



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOPEDIATRÍA.

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 PAULA IBARRA TABOADA

TUTOR: Mtro. SINUHÉ JURADO PULIDO

Cd. Mx.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*Agradezco a cada una de las personas que fueron un elemento clave en esta etapa de mi vida, comenzando por la más importante: mi mamá. Sin ella nada de esto hubiera sido posible, a ti mamá, que desde que llegué a tu vida, has dado todo de ti. Eres primordial en cada uno de mis pasos, es por esto, que te dedico este último proyecto, porque eres la razón por la que día a día doy todo de mí para poder ser mejor y llegar hasta aquí.
Te amo mamá.*

A mi familia, que de una u otra forma me han apoyado y me han impulsado a ser mejor, dándome el ejemplo, espero que de igual manera sea un ejemplo para ellos; principalmente a mi hermano, porque me esfuerzo para ser su ejemplo a seguir y motivarlo a ser mejor.

A mis amigos, principalmente, Ceci y Zai, que fueron una gran compañía, que se convirtieron en mis hermanas e hicieron más bonita esta gran etapa, que pasamos juntas todos los momentos, altas y bajas de esta carrera, les agradezco todo el tiempo compartido.

A esas personas que formaron parte de este camino, pero por alguna razón la vida nos separó, gracias.

A cada uno de los profesores que compartieron su conocimiento a lo largo de estos cinco años.

A mi tutor, el Mtro. Sinuhé, que fue de suma importancia en esta etapa y parte de mi carrera. Gracias por guiarme y apoyarme en cada una de las decisiones que tomé.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de ser parte de ella.

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. SEGURIDAD DEL PACIENTE	7
1.1 CALIDAD ASISTENCIAL	12
1.2 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	14
1.3 GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS	15
2. EVENTOS ADVERSOS	16
2.1 DEFINICIÓN	16
2.2 CLASIFICACIÓN	17
2.2.1 EVENTO ADVERSO EVITABLE	17
2.2.2 EVENTO ADVERSO NO EVITABLE	18
2.2.3 EVENTO ADVERSO CENTINELA	19
2.3 ERROR	20
2.4 INCIDENTE	23
2.5 ACCIDENTE	24
2.6 NEGLIGENCIA	25
2.7 CAUSALIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS	25
3. ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ	28
3.1 DETERMINACIÓN DEL MAPA DE HECHOS	29
3.2 ESTUDIO DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES	29
3.3 ESTUDIO DE LOS PUNTOS CRÍTICOS Y BARRERAS	29
3.4 PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA	30
3.5 MODELO DEL QUESO SUIZO DE JAMES REASON	30
4. EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA	32
5. EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES EN ODONTOPEDIATRÍA	39
5.1 LACERACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS	44
5.2 ERROR EN LA TOMA RADIOGRÁFICA	45
5.3 INCORRECTA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	46
5.4 LESIÓN TRAUMÁTICA POST-ANESTESIA DENTAL	47

5.5 INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO	48
6. RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOPEDIATRÍA	49
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tema que los profesionales de la salud deben tener presente, que va de la mano con la calidad asistencial y la cultura, tanto del paciente como del personal sanitario, es indispensable, conocer los riesgos a los que nos podemos enfrentar y saber cómo ejecutarlos si se llega a presentar la situación; así podemos brindar un mejor servicio y favorecer la atención a los pacientes.

En el ámbito de la salud, estamos propensos a eventos adversos todos los días; donde, un evento adverso se puede entender como cualquier acto sanitario que dañe al paciente, teniendo en cuenta que, en la mayoría de los casos, este daño no es intencional, por lo tanto, conocer a fondo los eventos adversos, su clasificación y sus características es importante para el profesional de la salud, porque así podemos prevenir estos eventos adversos de una mejor manera. Adentrándonos en la práctica odontológica, los eventos adversos ocurren con gran frecuencia, añadiendo que son bastantes los procedimientos que se llevan a cabo, aumentando el riesgo a cometer un evento adverso, siendo el área de cirugía oral en donde se presentan más casos, debido a la complejidad de los tratamientos, las zonas a trabajar, entre otras cuestiones.

En Odontopediatría, son bastantes los factores que nos pueden inclinar a cometer un evento adverso, como son: la conducta del niño, el miedo, la ansiedad, el temor e incluso la hiperactividad del paciente. De igual manera, la baja habilidad del profesional para trabajar a un pediátrico puede favorecer a la conducción de un evento adverso, pero la intención de este trabajo no es señalar al profesional, sino, conocer cuáles son y cómo podemos reducir los eventos adversos en Odontopediatría.

El presente trabajo tiene como objetivo describir los eventos adversos de mayor frecuencia en Odontopediatría y una vez mencionados éstos, brindar algunas recomendaciones puntuales que ayuden al odontólogo a minimizar los riesgos y así evitar la presencia y la complicación de alguno de estos acontecimientos.

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Como profesionales de la salud, debemos tener como prioridad la seguridad del paciente. Dar una atención de calidad y enfocarnos en proporcionarle un bien a cada uno de ellos, por lo tanto, es indispensable tener los cuidados y prevenir cualquier acontecimiento que pueda provocar algún daño; como consideración básica, fomentar la “seguridad del paciente” es una obligación ética de una profesión sanitaria como la odontología.¹

La frecuencia con la que ocurren los daños no intencionados es algo conocido desde el inicio de la actividad médica, es por ello, que debemos conocer los daños más frecuentes que se presentan en cada una de nuestras áreas.

A raíz de la publicación en 1999 del libro *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*, del informe del Institute of Medicine (IOM), la seguridad del paciente y la gestión de los riesgos se ha convertido en tema central de la política sanitaria a nivel mundial, elevando la atención y convirtiéndose en un tema que preocupa a un gran grupo de interés.²

La seguridad del paciente es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, es por esto que, como integrantes en el área de la salud, debemos emplear estrategias que disminuyan las acciones que puedan provocar daño al paciente; Vincent en cambio la define como: el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.³

Por consiguiente, la seguridad del paciente tiene como objetivo fundamental evitar en la medida de lo posible los sucesos adversos evitables (accidentes, errores o complicaciones) asociados a la asistencia sanitaria, en este caso, odontológica.¹

Para lograr el objetivo se requiere estudiar los eventos adversos e impedir en lo posible que vuelvan a aparecer o, al menos, estar preparados para ello. No se busca culpables a los que castigar; de hecho, se intenta que la notificación de eventos adversos sea completamente anónima; es por ello, que para mejorar la seguridad del paciente se requiere de identificar los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana por esta razón, es un área esencial que deben adquirir los profesionales de la salud.^{1,4}

Otro punto importante es, que la seguridad del paciente se centra en estudiar las características de los sistemas sanitarios en cuanto a la determinación de los “riesgos latentes”. Estos “riesgos latentes” son características del sistema que pueden permitir o incluso fomentar la producción de un evento adverso asistencial. Normalmente, cuando se produce un evento adverso puede asociarse a diversos riesgos latentes; que puede ir desde la mala organización de un consultorio hasta un error en la comunicación entre el personal, para ello, se implementaron metas internacionales, que son explicadas a continuación.¹

Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente

a) Identificar correctamente a los pacientes

Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes tiene como objetivo prevenir errores que involucran al paciente equivocado, por consiguiente, es importante tener un control para el registro de cada uno de los pacientes que ingresan a las diferentes instituciones de salud.

b) Mejorar la comunicación efectiva

La comunicación es efectiva cuando se asegura que quien va a recibir las instrucciones entiende los términos estomatológicos usados, es por esto que, para evitar errores se ha propuesto la estrategia: «escuchar-escribir-leer y confirmar» la cual consiste en asegurarse de poner atención en las órdenes, quién la da y quién la recibe, anotarlas en lugares estandarizados con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información; de esta manera hay una buena organización y conlleva a una comunicación efectiva.

c) Mejorar la seguridad de los medicamentos

Mejorar la seguridad de los medicamentos tiene como objetivo prevenir errores de medicación, en nuestra área hacemos referencia al uso de materiales dentales; siendo primordial educar y supervisar al personal sobre el uso de estos materiales y sustancias que pueden resultar tóxicas, tanto para el paciente como para el mismo equipo de salud; por consiguiente, al tener un buen manejo y conocimiento de los materiales podemos lograr seguridad y calidad en la atención hacia los pacientes. ⁴

- d) Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto**

Ejecutar una cirugía en el lugar incorrecto, el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado, puede ser resultado de la comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo o la falta de participación del paciente en la selección del sitio (en la cavidad bucal o en el odontograma), sobre todo cuando son varios profesionales quienes efectúan los procedimientos o se canaliza al paciente para su adecuada atención por otros especialistas, en estos casos, es importante verificar esos tres aspectos: lugar, procedimiento y paciente, con el objetivo de que todo procedimiento se realice en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, y al paciente correcto.

- e) Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención estomatológica**

Reducir el riesgo de infecciones cruzadas en el consultorio estomatológico, es uno de los objetivos que se logran a través de un programa efectivo de higiene de manos y manejo del entorno; para lograr dicho objetivo, es fundamental un programa de prevención y control de infecciones, jugando un papel muy importante la capacitación del equipo de salud y auxiliar. ⁴

La capacitación al personal de salud y la práctica del control de infecciones representa un costo necesario en la atención odontológica, ya que se justifica al 100%, y el beneficio es tanto para el paciente como para el establecimiento, porque así, se evita los costos por complicaciones en los procedimientos, infecciones innecesarias, disminuye riesgos de enfermedades graves, incapacidades laborales y demandas por mala praxis.

f) Reducir el riesgo de daño al paciente estomatológico por causa de caídas

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas es otro objetivo en la seguridad del paciente, puesto que, las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes; por lo tanto, es importante identificar y evaluar las áreas riesgosas para los pacientes, incluso para el personal de salud; ejemplos de estas áreas son, el tipo de piso, uso de escaleras, falta de elementos de apoyo (rampas, barandales, señalamientos), etc.; se debe considerar y detectar el riesgo de caídas como parte de la evaluación inicial y periódica del establecimiento para reducir la probabilidad de ocurrencia de estos accidentes.

