



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA PRÁCTICA DE LA  
ASIGNATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL PROGRAMA DE  
TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

KARINA CRUZ GARCÍA

TUTORA: Dra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



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.

## AGRADECIMIENTOS

Aprovecho este espacio para expresar mi más profundo agradecimiento a mi tutora la Dra. Miriam Ortega Maldonado, por su invaluable guía y apoyo durante estos años, su dedicación y experiencia han sido fundamentales para la culminación de este trabajo. Su guía ha trascendido el ámbito académico y ha dejado una huella invaluable en mi formación profesional y personal. Estoy muy honrada de haber tenido la oportunidad de trabajar bajo su tutela.

Mi gratitud al Proyecto PAPIME “Manual digital de eventos adversos en la Clínica de Odontología Preventiva” (PE204122) y todos los integrantes de este proyecto e investigación, cuyas contribuciones fueron esenciales para obtener los datos necesarios. Agradezco su disposición y tiempo para participar en encuestas y darme la oportunidad de formar parte de algo tan importante.

Mi más sincero agradecimiento a mi madre Alicia Amigón; el principal pilar en mi vida, formación, mi apoyo y el amor más puro e incondicional que tengo. Todo lo que soy es gracias a ti. Esto absolutamente es por ti y para ti.

A mi tía Ali quien también ha fungido un papel importante siendo mi otra mamá, me ha visto crecer, superarme y me ha apoyado en cada momento junto a mis hermanos Max y Lany por todo el amor que me tienen.

A mis padres, hermanos Karla, Gerardo y toda mi familia, quiero decirles que su amor y apoyo han sido mi mayor fortaleza. No me alcanzan las palabras para expresar mi gratitud por todo lo que han hecho por mí. Este logro también es suyo y celebro con ustedes cada paso.

Mis Amigos, que para no extenderme ellos saben quiénes son, gracias por el aliento constante y palabras de ánimo, han significado mucho para mí. Desde el comienzo, han estado ahí para escucharme, consolarme, brindarme su perspectiva y compartir su sabiduría. Su presencia ha hecho que este viaje y años lejos de casa sea mucho más ameno y enriquecedor. Por último, pero no menos importante: Gracias a la UNAM y a mi querida FO por recibir a esta foránea y ayudarla a cumplir su meta.

# ÍNDICE

Página

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. Introducción.....</b>  | <b>1</b> |
| <b>2. Antecedentes.....</b>  | <b>3</b> |
| 2.1 Primer periodo: Albores de las civilizaciones.....   | 5        |
| 2.2 Segundo periodo: Helenístico y romano.....   | 8        |
| 2.3 Tercer periodo: Seguridad del paciente desde<br>el Renacimiento hasta Industrialización .....                  | 10       |
| 2.4 Cuarto periodo: Seguridad del paciente en el siglo XX,<br>la era del control estadístico hasta la calidad..... | 11       |
| 2.5 Quinto periodo: “Errar es humano” “Retos Globales”<br>de la OMS .....  | 12       |
| 2.5.1 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.....  | 14       |
| 2.6 Eventos Adversos .....   | 16       |
| 2.7 Protocolo de Londres para el análisis de<br>eventos adversos .....   | 20       |
| 2.8 Eventos adversos de mayor ocurrencia<br>en Odontología.....  | 22       |
| 2.9 Eventos adversos perceptibles en estudios de<br>gabinete (análisis radiográfico).....                          | 27       |
| 2.10 Eventos adversos de mayor ocurrencia relacionado<br>con medicamentos .....                                    | 29       |
| 2.11 Eventos adversos de mayor ocurrencia por<br>mala comunicación con el paciente .....                           | 30       |
| 2.12 Calidad de la atención odontológica .....   | 32       |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.13 Estudios internacionales relacionados con la incidencia de Eventos Adversos ..... | 33        |
| <b>3. Planteamiento del problema.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>4. Justificación.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>5. Objetivo general.....</b>  | <b>36</b> |
| <b>6. Metodología.....</b>   | <b>37</b> |
| 6.1 Limitaciones.....  | 39        |
| 6.2 Análisis estadísticos.....   | 39        |
| 6.3 Consideraciones éticas.....  | 39        |
| <b>7. Resultados.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>8. Discusión.....</b>   | <b>51</b> |
| <b>9. Conclusiones.....</b>  | <b>53</b> |
| <b>10. Referencias.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>11. Anexos.....</b>   | <b>61</b> |

# 1. INTRODUCCIÓN

---

La calidad de atención en salud y la seguridad del paciente se han convertido en cualidades esenciales para poder llevar una práctica adecuada de atención sanitaria, el objetivo principal de ambas es garantizar condiciones saludables, mejorar el estado de salud de la población y fortalecer la red de atención, basada en principios éticos, científicos y humanos.

El paso del tiempo, la evolución, el impacto positivo y negativo que se ha originado en la atención, la variación del estilo de vida y los sobrecostos que ha tenido el sistema de seguridad social en salud, han dado pauta a la preocupación y necesidad de lograr altos índices de calidad en atención segura para el paciente, así como a las instituciones educativas, que en el área de formación académica de los futuros profesionales de la salud estos puedan ser capaces de identificar, conocer y aplicar las oportunidades de mejora, caracterizando y previniendo los eventos adversos.

Durante la práctica clínica del alumno en la asignatura de Odontología Preventiva pueden surgir eventos que podrían comprometer la salud del paciente o del mismo, sin embargo, muchos de estos eventos adversos no son reportados y en la mayoría de los casos pueden ser prevenibles.

Por ello, el objetivo del presente trabajo de investigación se centra en describir las ventajas del uso del manual digital para la enseñanza de Eventos Adversos en un grupo de estudiantes de la asignatura de Odontología Preventiva.

El manual digital pretende ser una guía de apoyo donde a través de videos interactivos y casos supuestos, se dan a conocer los eventos adversos que pueden presentarse con mayor frecuencia en la práctica de la clínica de Odontología Preventiva, fortaleciendo el proceso enseñanza-aprendizaje, ayudando a que el estudiante desarrolle su razonamiento clínico, crítico y se

encuentre capacitado con suficiente información y conocimiento para identificar, reportar, pedir ayuda, actuar de manera rápida, oportuna y pueda resolver o evitar errores que dañen la seguridad del paciente y así mismo del futuro Cirujano Dentista, logrando una atención de calidad durante la consulta, disminuyendo los riesgos de sufrir un evento adverso al reforzar la seguridad del paciente.

