducir a eventos adversos prevenibles, que se definen como “los daños causados al paciente por un procedimiento médico cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención.”⁴

El error médico es la lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada por un error y no por la patología de base.⁵

Otra definición de error médico es la conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.³

Hay una gran cantidad de términos utilizados como sinónimos, que en parte evitan la carga de responsabilidad o culpabilidad que frecuentemente se asocia al término error médico: reacciones adversas, complicaciones del cuidado, eventos adversos, eventos adversos prevenibles, eventos adversos potenciales, eventos centinela, eventos serios reportables, consecuencias no intencionales, resultados no terapéuticos, evento desfavorable.⁶



Tradicionalmente los eventos adversos prevenibles (errores médicos) se han relacionado con la prescripción y administración equivocada de medicamentos o con incidencias quirúrgicas, como puede ser la amputación de un miembro distinto al originalmente planeado. Sin embargo, la lista de eventos adversos es un poco más extensa e incluye las siguientes condiciones: errores diagnósticos, fallas en equipos o tecnologías médicas, infecciones adquiridas en el lugar del tratamiento, daños ocasionados por transfusiones.⁴

Si bien los actuales estándares de acreditación del Ministerio de Salud se refieren al registro y evaluación de los eventos adversos, no se menciona nada sobre la comunicación de éstos al paciente o su familia.⁶

La actitud del médico frente al error médico se ha ido modificando, pero aún hay una gran resistencia a reconocer errores, estos se justifican con argumentos sobre la incerteza en medicina, las limitaciones humanas, las características de las enfermedades y de los pacientes, los problemas de la organización, fatiga y problemas personales.

Mizrahi, cita tres mecanismos para defender el error médico: la negación, el descontar y el distanciamiento. Con la negación se define la práctica de la medicina como un arte de áreas grises, en que los errores no son errores. El descontar considera la atribución de responsabilidades a factores externos o circunstancias fuera de control como la enfermedad o los pacientes mismos, esto se da especialmente en los casos en que el paciente pertenece a algún grupo tradicionalmente estereotipado negativamente, como los pacientes con problemas de abuso de drogas o los portadores de enfermedades como SIDA. Cuando los errores no pueden ser negados ni descontados se usan técnicas de distanciamiento como "todos cometemos errores", "no era posible de prever".⁶



A pesar de que la mayoría de los médicos reconoce un hipotético error, una minoría de ellos está dispuesto a entregar detalles a su paciente acerca de éste; sobre todo si es un error poco aparente y de un efecto trivial. El temor de las demandas, la amenaza a su prestigio, sentirse avergonzado o no saber cómo efectivamente informar a los pacientes puede influir en el silencio de los médicos sobre sus errores.⁶

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo de que aun con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena práctica médica, se presente un evento adverso no previsible, no prevenible o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo.³

La mayoría de nosotros nos enfrentamos personalmente más de alguna vez a los errores médicos tanto desde el lado de ser profesional, como estando del lado de ser paciente. Nos damos cuenta de los errores retrospectivamente, pero al momento de cometerlos, no somos conscientes de estarlo produciendo. La apreciación del error es histórica, podemos prevenir o disminuir su frecuencia, pero nunca dejaremos de cometerlos.⁶

Los errores se pueden clasificar como errores por acción o errores por omisión, que estos a su vez se pueden clasificar en errores de planeación y errores de ejecución como se muestra en la siguiente tabla 1.



	ERRORES DE PLANEACIÓN	ERRORES DE EJECUCIÓN
ERRORES POR ACCIÓN	El proceso de atención contempla actividades que no se deben realizar. Por ejemplo: reuso de insumos donde la evidencia indica que genera riesgo.	Se ejecutan acciones que no se deben realizar y no están previstas en los procesos. Por ejemplo: la administración de un medicamento o una dosis mayor a las dosis establecidas en las guías clínicas o en las guías farmacoterapéuticas.
ERRORES POR OMISIÓN	El proceso de atención no contempla actividades que se deben realizar. Por ejemplo: el proceso de administración de medicamentos no contempla la verificación por farmacia o por enfermería.	Se omiten acciones que se deben realizar y están previstas en los procesos. Por ejemplo: se omite el protocolo de anticoagulación en pacientes con reposos prolongados (postoperatorio de reemplazo de cadera), cuando la guía contempla su realización.

Tabla 1. Categorías de los errores.⁵

Los errores en la atención odontológica por la aplicación de un criterio incorrecto, pueden conducir a situaciones diferentes como: por una parte, que el error haya alterado en forma negativa la historia natural de la enfermedad, haya afectado negativamente el resultado de la atención y, por lo tanto, haya dado lugar a un evento adverso. Por otra parte, la mayoría de las veces los errores en el proceso no son identificados, como consecuencia de no haber dado lugar a un evento adverso; en tal caso, casi nunca existe evidencia del error.³

Debe considerarse que existen factores determinantes que nos exponen al riesgo de presentación de un error médico que da lugar a un evento adverso y a una sanción laboral o legal como las siguientes situaciones : actuar sin saber (carecer del diploma de especialista), actuar sin estar autorizado (carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones), hacer lo que no se sabe que no se debe hacer (ignorancia), no



hacer lo que se sabe que se debe hacer (negligencia), hacer lo que se sabe que no se debe hacer (dolo).

No se justifica los errores médicos derivados de ignorancia, impericia, imprudencia, negligencia, falta de experiencia o exceso de confianza. El paciente no tiene por que asumir los costos de la curva de aprendizaje de los médicos ni, aún menos, la mala práctica.

En la literatura podemos observar que consideran a los errores como parte del proceso médico, con un enfoque sistémico, cuya vigilancia y reconocimiento es fundamental en la mejoría de la calidad y la seguridad del paciente hospitalizado. Desde la ética, el nuevo paradigma de informar errores está muy establecido pero el marco legal no es tan claro, aunque internacionalmente hay cambios al respecto. Se describen algunas recomendaciones para asumir la situación frente a los pacientes y entender sus reacciones. Se espera una mayor transparencia en la información a futuro.⁶

1.1.4. Eventos adversos sin error médico.

Hasta ahora se han mencionado los eventos adversos como consecuencia del “error médico”, sin embargo, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que se presenten eventos adversos en el proceso de atención, no ocasionados por un error médico.

Se define como eventos adversos sin error médico a la lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error y ni por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.⁵



Los eventos adversos no evitables (sin error médico) son aquellos sobre los que el conocimiento científico actual no tiene la capacidad de intervención. De manera que los eventos adversos no evitables son campo de acción de la investigación científica y los desarrollos tecnológicos

Los eventos adversos sin error médico pueden presentarse mediante las siguientes posibilidades: sería de esperarse que en ausencia de error médico, el resultado de la atención fuera el esperado y que ésta hubiera estado libre de eventos adversos, situación que no siempre ocurre, concluyéndose que los eventos adversos pueden ocurrir precedidos o no por error médico. Que el error médico haya existido y no hubiera sido identificado, en tales casos no queda constancia del error y “oficialmente no existió el error”. Esta circunstancia ha sido denominada como “cuasi falla” y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso. O que el evento adverso hubiera ocurrido por causas diferentes a un error médico, como consecuencia de la variabilidad biológica de los humanos, fallas en los equipos, en el mantenimiento, en la organización, en la comunicación con el paciente y familiares, accidentes en la coordinación, en la capacitación del personal.

A pesar de lo anterior, el odontólogo es el responsable de prevenirlos, evitarlos, identificarlos con oportunidad y limitar el daño que pudieran producir al paciente, si queremos garantizar una atención médica con calidad, segura y respeto del principio ético de beneficencia.⁵

2. Eventos adversos en ortodoncia.

Los eventos adversos en la asistencia sanitaria no son fácilmente conceptualizables en un primer momento.



Evento adverso es una lesión o complicación que resulta en incapacidad, muerte, prolongación de la estancia hospitalaria o que necesita cuidados sanitarios adicionales y es causada por la asistencia sanitaria.

El concepto de evento adverso está íntimamente ligado al de riesgo asistencial, que incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. El efecto adverso comprende hechos como sucesos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, efectos adversos de medicamentos, negligencias y litigios.

Tiene dos componentes fundamentales: proceso (cómo ocurre) y resultado (cuál es su consecuencia). Dependiendo de ambos elementos nos podemos encontrar con efectos diferentes: incidentes (hechos que no descubiertos o corregidos a tiempo pueden implicar problemas para el paciente) o accidentes (suceso imprevisto e inesperado que produce daño al paciente).⁷

Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente, sin errores.

La máxima seguridad del paciente se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los evitables, así como la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Por ello parece necesario promover e impulsar una nueva cultura en relación con la seguridad y la responsabilidad que tenemos con nuestros pacientes en el ámbito dental.⁷



Dentro de la práctica de la odontología se pueden producir complicaciones tales como: daño físico por caída de instrumentos, ingestión de cuerpos extraños y aspiración de cuerpos extraños. La ingestión o aspiración de un cuerpo extraño, es un evento adverso de gran relevancia debido a su frecuencia y al compromiso vital que con lleva. La ingestión y aspiración de cuerpos extraños en odontología son accidentes relativamente frecuentes y fácilmente evitables. Dentro de estos sucesos es más común la ingestión que la aspiración, y la especialidad odontológica que más accidentes registra es la de prótesis fija (Tabla 2) ⁸.