Fomentar la seguridad del paciente y conocer sus metas es indispensable en el área de salud; y, las universidades juegan un papel preponderante en la implementación de estas medidas como responsables de la formación de recursos humanos, teniendo en cuenta que, son las que se encargan de la capacitación y educación continua de sus agremiados, siendo estas prácticas fundamentales para el ejercicio diario de los profesionales de la salud. ⁴

1.1 CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad asistencial es otro factor predominante en la seguridad del paciente, y es importante recalcar que, cada profesional de salud tiene que ser un sujeto competente y responsable que tendrá como principio básico no generar daño; a pesar de ello, cada vez es más complejo la atención a un paciente, porque intervienen diversos factores, como lo son: elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico, el lugar físico donde se produce la asistencia y la organización, que pueden provocar un evento adverso, por lo tanto, debemos tener precaución en cualquier procedimiento por muy simple que parezca.

Rocco, menciona que una calidad asistencial se requiere de tres componentes esenciales, los cuales son:

1. El factor científico-técnico: Se aplica el conocimiento en conjunto con los medios y recursos disponibles, dependerá mucho de los recursos la calidad asistencial.

2. El factor percibido: La satisfacción de los pacientes en la atención, es otro factor importante, los resultados y el trato recibido, aunque es subjetivo, pero es relevante para la calidad asistencial.

3. El factor institucional o corporativo: este factor está ligado a la imagen del centro sanitario, de la reputación de tal institución.

Con estos tres componentes se logra obtener una calidad asistencial, porque se requiere de un conocimiento por parte del personal de salud, aunado a las expectativas del paciente y conectado a la institución representante. ³

Por otro lado, la seguridad del paciente no es solo la ausencia de riesgos, existe un continuo riesgo-seguridad, por consecuencia, es importante tener estrategias para favorecer que la balanza se incline hacia la seguridad y tener escenarios de atención con bajos riesgos.³

Fundamentos de la seguridad del paciente:

1. Teoría del error de Reason: Errar es humano

El error es un fenómeno inherente a la naturaleza humana, que ocurre hasta en los sucesos más perfectos, aun teniendo la capacitación y habilidades necesarias estos pueden ocurrir en cualquier procedimiento sanitario, por lo tanto, es necesario tener un sistema sanitario seguro que ayude a prevenir los errores, identificarlos y saber cómo actuar ante la situación.^{3,5}

Otro punto a considerar es que los errores deben analizarse desde su comienzo, reconocer donde comenzaron los fallos, porque casi siempre son el resultado de múltiples fallos, que se van desencadenando.⁵

2. La cultura de seguridad

Existe un compromiso entre los individuos y organizaciones con la seguridad, y, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.³

Tomar en cuenta la calidad asistencial, nos brinda muchas oportunidades para disminuir todo tipo de daño al paciente, por eso debemos considerar a cada uno de los factores involucrados en ella; y aceptar que los sucesos como los errores pueden ocurrir en cualquier momento.³

1.2 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Educar a los profesionales de la salud, acerca de la seguridad del paciente es de suma importancia, ya que, es una obligación ética en el área de salud como la odontología. El principio hipocrático nos indica a no hacer daño al paciente, por ende, debemos disminuir tales daños y hacer lo posible por evitar alguna complicación.

Otro punto a considerar es la calidad asistencial; una asistencia odontológica en la que se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es necesariamente una asistencia odontológica de mayor calidad; y la calidad de la asistencia tiene un punto a favor para el ingreso y permanencia de pacientes.

De igual manera aumentar la seguridad del paciente implica aumentar la seguridad legal de los dentistas; llevar a cabo los protocolos para la seguridad del paciente, conlleva a disminuir los errores asistenciales.¹

La cultura de seguridad de una organización constituye la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización.⁴

Fomentar una cultura de calidad y seguridad del paciente requiere el fortalecimiento de los conocimientos médicos científicos, el fomento y difusión de los principios éticos de la profesión, la creación de una cultura enfocada al paciente y una actitud de servicio. ⁴

1.3 GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

La gestión de riesgos sanitarios son un problema para las instituciones de salud, porque dañan a la institución como al personal, creando desconfianza en los pacientes; es por esto, que las autoridades sanitarias han abordado de forma prioritaria esta cuestión. ⁶

La gestión de riesgos es un conjunto de acciones, que aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles; su objetivo es tratar de identificar y evaluar problemas que pueden causar daño a pacientes, llevar a denuncias de mala práctica o producir pérdidas económicas innecesarias a los proveedores sanitarios, prevenir las eventuales reclamaciones y acciones legales contra los profesionales de la salud y/o el establecimiento; para lograrlo es necesario adoptar una actitud más activa, desarrollando iniciativas que favorezcan a prevenir aquellos riesgos que son prevenibles, y para aquellos que no lo son. ^{1, 6, 7}

2. EVENTOS ADVERSOS

Los errores cometidos por los propios odontólogos o defectos en los materiales, instrumental o equipos utilizados, provocan daños a los pacientes en ocasiones, graves; estos errores constituyen una amenaza para la atención de la salud, por lo cual requieren estrategias que garanticen la calidad y seguridad al brindar un servicio de salud. ⁴

2.1 DEFINICIÓN

Para entender los eventos adversos, primero se debe conceptualizar ¿Qué es un evento adverso?

Perea lo define como el resultado inesperado por acción u omisión de la atención médica de un tratamiento sanitario que provoca la prolongación del tratamiento, algún tipo de morbilidad o simplemente cualquier daño que el paciente no debería haber sufrido.

El evento adverso es un concepto amplio que incluye errores, accidentes, retrasos asistenciales, negligencias, pero no las complicaciones propias de la enfermedad del paciente. ^{1, 5}

Por lo tanto, un evento adverso es el desenlace imprevisible al ejecutar un tratamiento, dando como resultado un daño al paciente, donde están involucrados tres elementos, el primero es el daño al paciente, sin daño no hay evento adverso, el segundo es la no intencionalidad, donde claramente ocurre un daño involuntario, y ningún elemento del equipo médico tiene la intención de causar algún daño; el tercer elemento es el rol de la atención en salud en el evento adverso, donde el daño es causado por la atención en salud y no por la enfermedad o patología de base. ¹

2.2 CLASIFICACIÓN

En esta sección se explica la clasificación de los eventos adversos y se conceptualiza a cada uno; los eventos adversos se clasifican en dos grandes grupos: evitables e inevitables.

2.2.1 EVENTO ADVERSO EVITABLE

Luengas define un evento adverso evitable como lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

El evento adverso evitable se da en presencia de un error asociado a la asistencia sanitaria, donde los elementos involucrados en este tipo de eventos son: evento adverso, error, relación causal.

Un ejemplo de un evento adverso evitable, es la lesión traumática después de la anestesia, donde hay un error que puede ser por falta de conocimiento, falta de tiempo o descuido del operador; puede ser evitada la lesión si se dan las instrucciones correctas al paciente. ⁸ Figura 1



Figura 1. Lesión traumática de tejido blanco. ⁹

2.2.2 EVENTO ADVERSO NO EVITABLE

Luengas define al evento adverso no evitable como lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base.

Los eventos adversos no evitables, 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, por lo tanto, escapan del ámbito de la seguridad del paciente.

Un ejemplo de evento adverso no evitable es un shock anafiláctico por alergia al látex, donde claramente no es un daño intencionado, no hay error, lo cual está fuera de nuestro alcance el poder predecirlo, pero si podemos intervenir para evitar una tragedia. ⁸ Figuras 2 y 3.



Figura 2. Shock anafiláctico. ¹⁰



Figura 3. Reacción anafiláctica. ¹¹

2.2.3 EVENTO CENTINELA

El evento centinela, es el suceso al que menos deseamos llegar, ya que, su consecuencia es mucho más grave que puede dar como resultado la muerte del paciente.

Aguirre lo define como el hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

Dentro de los principales eventos centinela podemos encontrar en primer lugar a la muerte materna, siguiendo las reacciones transfusionales, transfusión de grupo sanguíneo equivocado, infecciones intrahospitalarias y las reacciones adversas graves a medicamento.

Un ejemplo de evento centinela fue el suceso ocurrido en la Facultad de Odontología la Salle del Bajío, donde murió un joven debido a un paro respiratorio después de ser anestesiado. ¹² Figura 4



Figura 4. Paro cardio respiratorio. ¹³

2.3 ERROR

Perea define al error como equivocación por acción u omisión en la práctica sanitaria, ya sea en la planificación o en la ejecución. El error puede provocar o no la aparición de un evento adverso. ¹

Luengas clasifica a los errores por categorías, estos son: errores de planeación o de ejecución, por acción o por omisión. En el error de planeación se presenta una ejecución del proceso de acuerdo con su diseño, pero aun así se presenta un evento adverso, porque el proceso no contempla una barrera o, peor, porque su diseño conduce al evento; a diferencia de éste, el error por ejecución se trata de un proceso de planeación diseñado correctamente, pero en la ejecución por parte del equipo de salud se realiza una actividad no prevista en el proceso, conducente a un evento adverso; en cambio, el error por acción es el resultante de “hacer lo que no había que hacer”, mientras el error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”. ⁸ Tabla 1

CATEGORÍAS DE LOS ERRORES		
	<u>ERRORES DE PLANEACIÓN</u>	<u>ERRORES DE EJECUCIÓN</u>
<u>ERRORES POR ACCIÓN</u>	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 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.
<u>ERRORES POR OMISIÓN</u>	El proceso de atención no contempla actividades que 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. ⁸

Los errores también pueden clasificarse en conscientes e inconscientes; en los errores inconscientes, la persona no se da cuenta del error y no interviene la voluntad de la persona, se asocian con frecuencia al cansancio de los trabajadores o sobrecargas de trabajo. Por otro lado, los errores conscientes implican la voluntad de la persona en el error, normalmente se asocian a exceso de confianza, pero es muy importante entender que no hay intención de hacer daño. ⁸

Un ejemplo de error es la adaptación o cementación de una corona de acero cromo sin aislamiento; se puede clasificar este error, como error por ejecución, omisión y consciente, porque el operador está realizando un tratamiento pudiendo tener como resultado un evento adverso, omitiendo la acción de aislar la zona, siendo consciente de que al estar cementando la corona se puede desalojar del lugar y ser ingerida por el paciente pediátrico.⁸ Figura 5



Figura 5. Adaptación de corona de acero cromo.¹⁴

2.4 INCIDENTE

Perea define a un incidente como evento que casi provoca daño al paciente y que es evitado por suerte o por una actuación en el último momento; Luengas lo nombra como casi evento adverso, y lo define como situación en la cual la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión; pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta un daño en el paciente.