## 2. ANTECEDENTES

---

Antes de adentrarnos al tema de Eventos Adversos quisiera iniciar con la descripción del concepto de seguridad, el cual puede entenderse como la respuesta efectiva a cualquier tipo de riesgos o amenazas, si a este concepto le sumamos la definición de cultura: “conjunto de conocimientos que le permiten a la persona desarrollar un juicio crítico”, podemos hablar de la necesidad de crear en los estudiantes un juicio crítico para prevenir, contener o enfrentar de manera efectiva cualquier tipo de riesgo o amenaza.<sup>1</sup>

Diversos incidentes pueden presentarse en la práctica clínica conocidos comúnmente como “Eventos Adversos” (EA) los cuales se presentan de forma inesperada durante la atención médica u odontológica desencadenando la prolongación del tratamiento, el reingreso del paciente para recibir atención, discapacidad o en el peor de los casos la muerte.<sup>2</sup>

Este tipo de eventos inesperados pueden ser evitables o inevitables y se clasifican como errores, accidentes y complicaciones. Es importante conocer el significado de cada evento y reconocerlo para poder prevenirlo o contenerlo como se explicó con anterioridad a fin de generar una cultura de seguridad donde no sólo se beneficie al paciente sino también de manera indirecta al operador.<sup>3</sup>

Los eventos adversos en la atención médica son una preocupación crítica en la medicina contemporánea. Aunque la atención médica ha sido durante mucho tiempo una práctica sofisticada y compleja, la cuestión de los eventos adversos sólo empezó a recibir una atención considerable en las últimas décadas del siglo XX.<sup>4</sup>

Antes de la década de 1990, los errores médicos y las complicaciones a menudo se consideraban inevitables o se atribuían a los riesgos inherentes a

la atención médica. El modelo de atención médica era fundamentalmente paternalista, con los médicos ejerciendo una autoridad considerable y los pacientes teniendo poco o ningún papel en las decisiones de atención. Las expectativas de los pacientes y de la sociedad en general en relación con la seguridad y la calidad de la atención médica estaban cambiando, pero los errores y las complicaciones todavía se consideraban, en gran medida, una parte inevitable de la atención médica.<sup>5,6</sup>

Uno de los primeros estudios importantes que examinó los eventos adversos en la atención médica fue el Estudio de Harvard, publicado en 1991. Este estudio analizó más de 30,000 registros hospitalarios y encontró que aproximadamente el 4% de los pacientes hospitalizados sufrían un evento adverso, y que aproximadamente el 14% de esos eventos adversos resultaban en la muerte del paciente. El estudio concluyó que muchos de estos eventos adversos eran prevenibles, lo que sugiere que la atención médica podría y debería ser mejorada.<sup>5</sup>

Ocho años después del Estudio de Harvard, en 1999, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó un informe titulado *“To err is human: building a safe health system”*, haciendo referencia al derecho que tenemos los seres humanos a equivocarnos, pero sin minimizar las consecuencias del error. Según las estimaciones del informe, entre 44,000 y 98,000 personas morían cada año en los hospitales de los Estados Unidos debido a errores médicos. Este informe atrajo la atención del público y de los responsables políticos hacia el problema de los eventos adversos en la atención médica, y contribuyó a fomentar la creación de programas e iniciativas de seguridad del paciente.<sup>5,6,7</sup>

La conciencia de la importancia de la seguridad del paciente ha continuado creciendo desde entonces. Los errores médicos, la mala comunicación y la falta de coordinación entre los miembros del equipo de atención médica son reconocidos ahora como antecedentes comunes de los eventos adversos. Se ha desarrollado una comprensión más sofisticada de los sistemas de atención

de salud y de cómo los errores pueden ser facilitados o prevenidos por el diseño de estos sistemas. Se ha reconocido que la cultura de seguridad, en la que se fomenta la notificación de errores y se promueve una actitud de aprendizaje en lugar de culpa, es fundamental para prevenir eventos adversos.

Hoy en día, la seguridad del paciente es un campo de investigación y práctica importante, con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Las organizaciones de atención de salud están implementando cada vez más sistemas para mejorar la comunicación y la coordinación, y están trabajando para promover una cultura de seguridad. Aunque todavía queda mucho por hacer, se ha logrado un progreso significativo en la reducción de los eventos adversos en la atención médica.

En la historia de la seguridad del paciente se describen cinco periodos:

- 1) el inicio de las civilizaciones: Mesopotamia, India, China y Egipto;
- 2) el periodo helenístico y el nacimiento del imperio romano;
- 3) el periodo renacentista hasta la Revolución Industrial;
- 4) el siglo XX caracterizado por la era del control estadístico de la calidad
- 5) la publicación del informe “Errar es de Humanos”; los retos globales de la OMS y el estudio IBEAS.<sup>8</sup>

## **2.1 Primer periodo: Albores de las civilizaciones**

Es del conocimiento que, en la etapa de la prehistoria, la estructura de la sociedad se basaba en nómadas, iban de un lugar a otro conforme a sus necesidades, para después establecerse y convertirse en sedentarios, esta sociedad se dedicaba a la caza, recolección, a la interpretación de pinturas rupestres, ritos, sacrificios, medicina primitiva y tenían la creencia de que las enfermedades eran de origen espiritual o eran causadas por la

naturaleza, pues la esperanza de vida era relativamente alta, debido a sus niveles de actividad física y el conocimiento hacia temas de salud y seguridad del paciente era prácticamente nulo.

El período de las antiguas civilizaciones: Mesopotamia, India, China y Egipto destacó por los principales aportes en el área de la salud y la seguridad, en esta etapa se encuentra el desarrollo de los primeros escritos médicos, las primeras leyes, además de las acciones y actividades que fueron determinando el rumbo de las necesidades sociales del momento.

Gracias a la invención del sistema de escritura, el cual fue un proceso largo y complejo, se difundieron los conocimientos y tratamientos que en esos entonces se tenían, esto dio origen a una mejor calidad de la atención y mejoramiento continuo del enfermo.<sup>8</sup>

El texto más conocido es el **Código de Hammurabi**, se trata de una de las colecciones más antiguas de leyes y ordenamientos que se conocen. Fue creado por el rey de Babilonia Hammurabi (1728-1686 a. C.) Este código está compuesto de 282 leyes que regulaban una amplia gama de temas y situaciones.



*Estela de Hammurabi. (2019, 29 marzo). GEOBLOGRAFIA. <https://bit.ly/3O4BtbV>*

La ley 218 del código de Hammurabi hacía referencia al acto médico y era conocida como la “Ley del Talión” cuya cita es: *“Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien, si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos”*.<sup>8</sup> Dicha ley expresaba la importancia de recibir un castigo proporcional al daño ocasionado a causa de una mala praxis.

Este código no solo es relevante por su antigüedad y por el hecho de que fue uno de los primeros conjuntos de leyes escritas, sino también por su influencia en los sistemas jurídicos posteriores, proporcionando un antecedente temprano a los principios de legalidad, justicia y derechos que subyacen a muchos sistemas jurídicos contemporáneos.<sup>8</sup>

Otro de los textos médicos más conocidos es el “**Ayurveda**” originario de la India, que significa “la ciencia de la vida”, se centra en mantener el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu para promover la salud y prevenir enfermedades.