	ASPIRACIÓN	INGESTIÓN
Limas de endodoncia	1	57
Tiranervios		27
Fresas		125
Coronas temporales	5	15
Prótesis	27	136
Banda de matriz		14
Amalgama	2	17
Poste atornillado	3	9
Diente extraído		7
Bracket de ortodoncia		8
Incrustación tipo Inlay	7	49
TOTAL	44	464

Tabla 2 . Casuística de la ingestión y aspiración en odontología.⁶

La ingestión es mucho más frecuente que la aspiración, debido al reflejo de deglución que tiene el paciente ante la caída de un objeto extraño en la cavidad oral, y sus complicaciones son menos graves que en el caso de la aspiración.



En el caso de las aspiraciones será siempre necesaria una intervención médico-quirúrgica, mientras que en el de las ingestiones es importante valorar el tipo de objeto y su posición para determinar la actitud a seguir. En la siguiente tabla se muestra la casuística de los tratamientos pos aspiración e

	Aspiración de instrumento no endodóntico	Aspiración de instrumento endodóntico	Ingestión de instrumento endodóntico	Ingestión de instrumento no endodóntico
Sin hospitalización	0	0	237	61
Con hospitalización pero sin intervención	0	0	94	21
Con hospitalización e intervención	43	1	37	14
Subtotal	43	1	368	96
TOTAL	44		454	

ingestión en pacientes de odontología (tabla 3) . En el tratamiento de estos accidentes el principio que debe seguirse es el de su prevención utilizando distintos dispositivos de barrera.⁸

Tabla 3 . Casuística de la hospitalización de pacientes por ingestión /aspiración en odontología (2007).⁶

Algunos autores establecen que existen ciertos factores que hacen aumentar la posibilidad de estos accidentes: por la edad (por la disminución de los reflejos en los pacientes mayores), si los pacientes presentan ciertas condiciones médicas (Parkinson, demencia o accidente cerebro-vascular, etc.), o si usamos anestésicos generales así como estados de conciencia alterados por los mismos. Sin embargo, también existen otros autores que



afirman que estos factores no necesariamente tienen por qué influir en estos accidentes.⁷

Los cuerpos extraños que pueden ser aspirados o ingeridos durante el tratamiento dental son de muy variada naturaleza: dientes, restauraciones, materiales de restauración, partes de implantes, clamps, gasas, materiales de impresión, fresas, limas, llaves de ortodoncia⁸(Imagen 5).



Imagen 5 . Cuerpos extraños o ingeridos en tratamientos dentales.⁷

Para ser capaces de actuar correctamente ante los casos de ingestiones o aspiraciones es fundamental conocer la sintomatología y consecuencias que pueden acarrear. Sin embargo, es cierto que el mejor tratamiento es, sin duda, alguna la prevención.

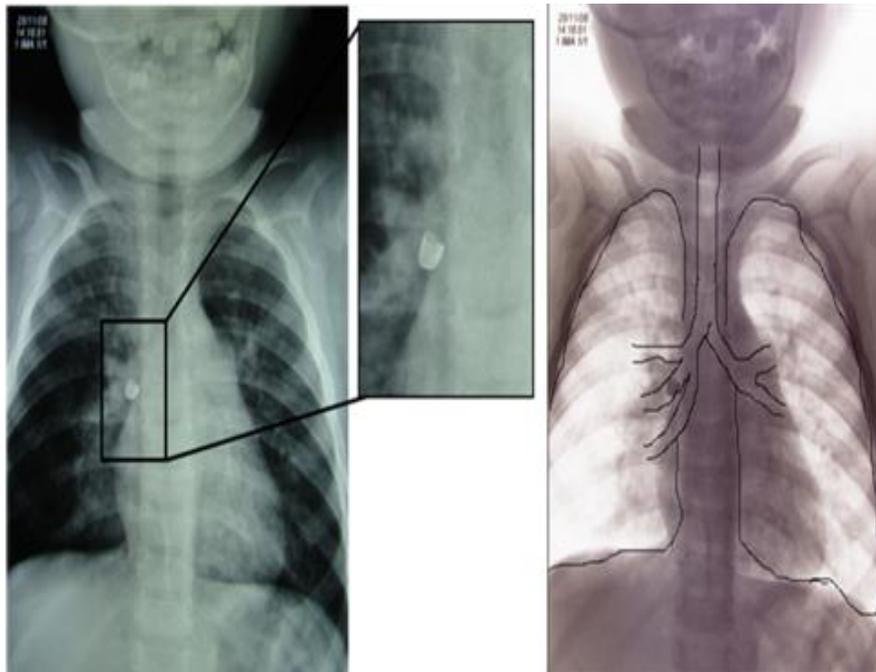
Ante cualquiera de estos eventos adversos, lo primero que se ha de hacer es tranquilizar al paciente y remitirlo al hospital más cercano. Una vez allí y antes



de realizar cualquier procedimiento, se debe hacer el diagnóstico diferencial entre aspiración e ingestión.⁸

2.1. Aspiración.

La aspiración de cuerpos extraños es el paso accidental de éstos a las vías aéreas (Radiografía 1). En los adultos es más frecuente que vayan al bronquio o al lóbulo inferior del pulmón derecho por su disposición anatómica, mientras que en los niños es más frecuente que lo hagan hacia el pulmón izquierdo.⁸



Radiografía 1. Aspiración de corona metálica.⁸

2.1.1. Síntomas.

Los síntomas que nos harán sospechar de la aspiración de un cuerpo extraño son: ahogamiento, arcadas, dolor respiratorio, tos, estridor inspiratorio, cianosis, disminución o ausencia de la entrada de aire, jadeos o silbidos, palidez, movimientos de pecho asimétricos, desplazamiento de la tráquea.



Ante la aparición de estos signos se debe actuar con la mayor brevedad posible para así evitar posibles consecuencias, que se pueden clasificar en: inmediatas, tempranas y tardías. Las inmediatas son cuando se produce una obstrucción de las vías aéreas, las tempranas son cuando se produce una hipoventilación del segmento distal del pulmón que puede llevar a una hipoxia y las tardías son cuando se produce una infección en forma de absceso o neumonía, o una bronquiectasia.⁸

2.1.2. Tratamiento.

En el tratamiento a seguir en caso de aspiración en el sillón dental es el siguiente: primero debemos tranquilizar al paciente, valorar la aspiración, realización de maniobras no invasivas como hacer que el paciente tosa, si es un paciente infantil realizar golpes interescapulares, maniobra de Heimlich, realizar compresiones abdominales o en el pecho en caso de tratarse de mujeres embarazadas o pacientes obesos, coger el objeto con los dedos si el sujeto está inconsciente y el objeto se encuentra en la cavidad oral, si estamos capacitados podemos realizar una traqueotomía o coniotomía si el objeto obstruye totalmente las vías aéreas y si el objeto no obstruye completamente las vías aéreas podemos realizar un drenaje postural ,también podemos realizar percusión de tórax o en su defecto podemos administrar broncodilatadores.⁸

En todo caso que no logremos tener éxito debemos llamar al hospital más cercano y pedir un traslado de emergencia en ambulancia, en el hospital deberán de realizar los siguientes procedimientos: se deberá realizar una endoscopia urgente o bien otras técnicas quirúrgicas.



2.2. Ingestión.

El paso de objetos extraños al tracto digestivo, pese a no implicar tantas complicaciones como la aspiración debe asimismo ser diagnosticado a tiempo⁸(Radiografía 2 y radiografía 3).



Radiografía 2. Ingestión péndulo ortodoncia.⁹



Radiografía 3. Ingestión de llave de activación de ortodoncia.¹⁰

Los objetos más frecuentemente ingeridos por los niños son monedas, agujas, alfileres, pilas de botón, partes de juguetes y canicas, siendo menos frecuente en la infancia los huesos de pollo y espinas de pescado. Cuando el cuerpo



extraño ingerido es cortante o puntiagudo, además de que su extracción puede plantear problemas por esta circunstancia, tiene un riesgo mayor de producir alguna perforación en el tubo digestivo.⁹

Las pilas de botón se encuentran en gran cantidad de elementos de uso habitual, como relojes, cámaras fotográficas, juguetes, etc. Contienen mercurio, cinc, óxido de plata, litio y a veces hidróxido sódico o potásico. Si la pila se abre puede liberarse material tóxico o muy corrosivo, que podría ocasionar necrosis de la mucosa. Además podrían producir lesiones por decúbito o quemaduras eléctricas de bajo voltaje. La extracción endoscópica se intenta en el 25-85% de los casos según las distintas publicaciones y tiene éxito en hasta el 99% de las veces.⁹

2.2.1. Síntomas.

Los signos y síntomas generales que se pueden detectar en caso de ingestión son: tos, náuseas, dolor de garganta, sensación de cuerpo extraño, disfagia pero no disnea.

Así como tenemos complicaciones generales, también podemos describir complicaciones específicas y estas van a depender según la localización del cuerpo extraño, que pueden ser en los siguientes lugares: en esófago o en el tracto gastrointestinal.⁸

-Cuerpo extraño en esófago

Cuando el cuerpo está alojado en el esófago puede producir dolor retrosternal, disfagia aguda, estenosis esofágica (radiografía 4), onicofagia, regurgitación o sialorrea, esofagitis ulcerativa, mediastinitis, esclerosis cicatriciales, fístulas o la perforación de vasos sanguíneos.¹⁰



Radiografía 4. Estenosis esofágica.¹¹

Si se produce una perforación esofágica, podría aparecer enfisema subcutáneo y fiebre, e incluso un cuadro séptico. En niños pequeños puede haber estridor, tos y anorexia.⁹

Un porcentaje considerable de cuerpos extraños (alrededor de 20%) queda alojado en el esófago, con el consiguiente riesgo de aspiración, perforación o fístulas a la tráquea o aorta y sus consecuencias. Por este motivo, estos objetos deben ser extraídos en todos los casos, habitualmente en menos de 12 horas tras su ingesta.