Un ejemplo de incidente es la prescripción de una penicilina a un paciente alérgico, donde la madre, al leer la receta, pregunta si “no es una penicilina”, a lo cual el clínico vuelve a elaborar la receta, en este ejemplo el incidente es evitado gracias a la acción que tiene la madre, donde el clínico estuvo a punto de provocarle un daño al paciente. ¹ Figura 6



Figura 6. Prescripción de una receta. ¹⁵

2.5 ACCIDENTE

Perea define al accidente como suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que produce daños al paciente o cualquier otro tipo de daño (materiales, al personal sanitario, etc.).

Un ejemplo de accidente es la laceración de tejidos blandos con la fresa por movimientos voluntarios del paciente; es muy común que los pediátricos se espanten al escuchar el sonido de las piezas de alta velocidad, por consecuencia, comienzan a moverse y puede ocurrir un accidente, ya que, al no haber un control del movimiento se puede provocar un daño, tanto al paciente como al clínico. ¹ Figura 7



Figura 7. Comportamiento del pediátrico en la atención odontológica. ¹⁶

2.6 NEGLIGENCIA

Perea define a la negligencia como un error difícilmente justificable debido a la falta de conocimientos o habilidades básicas, omisión de preocupaciones mínimas, desidia, etc.

Un ejemplo de negligencia es la colocación de un mantenedor de espacio cuando el diente permanente está por erupcionar, porque en lugar de hacerle un bien al paciente, se le está colocando un aparato que ya no requiere, donde influye, someter al paciente a un procedimiento innecesario, que puede perjudicarlo en su salud bucal y en el aspecto económico. ¹ Figura 8



Figura 8. Representación de un mantenedor de espacio. ¹⁷

2.7 CAUSALIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Conocer las causas de los eventos adversos es relevante, con el fin de evitarlos y prevenir los errores. El objetivo no es “corregirlos”, sino identificar las causas y bloquearlas, para evitar que se vuelva al error. Existen diversos modelos y herramientas elaboradas para el análisis causal, que a continuación serán explicados. ⁸

2.7 CAUSALIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Protocolo de Londres

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos, siendo una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

Existe una nueva versión con la visión no solo del sector salud, también toma en cuenta otras industrias, como la aviación. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. ⁸ Figura 9

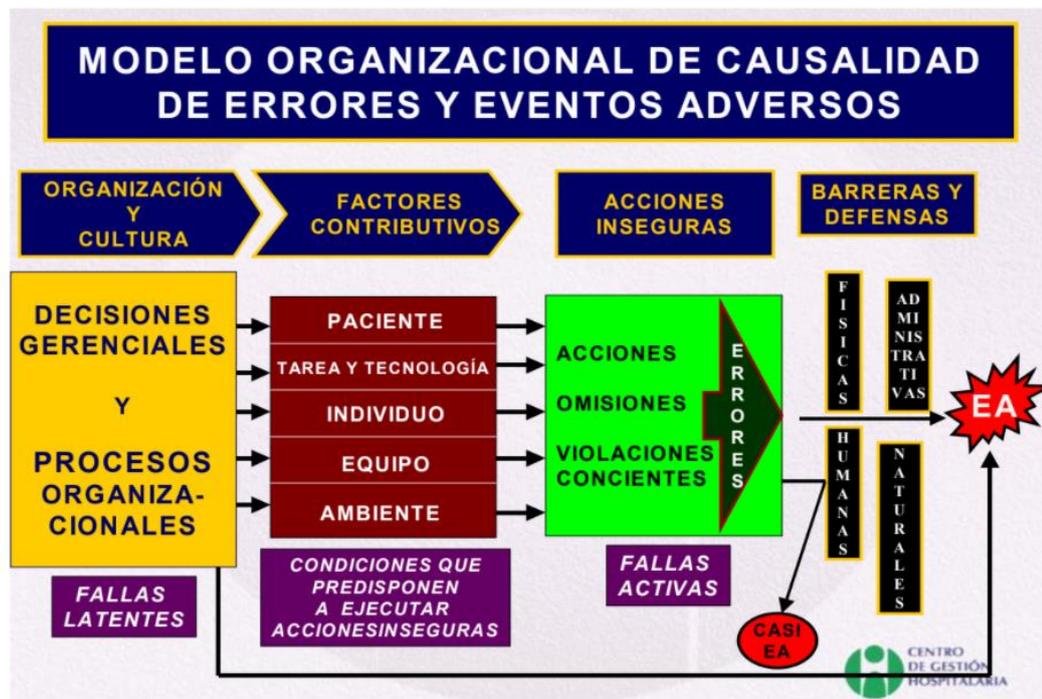


Figura 9. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos. ¹⁸

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones; donde su metodología propuesta busca desligar hasta donde sea posible de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente; reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas.

La relevancia del Protocolo de Londres estriba en la reflexión que induce en la búsqueda de factores contributivos y de factores organizacionales. Induce preguntas sobre por qué ocurrieron los errores; basándose en muchas otras fuentes y métodos que permitan abordar el origen del evento.⁸

3. ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

El análisis causa-raíz (ACR) es una herramienta que nos permite estudiar en profundidad los eventos adversos graves producidos durante la asistencia clínica en este caso odontológica. No es relevante encontrar responsables, ya que, el ACR menciona que la base de la mayoría de los riesgos clínicos proviene de una serie de riesgos latentes que al fusionarse provocan la aparición del evento adverso.

Por consiguiente, el ACR va a estudiar, tanto los factores que provocaron el error del profesional, como los factores predisponentes en el entorno, en el paciente, y en el resto del personal clínico y auxiliar. Normalmente el ACR es utilizado en eventos trascendentes, como lo son los eventos centinela, ya que, son los que implican un daño importante al paciente.²

En la mayoría de los casos, el profesional de salud o la persona que ha cometido el error también es víctima de estos riesgos latentes que existen en el ámbito asistencial; son bastantes los riesgos latentes, por ejemplo, largas jornadas de trabajo, una deficiente organización de la asistencia, instrumentos obsoletos, registros clínicos limitados o un auxiliar con poca experiencia, son factores que, solos o en conjunto, pueden precipitar la aparición de un error profesional.¹⁸

Hay cuatro fases que conforman el Análisis Causa Raíz que son, determinación del mapa de los hechos, estudio de los factores contribuyentes, estudio de los puntos críticos y barreras, y propuesta de acciones de mejora; en conjunto, estas fases logran englobar cada uno de los elementos necesarios para entender y estudiar el ACR.¹⁹

3.1 DETERMINACIÓN DEL MAPA DE LOS HECHOS

El mapa de los hechos consiste en plasmar en un cronograma muy detalladamente cada acción sanitaria y no sanitaria que se ha realizado en cada momento durante todo proceso asistencial, y que desafortunadamente ha terminado en un evento adverso. ²⁰

3.2 ESTUDIO DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES

Los factores contribuyentes se encarga de reclutar todos los factores que rodean a la asistencia sanitaria y que pueden tener un papel importante en la aparición del evento adverso, entre estos factores encontramos a los factores individuales de los profesionales, los relacionados con el trabajo en equipo y la comunicación entre profesionales, los ligados al tratamiento sanitario como lo son los protocolos, los ligados al equipamiento, material y dispositivos, los ligados a las condiciones de trabajo y el medio ambiente y por último los relacionados con los pacientes.

La investigación de estos factores puede consumir mucho tiempo, pero nos aporta bastante información sobre circunstancias que habitualmente pasan desapercibidas pero que son fundamentales para descubrir el origen del “evento adverso”. ²⁰

3.3 ESTUDIO DE LOS PUNTOS CRÍTICOS Y BARRERAS

En esta fase se determinan los “puntos críticos” involucrados en la aparición del evento adverso estudiado. También se determinan las barreras más eficaces que se pueden establecer para evitarlos en el futuro. ²⁰

3.4 PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA

La propuesta de acciones de mejora consiste en una serie de recomendaciones concretas de actuación relacionadas con el evento estudiado. Se debe señalar también el responsable de llevarlas a cabo, el tiempo estimado para su realización y el sistema de evaluación propuesto.

Es muy importante volver a revisar el ACR tiempo después de su realización para evaluar la utilidad de las barreras adoptadas y las acciones de mejora propuestas.²⁰

3.5 MODELO DEL QUESO SUIZO DE JAMES REASON

Otro modelo para lograr hacer un análisis causal es el modelo del queso suizo de James Reason, donde se distinguen los errores propios del comportamiento humano, los errores activos, de los errores estructurales del diseño de los procesos, los errores latentes, con el fin de poder visualizarlos y tratarlos separadamente.

Los errores activos son los actos inseguros realizados por personas que se encuentran en los diferentes procesos o en contacto directo con el cliente. Se presentan en formas variadas: deslices, lapsus, torpezas, tropiezos, errores y violaciones de procedimientos.