En él se establece que la persona dedicada al arte de la sanación se debe en cuerpo y alma a los enfermos con la finalidad de consagrar su recuperación. Por lo tanto, el estudiante no debe dañar la confianza del arte curativo, ni revelar datos comprometedores del paciente o de su familia resguardando en todo momento la seguridad del paciente.<sup>8</sup>

A partir de esto comienza la cultura de la prevención de enfermedades y promoción de la salud y el bienestar, siendo la seguridad del paciente un objetivo fundamental.

La civilización China también es de las precursoras en utilizar medicina tradicional, contando con compendios curativos que datan de unos 1400 a. C. El Yi Jing o Libro de las Mutaciones es un antiguo texto chino que tiene como filosofía la religión y cultura. Este libro hace hincapié en la responsabilidad del

sanador de actuar correctamente y su compromiso inquebrantable por buscar la recuperación de la salud del paciente.

La medicina tradicional China también tiene vínculos con Confucio (551-479 a. c.) el influyente filósofo y maestro chino, quien aportó indirectamente a la medicina a través de sus libros clásicos, que destacan cinco virtudes: 1) la humanidad o benevolencia conocida como Ren; 2) la justicia o rectitud denominada Yi; 3) la conducta correcta y protocolaria conocida como Li; 4) la sabiduría o Zhi y, por último, 5) la confiabilidad o Xin., mismas que se trasladaron hacia la atención del enfermo.<sup>10</sup>



*La Medicina Tradicional China, el mundo moderno y la Covid-19. (s. f.). PUEAA.  
<http://pueaa.unam.mx/en/multimedia/medicina-tradicional-china>*

## **2.2 Segundo periodo: Helenístico y romano.**

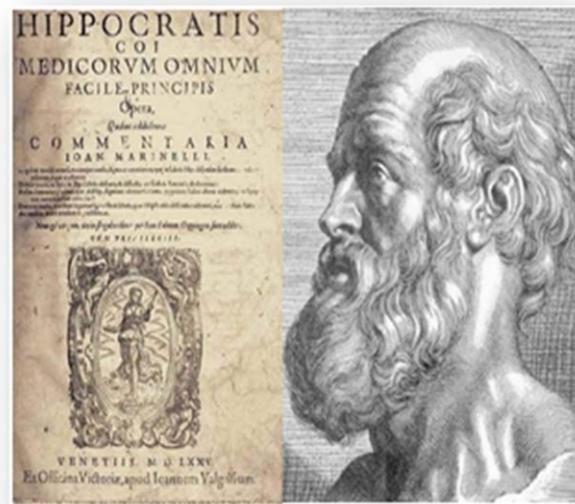
Se conoce como Periodo helenístico o Helenismo a la etapa de la edad antigua, el cual está marcado por la fragmentación del imperio alejandrino y

la aparición de reinos independientes. En este periodo, las artes, la filosofía y las ciencias aplicadas tuvieron un gran desarrollo.

Los aportes de la medicina a la humanidad dejaron de lado la magia, la religión y el misticismo y dieron paso a la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento a partir de la investigación racional de los signos y síntomas observados en la enfermedad. El desarrollo del método científico contribuyó a la observación de la relación entre los principios de la higiene y la aparición de enfermedades, ya la inversa como el control de la higiene aportaba una atención más segura en el paciente.<sup>11</sup>

En este periodo destacan las aportaciones de Hipócrates de Cos contenidos en el *Corpus Hippocraticum* (460-370 a. c.) quien marca una gran diferencia entre la medicina clásica al considerar que la salud no depende del malhumor de los dioses, sino del equilibrio entre los cuatro humores del organismo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

Dentro de sus aportaciones relacionadas con la seguridad del paciente destaca la famosa frase "*Primum non nocere*" traducida como "Lo primero es no hacer daño". Frase que garantiza la seguridad durante la práctica médica y que se vincula con el juramento hipocrático a partir del cual la medicina establece el imperativo ético de la seguridad del paciente.<sup>8,12</sup>



*Corpus hippocraticum e Hipócrates (c.460 aC-c.370 aC). (s. f.). La anatomía humana como disciplina indispensable es seguridad de los pacientes. <https://bit.ly/3RNlu1W>*

Una contribución notable de los romanos con relación a la seguridad del paciente fue la oficialización de la enseñanza de la medicina con la que se garantizó la calidad y la seguridad de la práctica profesional en el Imperio Romano.<sup>8</sup>

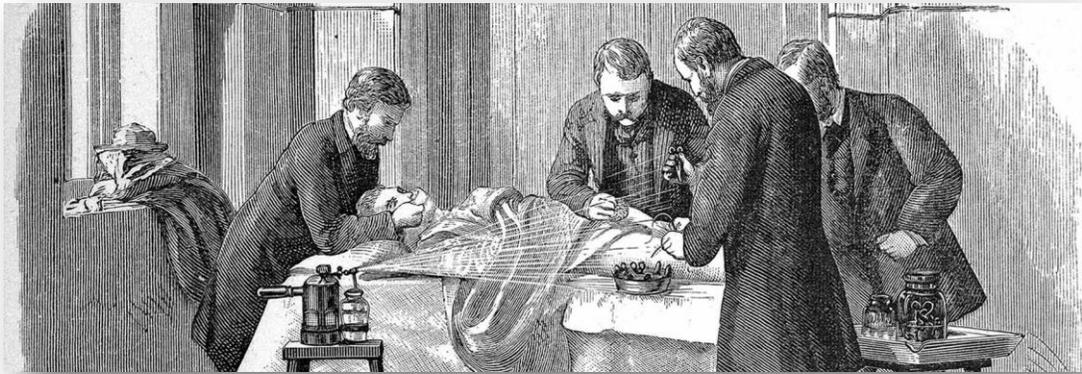
El emperador Alejandro Severo, que gobernó entre 225-235 d. C., fue quien decretó que se normalizara la enseñanza de la medicina, con el fin de garantizar la calidad, y, por tanto, la seguridad de la práctica profesional en el Imperio Romano. Entre la caída del Imperio Romano (476 d. C.) y los siglos del fundamentalismo religioso propio de la Edad Media (476-1453), los avances de la medicina mermaron.<sup>12</sup>

### **2.3 Tercer periodo: Seguridad del paciente desde el Renacimiento hasta la Industrialización.**

En el Humanismo y Renacimiento, la medicina retoma relevancia en el área de ciencia y la seguridad del acto médico, aquí se marca la obra y legado del padre de la anatomía moderna Andreas Vesalio (1514-1564) cuyo agudo estudio y observación del cuerpo humano le permitió romper la tradición médica que se practicaba a base de la religión.