-Cuerpo extraño en tracto gastrointestinal.

Aunque la gran mayoría de los objetos ingeridos pasan satisfactoriamente por el tracto gastrointestinal (hasta el 99%) en torno a un 1% presenta



complicaciones. Si el objeto es menor de 6 cm de largo y 2 cm de diámetro suele pasar espontáneamente a través del píloro y la válvula íliofecal.

La mayoría de los objetos se encuentran en el estómago (60%) en el momento del diagnóstico. En niños mayores, objetos de menos de 2 cm de anchura y hasta 5 cm de longitud pueden salir del estómago sin plantear problemas. En niños pequeños y lactantes, el límite de la longitud es de 3 cm. Es recomendable extraer aquellos de tamaño superior al referido, así como los punzantes y/o cortantes.⁹

Las complicaciones generales que pueden surgir cuando un objeto extraño se encuentra en el tramo gastrointestinal son las siguientes: obstrucciones, perforaciones, abscesos, hemorragias, fístulas y laceraciones gástricas.

Las laceraciones gástricas se producen por ingestión de instrumentos grandes y son muy importantes de valorar porque pueden desembocar en mediastinitis, neumotórax o neumopericardio.

La perforación puede producirse bien por penetración del objeto por sí mismo o por la necrosis por presión producida por un emplazamiento prolongado. Los factores predisponentes que hacen aumentar el riesgo de que suceda son: malformaciones congénitas del intestino, pacientes con cirugías previas del tracto gastrointestinal, enfermedades inflamatorias del intestino, tumores, hernias y adhesiones, o estrechamientos anatómicos. Los objetos que quedan alojados en el estómago dan pocos síntomas, excepto en los casos poco frecuentes en que se produce una perforación o erosión de la cavidad gástrica.⁸

Los objetos que se quedan alojados en el duodeno pueden dar la aparición de un cuadro oclusivo o un cuadro seudooclusivo. Se debe estar pues atento a la



aparición en los días consecutivos de dolor abdominal o sangre en las heces que son indicativos de perforación, impactación u obstrucción intestinal.

2.2.2. Tratamiento.

El tratamiento a seguir en caso de ingesta de algún cuerpo extraño en el sillón dental es el siguiente: primero debemos tranquilizar al paciente, después debemos valorar el grado de urgencia de la situación, dependiendo de la forma y tamaño del objeto deglutido, en cualquiera que sea el caso debemos remitir al paciente a un hospital para que realicen un diagnóstico y un posible tratamiento.⁸

En el hospital deberán realizar lo siguiente: primero deberán valorar mediante radiografía la posición del objeto ingerido, si la posición y las características son favorables generalmente solo se espera a que el paciente desaloje el cuerpo extraño.

– Cuerpo extraño en esófago:

En caso de encontrarse un cuerpo extraño en esófago como una moneda, baterías, pilas, objetos punzocortantes o carne las medidas que debemos tomar son las siguientes: cuando el paciente ingirió carne o una moneda de menos de 2 cm podemos mantenerlo en observación por un período de hasta 24 horas, permitiéndose régimen líquido, si el paciente se encuentra sintomático debe procederse a la extracción endoscópica inmediata y si la moneda es de más de 2 cm de diámetro, también debe extraerse precozmente, dado que la probabilidad de que migre espontáneamente es menor. Si el paciente ingirió baterías, pilas o un objeto punzocortante se debe realizar una extracción inmediata.¹¹

– Cuerpo extraño en estómago y duodeno:



En caso de encontrarse un cuerpo extraño en estómago o duodeno como una moneda, baterías, pilas u objetos punzocortantes las medidas que debemos tomar son las siguientes: cuando el paciente ingirió una moneda el

paciente se mantiene en observación por un período de hasta 4 semanas, se permite régimen común y deben observarse las deposiciones a fin de detectar la eliminación del cuerpo extraño, se recomienda control radiológico cada 7 o 10 días y si el objeto no ha tenido progresión mas alla del duodeno en este tiempo se recomienda la extracción endoscópica.

Si el paciente ingirió baterías o pilas, se mantiene en observación por un período de hasta 48 horas, debe permitirse régimen común. Si el paciente ingirió un objeto punzocortante de más de 5 cm de longitud o de más de 2 cm de diámetro, deben extraerse endoscópicamente, debido a la menor probabilidad de que migren en forma espontánea.¹¹

– *Cuerpo extraño en yeyuno o íleo:*

Frente a esta situación debe considerarse que el paso de un objeto a través del píloro prácticamente asegura su progresión a lo largo del resto del tubo digestivo, hasta su eliminación. Sin embargo, la aparición de síntomas (obstrucción o perforación) frente a la ingestión de cualquier objeto o la inmovilidad de una pila por 5 días obliga considerar resolución quirúrgica.

– *Cuerpo extraño en colon y recto:*

Si el objeto es romo y pequeño debe observarse. Si por el contrario, es grande o filoso, debe extraerse valiéndose de un sigmoidoscopio, anoscopio o espéculo.¹¹



También se puede realizar una extracción con tubo orogástrico con un imán bajo control radiográfico si el objeto tiene alto contenido en hierro y se encuentra en el tracto gastro-intestinal alto.

Otras medidas de apoyo mientras el paciente se encuentre hospitalizado y con controles radiográficos diarios, es el de una dieta rica en fibra que facilite la deposición del objeto.¹²

Existen ciertos materiales como los de impresión o algunos materiales de restauración que al no ser radiopacos precisan de otras técnicas como la fluoroscopia.

La ingestión de cuerpos extraños constituye la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría y puede considerarse un problema de salud pública.

Dentro de la edad pediátrica la mayor incidencia se observa en niños menores de 5 años. Dentro de la edad pediátrica la mayor incidencia se observa en niños menores de 5 años.

Un diagnóstico rápido y el tratamiento, si es necesario, disminuye la morbilidad y la estancia en un centro hospitalario.

Del total de cuerpos extraños ingeridos, se calcula que alrededor del 80% son eliminados espontáneamente por las heces ya que pasan sin dificultad por el tracto digestivo.

A pesar de ello, algunos autores han publicado que hasta en el 60% de las ocasiones los padres no detectan la eliminación del objeto extraño. Según las distintas series publicadas, la extracción mediante endoscopio se realiza



en alrededor del 19% de los casos, y solamente sería necesaria la extracción quirúrgica en el 1% de las ocasiones. El riesgo asociado a la ingestión de un cuerpo extraño depende de su tamaño, su forma, de dónde queda localizado y de su composición.⁹

2.3. Prevención.

La prevención de los eventos adversos por ingestión/aspiración de cuerpos extraños en Odontología a ser el pilar fundamental desde la perspectiva de la seguridad del paciente por lo que resulta imprescindible una buena enseñanza tanto teórica como práctica de métodos barrera: dique de goma, pantallas de gasa en la garganta y ligaduras de seda para poder traccionar de los instrumentos⁸(imagen 6).

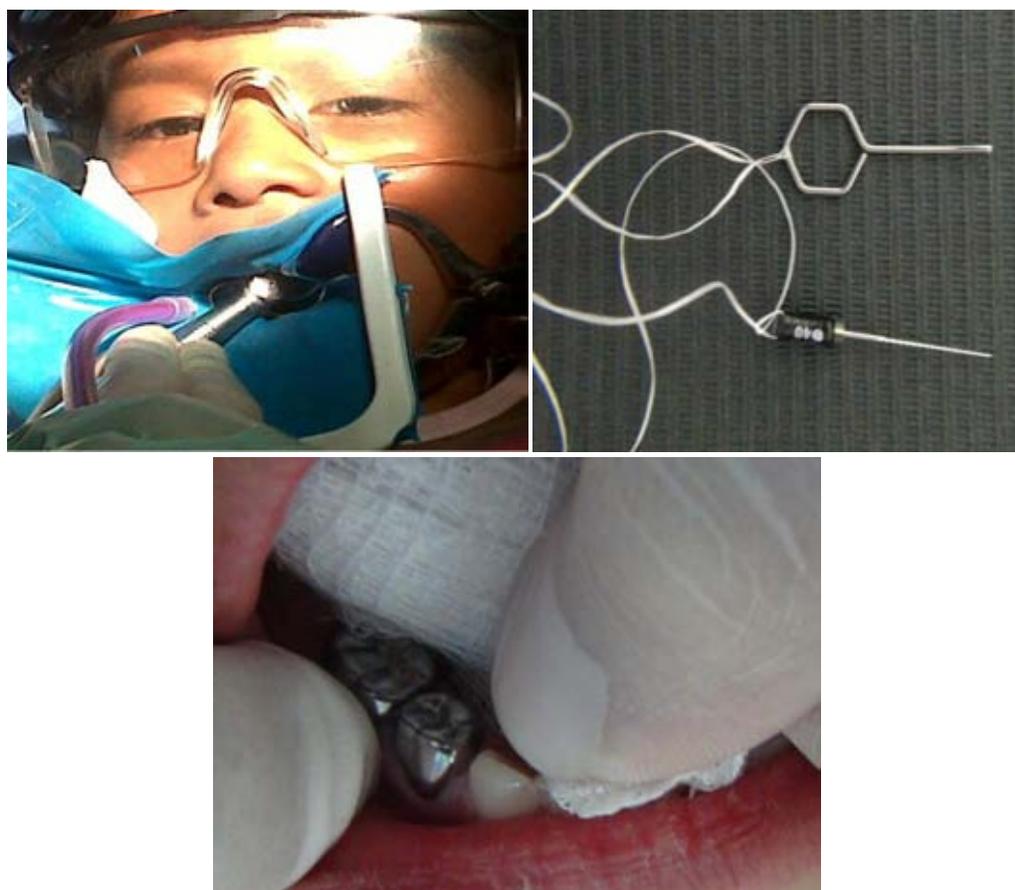


Imagen 6 . Métodos de prevención.¹⁰



El dique de goma introducido por C. Barnum en 1971, sigue siendo el método barrera más efectivo y sencillo, tanto que desde 1994 está protocolizado su uso en tratamientos de conductos como medida mínima de seguridad del paciente.