Los errores latentes son los “residentes patógenos” inevitables dentro de cualquier sistema. Surgen de decisiones tomadas por los diseñadores, creadores, editores de procedimientos, y son avaladas por la alta dirección.²⁰

En 1995, James Reason desarrolló el Modelo del Queso Suizo, las organizaciones establecen de forma natural las barreras para impedir que las amenazas exteriores al sistema puedan llegar a causar daño. Estas barreras que se van construyendo dentro del proceso son imaginadas por el autor como láminas de queso suizo con agujeros. Estos agujeros corresponden a los errores activos y errores latentes, que existen en cualquier proceso, y que continuamente se están abriendo, cerrando y cambiando de ubicación. Cuando se “alinean” hacen que la amenaza se materialice, produciendo daños.²¹ Figura 10

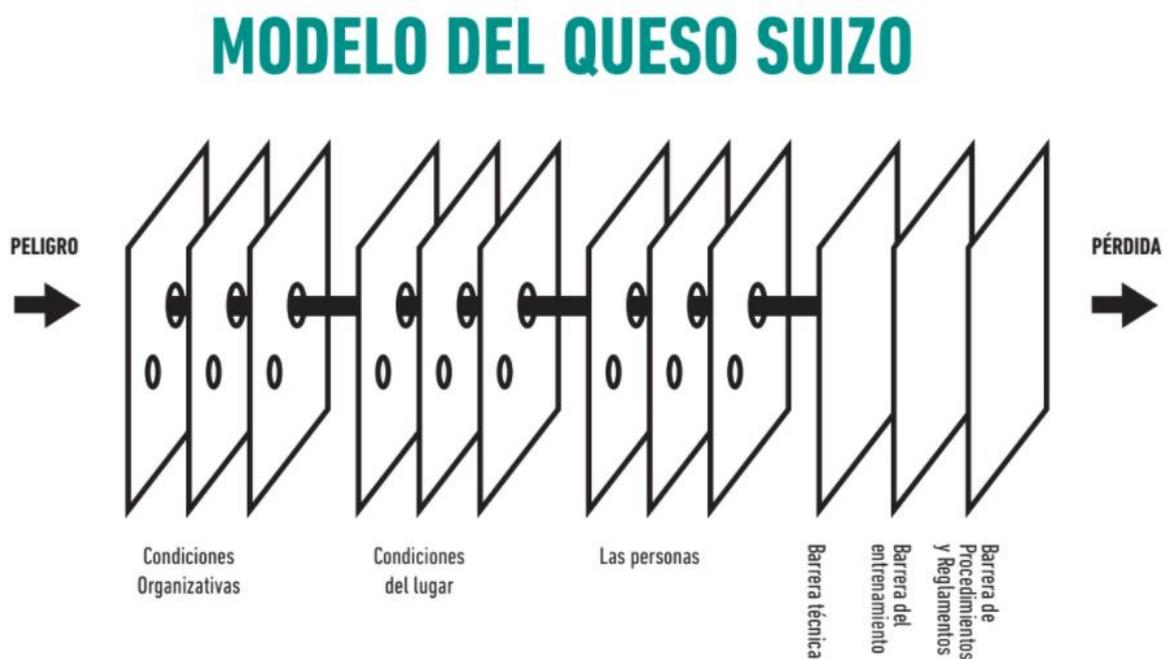


Figura 10. Estructura del Modelo del Queso suizo.²¹

4. EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

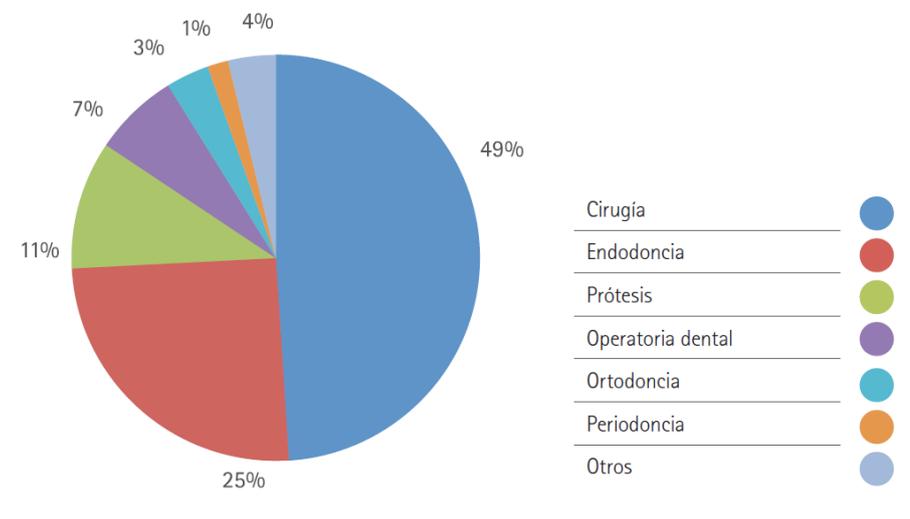
Para introducirnos en los eventos adversos más comunes en la odontología, debemos saber que la profesión odontológica es muy compleja, y que al tratarse de la salud de una persona, implica mucha responsabilidad, ética y profesional, puesto que, está de por medio la salud del paciente; hay diversos elementos que influyen y determinan que pueda llegar a ocurrir un evento adverso; todos los procedimientos, técnicas, materiales y medicamentos empleados son un riesgo para el paciente e incluso para el personal odontológico; añadiendo que las maniobras odontológicas son lo suficientemente numerosas y repetitivas como para que los eventos adversos, aunque sean improbables, sucedan tarde o temprano.²²

Una asistencia odontológica en la que se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es una asistencia odontológica de mayor calidad. La calidad de la asistencia tiene un reflejo evidente en la fidelización de los pacientes y en elevar los estándares en salud, por lo tanto, al tener un control y saber que hacer en estos casos disminuirá el riesgo a eventos adversos.^{1,22}

Encontrar reportes sobre eventos adversos en odontología es algo complicado, ya que, cualquier profesional sea en el área en la que se desempeñe no acostumbra a mostrar sus errores, por lo tanto, el encontrar casos sobre eventos adversos ocurridos ya sea por un error, negligencia o accidente es un tanto minucioso.²²

Christiani y colaboradores, realizaron un estudio observacional y descriptivo de notificaciones voluntarias de EA en la práctica clínica odontológica de marzo del 2012 a diciembre del 2013, en ámbitos públicos y privados; en el cuál reportan varias clasificaciones.

a) Según el área en la que se originaron los eventos adversos de mayor frecuencia fueron en Cirugía, representado por 49% ($n= 102$); seguidos, con un 25%, por los tratamientos de Endodoncia ($n=52$), y así sucesivamente como se muestra en la gráfica. Gráfica 1



Gráfica 1. Área en la que se originó el evento adverso. ²²

Esta clasificación se basa en las diferentes especialidades, para poder determinar en donde hay un mayor porcentaje de eventos adversos, como se puede ver, la cirugía está en primer lugar y podemos relacionarlo debido al elevado número de procedimientos complejos que se llegan a realizar en esa área. ²²

b) Según el tipo de evento: el 63% ($n=131$), fueron por problemas relacionados con la *atención*, o el *procedimiento*; el 20% ($n=42$), por notificaciones de *accidentes*; el 10% ($n=21$), por eventos adversos relacionados con la *medicación*: 19 fueron reacciones adversas al medicamento (RAM), producidas por fármacos como articaína al 4% + adrenalina ($n=7$), analgésicos antiinflamatorios no esteroideos ($n=2$), antibióticos ($n=7$) y corticoides ($n=3$) y 2 se debieron por errores en la medicación (un error por la dosificación de clorhexidina y otro referido a la duración del tratamiento de amoxicilina) y 7% ($n=14$) por *otros tipos de eventos*. Tabla 2

Tipo de Evento Adverso	n=	Características (n=)
Relacionado con la atención o procedimiento	131	Error en el diente a tratar (9) Error en la zona intervenir (6) Manejo inadecuado de la técnica (74) Error en la planificación del tratamiento (20) Fractura de instrumental (22)
Accidentes	42	Caída de instrumental o aparatología sobre el paciente (1) Lesiones, cortes heridas, quemaduras o fracturas (29) Ingestión o aspiración de materiales odontológicos (8) Lesiones oculares (4)
Relacionado con la medicación	21	Errores en la prescripción de medicamentos (1) Errores en la indicación del medicamento (1) Reacciones adversas a medicamentos (19)
Otras causas	14	Reacción adversa: al látex (4), Acrílico, membrana de colágeno, agua de cal, ácido grabador y al fluoruro de sodio. Lesiones en encía con el gel blanqueador durante el tratamiento (3) Segunda intervención quirúrgica de liberación de canino por desprendimiento de aleta de un braquet. Lesión necrótica con hipoclorito de sodio

Tabla 2. Tipo de evento adverso. ²²

En este cuadro, podemos observar la clasificación en cuanto al tipo de evento adverso, teniendo en primer lugar al evento adverso relacionado con la atención o procedimiento que a su vez se subclasifica dependiendo de las características de esté. ²²

Renton y Sabbah, reportaron en el 2016 que la cirugía en el sitio incorrecto fue el evento más común que se informó en relación con la odontología con un (36%) de los casos. Tabla 3

CIRUGÍA EN EL SITIO INCORRECTO	36
CONTROLES INADECUADOS	31
RADIOGRAFÍAS INCORRECTAS	2
PACIENTE CON NECESIDADES ESPECIALES	2
DIAGNÓSTICO INCORRECTO	1

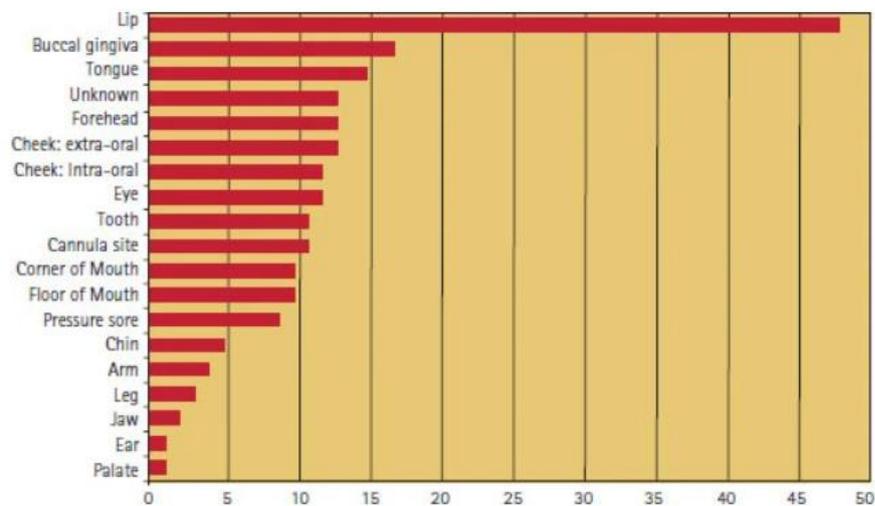
Tabla 3. Causas reportadas por cirugía incorrecta en el sitio. ²³