La medicina adquirió una nueva dirección científica y abrió el camino a la fisiología, la histología, la patología y otras disciplinas, lo que permitió una mayor preparación de los médicos aunado a la formación continua donde los médicos comenzaron a documentar y corregir los errores que cometían. Un ejemplo de la corrección de los errores es el dato registrado de Ambroise Paré (1509-1590), quien convencido de los efectos nocivos de la cauterización en la batalla de Vilaines, aconsejó a sus alumnos que buscaran nuevas alternativas.<sup>13</sup>

Por otro lado, Florence Nightingale (1820-1910) estableció los principios de la técnica aséptica para la atención de las víctimas durante la Guerra en Europa del Este (1853-1856) e hizo importantes contribuciones a la seguridad del paciente. Asimismo, Joseph Lister (1827-1912) y Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) establecieron la importancia de utilizar antisépticos para limpiar instrumentos, manos y heridas, demostrando que estas medidas reducían en gran medida el número de muertes por infección drásticamente.<sup>8</sup>



*Joseph Lister, el hombre que esterilizó la cirugía. (s. f.). bbva openmind. <https://bit.ly/3Si3gZ7>*

#### **2.4 Cuarto periodo: Seguridad del paciente en el siglo XX, la era del control estadístico de la calidad.**

Dentro de las aportaciones durante este periodo se encuentra el trabajo de Ernest Amory Codman (1869-1940) cirujano de Boston y padre de la medicina asistencial, quien propuso la idea de un "*sistema de resultados finales*", tratándose de una forma de realizar un seguimiento de cada paciente hasta los resultados finales e identificar errores y oportunidades de mejora. Esto fue revolucionario en una época en la que la mayoría de

los médicos eran hostiles a la idea de la vigilancia y revisión. Codman argumentó que los médicos deberían ser responsables de los resultados de los pacientes y que las organizaciones de atención médica deberían recopilar y publicar información sobre la calidad de la atención y sus resultados. Esto presagió el movimiento en favor de la medicina basada en la evidencia y la calidad de la atención.<sup>14</sup>

Codman también propuso la creación de un "Departamento de Estándares Hospitalarios", que más tarde se convertiría en la "Junta Conjunta de Acreditación de Hospitales" (ahora conocida como la Comisión Conjunta), que establece y mantiene los estándares de atención en los hospitales de los Estados Unidos.<sup>15</sup>

En las décadas de 1920 y 1930, se produjo una mayor comprensión del control estadístico de la calidad gracias a los trabajos de Walter Shewhart y W. Edwards Deming. Sin embargo, las ideas de Codman y el control estadístico de la calidad no se integraron completamente en la atención sanitaria hasta después de la década de 1980 y más allá, cuando las ideas sobre mejora de la calidad y seguridad del paciente comenzaron a ser aceptadas.<sup>15</sup>

Estos estudios fueron los impulsores para realizar investigaciones que permitieron identificar resultados adversos durante la atención médica, lo cual, permitió controlar estadísticamente la calidad y la seguridad de los pacientes, con la participación colaborativa de los trabajadores de la salud y de las organizaciones.<sup>8</sup>

## **2.5 Quinto periodo: “Error es humano” “Retos Globales” de la OMS.**

En respuesta al creciente número de estudios importantes y bien diseñados sobre los eventos adversos y su impacto, en 1999 el Instituto de

Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. publicó el informe *“Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro”* cuyas conclusiones causaron revuelo entre la opinión pública, los líderes políticos y los líderes administrativos de Estados Unidos y otros países desarrollados quienes no tuvieron otra opción que considerar la *seguridad del paciente* como un principio fundamental en la práctica médica<sup>7</sup>. En Ginebra, Suiza durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS - 2002) abordó el tema de la seguridad del paciente en sus deliberaciones, reconociendo las deficiencias en la atención de la salud y la necesidad de mejorar la seguridad del paciente, proponiendo el desarrollo de estrategias conjuntas.<sup>16</sup>

Esta iniciativa impulsada por la OMS tuvo como principal objetivo fomentar la colaboración y el intercambio de conocimientos en todo el mundo para mejorar la seguridad del paciente.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, fue creada con el propósito de impulsar iniciativas globales, destinadas a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. Esta alianza enfatiza la importancia de fomentar la investigación como uno de los componentes esenciales para mejorar la seguridad de la atención



*Día Mundial de la Seguridad del Paciente – 17 de  
septiembre. (s. f.).  
Comisión de seguridad del paciente.  
<https://bit.ly/3vbxzY>*

### 2.5.1 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Como se puede observar el concepto de seguridad del paciente ganó mayor relevancia desde 1999 con la publicación del informe “Errar es Humano...” con el cual, se reafirma la importancia de desarrollar una especialidad que pueda responder a los desarrollos globales que afectan la compleja evolución de los sistemas de atención médica con un aumento significativo del daño a los pacientes, procedimientos y técnicas a través de la exposición a servicios, tecnologías y tratamientos.<sup>18</sup>

La seguridad del paciente, por lo tanto, debe entenderse como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, que permitan prevenir, contener o reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención del paciente. Es un concepto que va más allá de la sola prestación de servicios de salud a nivel mundial.

Por un lado, identificar los eventos adversos, evaluar sus causas, generar estrategias para reducir su incidencia representa un avance para los diferentes sistemas de salud y, en consecuencia, permite mejorar la calidad en la atención de los pacientes, sin embargo, por otro lado, es un proceso que requiere de tiempo para adaptarse a las condiciones de cada país.<sup>18</sup>

Las áreas básicas en las que se debe actuar para la seguridad del paciente en odontología son aquellas donde las actividades siempre son susceptibles a que ocurra un EA si es que no se tienen las medidas correspondientes para evitarlo, pero también, existen ciertas áreas donde se concentra la mayor parte de los problemas.<sup>19</sup>

- **Documentos clínicos:** En esta área se pueden cometer errores relacionados con las historias clínicas, como por ejemplo datos faltantes,

uso de abreviaturas, falta de información o falta de remisión del paciente a otros servicios.