A pesar de su efectividad, un estudio de Sawinski et al (1967) reveló que los dentistas raramente lo utilizaban para procedimientos restauradores, aunque 3 de cada 4 afirmaban utilizarlo en endodoncias.⁸

Las razones que argumentaron los dentistas para no utilizarlo en una encuesta realizada por Tiwana et al (2004) fueron: mala aceptación por parte del paciente, tiempo requerido para su colocación, aumento del costo del tratamiento pese a la actual tendencia a la baja de las tarifas, entrenamiento insuficiente, dificultades en su uso.⁸

Todos estos motivos son en realidad más mitos que razones basadas en la evidencia y deben superarse mediante una correcta enseñanza y entrenamiento, así como en la concienciación por parte de los profesionales para que lo acepten como una ventaja más que un inconveniente.

Las ventajas demostradas del uso del dique son: control de la infección cruzada, protección de los tejidos blandos y de la ingestión y aspiración de cuerpos extraños, mejora del tratamiento, mejor acceso al campo operatorio, mejor visibilidad y campo seco, mejor trabajo a 4 manos, disminución del fluido de líquidos a la cavidad oral, disminución de la conversación y fomento de la



apertura de la boca. Además es importante recalcar que existe evidencia directa de que el dique aumenta el éxito del tratamiento.⁸

3. La ética, un problema para el odontólogo.

La falta de aplicación de preceptos éticos en el ejercicio de la odontología, así como su ausencia en los currículos de las instituciones formadoras de profesionales de la salud bucal, ha generado mala práctica o deterioro de la imagen del odontólogo ante la sociedad. Tampoco se ha incorporado como parte fundamental en la formación de los recursos humanos que la eligen como medio de subsistencia económica, dejando de lado la responsabilidad que implica el trabajar directamente sobre “naturaleza viva”.¹³

Como tal, debe apegar su conducta no sólo a su inteligencia y voluntad, sino a los valores fundamentales inculcados en la familia y fomentados durante su formación escolar. Durante su ejercicio profesional, los cirujanos dentistas deben afrontar situaciones con un gran contenido ético. En la mayoría de los casos los procedimientos involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas. La manera de aplicar estos criterios se basa tanto en el juicio del especialista como del paciente.

Reforzando esta falta de identidad, la imagen que muchos tienen del dentista es la de aquel que sólo se dedica a “sacar y a tapar muelas”, restándole así todo el carácter científico a su formación.

Ahora bien, sentémonos a reflexionar un poco y meditemos las siguientes preguntas: ¿Cómo nos gustaría que nos vieran nuestros pacientes? ¿Cómo nos gustaría llevar a cabo nuestro trabajo diario? ¿Qué clase de relación nos gustaría tener con nuestros colegas, con otros profesionales de la salud o



con las mismas autoridades sanitarias? ¿Cómo se podría mejorar la atención odontológica en el ámbito institucional?

Para lograr todo lo anterior debemos de conocer términos esenciales como ¿Qué es la bioética?, conocer las instituciones que nos rigen como odontólogos, así como nuestros derechos y deberes.¹³

3.1. Bioética.

La bioética nació de la reunión de la ética médica, con una tradición de más de 2.500 años y el surgimiento de nuevas corrientes filosóficas que poco a poco se infiltraron en el pensamiento médico, pero sobre todo ante la urgencia de plantearse el papel que desempeña el hombre dentro del mundo cada vez más desarrollado y más comunicado.

Desde que surgió esta disciplina en los países más desarrollados del mundo sus raíces son interdisciplinarias, es decir , que se orientan a la resolución de los problemas de diferentes enfoques, no basta la biología para explicar la bioética, habría que realizar el análisis no sólo desde la biología, la medicina, la odontología o desde la reflexión filosófica con la ética que nos habla entre otras cosas, sobre lo bueno y lo malo del actuar del hombre y por ende de la bondad o maldad de ciertas prácticas de salud.

Origen del término bioética

El Dr. Van Rensselaer Potter, (Dakota ,Estados Unidos , 27 de agosto de 1991). Se le atribuye la originalidad de la palabra bioética. La primera vez que fue impresa y por lo tanto dada a conocer al mundo fue en su artículo "Bioethics, the science of survival "Biology and medicine, vol. 14, No. 1, Autumn 1070 ,pp 127 -153. En este artículo habla de que todos nuestros instintos de supervivencia no son suficientes para garantizar la supervivencia de la raza humana, debemos desarrollar la ciencia de supervivencia y ella debe empezar



con un nuevo tipo de ética y eso es precisamente la bioética, así él considera que la humanidad tiene la necesidad urgente de usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento de la calidad de vida.

En la Enciclopedia of Bioethics, la primera en este campo publicada en Estados Unidos en 1978, se define la bioética como: “El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud ,en la medida en que esta conducta se examina la luz de los valores y principios morales”.

Otra definición de Bioética de Teresa Asnariz, filósofa Argentina, nos dice que: “La bioética es el estudio sistemático de los dimensiones morales de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un espacio interdisciplinario”.¹²

3.1.1. Teoría del principalismo.

Cuando se habla de Bioética, es necesario, mencionar esta teoría del principalismo, que en su origen fue formulada por Beauchamp y Childress permitiendo que se simplifique el proceso de discernimiento bioético, convirtiéndolo en un procedimiento para la acción que se consigue aplicando estos principios. Ayudan a formular los problemas, diseñan estrategias de resolución, son medios para el inicio del diálogo en los problemas que abordan la bioética. De manera breve y su cinta se describen a continuación.¹²

3.1.1.1. Autonomía.

Se dice que una persona actúa con autonomía, cuando tiene independencia respecto de controles externos y capacidad para obrar de acuerdo a una elección propia. Viene de “autos” propio y “nomos” leyes.

La autonomía, es el grado de intencionalidad de los actos, la comprensión de ellos y la ausencia de coerciones o limitaciones.



3.1.1.2. No maleficencia.

La no maleficencia es esencialmente la obligación de no dañar intencionalmente, algunos autores lo consideran el más básico y fundamental de la ética médica, una de sus más antiguas versiones, se encontrarían en el precepto hipocrático *primum non nocere* “primero no hacer daño”, parece estar próximo a hacer el bien, por lo tanto la no maleficencia sería un aspecto de la beneficencia.

3.1.1.3. Beneficencia.

Existe una forma de beneficencia llamada positiva, que consiste en proporcionar beneficios, a ella debe sumarse la utilidad que consiste en un balance positivo entre lo negativo, lo positivo es principio de beneficencia.

La tradición médica occidental, ha asignado a ciertos papeles sociales, como el del médico, la obligación de la beneficencia, en el caso de la medicina a ella se traducen buscar el bien al que sufre, sea quien fuere y en cualquier circunstancia.

Se llama paternalismo, a la beneficencia sin autonomía, la cual se ha caracterizado a la medicina occidental desde los escritos hipocráticos.

3.1.1.4. Justicia.

Se define como dar a cada persona según sus necesidades, dar a cada uno según su mérito, tratar a cada uno de la misma forma.

Dentro de la bioética este principio se aplica preferencialmente a las políticas de salud que se emplean para la población, así este principio de justicia en la bioética es de singular trascendencia para el continente Iberoamericano y el mundo en desarrollo, muchas veces la planificación de los servicios de salud, opera con una idea preconcebida de las necesidades de sus usuarios y trata de satisfacerlas en un marco político de toma de decisiones.¹²



4. La odontología en México, contexto legal.

Es el mismo profesional de la salud bucal quien desconoce su ámbito ético legal de responsabilidad, así como la manera en la que se encuentra inmerso en éste. Su compromiso no solamente es con la sociedad, sino que, en primera instancia, con él mismo como ser humano.

Como odontólogos debemos conocer todas las leyes que debemos cumplir, las instituciones que sirven para la conciliación de nuestros problemas legales, así como nuestros deberes y derechos como odontólogos. Las normas y leyes que rigen a los odontólogos mexicanos son los que se muestran en la imagen 7.



Imagen 7. Pirámide de normatividad Mexicana.¹²



4.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

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

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley. Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible.

El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera



inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos.

La autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento. En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa.

La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural. Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.¹⁴



Artículo 5o.- Para el ejercicio de una o varias especialidades, se requiere autorización de la Dirección General de Profesiones, debiendo comprobarse previamente:

1.- Haber obtenido título relativo a una profesión en los términos de esta Ley.

2.- Comprobar, en forma idónea, haber realizado estudios especiales de perfeccionamiento técnico científico, en la ciencia o rama de la ciencia de que se trate.