En este caso podemos ver que una cirugía en el sitio incorrecto puede deberse a diversos factores, como la falta de un plan de tratamiento, un control inadecuado, radiografías incorrectas, un diagnóstico incorrecto, todos estos factores nos inclinan a tener como resultado un evento adverso, por lo tanto, estar alerta para la elección del sitio es importante. ²³

Thusu y colaboradores, realizaron un estudio donde se enfocaron en una base de datos analizada para todos los incidentes de daño iatrogénico en odontología, de dos mil doce informes de incidentes que clasificaron en diez categorías; El más común se debió a errores administrativos: 36%. Se analizaron además cinco áreas de Incidentes de Seguridad del Paciente (PSI): lesión (10%), emergencia médica (6%), inhalación/ingestión (4%), reacción adversa (4%) y extracción incorrecta del sitio (2%). ²⁴

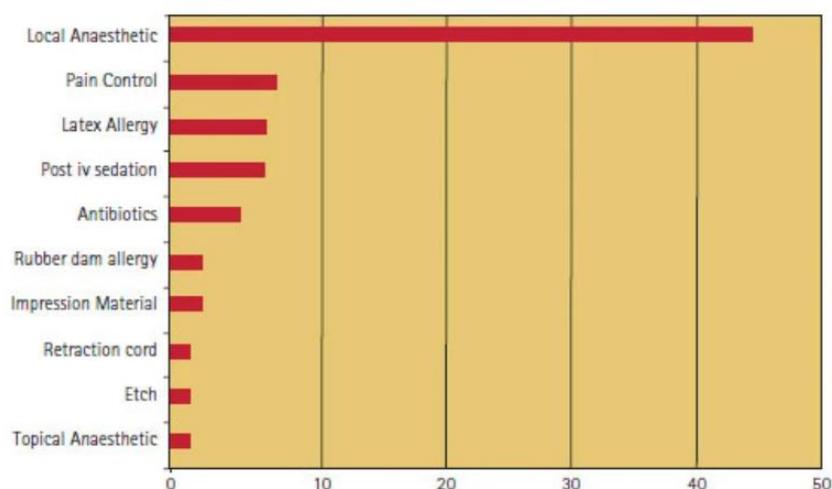
Se realizó más detalladamente un análisis sobre las cinco categorías más frecuentes, que a su vez las subdividen dependiendo de cada una, serán explicadas y mostradas en gráficas a continuación:

1) Herida/laceración: esto se refiere a daños iatrogénicos físicos al paciente del dentista durante un procedimiento; siendo el labio el sitio más común. ²⁴ Gráfica 2



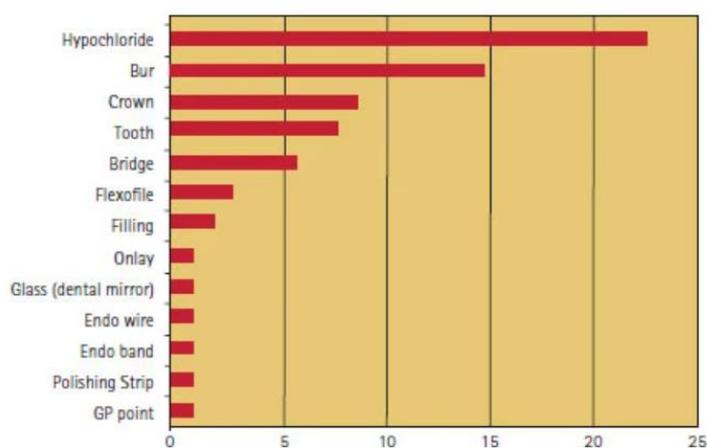
Gráfica 2. Sitios comúnmente involucrados por lesiones accidentales por el dentista. ²⁴

2) Reacción adversa: En el examen de las causas de las reacciones adversas sufridas por el paciente debido a un procedimiento dental, 80 incidentes (4%) reveló diez causas principales. El más frecuente de ellos fue la aplicación del anestésico local, con 46/80 casos (58%). ²⁴ Gráfica 3



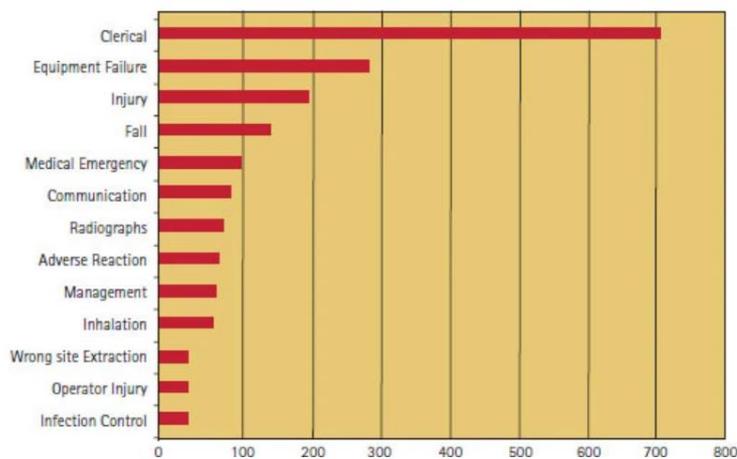
Gráfica 3. Causas de la reacción adversa. ²⁴

3) Inhalación/Ingestión: De las 72 incidencias en las que el paciente inhaló o ingirió un objeto extraño durante el procedimiento dental, la más común fue la ingestión de hipoclorito (32%). Se informó que todos los pacientes tenían presas de goma encendidas en el momento del incidente. Las restauraciones indirectas, como la inhalación o ingestión de coronas y puentes, representaron aproximadamente el 21%. ²⁴ Gráfica 4



Gráfica 4. Causas de la inhalación/ingestión. ²⁴

4) Cirugía en el sitio incorrecto: Treinta y seis de 2.012 (2%) de todos los informes relacionados con extracciones incorrectas dentales en el sitio. De estos 22 (61%) se llevaron a cabo en adultos y los 14 restantes en pacientes pediátricos, de los cuales 4 estaban en la clínica de ortodoncia. Dieciséis (44%) las extracciones incorrectas del sitio se llevaron a cabo mientras el paciente estaba bajo anestesia general. ²⁴ Gráfica 5



Gráfica 5. Resultados de causas de los incidentes de seguridad del paciente. ²⁴

Podemos llegar a la conclusión de que los eventos adversos en Odontología pueden ocurrir en cualquier momento, pero dependerá de cada institución y del personal de salud que esté riesgo sea disminuido; cómo podemos observar la mayoría de los estudios realizados se debieron a un evento adverso evitable, que pudo ser ocasionado por varios riesgos latentes, afortunadamente en estos reportes ninguno ocasionó la muerte del paciente, aunque eso no excluye que haya ocasionado un daño al paciente. ²²

5. EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES EN ODONTOPEDIATRÍA

La Odontopediatría es un área de la Odontología, que está enfocada en la prevención, mantenimiento, bienestar y equilibrio de la salud oral del niño, desde su nacimiento hasta la adolescencia; como en todas las áreas de la odontología, requiere disciplina y capacidad para poder dedicarse a ella. Dentro de todos los elementos que logran hacerla tan compleja, el principal es, que la atención va dirigida a un niño, donde el trato deberá ser sumamente diferente, porque entre los factores que intervienen el más difícil es el control de la conducta del niño, por lo tanto, dependerá de esta la complejidad para realizar un tratamiento.

El manejo de conducta del paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico es un reto, porque no se sabe cómo se va a comportar el niño, ni la actitud o conducta que va a tener ante la consulta odontológica; de igual manera, el procedimiento odontológico es muy diferente al que se realiza en adultos, ya que el uso de los instrumentos es limitado.^{25, 26}

En la práctica odontológica existen ciertas conductas o acciones que por sí mismas pueden generar responsabilidades al profesional si éste las lleva a cabo, estas conductas o acciones son explicadas en la tabla que aparece en la parte inferior.²⁵ Tabla 4

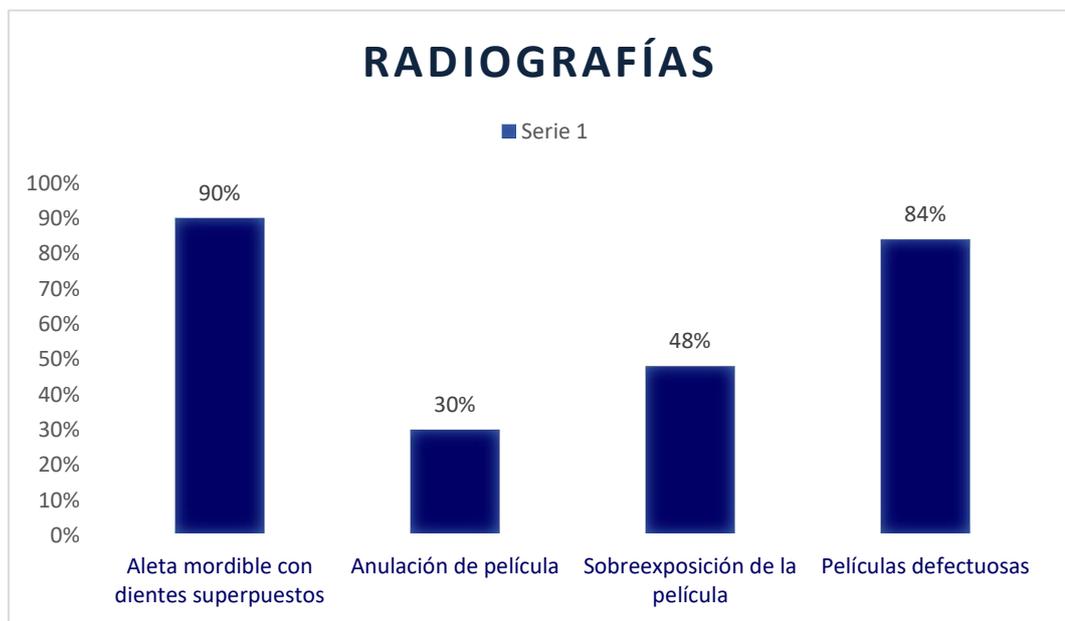
Conducta	Descripción
Negligencia	Incumplimiento de los principios elementales de la profesión. Es la acción u omisión que afecte a la salud de un paciente o al pronóstico de un tratamiento.
Impericia	Es la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que debe tenerse en una determinada profesión.
Imprudencia	Es el afrontar un riesgo sin tomar las debidas precauciones para evitarlo.
Inobservancia	Es la falta de atención a un hecho en particular que culmine en un daño en la salud del paciente.