- **Prescripción de medicamentos:** En esta área destacan dificultades clínicas relacionadas con alergias a medicamentos, falta de información vinculada con interacciones medicamentosas, dosis erróneas, vía de administración incorrecta o inespecífica, ilegibilidad de las recetas, entre otros.
- **Procedimientos quirúrgicos:** Es aquí donde se concentran los errores relacionados con la planificación del tratamiento, la intervención, la prevención preoperatoria, el seguimiento, el control del paciente y el desarrollo de infecciones postquirúrgicas.
- **Accidentes:** En este apartado se enlistan los posibles accidentes definidos como sucesos aleatorios, imprevistos e inesperados que causan daño a paciente y que pueden relacionarse con la caída de los pacientes, el mal manejo del instrumental que pueda ocasionar cortes, quemaduras, daños oculares, etc.<sup>19</sup>

El área odontológica no está exenta de los errores anteriormente citados, las áreas clínicas donde ocurren con mayor repetición por mencionar algunas son.<sup>19,20</sup>

- **Diagnóstico:** Se ha observado que algunos errores se concentran en la falta de preparación para llevar a cabo un diagnóstico del estado de salud del paciente, omitiendo la evaluación médica y su vinculación con las enfermedades orales.
- **Equipo odontológico:** En este aspecto se incluyen sustancias, materiales, aparatos o instrumentos, donde su mal uso por falta de destreza o desconocimiento puede dañar la estructura dental o lesionar tejidos blandos de la cavidad oral.

- **Medicación:** De igual manera la falta de información o el desconocimiento de la farmacología permite que existan errores en la prescripción de medicamentos ocasionando interacciones medicamentosas.
- **Acciones administrativas:** Este tipo de errores se producen cuando no se remite correctamente al paciente pudiendo retrasar el tratamiento y teniendo como resultado el desarrollo de una enfermedad o lesión.<sup>19</sup>
- **Relación médico-paciente:** Este tipo de errores son muy comunes dificultando el objetivo final de la atención vinculada con la resolución del problema, la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad en un futuro.

## 2.6 Eventos Adversos.

Identificar los eventos adversos en cualquier área de la salud permite como se ha mencionado anteriormente prevenir, contener y enfrentar cualquier riesgo que ponga en peligro la salud del paciente. Anualmente casi 100.000 personas mueren a causa de algún tipo de evento adverso, y lo peor aún, es que la mayoría de estos pudieron ser prevenibles. Sin embargo, lo más terrible de un evento adverso son las enormes consecuencias sociales y económicas de las personas que no mueren.<sup>21</sup>

Asimismo, los eventos adversos causados por errores odontológicos durante el diagnóstico, la medicación, relacionados con iatrogenias, negligencias, remisiones, etc., resultan en daños no intencionados al paciente que pueden derivar en daños físicos o psicológicos, la prolongación del tratamiento, pérdida dental o edentulismo y en el peor escenario en la hospitalización o muerte del paciente.<sup>1</sup>



*Seguridad del paciente:  
eventos adversos, causas y  
medidas de mejora.  
(s. f.). <https://bit.ly/48SPzF9>*

Para continuar con el tema relacionado con eventos adversos es importante mencionar algunos conceptos vinculados con la seguridad del paciente y que fueron extraídos del Boletín de la CONAMED.<sup>1</sup>

- **Daño asociado a la Atención Sanitaria:** se entiende como aquel daño ocasionado por estrategias o acciones realizadas durante el tratamiento, pero con la característica de no que el daño no conlleva una enfermedad o lesión posterior.
- **Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente:** se considera incidente al daño que sucede durante el tratamiento pero que genera un daño directo en la salud del paciente, pero a diferencia del concepto anterior, en este caso el daño afecta a posteriori causando que se prolongue el tratamiento.
- **Evento Adverso:** se reconoce como evento adverso todo daño imprevisto o inesperado que conlleva una consecuencia para el paciente, ya sea porque se prolonga el tratamiento, porque ocasiona una discapacidad o porque requiere de citas consecutivas. Los eventos adversos por su duración se pueden catalogar como:

- **Grave:** este tipo de evento se define como aquel daño que ocasiona la muerte del paciente, o en el caso del tratamiento odontológico, la pérdida de la pieza dental, ocasionando una discapacidad en la capacidad masticatoria, lo que genera un tratamiento posterior o una cirugía.
  - **Moderado:** se considera un evento adverso moderado cuando la prolongación de la estancia en una atención médica requiere al menos un día de duración. En términos odontológicos un evento adverso puede considerarse como moderado cuando se requiere la intervención de otras disciplinas con una duración de un día.
  - **Leve:** es aquel evento cuya lesión o complicación se puede resolver en ese momento.
- **Evento adverso prevenible:** se considera prevenible cuando el daño podría evitarse si el paciente hubiese recibido la atención adecuada.
  - **Evento adverso sin daño físico:** es aquel suceso aleatorio, imprevisto o inesperado que no llegó a causar daño al paciente ni ocasiono pérdidas materiales o de cualquier otro tipo, también se le reconoce como *cuasifalla*.
  - **Evento centinela:** este tipo de hechos son inesperados, no están relacionados con el curso natural de una enfermedad, pero si con la atención médica proporcionada e involucran el daño físico, psicológico grave, la pérdida de un órgano hasta la muerte del paciente.
  - **Incidente:** se reconoce como un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría ocasionar un daño al paciente, pero que aún no se presenta.
  - **Error:** es un suceso que se presenta cuando el profesional de la salud realiza una práctica incorrecta, pudiendo ser por comisión al realizar una acción, o por omisión al dejar de realizarla.
  - **Infracción a las normativas:** este tipo de sucesos se presentan por el desvío intencional de las normas, reglas o procedimientos operativos. En

el ámbito médico a este tipo de sucesos se le conoce como *conducta negligente*.

- **Cuasierror:** este tipo de sucesos no alcanzan al paciente en cuanto a ocasionarle un daño, pero es importante considerarlos para prevenir cualquier otro de suceso.
- **Complicación:** se define como una enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad o intervención asistencial.
- **Impericia:** es todo suceso que ocurre por falta de conocimientos técnicos y prácticos, así como de capacidad y experiencia.
- **Dolo:** se entiende como aquel acto punible que implica una violación consciente de la ley por la maquinación o artificio empleado con el propósito de dañar a otro.<sup>1</sup>

La falta de conocimientos técnicos relacionados con medicamentos, materiales dentales y la falta de conocimientos prácticos asociados con la esterilización del material no desechable y la reutilización inapropiada de materiales e instrumentos dental pueden provocar la aparición de eventos adversos. Es importante reconocer accidentes relacionados con procedimientos quirúrgicos, con la interpretación de estudios radiológicos y de cualquier maniobra odontológica para evitar o contener cualquier suceso inesperado que se presente.

Los eventos adversos además de su duración pueden clasificarse por su condición de evitabilidad, por su nivel de severidad del daño producido, su tipología y ocurrencia. A continuación, se describe cada uno.<sup>22</sup>

- **Según condición de evitabilidad:** se clasifican considerando si son evitables o no, aunque la mayoría de estos eventos son prevenibles, el riesgo que conlleva a los casos que no se pudieron prevenir se les conoce como riesgo inherente.