Artículo 73. El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.¹⁴



4.2. CONAMED.

En México contamos con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), organismo creado en 1996 con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, y para contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en nuestro país. Su producto es el Modelo de Arbitraje Mexicano.¹⁵

La misión de la Comisión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, y representar una alternativa a los medios de impartir justicia.¹³

Las irregularidades con mayor incidencia y frecuencia son, en primer lugar, la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente: maltrato al paciente, el profesional no explica en términos accesibles para el usuario, no enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no informa del costo y de la relación riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de fracaso del procedimiento otorgado), incurre en inexactitudes e imprecisiones, delega responsabilidades y modifica convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.¹⁵

En segundo término, existe la tendencia a despertar falsas expectativas en los pacientes; el uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas.¹⁵

En tercer lugar, el incumplimiento de obligaciones: ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado (que anula el sustento legal de las declaraciones clínicas del paciente),



carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico), así como la deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento, exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del usuario, insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos *a priori* por el facultativo, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.¹⁵

En cuarto lugar, el desconocimiento, por parte del profesional de la salud bucal, de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas que regulan el ejercicio de la profesión odontológica, así como la relación con los pacientes.¹⁵

En quinto término, anteponer las técnicas rehabilitadoras mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.¹⁵

En sexto lugar, una ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de los intereses del profesional sobre los del paciente, ausencia de actualización profesional, ejercicio indebido del menester odontológico (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva.¹⁵

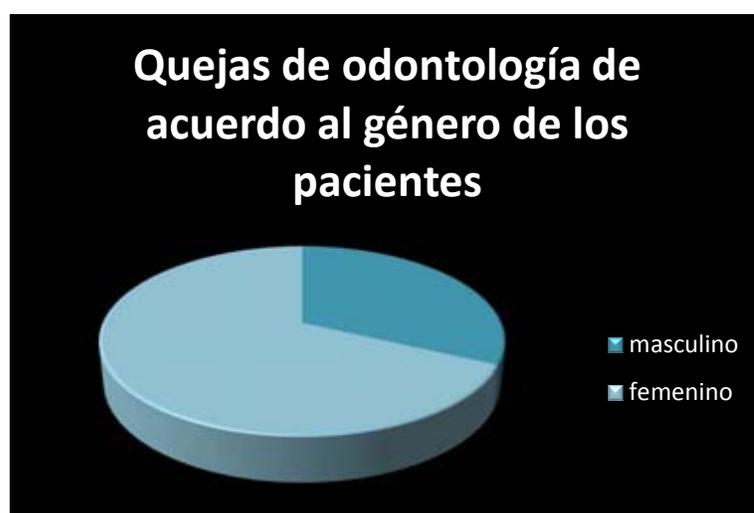
En México, las estadísticas relacionadas con los servicios de odontología reportadas en 2007, señalan que existen 4,538 odontólogos y 1,993 pasantes de odontología en contacto con pacientes en la Secretaría de Salud. Se considera a la odontología como una profesión característicamente independiente, ya que en 2004, 81% de los profesionales laboraban en el sector privado. El ejercicio privado del odontólogo tiene dos modalidades principales: por cuenta propia 47% y como trabajador a sueldo fijo 39%. Esta situación puede obedecer, entre otras causas, a que el número de plazas para



odontólogos en las instituciones públicas y de la seguridad social son reducidas y se orientan a atención básica, pese a la creciente demanda de este tipo de servicios.¹⁵

A partir de las quejas recibidas en la CONAMED y registradas en la base de datos del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se obtuvo la información sobre las quejas relacionadas con Odontología, durante el periodo de mayo de 2001 a octubre de 2011. Se analizó la información derivada del SAQMED de las siguientes variables: edad y género de los pacientes, tipo de institución en donde fue atendido, entidad federativa, tipo de procedimiento realizado.¹⁵

Se analizaron 1066 quejas correspondientes al área de Odontología de mayo de 2001 a octubre de 2011. De acuerdo al género el 68% (724 casos) de las quejas correspondieron al femenino y el 32% (342 casos) al masculino (Gráfica 1).¹⁵



Gráfica 1 . Quejas de odontología de acuerdo al género de los pacientes, CONAMED 2001- 2011.¹³

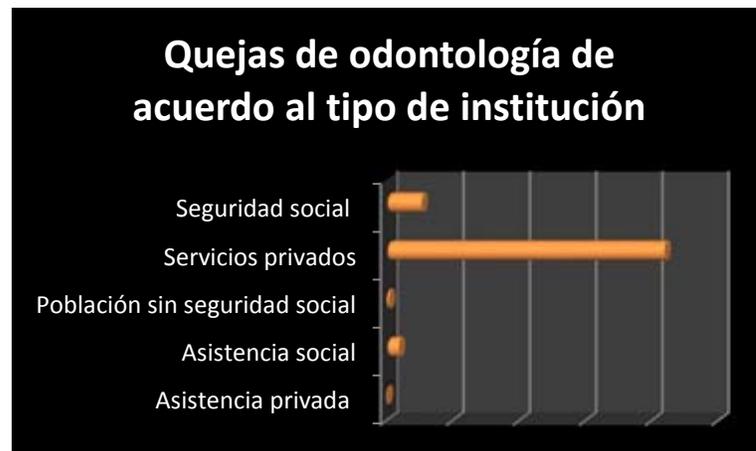


La distribución de la edad de los pacientes por grupos fue la siguiente: el primer lugar fue para el grupo de 65 y más años con 203 casos (19.43%) el segundo lugar fue para el grupo de 55 a 64 años con 199 casos (19.04%), el tercer sitio fue para el grupo 35 a 44 años con 159 casos (15.22%), los porcentajes para los grupos de edad restantes se observan en la gráfica 2.¹⁵



Gráfica 2. Quejas de Odontología de acuerdo a grupos de edad, CONAMED 2001-2011.¹³

De acuerdo al tipo de institución en donde recibieron la atención odontológica los casos se distribuyeron de la siguiente forma: en primer lugar los servicios privados con 896 casos (84.05%), en segundo lugar los de Seguridad Social con 115 casos (10.79%), los servicios de asistencia social con 42 casos (3.94%), seguidos de la población sin seguridad social con 10 casos (0.94%) y finalmente la asistencia privada con 3 casos (0.28%) (Gráfica 3).¹⁵



Gráfica 3. Quejas de odontología de acuerdo al tipo de institución, CONAMED 2001-2011.¹³

Los motivos de queja que refieren los pacientes están relacionados con el tratamiento médico en un 73.74% de los casos, seguidos por quejas relacionadas con tratamiento quirúrgico con 18.55%, además los problemas originados en la relación dentista-paciente representan un 1.56%, el 1.45% correspondió a problemas en el diagnóstico, los problemas relacionados con atención inicial con 0.22% (Gráfica 4).¹⁵



Gráfica 4. Fases de la atención que originaron las quejas de Odontología, CONAMED 2001-2011.¹³



En cuanto al tipo de procedimiento realizado, se obtuvo información en 1066 casos, los procedimientos realizados en orden decreciente fueron de prótesis (30.02%), odontología general (19.98%), ortodoncia (14.92%), prostodoncia (13.6%), cirugía bucal y maxilofacial con 8.63%, exodoncia con 6.47% así como implantología dental con 3.94 y finalmente odontología pediátrica y periodoncia con 1.22% (Gráfica 5).¹⁵



Gráfica 5. Quejas de Odontología por tipo de procedimiento, CONAMED 2001-2011.¹³

Ante esta perspectiva, surge la imperiosa necesidad de que, como primera obligación, el gremio odontológico conozca cuáles son las principales causas de inconformidad y las irregularidades encontradas en la atención odontológica que se brinda a la población, ya sea en el ámbito público o privado.¹⁵



Es importante destacar que nuestro país cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, que deben difundirse entre el gremio estomatológico institucional y privado.

Asimismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y, por supuesto, la inherente optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.¹⁵

En México, las estadísticas relacionadas con los servicios de odontología reportadas en 2007, señalan que existen 4,538 odontólogos y 1,993 pasantes de odontología en contacto con pacientes en la Secretaría de Salud. Se considera a la odontología como una profesión característicamente independiente, ya que en 2004, 81% de los profesionales laboraban en el sector privado.

El ejercicio privado del odontólogo tiene dos modalidades principales: por cuenta propia 47%, y como trabajador a sueldo fijo 39%. Esta situación puede obedecer, entre otras causas, a que el número de plazas para odontólogos en las instituciones públicas y de la seguridad social son reducidas y se orientan a atención básica, pese a la creciente demanda de este tipo de servicios.¹⁵



4.2.1. Derechos generales de los pacientes.

LA CONAMED ha creado una serie de derechos a los pacientes que se muestran en la siguiente imagen.¹⁵ (Imagen 7)

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

Imagen 7 . Derechos generales de los pacientes.¹²



4.2.2. Derechos generales del odontólogo.

Así como los pacientes tienen derechos generales , la CONAMED también ha creado una serie de derechos para los odontólogos , que se muestran en la siguiente imagen de a continuación.¹⁵ (Imagen 8)

1. Ejercer la profesión en forma libre, sin presiones y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras, que garanticen la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios para el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de garantizar resultados y proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno y respetuoso por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a la actualización profesional en igualdad de oportunidades para su desarrollo personal y a actividades de investigación y docencia de acuerdo con su profesión y competencias.
7. Asociarse libremente para promover sus intereses profesionales.
8. Salvaguardar su prestigio e intereses profesionales.
9. Tener acceso a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias.
10. Recibir de forma oportuna y completa la remuneración que corresponda por los servicios prestados.

Imagen 8 . Derechos generales del odontólogo.¹²



4.3. NOM 168- SSA1SE.

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.¹⁶

4.3.1. De los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado.

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.¹⁶



4.3.2. El expediente clínico.

1. Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:
 - a) Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
 - b) En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
 - c) Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario y lo demás que señalen las disposiciones sanitarias.
2. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
3. El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.
4. Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.
5. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.¹⁶
6. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros



mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.¹⁶

7. Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.
8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener : nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

9. El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.
10. Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.
11. El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.