Tabla 4. Conductas que pueden generar responsabilidad profesional en el odontólogo. ²⁵

En ocasiones la mala conducta del niño y la premura con la que se realiza un tratamiento es un pretexto que utiliza el profesional para omitir procedimientos, tales como, la infiltración de un anestésico, realizar un aislamiento absoluto o incluso un tratamiento complejo como podría serlo una pulpectomía; que puede ocasionar un evento adverso o impedir el éxito en un tratamiento. ^{26, 27}

Sin embargo, el área de la Odontopediatría no se escapa de situaciones inesperadas, en las que se da un evento adverso, esta es una de las áreas más delicadas a tratar, porque como ya lo mencionamos, estamos trabajando con niños; volviendo aún más complicada la atención, debido a que, el profesional debe poner a prueba todos sus conocimientos, mantener una buena actitud y tener la capacidad de solventar cualquier situación que se le presente, con el fin de no generar ansiedad o temor alguno de parte de sus pacientes. ²⁶

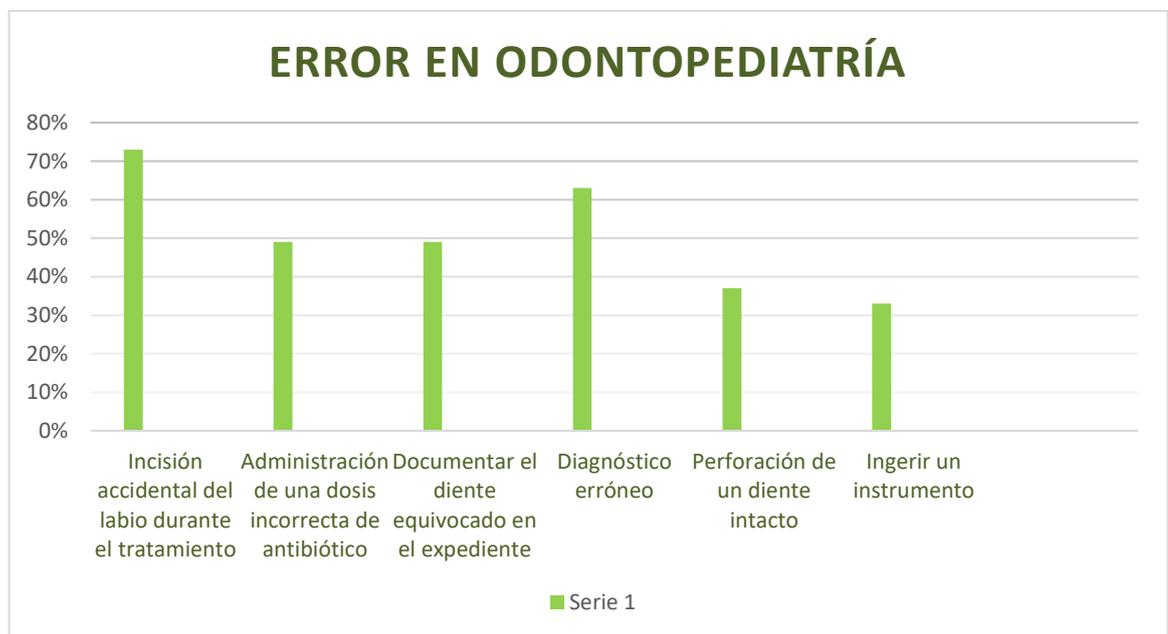
El Departamento de Pediatría Odontológica de la Universidad de Tel Aviv, Israel, realizó un cuestionario anónimo a 25 odontopediatras certificados (29,4%), 48 no certificados (56,5%) y 12 residentes en Odontopediatría (14,1%), para identificar el tipo y la prevalencia relativa de los errores, negligencias y faltas legales. Los más frecuentes relacionados con el rendimiento de las radiografías son: aletas de mordida con dientes superpuestos (90%), se veló la película (30%), sobreexposición de la película (48%), el desarrollo de películas defectuosas (84%) y exposición de los mismos lados de la película dos veces (32%).²⁶ Gráfica 6



Gráfica 6. Errores más frecuentes en las radiografías.²⁶

Como podemos observar, nos mencionan que un error muy frecuente es la toma de radiografías, donde el error es prácticamente debido al clínico y puede deberse a varios factores, como lo son la inexperiencia en la toma de radiografías, en el revelado, en la calidad de la radiografía, incluso en la desorganización de estas, añadiendo que tomar una radiografía en un niño requiere de una gran habilidad.²⁶

Otros errores que reportaron son: perforación de un diente intacto (37%), un diagnóstico erróneo de caries en imágenes radiográficas (63%), anestesiar el diente equivocado (49%), incisión accidental de la mejilla o labios durante el tratamiento (73%), la administración de una dosis incorrecta de antibiótico (49%) o analgésicos (24%), la extracción del diente equivocado (15%), documentar el diente equivocado en el archivo del paciente (63%), que el niño ingiera un instrumento (33%) o cierre la boca durante la atención odontológica (15%).²⁶ Gráfica 7

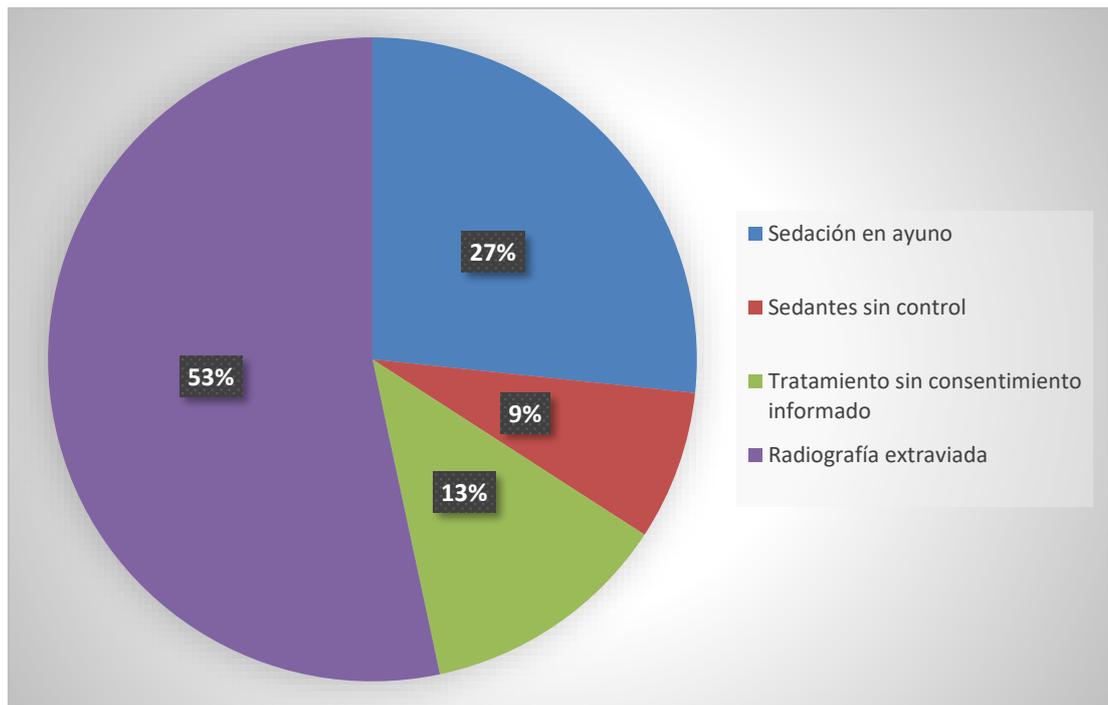


Gráfica 7. Tipo de error en odontopediatría.²⁶

En esta parte, podemos observar los diferentes errores o negligencias que se llegan a presentar, estando en primer lugar con un 73% la laceración accidental del labio durante el tratamiento; los cuales pueden ser evitados si se conoce de ellos, qué hacer o cómo actuar en caso de que se presenten.²⁶

También fueron reportados como los eventos más frecuentes: la administración de sedación a un niño que no había ayunado (32%), sedantes sin control (9%), el tratamiento de niños sin recibir consentimiento firmado por los padres (15%) y la pérdida de una radiografía (64%).²⁶

Gráfica 8



Gráfica 8. Errores más frecuentes.²⁶

Si bien, la búsqueda de eventos adversos en Odontología es muy reducida, disminuye aún más enfocándonos solo en Odontopediatría, pero con la literatura recopilada podemos reunir los eventos adversos más frecuentes en Odontopediatría, siendo estos desglosados a continuación:

5.1 LACERACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS

La laceración de tejidos blandos se puede definir como herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causada por un objeto agudo; el lugar más común donde se observan heridas en el tejido blando es el labio inferior.