- **Según nivel de severidad del daño producido:** los eventos que entran en esta categoría son aquellos que cuyo daño afecta una o varias partes del cuerpo humano. Los eventos adversos pueden clasificarse como graves, moderados y severos, clasificación que se encuentra descrita renglones arriba.
- **Según la tipología de la problemática que los originó:** este tipo de eventos pueden surgir por múltiples causas, entre las que destacan las relacionadas con aspectos de carácter administrativo, procesos o procedimientos clínicos, aspectos relacionados con el tratamiento hospitalario, situaciones vinculadas a procesos de medicación y con tratamientos diversos, así como aquellos relacionados con productos sanguíneos, nutrición, oxígeno, gases y vapores. En esta categoría también se incluyen aquellos ocasionados por problemas de comunicación deficiencias de los establecimientos médicos (recursos humanos y materiales) y a problemas relacionados con la organización.

## **2.7 Protocolo de Londres para el análisis de eventos adversos.**

El protocolo de Londres se reconoce como una guía que permite gestionar el riesgo sanitario y facilitar la investigación relacionada con los eventos adversos que pueden ocurrir durante la asistencia clínica, con el objetivo de prevenir incidentes. También es reconocido como una metodología de apoyo en la gestión de la calidad y seguridad del paciente, cuya base es el modelo organizacional de accidentes de James Reason, considerando que las decisiones tomadas en los niveles directivos y gerenciales se transmiten hacia niveles más abajo, lo que afecta los diferentes departamentos y trabajadores dando como resultado conductas inseguras.<sup>36</sup>

Para la investigación del incidente clínico o evento adverso el protocolo plantea considerar los siguientes pasos. <sup>24</sup>:

1. Identificación y determinación del suceso a investigar.
2. Selección del equipo que llevará la investigación, el cual debe contar con experiencia al respecto.
3. Organización de la información para analizar las circunstancias e identificar los elementos que contribuyeron o predispusieron el evento.
4. Cronología del evento, lo cual permitirá tener conocimiento sobre el inicio y desenlace del suceso.
5. Identificar la acción o acciones inseguras, por ejemplo, no haber vigilado, haber tomado una decisión incorrecta o no haber solicitado ayuda.

Analizar el contexto institucional general y las circunstancias en las que se cometieron los errores, por ejemplo, carga de trabajo y fatiga del personal; conocimiento deficiente, falta de habilidad o experiencia inadecuada; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; comunicación deficiente; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones, etc.

Es importante resaltar que la personalidad, el lenguaje, las creencias y los problemas psicológicos del paciente pueden interferir en la comunicación con el profesional de la salud y en el procedimiento clínico, por lo tanto, deben ser considerados.<sup>24</sup>

En general es importante mejorar las debilidades identificadas y corregir los errores para prevenir futuros EA, para ello es conveniente diseñar un plan de acción que reduzca la probabilidad de que se presentes acciones inseguras en un futuro y esto incluye acciones detalladas para suceso adverso.<sup>25</sup>

## 2.8 Eventos adversos de mayor ocurrencia en Odontología

La odontología, como cualquier otra disciplina de la salud, no está exenta de riesgos. Los eventos adversos en la práctica odontológica pueden variar desde una leve molestia hasta la muerte, con costos elevados para el sector sanitario y los familiares, a continuación, se muestran las principales áreas donde es más probable que se presente un EA:

### Odontología Preventiva:



*Imagen propiedad de: Getty Images/iStockphoto*

- a) Efectos secundarios o reacciones alérgicas al fluoruro.
- b) Colocar selladores de fosetas y fisuras en dientes no indicados o con mala técnica.
- c) Atragantamiento de cuerpo extraño al no insertar debidamente el cepillo de profilaxis al contra ángulo.
- d) Daño a los tejidos blandos debido a mala técnica de eliminación de cálculo.
- e) Uso incorrecto del instrumental para eliminar cálculo dental.
- f) No colocar el equipo de protección al paciente durante la profilaxis.

### Odontología restauradora:



<https://bit.ly/3RXiYHz>

- a) Sensibilidad dental después de la colocación de una restauración.
- b) Restauraciones mal ajustadas causando trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).
- c) Discrepancia de color entre la restauración y los dientes naturales.
- d) Alergias o reacciones al material de la restauración.
- e) Infección secundaria bajo una restauración.

### Anestesia:



<https://bit.ly/3vxXUQm>

- a) Reacciones alérgicas a los anestésicos.
- b) Parestesia o entumecimiento persistente después de la anestesia.

- c) Complicaciones respiratorias o cardíacas debido a la anestesia.
- d) Trismo, o dificultad para abrir la boca, después de la anestesia.
- e) Daño a los tejidos blandos debido a la mordida accidental durante el adormecimiento.

### Rehabilitación oral:



<https://bit.ly/47wYjQr>

- a) Dolor o incomodidad debido a prótesis mal ajustadas.
- b) Infecciones o reacciones alérgicas a los materiales de las prótesis.
- c) Fracaso del implante dental.
- d) Problemas de masticación o de habla con prótesis nuevas.
- e) Desgaste de los dientes adyacentes a las prótesis.
- f) Cambios estéticos no deseados con prótesis o restauraciones.

### Periodontología:



<https://bit.ly/42c6m4h>

- a) Sangrado e inflamación después de procedimientos de raspado y alisado radicular.
- b) Infección después de la cirugía periodontal.
- c) Recesión gingival tras procedimientos periodontales agresivos.
- d) Pérdida de dientes debido a un tratamiento periodontal inapropiado.
- e) Efectos secundarios del medicamento utilizado en el tratamiento periodontal.

### Endodontología:



<https://bit.ly/48wKORW>

- |   |
|---|
| a) Dolor o infección después del tratamiento endodóntico.                       |
| b) Fractura del diente después del tratamiento endodóntico.                     |
| c) Perforación de la raíz durante el procedimiento endodóntico.                 |
| d) Fractura de instrumento durante el tratamiento de conducto.                  |
| e) Sobrextensión de los materiales de obturación más allá del ápice del diente. |
| f) Reabsorción radicular después del tratamiento endodóntico                    |

### Odontopediatría:



<https://acortar.link/D3HLfa>

- |   |
|---|
| a) Trauma dental durante un procedimiento debido a la no cooperación del niño.                |
| b) Alergias.  |
| c) Caries del biberón no diagnosticadas o mal tratadas.                                       |
| d) Problemas de oclusión o alineación no identificados o mal manejados.                       |
| e) Lesiones en los tejidos blandos debido a un manejo no adecuado durante los procedimientos. |
| f) Reacciones adversas a los materiales dentales utilizados en los niños.                     |

### Ortodoncia:



<https://acortar.link/2JTy2J>

- a) Enfermedad periodontal debido a mala higiene.
- b) Daño a los dientes o tejidos de la boca a causa de los aparatos ortopédicos.
- c) Movimiento inadecuado o no planificado de los dientes.
- d) Recesión gingival debido a la fuerza ortodóntica excesiva.
- e) Ingestión de cuerpo extraño.
- f) Reabsorción radicular como resultado del tratamiento ortodóntico.