12. El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.¹⁶
13. Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.
14. En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

4.3.3. Expediente de consulta externa.

El expediente en consulta externa deberá contar con una historia clínica que deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

- a) Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- b) Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.
- c) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete.
- d) Terapéutica empleada y resultados obtenidos.
- e) Diagnósticos o problemas clínicos.¹⁶



4.3.4. Nota de evolución.

La nota de evolución deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

- a) Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- b) Signos vitales.
- c) Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- d) Diagnósticos.
- e) Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad. En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

4.3.5. Nota de interconsulta.

Cuando se solicita una nota de interconsulta deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

- a) Criterios diagnósticos.
- b) Plan de estudios.
- c) Sugerencias diagnósticas y tratamiento.
- d) Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- e) Signos vitales.
- f) Motivo de la consulta.
- g) Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.¹⁶



- h) Diagnósticos o problemas clínicos.
- i) Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- j) Tratamiento.
- k) Pronóstico.

4.3.6. Nota de referencia/traslado.

En caso de que se requiera una nota de referencia o traslado deberá elaborarla el médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

- a) Establecimiento que envía.
- b) Establecimiento receptor.
- c) Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío.

II. Impresión diagnóstica (tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

4.3.7. Nota Médica en Urgencias.

La nota médica en urgencias deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

- a) Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- b) Signos vitales.
- c) Motivo de la consulta.
- d) Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.
- e) Diagnósticos o problemas clínicos.
- f) Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- g) Tratamiento.¹⁶



h) Pronóstico.

4.3.8. Notas médicas de Hospitalización.

Las notas médicas de hospitalización deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- a) Signos vitales.
- b) Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- c) Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- d) Tratamiento.
- e) Pronóstico.
- f) Historia clínica.
- g) Nota de evolución.
- h) Nota de referencia/traslado.

4.3.9. Nota Pre-operatoria.

La nota Pre-operatoria deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas y deberá contener como mínimo:

- a) Fecha de la cirugía.
- b) Diagnóstico.
- c) Plan quirúrgico.
- d) Tipo de intervención quirúrgica.
- e) Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- f) Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios.¹⁶



- g) Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico.- Se realizará bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

4.3.10. Nota Post-operatoria.

La nota Post-operatoria deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

- a) Diagnóstico pre-operatorio.
- b) Operación planeada.
- c) Operación realizada.
- d) Diagnóstico post-operatorio.
- e) Descripción de la técnica quirúrgica.
- f) Hallazgos transoperatorios.
- g) Reporte de gasas y compresas.
- h) Incidentes y accidentes.
- i) Cuantificación de sangrado, si lo hubo.
- j) Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.
- k) Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante.
- l) Estado post-quirúrgico inmediato.
- m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.
- n) Pronóstico.
- o) Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- p) Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico.
- q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.¹⁶



4.3.11. Nota de egreso.

La nota de egreso deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

- a) Fecha de ingreso/egreso.
- b) Motivo del egreso.
- c) Diagnósticos finales.
- d) Resumen de la evolución y el estado actual.
- e) Manejo durante la estancia hospitalaria.
- f) Problemas clínicos pendientes.
- g) Plan de manejo y tratamiento.
- h) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
- i) Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- j) Pronóstico.
- k) En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

4.3.12. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar.

a) Hoja de enfermería.- Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- I. Habito exterior.
- II. Gráfica de signos vitales.
- III. Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.
- IV. Procedimientos realizados.
- V. Observaciones.¹⁶



- b) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.- Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:
 - I. Fecha y hora del estudio.
 - II. Identificación del solicitante.
 - III. Estudio solicitado.
 - IV. Problema clínico en estudio.
 - V. Resultados del estudio.
 - VI. Incidentes si los hubo.
 - VII. Identificación del personal que realiza el estudio.
 - VIII. Nombre completo y firma del personal que informa.

- c) Cartas de Consentimiento bajo información.

4.3.13. Carta de consentimiento informado.

La carta de consentimiento informado deberán contener como mínimo:

- a) Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.
- b) Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
- c) Título del documento.
- d) Lugar y fecha en que se emite.
- e) Acto autorizado.
- f) Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- g) Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
- h) Nombre completo y firma de los testigos.¹⁶



Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Salpingoclasia y vasectomía.
- Trasplantes.
- Investigación clínica en seres humanos.
- De necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

4.3.14. Hoja de egreso voluntario.

La hoja de egreso voluntario es un documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

- a) Nombre y dirección del establecimiento.
- b) Fecha y hora del alta.
- c) Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta.¹⁶



- d) Resumen clínico.
- e) Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.
- f) En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva.
- g) Nombre completo y firma del médico que emite la hoja.
- h) Nombre completo y firma de los testigos.

4.3.15. Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, se realizara una hoja de notificación al Ministerio Público la cual deberá contener:

- a) Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.
- b) Fecha de elaboración.
- c) Identificación del paciente.
- d) Acto notificado.
- e) Reporte de lesiones del paciente, en su caso: agencia del Ministerio Público a la que se notifica.
- f) Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

4.3.16. Notas de defunción y de muerte fetal.

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y al Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal. De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.¹⁶



Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

- a) El nombre completo y firma de quien los elabora.
- b) Un encabezado con fecha y hora.¹⁶

4.4. Ley general de las profesiones.

Existen diversos artículos en la ley general de las profesiones pero los que nos conciernen en cuanto al tema de la tesina son los siguientes:

Artículo 61.- Los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de la profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal.¹⁷

Artículo 71.- Los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que cometan en el desempeño de trabajos profesionales, los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o sus instrucciones hubieren sido la causa del daño.¹⁷

4.5. Ley general de salud.

Como odontólogos la ley general de salud es una ley muy importante, en ella podemos encontrar muchos temas de interés, incluso posibles sanciones en caso de no cumplirla y los artículos afines para este tema son los siguientes:

Artículo 5o. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de



acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica.
- II. De salud pública.
- III. De asistencia social.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.¹⁸
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- IV. La atención materno-infantil.
- V. La planificación familiar.
- VI. La salud mental.
- VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición.
- X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.¹⁸



Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son: preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y de rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Artículo 38. Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley. Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.

Artículo 43. Los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.¹⁸

Artículo 55.- Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más



cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.¹⁸

Artículo 56.- De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

Artículo 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los Títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la atención médica prehospitalaria, medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.¹⁸

Artículo 83.- Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades médicas, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de



Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.¹⁸

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento informado por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 137.- Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles; posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica.

Artículo 162.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por accidente el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzcan por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

Artículo 163. La acción en materia de prevención y control de accidentes comprende:

- I. El conocimiento de las causas más usuales que generan accidentes.
- II. La adopción de medidas para prevenir accidentes.
- III. El desarrollo de investigación para la prevención de los mismos.
- IV. El fomento, dentro de los programas de educación para la salud, de la orientación a la población para la prevención de accidentes.¹⁸



V. La atención de los padecimientos que se produzcan como consecuencia de ellos.

VI. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención de accidentes.

Para la mayor eficacia de las acciones a las que se refiere este artículo, se creará el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes del que formarán parte representantes de los sectores público, social y privado.¹⁸

Artículo 416. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Artículo 417.- Las sanciones administrativas podrán ser:

I.- Amonestación con apercibimiento.

II.- Multa.

III.- Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total.

IV.- Arresto hasta por treinta y seis horas.

Artículo 418. Al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

I. Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas.

II. La gravedad de la infracción.

III. Las condiciones socio-económicas del infractor.¹⁸



IV. La calidad de reincidente del infractor.

V. El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción.

Artículo 419. Se sancionará con multa hasta dos mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 55, 56, 83, 103, 107, 137, 138, 139, 161, 200 bis, 202, 263, 268 bis 1, 282 bis 1, 346, 350 bis 6, 391 y 392 de esta Ley.

Artículo 422. Las infracciones no previstas en este Capítulo serán sancionadas con multa equivalente hasta por dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, atendiendo las reglas de calificación que se establecen en el artículo 418 de esta Ley.

Artículo 423. En caso de reincidencia se duplicará el monto de la multa que corresponda. Para los efectos de este Capítulo se entiende por reincidencia, que el infractor cometa la misma violación a las disposiciones de esta Ley o sus reglamentos dos o más veces dentro del período de un año, contado a partir de la fecha en que se le hubiera notificado la sanción inmediata anterior.

Artículo 424. La aplicación de las multas será sin perjuicio de que la autoridad sanitaria dicte las medidas de seguridad que procedan, hasta en tanto se subsanen las irregularidades.

Artículo 425. Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento, en los siguientes casos:



I. Cuando los establecimientos a que se refiere el artículo 373 de esta Ley, carezcan de la correspondiente licencia sanitaria.

II. Cuando el peligro para la salud de las personas se origine por la violación reiterada de los preceptos de esta Ley y de las disposiciones que de ella emanen, constituyendo rebeldía a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria.¹⁸

III. Cuando después de la reapertura de un establecimiento, local, fábrica, construcción o edificio, por motivo de suspensión de trabajos o actividades, o clausura temporal, las actividades que en él se realicen sigan constituyendo un peligro para la salud.

IV. Cuando por la peligrosidad de las actividades que se realicen o por la naturaleza del establecimiento, local, fábrica, construcción o edificio de que se trate, sea necesario proteger la salud de la población.

V. Cuando en el establecimiento se vendan o suministren estupefacientes sin cumplir con los requisitos que señalen esta Ley y sus reglamentos.

VI. Cuando en un establecimiento se vendan o suministren sustancias psicotrópicas sin cumplir con los requisitos que señale esta Ley y sus reglamentos.

VII. Cuando se compruebe que las actividades que se realicen en un establecimiento, violan las disposiciones sanitarias, constituyendo un peligro grave para la salud.