La laceración de tejidos blandos es un evento adverso muy frecuente en Odontopediatría, porque tenemos dos factores importantes, uno, es el uso de instrumental punzocortante y el otro, es el movimiento voluntario de los pacientes pediátricos ante el miedo a la consulta odontológica, por ende, es de suma importancia tener el control tanto del manejo del instrumental como el control del movimiento de nuestros pacientes, así reducimos el riesgo a lacerar los tejidos blandos de los pacientes pediátricos.²⁸ Figura 11



Figura 11. Laceración del labio inferior.²⁹

5.2 ERROR EN LA TOMA RADIOGRÁFICA

Otro de los eventos adversos más comunes en Odontopediatría es el referente a las radiografías, que tiene distintas causas, que pueden ser, falta de conocimiento para la toma de radiografías en niños, la sobreexposición de la película, una película defectuosa, el manejo desfavorable del paciente pediátrico, incluso la calidad de la radiografía para poder dar un tratamiento adecuado; todos estos factores van a perjudicar a nuestro plan de tratamiento y puede ocasionar el retraso y fracaso del mismo.

Considerar que la habilidad y experiencia del odontólogo en la toma de radiografías en un niño es fundamental para el éxito de esta y que podemos auxiliarnos, principalmente de algún personal del área o asistente, pero también de los padres. Dependerá de cada caso para tomar esta decisión.²⁶ Figura 12



Figura 12. Toma de radiografía en un niño.³⁰

5.3 INCORRECTA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

El odontopediatra como profesional integral de salud debe estar capacitado y actualizarse en relación a los procesos fisiopatológicos del dolor y las infecciones odontogénicas; realizar un diagnóstico basado en la evidencia clínica, apoyado de exámenes complementarios e instaurar el plan de tratamiento con base científica indicado para cada paciente, estudiado como un individuo y monitorear su evolución a manera de controlar cualquier reacción adversa.³¹

Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales y representan el 19.4 % del total de lesiones que producen discapacidad o muerte; representando una preocupante realidad en el trabajo diario de los profesionales de la salud, con potenciales consecuencias para los pacientes y para el sistema sanitario. No obstante, la odontopediatría forma parte de este grupo, por lo tanto, es fundamental contar con el conocimiento para poder prescribir un medicamento de manera adecuada, conocer la dosis, nombre comercial, la presentación y estar en constante actualización, así el riesgo de provocar un evento adverso por una mala prescripción será bajo.^{31, 32} Figura 13



Figura 13. Incorrecta prescripción de medicamentos en niños.³³

5.4 LESIÓN TRAUMÁTICA POST-ANESTESIA DENTAL

Las lesiones traumáticas post-anestesia son una de las complicaciones más habituales que se presentan en el paciente pediátrico tras una intervención dental; es muy común que el niño al no percibir sensibilidad en la zona anestesiada se muerda, por lo tanto, es fundamental que el profesional informe a los padres e incluso al niño (dependiendo de la edad) sobre la importancia y el cuidado que deben tener al estar bajo los efectos anestésicos.

Es muy frecuente que, por factores como el tiempo, omitimos estos pasos que resultan sencillos y que pueden evitarle un daño al paciente, aunque debemos tomar en cuenta que al tratarse de un niño puede llegar a ser difícil que siga las instrucciones, es por ello que con la ayuda de los padres podemos disminuir el riesgo a que ocurra este tipo de evento; por tanto, la comunicación con el responsable del niño es fundamental en estos casos.³⁴ Figura 14



Figura 14. Mordedura post-anestesia en el labio inferior.³⁴

5.5 INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

La ingesta de un cuerpo extraño es otro de los eventos a los que se pueden enfrentar los odontopediatras, ya que, en nuestra área trabajamos y manipulamos distintos objetos en la cavidad oral, por lo tanto, si no tenemos la precaución y no seguimos los protocolos de protección y aislamiento, se corre el riesgo de que este evento ocurra con mayor facilidad. Dicho evento es totalmente accidental y puede ocurrir en cualquier procedimiento ejecutado.

La aspiración de cuerpos extraños constituye una emergencia médica con riesgo vital que afecta por lo general a niños a partir de los seis meses de edad, etapa crucial del desarrollo cognitivo en donde la región bucal es el medio principal para la comprensión del mundo y el contexto en el que se encuentra inmerso.³⁵

Un cuerpo extraño se define como: “cualquier objeto procedente de fuera, ajeno al cuerpo, el cual puede causar la muerte de la persona que lo ingiere si se llega a obstruir la vía aérea”; cualquier persona está en riesgo de ingerir cuerpos extraños; pero en pacientes pediátricos es mayor el riesgo, porque en otras edades, por lo general, lo que ocurre habitualmente es que los cuerpos extraños son expulsados a través de tos desencadenada por mecanismos de reflejo, por dicha razón debemos estar más alertas y saber cómo actuar ante tal situación.^{35, 36} Figura 15

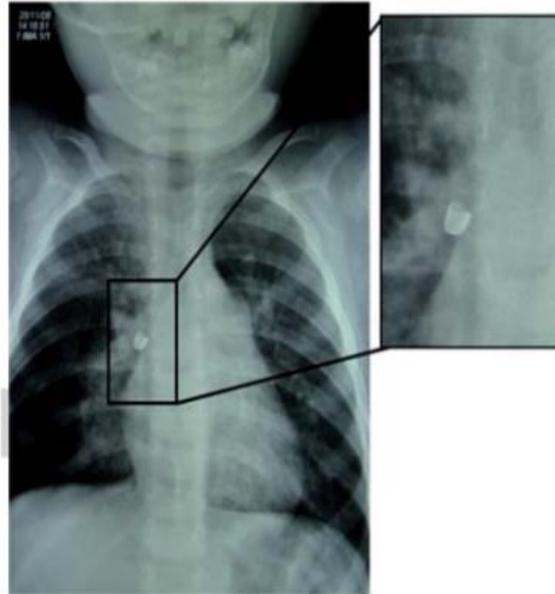


Figura 15. Aspiración de una corona de acero cromo en un pediátrico. ³⁶

6. RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOPEDIATRÍA

Una vez que ya mencionamos los eventos adversos más frecuentes en la Odontopediatría, es indispensable mencionar algunas recomendaciones para prevenir estos eventos, por lo tanto, se abordarán a continuación ciertos puntos que debe tomar en cuenta el cirujano dentista para favorecer una atención exitosa y erradicar en la manera de lo posible la frecuencia con la que ocurra un evento adverso.

- **Comunicación:** La comunicación es la llave para guiar la conducta y, por ende, el éxito del tratamiento; si nos enfocamos en el área de la Odontopediatría, es importante tomar en cuenta que esta relación debe ser:

- Paciente Pediátrico-Odontólogo
- Odontólogo-Padres
- Equipo de trabajo ³⁷

La recomendación es: comunicar a los padres todos los procedimientos que se le van a realizar al niño, y darles una breve explicación del proceso de cada uno, los riesgos y complicaciones; tomando en cuenta que se debe tener consentimiento de los padres para poder llevar a cabo el plan de tratamiento.

- **Manejo de conducta:** es uno de los retos que se tienen en la consulta odontopediátrica, donde se trata de establecer confianza con el paciente y desarrollar una actitud positiva a lo largo del tratamiento dental.

La recomendación: en caso de no tener el control de la conducta del paciente, utilizar algún método de restricción física, así se podrá disminuir el riesgo a que ocurra un evento adverso.

- **Trabajo a cuatro manos:** El trabajo a cuatro manos, es el ejercicio dentro de la odontología, realizado por dos personas (un odontólogo y un asistente), que trabajan al mismo tiempo sobre el mismo campo operatorio, con ocupaciones diferentes y bien definidas, para cada miembro del equipo. En Odontopediatría, es un elemento primordial, que tiene bastantes ventajas, como: agilizar el tiempo de los tratamientos, el manejo de movimientos voluntarios, preparación de bases y cementos, transferencia de instrumentos, retracción de tejidos, mantener el área de trabajo limpia, entre otras cosas. ³⁸

La recomendación es: trabajar siempre a cuatro manos, ya que con ello se disminuirá el riesgo a que ocurra un evento adverso. Por lo tanto, se recomienda que en la manera de lo posible los odontólogos lleven a cabo esta técnica cuando trabajen con un paciente pediátrico sin importar el tipo de procedimiento que se tenga previsto para dicha cita.

- **Aislamiento absoluto:** es otro elemento clave para reducir el riesgo a un evento adverso. Uno de los eventos más frecuentes en Odontopediatría es la ingestión de cuerpos extraños, al realizar un aislamiento absoluto evitamos que algún instrumento o material empleado pueda ser ingerido por el paciente pediátrico; en caso de no poder realizarlo, tomar otra alternativa, como apoyo con topes de goma, una gasa húmeda, eyector, colocación de hilo dental en las grapas, entre otras; tomando en cuenta que la posibilidad de que ocurra una ingestión siempre está latente, por lo tanto, debemos tener precaución en todo momento.

La recomendación es: realizar un aislamiento absoluto en los procedimientos que se realicen, siempre y cuando sea necesario, en caso de no poder hacerlo, tener otra alternativa, como las ya mencionadas.

- **Organización:** Tener orden en el área de trabajo, es otro punto muy importante, así se logra agilizar todas las acciones a ejecutar, y el equipo de trabajo, puede localizar las cosas de una manera más rápida.

La recomendación es: armar previamente paquetes y charolas de instrumental para los diversos procedimientos, así se evitará perder tiempo durante la realización del tratamiento y tener al alcance de nuestro campo operatorio los materiales e instrumentos que vamos a utilizar.

- **Educación continua y Actualización:** El propósito fundamental de la educación continua es la de capacitar profesionales para ser competitivos en el desarrollo de sus funciones, a través de los adelantos científicos, clínicos y técnicos, para enfrentar diversos retos inherentes al área del conocimiento seleccionado. ³⁹

La recomendación es: invitar a los odontólogos a estar en constante actualización, para que así, el desempeño en los tratamientos sea mejor, conociendo los diversos materiales de nueva creación en el mercado y tener una gran variedad de opciones para emplear.

CONCLUSIONES

La seguridad del paciente es una obligación ética en nuestra profesión odontológica, con una gran repercusión moral y económica.

Como profesionales de la salud bucal, debemos tener como prioridad el bienestar, tanto de los pacientes, como el de nosotros y una manera de lograrlo, es conociendo los riesgos a los que estamos propensos.

Los eventos adversos son actos inesperados e intempestivos a los que nos enfrentamos día a día, y dependerá de nosotros como profesionales de la salud evitar que aparezcan en nuestra labor cotidiana.