### 2.9 Eventos adversos perceptibles en estudios de gabinete (análisis radiográfico).

Algunos eventos adversos se encuentran relacionados con la interpretación o la falta de exámenes radiográficos, que si bien, este tipo de estudios son una herramienta que aporta información al odontólogo para llevar un correcto diagnóstico y tratamiento del paciente, también lo es exploración radiológica puede presentar complicaciones.<sup>29</sup>

- **Diagnóstico erróneo:** Una interpretación incorrecta de las radiografías puede llevar a un diagnóstico erróneo, lo que puede conducir a un tratamiento incorrecto o innecesario.

- **Sobrediagnóstico:** Algunas anomalías menores detectadas en las radiografías pueden no requerir tratamiento, pero a veces se pueden sobre diagnosticar, lo que conduce a tratamientos innecesarios.
- **Exposición innecesaria a la radiación:** La realización de radiografías cuando no están clínicamente indicadas puede exponer al paciente a una radiación innecesaria.
- **Calidad de imagen deficiente:** Una imagen radiográfica de baja calidad puede dificultar la identificación de problemas, lo que puede llevar a un diagnóstico erróneo.
- **Errores técnicos:** Esto puede incluir cortar partes del diente o de la estructura ósea, lo que puede dificultar la interpretación de la radiografía.
- **Exposición repetida debido a errores técnicos:** A veces, se necesita repetir la toma de radiografías debido a errores técnicos, lo que puede aumentar la exposición total a la radiación del paciente.
- **Daño a los tejidos blandos:** Si no se coloca adecuadamente la película radiográfica o el sensor digital en la boca del paciente, puede causar dolor o daño a los tejidos blandos.
- **Fallo en la identificación de patología:** Si un radiógrafo no está debidamente capacitado o no tiene experiencia, puede pasar por alto patologías importantes en las radiografías.

Cabe destacar que la mayoría de estos eventos adversos se pueden prevenir y pueden ser causados por diversos factores, como el desconocimiento de procedimientos adecuados o la poca capacidad para realizar diagnósticos oportunos. con la correcta formación y experiencia del personal dental, así como con la utilización de protocolos y pautas establecidos.<sup>30</sup>

Por lo tanto, es esencial que el profesional esté bien capacitado y actualizado para minimizar la ocurrencia de estos eventos adversos. Algunas medidas preventivas incluyen la comunicación efectiva entre el equipo de atención y el paciente; la seguridad en el proceso de medicación; el procedimiento

adecuado; la reducción del riesgo de Infecciones asociadas con la atención; la reducción del daño al paciente evitando el riesgo de caídas; la prevención del riesgo de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. Pero sobre todo fomentar la cultura de seguridad del paciente. Fomento de una cultura de seguridad del paciente

## **2.10 Eventos adversos de mayor ocurrencia relacionado con medicamentos.**

Este tipo de eventos relacionados con los medicamentos pueden surgir por errores con la dosificación, con la falta o desconocimiento de las interacciones medicamentosas, o bien, por el desconocimiento de reacciones alérgicas. Asimismo, pueden estar relacionados problemas con el monitoreo o la preparación de medicamentos por ejemplo proporciones erróneas. Tipos de eventos relacionados con medicamentos.<sup>30</sup>

- **Sobredosis:** Esto puede ocurrir si se toma más de un medicamento de lo que se prescribe, lo que puede resultar en toxicidad y efectos adversos graves.
- **Reacciones alérgicas:** Algunas personas pueden tener reacciones alérgicas a ciertos medicamentos que pueden variar desde leves hasta potencialmente mortales.
- **Interacciones medicamentosas:** Algunos medicamentos pueden interactuar de manera adversa entre sí, lo que puede alterar su efectividad o causar efectos secundarios graves.
- **Efectos secundarios no deseados:** Todos los medicamentos tienen potenciales efectos secundarios. Si no se manejan de manera segura, estos pueden ser más propensos a ocurrir.

- **Uso incorrecto de antibióticos:** El uso inadecuado de antibióticos puede conducir a resistencia a los antibióticos, lo que puede dificultar el tratamiento de infecciones en el futuro.
- **Dependencia o adicción:** Algunos medicamentos, especialmente los analgésicos narcóticos, pueden crear dependencia o adicción si no se manejan de manera segura.
- **Errores de medicación:** Esto puede incluir tomar el medicamento equivocado, la dosis equivocada, en el momento equivocado, o por la vía equivocada.
- **Fallo terapéutico:** No tomar los medicamentos como se indica puede resultar en un fracaso terapéutico, donde la afección que se está tratando no mejora o empeora.
- **Retiro o abstinencia:** La interrupción abrupta de ciertos medicamentos puede provocar síntomas de abstinencia, que pueden variar desde leves hasta graves, dependiendo del medicamento.

### **2.11 Eventos adversos de mayor ocurrencia por mala comunicación con el paciente.**

Las principales consecuencias de una mala comunicación entre el profesional de la salud y el paciente son la falta de adherencia al tratamiento y el consecuente agravio de los procesos patológicos, algunos conceptos relacionados al respecto se describen a continuación.<sup>37</sup>

- **Errores de medicación:** Si un médico o profesional de la salud no se comunica claramente sobre cómo y cuándo tomar un medicamento, esto puede conducir a errores de medicación, que pueden incluir la toma de la dosis incorrecta, la omisión de dosis o la toma de un medicamento en el momento incorrecto.

- **Falta de consentimiento informado:** Si no se comunica adecuadamente la información sobre un procedimiento médico o tratamiento, el paciente puede no entender los riesgos y beneficios asociados, lo que podría resultar en la falta de un consentimiento informado.
- **Falta de seguimiento de las instrucciones de tratamiento:** Si un paciente no entiende completamente las instrucciones de tratamiento debido a una mala comunicación, puede que no siga las instrucciones de manera adecuada, lo que puede afectar la eficacia del tratamiento.
- **Incumplimiento del plan de atención médica:** La mala comunicación puede resultar en que el paciente no comprenda la importancia de cumplir con las citas de seguimiento, las pruebas diagnósticas o los tratamientos recomendados, lo que puede resultar en un peor resultado de salud.
- **Retraso en la búsqueda de atención médica:** Si un paciente no comprende la gravedad de sus síntomas debido a la mala comunicación, puede demorar la búsqueda de atención médica, lo que puede empeorar su condición.
- **Ansiedad y estrés del paciente:** La mala comunicación puede causar confusión y ansiedad en los pacientes, lo que puede afectar su bienestar emocional y, en última instancia, su salud física.
- **Insatisfacción del paciente:** La mala comunicación puede resultar en una menor satisfacción del paciente con la atención recibida, lo que puede afectar su relación con los profesionales de la salud y su confianza en el sistema de atención médica.
- **Daños o complicaciones relacionadas con procedimientos:** La falta de una comunicación clara antes, durante y después de los procedimientos puede llevar a complicaciones, ya que el paciente puede no comprender completamente las instrucciones de cuidados posteriores, lo que puede resultar en lesiones o retrasos en la recuperación.