VIII. Por reincidencia en tercera ocasión.

Artículo 426. En los casos de clausura definitiva quedarán sin efecto las autorizaciones que, en su caso, se hubieren otorgado al establecimiento, local, fábrica o edificio de que se trate.¹⁸



Artículo 427. Se sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas:

I. A la persona que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria.

II. A la persona que en rebeldía se niegue a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria, provocando con ello un peligro a la salud de las personas.¹⁸

Sólo procederá esta sanción, si previamente se dictó cualquiera otra de las sanciones a que se refiere este Capítulo.

Impuesto el arresto, se comunicará la resolución a la autoridad correspondiente para que la ejecute.¹⁸

5. Códigos de la ética para el cirujano dentista.

Los odontólogos debemos reflexionar sobre la práctica contemporánea de la estomatología en nuestros países y efectuar diversos planteamientos, que van desde retomar los valores éticos inculcados durante nuestra formación profesional hasta la aportación de experiencias propias, con la finalidad de incidir en la mejoría de la calidad de nuestro ejercicio.¹³ Los códigos de la ética se dividen en principios y deberes.

5.1. Principios.

1-El cirujano dentista es un servidor de la sociedad y por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humana, razón por la cual, la atención al público, exige como obligación primaria, proporcionar servicios profesionales de la calidad y calidez

2-El cirujano dentista respetará y hará respetar su profesión, procediendo en todo momento con prudencia y probidad.



3- El cirujano dentista aplicara sus conocimientos, en beneficio de la salud bucal y en ningún caso utilizara procedimientos que menoscaben el bienestar de los pacientes.

4-El cirujano dentista debe observar el cumplimiento irrestricto de los derechos humanos de los pacientes.

5-El cirujano dentista debe fomentar la investigación para crear, modificar e implementar los conocimientos científicos, así como los nuevos modelos en atención estomatológica.¹²

5.2 Deberes.

6- Las disposiciones del Código deben de ser observadas por todos los cirujano dentistas, cualquiera que sea, en la modalidad en que se practique la profesión independientemente su ideología social, religiosa ,política o cualquier otra condición que fuera interferir en la calidad de su actuación profesional.

7-El cirujano dentista debe conducirse con justicia, honradez, honestidad diligencia ,lealtad, respeto ,formalidad, discreción, honorabilidad , integridad congruencia, imparcialidad, responsabilidad, sinceridad ,dignidad , buena fe con absoluto respeto por la persona y su dignidad en estricta observancia de las normas legales.

8- El cirujano dentista debe responsabilizarse de los asuntos profesionales que se le encomienden, siempre y cuando tenga capacidad y conocimientos para atenderlos, e indicara los alcances de su trabajo y limitaciones que le competan, aceptará únicamente los casos para los que cuente con los nombramientos , habilidades necesarios y suficientes para atenderlos.

9-El cirujano dentista debe mantener estrictamente la confidencialidad de la información recibida en el ejercicio de su profesión, el secreto profesional



abarca todo el contenido del expediente clínico, salvo los informes que le sean requeridos conforme a la ley. ¹²

10- El cirujano dentista debe responder individualmente por sus actos, que con motivo del ejercicio profesional dañen o perjudiquen a terceros, el profesional de la salud bucal de asumir el costo de estas.

11-El cirujano dentista no permitirá que ninguna persona utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos referentes a la profesión.

12- El dentista debe de ser honesto y hablar con claridad ante su paciente en todo momento, así como salvaguardar los intereses de este e informarle acerca de los riesgos cuando existan.

13- El cirujano dentista debe dedicar a sus pacientes el tiempo necesario para evaluar su estado de salud bucal, indicar las etapas diagnósticas y explicar todo lo que sea pertinente, así como un tiro integrar el expediente clínico.

14-Constituye una falta ética la atención apresurada, distraída que puede dar lugar a omisiones importantes que pueden repercutir en la salud del paciente.

15- Es importante que el cirujano dentista elabore el consentimiento informado en forma personal cuando la situación así lo exija.

16-Constituye una falta ética grave la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéutico, que requieren de la autorización del paciente sin que esta haya sido obtenida. ¹²



5.3. Mirada de los pacientes.

Ante una situación adversa es habitual que una persona busque o atribuya responsabilidades, necesita encontrar un culpable; es un sentimiento atávico para poder tener control sobre su propia vida.

No es raro entonces que los pacientes y la familia frente a los eventos adversos esperan una explicación, una disculpa y el que se les asegure que un incidente similar no se repetirá. Los pacientes consideran errores médicos a la evolución no anticipada, las dificultades de comunicación y violaciones de la confianza.⁶

Si el equipo médico muestra acciones para corregir el error, es más fácil que el paciente perdone el error médico. Cuando la preocupación del usuario no es direccionada o validada, es más probable que se agrave la percepción de un error. Adoptar un ambiente en que los pacientes puedan conversar abiertamente con el equipo médico acerca de los errores y dando a los clínicos la oportunidad de revisar cada caso y ofrecer educación sobre el curso natural de la enfermedad, complicaciones y eventos adversos no prevenibles, puede modificar la percepción de los pacientes sobre los errores.

Los pacientes y sus familias son capaces de identificar errores e injurias durante la hospitalización. Esta es una información útil para el cuidado clínico y para desarrollar iniciativas que mejoren la seguridad de los pacientes.⁶

Desde el punto de vista legal la situación es compleja. En especial en momentos de cambio de la estructura judicial. También en lo administrativo. El sistema público tiene una larga tradición sumarial de identificar culpables individuales en errores sistémicos, por lo cual es complejo plantear revelar ampliamente los sucesos tras un evento adverso. Es un camino lento, que debe iniciarse con la prevención sistemática, que requiere, previamente, la identificación de cada evento.



El entorno legal, judicial y comunicacional en México no fomenta una discusión abierta sobre los eventos adversos. Por el contrario, se mantiene la tendencia de ocultar su ocurrencia, subnotificar los casos a las instancias superiores del propio establecimiento, debido al temor que genera la posibilidad de verse expuesto a un daño irreparable a la imagen del profesional o a una acción judicial.

Estudios en medicina y otras áreas sugieren que los individuos prefieren disculpas explícitas, y que, en general, estas disculpas disminuyen el riesgo de juicios y promueven menores y más rápidos acuerdos cuando los juicios se realizan.⁶

5.4. ¿Cómo reducir errores médicos a nivel institucional?.

Lo más importante del nuevo paradigma es el enfoque institucional de los errores médicos.

El primer gran factor fundamental a nivel institucional es que se cree una cultura profesional de considerar los errores como existentes, pero que pueden ser prevenidos a futuro con un reconocimiento, un análisis y la modificación de las prácticas clínicas identificadas como responsables. La creación de un ambiente protegido, libre de culpas, que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos serios permitirá tener una valiosa información para el trabajo preventivo.⁶

Se debe promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.⁸

Aunque el evento adverso hubiera ocurrido por causas diferentes a un error médico, como consecuencia de la variabilidad biológica de los humanos, fallas



en los equipos, en el mantenimiento, en la organización, en la comunicación con el paciente y familiares, accidentes, en la coordinación, en la capacitación del personal, etc., el equipo médico es el responsable de prevenirlos, evitarlos, identificarlos con oportunidad y limitar el daño que pudieran producir al paciente, si queremos garantizar una atención médica con calidad, segura y con respeto del principio ético de beneficencia.

Revelar un error es similar a dar malas noticias. Debe incluir una sincera descripción de la naturaleza del error, sus consecuencias, y las acciones correctivas emprendidas. La expresión de remordimiento y una disculpa son importantes. Debe darse amplia posibilidad para preguntas. El médico debe entender que el paciente va a enojarse y no ponerse a la defensiva. Se debe promover una atmósfera de discusión abierta y el reconocimiento de su inevitabilidad.⁸

6. Conclusiones.

Los eventos adversos se presentan día a día entre los profesionistas que trabajan en el área de la salud; los más frecuentes son por: malas técnicas anestésicas, alergias a algún tipo de medicamentos, fallas en equipos o tecnologías médicas, infecciones adquiridas en el lugar del tratamiento y por último la aspiración o ingestión de cuerpos extraños.

Es importante que los odontólogos y personas que trabajan en el área de la salud conozcan cuales son los más frecuentes y así puedan evitar que ocurran; ya que siempre se trabaja con seres humanos y por consiguiente se debe poner toda la atención y dejar de lado las situaciones personales a la hora que se va atender a un paciente.

Otro aspecto de importancia es continuar con actualizaciones académicas sobre nuevos materiales y procedimientos innovadores, los cuales permitan



al odontólogo estar a la vanguardia para poder pertenecer a este mundo tan globalizado y así poder evitar los eventos adversos.

Por otro lado este estudio permite al odontólogo de práctica general y especialista conocer cuáles son los riesgos que puede presentar el profesional ante un evento adverso, como tratarlo y cuál es su responsabilidad ante este; además de conocer las normas de salud y siempre contar con el consentimiento informado del paciente. Ya que la mejor manera de reducir o enfrentar un evento adverso es reconocer que existe, porque el conocimiento reduce lo inesperado.

En odontología no existe una cultura acerca del reconocimiento del error, ni su reporte, esto ocurre generalmente por miedo a la crítica o a las posibles demandas por parte de los pacientes, el reporte de incidentes, es tan sólo una herramienta de las muchas que existen para mejorar la seguridad de los pacientes. El éxito de los sistemas de notificación dependerá de que las Instituciones los utilicen para mejorar la calidad más que para medir el desempeño individual.