Los eventos adversos no buscan un culpable, sino el crear conciencia entre los profesionales de la salud para generar un cambio en la visión del quehacer diario en el ejercicio de la práctica clínica.

Uno de los objetivos del análisis de los eventos adversos es aprender de ellos, con el fin de minimizar la repetición de dichos eventos, y en su defecto, saber cómo actuar.

La importancia de prevenir los eventos adversos en Odontopediatría radica en la seguridad del paciente pediátrico, en la integridad y preparación del profesional de la salud bucal e impactará el éxito de los tratamientos a ejecutar.

La atención odontológica empleada en niños es un reto, y el odontólogo, tiene que estar consciente de los riesgos que conlleva, realizando prevención, para evitar los eventos inesperados que pueden ocurrir y en caso de que ocurran, actuar de manera inmediata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perea Pérez, B. Seguridad del paciente y odontología. *Cient Dent.* [Internet] 2011. [Consultado 11 ener 2021].; 8(1): 9-15. Disponible en: [documento27208.pdf \(ucm.es\)](#)
2. Suñol, R. Bañeres, J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina.* [Internet] 2003. [Consultado 15 ener 2021].; 14(4): 265-269. Disponible en: [CONCEPTOS \(5\) \(usal.es\)](#)
3. Rocco C, Garrido, A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes.* [Internet] 2017. [Consultado 01 feb 2021].; 28(5): 785-795. Disponible en: [SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD | Elsevier Enhanced Reader](#)
4. Castillo Castillo, H. Seguridad del paciente en los servicios de estomatología. *Revista ADM.* 2016; 73(3): 155-162
5. Fernández Busso, N. Los eventos adversos y la calidad de atención Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Arch.argent. pediatr.* 2004; 402-410.
6. Otero López, M. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev. Esp Salud Pública.* [Internet] 2003. [Consultado 26 ener 2021].; 77(5): 527-540. Disponible en: [1-COL-ESP.PDF \(scielosp.org\)](#)
7. Chomali, M. Miranda, F. Gestión de riesgos en la atención de salud: Hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Rev. Clin. Las Condes.* [Internet] 2003. [Consultado 02 feb 2021].; 14(4). Disponible en: [Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad \(elsevier.es\)](#)

8. Luengas Amaya, S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. 2009; 48: 6-20.

9. Mihail Cos. Biting injury of the lower lip after conduction anesthesia. [Internet] 2011. [Consultado el 28 de ene 2021] Disponible en:
Biting injury of the lower lip after conduction anesthesia – DocCheck

10. Web infantil. Shock anafiláctico en niños. [Internet] 2003. [Consultado 07 feb 2021] Disponible en:
Shock anafiláctico en niños: Síntomas, y protocolo de primeros auxilios, /WebInfantil

11. Web infantil. Shock anafiláctico en niños. [Internet] 2003. [Consultado 07 feb 2021] Disponible en:
Shock anafiláctico en niños: Síntomas, y protocolo de primeros auxilios, / WebInfantil

12. Aguirre Gas, H. El error médico. Eventos adversos. Cirugía y cirujanos. 2006; 74: 495-503.

13. Webconsultas. El 70% de los españoles no sabría cómo actuar ante un paro cardíaco. [Internet] Revista de salud y bienestar. 2011. [Consultado el 05 de feb 2021]. Disponible en: 70% de españoles no sabría actuar ante un paro cardíaco (webconsultas.com)

14. Parra Covarrubias, M. Tips para colocar coronas preformadas en odontopediatría [Internet] 2017. [Consultado el 07 de feb 2021]. Disponible en:
Tips para colocar coronas preformadas en odontopediatría (podemossonreir.blogspot.com)

15.Consulta Médica Rimed. Consultas Medica Santiago Centro. [Internet] 2021. [Consultado el 07 de feb 2021] Disponible en: Santiago Centro Consulta Médica, Centro de Consultas Médicas Centro Santiago (consultamedicarimed.cl)

16.Clínica dental Érica Franco. Odontofobia- el miedo al dentista. [Internet] 2019. [Consultado el 07 de feb 2021]. Disponible en: ODONTOFOBIA – El miedo al dentista. – Clínica Dental Erica Franco.

17.Centauro. 4 tipos de mantenedores de espacio fijos para niños. [Internet] 2020. [Consultado el 07 de feb 2021] Disponible en:
4 Tipos de mantenedores de espacio fijos para niños | Centauro

18.Taylor S, Vincent C. Análisis del Sistema de incidentes clínicos: Protocolo de Londres. [Internet] [Consultado el 12 de feb 2021]. Disponible en: Microsoft Word - PROTOCOLO DE LONDRES.doc (minsalud.gov.co)

19.Rivera M Fernando, Acevedo A Claudia, Perea P Bernardo, Labajo G Elena, Fonseca G M. Análisis Causa-Raíz Sobre Evento Adverso Producido en la Clínica Odontológica Docente Asistencial, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Chile. Int. J. Odontostomat. [Internet] 2017. [Consultado 12 feb 2021]; 11(2): 207-216. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2017000200014&lng=es.

20.Científica Dental. Revista Científica de Formación Continuada. [Internet] 2011. [Consultado 12 feb 2021]; 8(1): 9-79. Disponible en: documento27208.pdf (ucm.es)

21.Álvaro Martínez Unkauf. Gestión sistemática del error: el enfoque del Queso Suizo en las auditorías. Innotec Gestión. 2012; 4. 13-21.

22. Christiani José, J. Rocha María, T. Valsecia M. Seguridad del Paciente en la práctica odontológica. Acta Odontológica Colombiana [Internet] 2015. [Consultado 26 de feb 2021]; 5(2): 21-32. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>
23. Renton T, Sabbah W. Revisión de eventos nunca y graves relacionados con la odontología. British Dental Journal. [Internet] 2016. [Consultado 01 de mar 2021]; 221(2): 71-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.526>
24. Thusu S, Panesar S. Bedi R. Seguridad del paciente en odontología – estado de juego como lo revela una base de datos nacional de errores. British Dental Journal. [Internet] 2012. [Consultado 01 de mar 2021]; 3: 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.669>
25. Tiol, A. Responsabilidad jurídica en odontología pediátrica. Rev AMOP. [Internet] 2018. [Consultado 02 de mar 2021]; 30(2): 56-59. Disponible en: Responsabilidad jurídica en odontología pediátrica (imbiomed.com.mx)
26. Astudillo M, Chinchilla D, Sarabia L. Mala praxis odontológica: Artículo de revisión. Rev Venezuela Invest Odont IADR [Internet] 2015. [Consultado 02 de mar 2021]; 3(2): 146-170. Disponible en: [art07.pdf](#) (ula.ve)
27. Abed M, T. Algunas consideraciones éticas en Odontopediatría. [Internet] [Consultado 05 de mar 2021]. Disponible en: agosto2 (cbioetica.org)
28. García C, Pérez L, Cortés O. El odontopediatra ante las lesiones de los tejidos blandos faciales y bucales. Odontología Pediatría [Internet] 2003. [Consultado 05 de mar 2021]. Disponible en: C. GARCÍA (odontologiapediatrica.com)

29. Bebés y más. El niño se ha hecho un corte en el labio, ¿cómo curarle? [Internet] [Consultado 05 de mar 2021]. Disponible en:

El niño se ha hecho un corte en el labio, ¿cómo curarle? (bebesymas.com)

30. Centauro. Radiografías dentales en niños: ¿Realmente son necesarias? [Internet] [Consultado 05 de mar 2021] 2017. Disponible en: Radiografías dentales en niños: ¿Realmente son necesarias? | Centauro

31. Colmenares M, Hoffmann I, Guerrero E, Pérez H. Uso racional de AINEs y antimicrobianos en odontopediatría. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. [Internet] 2015. [Consultado 08 de mar 2021]; 19(3): 31-40 Disponible en: art07.pdf (scielo.org)

32. Fuentes V, Calderón A. Farmacoseguridad en odontología. Revista CONAMED. [Internet] 2014. [Consultado 08 de mar 2021]; 19: 33-37 Disponible en: Farmacoseguridad en odontología (medigraphic.com)

33. La Prensa. Guía Médica. [Internet] 2015. [Consultado 08 de mar 2021]. Disponible en: En casa debe mantenerse seguro el botiquín de medicamentos - Diario La Prensa

34. Riobos M F, Martínez M. Mordedura Bucal Post-Anestesia Dental. Revista Biociencias. [Internet] 2020. [Consultado 08 de mar 2021]; 15:(2) Disponible en: art07.pdf (scielo.org)

35. Méndez L A, Espinoza L, Jiménez J, Gómez M. Prevención de la ingesta de cuerpos extraños durante la consulta odontológica: reporte de caso. Revista Mexicana de Estomatología. [Internet] 2016. [Consultado 12 de mar 2021]; 3(2): 50-60. Disponible en: Prevención de la ingesta de cuerpos extraños durante la consulta odontológica: reporte de caso | Méndez Chagoya | Revista Mexicana de Estomatología (remexesto.com)

36.Ramírez A, De la Teja E, Jofré D, Durán A. Aspiración de un cuerpo extraño durante la consulta dental en pediatría. Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana. [Internet] 2014. [Consultado 12 de mar 2021]; 18(2): 128-131. Disponible en: Aspiración de cuerpo extraño durante la consulta dental en pediatría. Reporte de un caso | Ramírez Segura | Revista Odontológica Mexicana (unam.mx)

37.Abed A. Algunas consideraciones éticas en odontopediatría. [Internet] [Consultado 12 de mar 2021]. Disponible en: agosto2 (cbioetica.org)

38.González M. Ergonomía en Odontopediatría. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. [Internet] 2013. [Consultado 14 de mar 2021]; 3(2): 83-92. Disponible en:
Vista de Ergonomía en odontopediatría (revistaodontopediatria.org)

39.Facultad de Odontología, UNAM. Educación Continua. [Internet] 2016. [Consultado 15 de mar 2021]. Disponible en: www.educonfo.unam.mx