7. Referencias bibliográficas.

- 1) Gallesio A. Efectos adversos errores y seguridad del paciente. Rev. MediSur 2010 :18-25.
- 2) Campos M, Carrillo A. Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. Revista CONAMED 2008; 13: 17-22.
- 3) Aguirre H, Vázquez F. El error Médico. Eventos adversos. Cir Ciruj 2006; 74: 495-503.
- 4) <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf> (vista el 02-10-14 a las 10:30 pm).
- 5) Luengas S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos.rev. Vía Salud 2009.(48) :6-21.
- 6) Mena P. Error médico y eventos adversos. Rev Chil Pediatr 2008; 19 (3): 319-326.
- 7) Aranz A, Mollar M, Velázquez G. Efectos adversos en el siglo XXI la epidemia silenciosa.rev. Chil Pediatr 2009 : 59-69.
- 8) Rico A, Perea B, Labajo E, Santiago A, García F. Ingestión y aspiración de cuerpos extraños en odontología: causas y recomendaciones de actuación. Cient Dent 2011; 8 (2) : 69-74.
- 9) Maluenda C, Varea V, Bodas A. Ingesta de cuerpos extraños. AEP 2007:153-156.
- 10)Díaz L. Cuerpo extraño en esófago. A propósito de un caso.Rev.Med.Electrón.2010;32.
- 11)Allende F, Arancibia M. Ingestión de cuerpos extraños. Rev Chil Pediatr 1999; 70: 1-2.
- 12)Álvarez C, Espinosa C, Medrano J, Villanueva M. Aspectos ético-jurídicos en la odontología. México: 2014: 9-41.
- 13)Triana J. La ética un problema para el odontólogo. Acta Bioethica 2006; 12: 75-80.
- 14)Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 15)www.conamed.gob.mx.
- 16)NOM 168-SSA1-1998.



17) Ley general de profesionales.

18) Ley general de salud.

7.1. Referencias de imágenes.

1) https://espanol.images.search.yahoo.com/images/view;_ylt=A2KLj9MuMi5Uzg4A8FYFEQx.;_ylu=X3oDMTlZnmdscWUxBHNIYwNzcgRzbGsDaW1nBG9pZANjOTViOTk0MzlzOGFiYjg0OGVIOTA3NTQ4MjM0MWFjMQRncG9zAzgwbGI0A2Jpbmc?back=https%3A%2F%2Fespanol.images.search.yahoo.com%2Fsearch%2Fimages%3Fp%3Dfallas%2Bde%2Bestructura%26fr%3Dyfp-t-726%26fr2%3Dpivweb%26ri%3D80%26spos%3D12%26nost%3D1%26tab%3Dorganic%26ri%3D80&w=507&h=350&imgurl=www.grupoksv.com%2Fwp-content%2Fplugins%2Frssposter%2Fcache%2Fc2dd0_cc11afg.jpg&rurl=http%3A%2F%2Fwww.grupoksv.com%2Fcolumnas-cortas-en-el-diseno-estructural&size=25.8KB&name=%3Cb%3EFalla%3C%2Fb%3E+por+corte+de+una+columna+corta+en+t%3C%ADpica+estructuraci%3C%B3n+...&p=fallas+de+estructura&oid=c95b9943238abb848ee9075482341ac1&fr2=pivweb&fr=yfpt726&tt=%3Cb%3EFalla%3C%2Fb%3E+por+corte+de+una+columna+corta+en+t%3C%ADpica+estructuraci%3C%B3n+...&b=61&ni=21&no=80&ts=&tab=organic&sigr=12011753h&sigb=14cd9i3m0&sigi=126mg4vn7&sigt=12a7tdhgd&sign=12a7tdhgd&.crumb=q5/TSZOEgtl&fr=yfp-t-726&fr2=piv-web.
(revisada 19-0914 a las 15:40 pm).

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

3) https://espanol.images.search.yahoo.com/images/view;_ylt=Az_6xdktNi5UFIQApBIFEQx.;_ylu=X3oDMTlZdGY3NWlvBHNIYwNzcgRzbGsDaW1nBG9pZANmMzNkNjl3NDc1MWIzYWY4MGJkMGQ1MTQ1NjYzMDQxNgRncG9zAzE1BGI0A2Jpbmc?back=https%3A%2F%2Fespanol.images.search.yahoo.com%2Fsearch%2Fimages%3Fp%3Dmuchas%2Bgente%2Bconsultorio%2Bdentel%26n%3D60%26ei%3DUTF-8%26fr2%3Dsb-top-espanol.images.search.yahoo.com%26ri%3D15%26tab%3Dorganic%26ri%3



D15&w=500&h=343&imgurl=s2.el-carabobeno.com%2Fpublic%2Fimages%2Farticles%2Fid6670.jpg&rurl=http%3A%2F%2Fwww.elcarabobeno.com%2Fsalud%2Farticulo%2F6670%2Finvento-promete-eliminar-el-temido-ruído-del-taladro dental&size=32.2KB&name=%3Cb%3EMucha%3C%2Fb%3E+%3Cb%3Egente%3C%2Fb%3E+no+va+al+dentista+por+temor+al+taladro+%3Cb%3Edental%3C%2Fb%3E.+%28Foto+...&p=mucha+gente+consultorio+dental&oid=f33d6274751b3af80bd0d51456630416&fr2=sb-top-espanol.images.search.yahoo.com&fr=&tt=%3Cb%3EMucha%3C%2Fb%3E+%3Cb%3Egente%3C%2Fb%3E+no+va+al+dentista+por+temor+al+taladro+%3Cb%3Edental%3C%2Fb%3E.+%28Foto+...&b=0&ni=240&no=15&ts=&tab=organic&sigr=13ck5biof&sigb=157ia8uue&sigi=11m8n9lot&sigt=12p851ppt&sign=12p851ppt&.crumb=q5/TSZOEgtl&fr2=sb-top-espanol.images.search.yahoo.com.(revisada 10-09-14 a las 14:15 pm).

4)https://espanol.images.search.yahoo.com/images/view;_ylt=A2KLj9G8My5UWi8AhgsFEQx.;_ylu=X3oDMTlzb3ZvcWRIBHNIYwNzcgRzbGsDaW1nBG9pZAM1NTRkZml2YmRINWRmOTZkZjc5NmQxZDBjNTk3NDk0ZgRncG9zAzY0BGI0A2Jpbmc?back=https%3A%2F%2Fespanol.images.search.yahoo.com%2Fsearch%2Fimages%3Fp%3Dcomunicaci%25C3%25B3n%2Bodontologo%2Bpaciente%26n%3D60%26ei%3DUTF-8%26fr%3Dyft726%26fr2%3Dsbtopespanol.images.search.yahoo.com%26spos%3D12%26nost%3D1%26tab%3Dorganic%26ri%3D64&w=241&h=160&imgurl=www.miconsulta.com.ve%2Fimages%2Fstatics%2FgestionOdontologica.jpg&rurl=http%3A%2F%2Fwww.miconsulta.com.ve%2Fforms%2FframeDinamico.php%3Fcon%3DgestionOdontologica&size=42.8KB&name=Iniciar+Sesi%C3%B3n+Registrarse&p=comunicaci%C3%B3n+odontologo+paciente&oid=554dfb6bde5df96df796d1d0c597494f&fr2=sbtopespanol.images.search.yahoo.com&fr=yft726&tt=Iniciar+Sesi%C3%B3n+Registrarse&b=61&ni=240&no=64&ts=&tb=organic&sigr=12cai460e&sigb=1647ei07r&sigi=11sheratp&sigt=10r22tpbe&



sign=10r22tpbe&.crumb=q5/TSZOEgtl&fr=yfp-t-726&fr2=sb-topespanol.images.search.yahoo.com.

(revisada 02-09-14 11:45 pm).

5) Aguirre H, Vázquez F. El error Médico. Eventos adversos. Cir Ciruj 2006; 74: 495-503.

6) Rico A, Perea B, Labajo E, Santiago A, García F. Ingestión y aspiración de cuerpos extraños en odontología: causas y recomendaciones de actuación. Cient Dent 2011 ; 8 (2) : 69-74.

7) https://espanol.images.search.yahoo.com/search/images;_ylt=A2KLj9LLNy5UuFUajHkFEQx;_ylu=X3oDMTBsZ29xY3ZzBHNIYwNzZWFFyY2gEc2xrA2J1dHRvbg;_ylc=X1MDMjExNDcyMDAwNQRfcgMyBGJjawMzdnRtOHF0YTJzY2R1JTl2YiUzRDMIMjZzJTNEb2MEZnIDBGdwcmlkAwRtdGVzdGIkA251bGwEbl9zdWdnAzAEb3JpZ2luA2VzcGFub2wuaW1hZ2VzLnNIYXJjaC55YWVhby5jb20EcG9zAzAEcHFzdHIDBHBxc3RybAMEcXN0cmwDMzIEcXVIcnkDb2JqZXRvcyBpbmdlcmk3MgZW4gb2RvbnRvbG9naWEEeDF9zdG1wAzE0MTIzMTUwOTQEEdnRlc3RpZANudWxs?pvid=3C98OjcyLjM_9sjXVC4xvhKOMjAxLgAAAAA63g3s&p=objetos+ingeridos+en+odontologia&fr=&fr2=sb-top-espanol.images.search.yahoo.com&ei=UTF-8&n=60&x=wrt

(vista el 22-04-14 a las 10:00 pm).

8)Ramírez A, Ángeles E, Jofre D, Durante A. Aspiración de cuerpo extraño durante la consulta dental en pediatría, reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana 2014; 18(2): 128-131.

9)Fuente directa: Clínica de Posgrado Odontología UNAM.

10) Fuente directa: Clínica Periférica Venustiano Carranza.

11)Díaz L. Cuerpo extraño en esófago. A propósito de un caso.Rev.Med.Electrón.2010;32.

12) C:\Users\Elizabeth\Documents\ana odontología\ortodoncia\Legislacion enfermeria.mht.

13) www.conamed.gob.mx.