## 2.12 Calidad de la atención odontológica.

La calidad de la atención odontológica se refiere a la medida en la que los servicios de salud dental mejoran la salud oral de los pacientes y son consistentes con la práctica dental actual basada en la evidencia. Esto implica no solo el resultado final de los procedimientos dentales, sino también la experiencia del paciente durante todo el proceso de atención, desde la prevención hasta el tratamiento y el seguimiento<sup>23</sup>.

La calidad en la atención odontológica se basa en varios principios clave, que incluyen: la eficacia, la eficiencia, la accesibilidad, la seguridad del paciente, la equidad y la atención centrada en el paciente.<sup>31</sup>

**La eficacia:** se refiere a proporcionar cuidado basado en la evidencia y lograr los mejores resultados posibles.

**La eficiencia:** se relaciona con la utilización óptima de los recursos.

**La accesibilidad:** implica que los servicios dentales estén disponibles para todos los que los necesiten, independientemente de su ubicación o situación socioeconómica.

**La seguridad del paciente:** se centra en prevenir errores médicos y minimizar el riesgo de daño.

**La equidad:** busca eliminar las disparidades en la atención de salud dental. La atención centrada en el paciente implica tratar a los pacientes con respeto y garantizar que estén bien informados y puedan participar en las decisiones sobre su cuidado.

La calidad de la atención odontológica también requiere un sistema de evaluación y mejora continua. Las prácticas dentales deben monitorizar de forma rutinaria la calidad de la atención que brindan, utilizando indicadores de calidad que pueden incluir medidas de resultados clínicos, satisfacción del paciente, seguridad del paciente y eficiencia del servicio. En última

instancia, la atención dental de alta calidad mejora la salud oral y general de los pacientes, su calidad de vida y su satisfacción con la atención recibida.

### **2.13 Estudios internacionales relacionados con la incidencia de Eventos Adversos.**

El estudio más importante relacionado con los eventos adversos fue realizado por el *Quality of Health Care in America Committee del IOM (Institute of Medicine)* de Estados Unidos, el cual se basa en dos grandes estudios realizados en Colorado – Utah y Nueva York, reconocido como “To err is human”, en el cual observaron que 5% de eventos adversos ocurrían durante la hospitalización, de los cuales 10% conducían a la muerte, y la mitad de ellos eran prevenibles.

En términos de impacto, los EA se han convertido en una causa significativa de muerte, superando incluso a los accidentes de tránsito, el cáncer de mama y el SIDA.<sup>7</sup>

Un estudio de gran interés es el ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) realizado en España con la participación de 24 establecimientos hospitalarios cuya finalidad fue determinar la incidencia de los eventos adversos en los hospitales de España, describir sus causas inmediatas, definir los eventos adversos evitables y conocer su impacto en términos de estadía hospitalaria. En él se detectó una incidencia de 9% de eventos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria; 22% fue el motivo de reingreso, de éstos 16% fueron graves. Las principales causas fueron 37% la medicación, 25% problemas técnicos del procedimiento, 25% infecciones nosocomiales. Los eventos adversos en su mayoría se consideraron evitables.<sup>32</sup>

APEAS del 2006 (similar al ENEAS) se abocó al estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud, pero centrado en los servicios de atención primaria. En él se evaluaron 48 Centros de Atención Primaria ubicados en 16 comunidades de España, los resultados pusieron en evidencia que el 11% de los pacientes presentaron eventos adversos, de los cuales 55% fueron leves, el 38% moderados y 7% graves. Los eventos adversos fueron en 7% inevitables, el 23% poco evitables y el 70% totalmente evitables.<sup>33</sup>

Otro estudio relacionado con eventos adversos es el IBEAS (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), realizado en 58 hospitales de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), que incluyó la revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados, donde se encontró que 12% de los pacientes presentaron un evento adverso, el cual pudo haberse evitado (65%). Entre ellos, los más frecuentes estaban relacionados con la atención (13%), con fármacos administrados (8%), diagnóstico (6%) e infecciones nosocomiales 37%).<sup>34</sup>

Por último, y no menos importante, es el estudio SYREC (Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva) en el cual se reportó el 62% de los pacientes sufrieron al menos un evento adverso por hora. Los más frecuentes fueron los relacionados con fármacos. El 90% de estos eventos al igual que los resultados de los estudios anteriores pudieron evitables. Asimismo, 34% de los incidentes se asociaron con algún evento adverso y de éstos 21% fueron moderados y 4% permanentes.<sup>3</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Los eventos adversos en la asignatura de Odontología Preventiva representan un problema significativo que requiere una atención cuidadosa y sistemática para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

El manual existente de Eventos Adversos que se encuentra en la página de la Facultad (Odontología Preventiva, eje temático 2. Introducción a la clínica odontológica. Disponible en el siguiente enlace:

[https://www.odonto.unam.mx/sites/default/files/inline-files/O\\_preventiva.pdf](https://www.odonto.unam.mx/sites/default/files/inline-files/O_preventiva.pdf) )

es una herramienta que describe los conceptos relacionados con el tema, asimismo ejemplifica a través de casos reales las definiciones, desafortunadamente, al buscar el procedimiento que como docente o estudiante debe seguir al verse envuelto en un evento adverso, el contenido temático de Odontología Preventiva no lo contiene

Probablemente, porque los procedimientos clínicos se consideran de bajo o nulo riesgo, lo cual, no es así; durante el quehacer docente se han observado deficiencias antes y durante la práctica clínica que ponen en riesgo al paciente, como es el caso de caídas del cepillo de profilaxis en la boca del paciente, desgarre de tejidos blandos por descuido o falta de habilidad del estudiante, lo que prende alertas para actuar antes de que ocurra un Evento Adverso que involucre la vida del paciente.

Por lo tanto, se genera la siguiente pregunta de investigación:

***¿La creación de un Manual Digital con la formulación de casos simulados permitirá al estudiante prevenir un incidente durante la práctica clínica de odontología preventiva y reaccionar ante un posible Evento Adverso?***

## **4. JUSTIFICACIÓN**

---

Durante la pandemia se realizaron casos clínicos simulados donde surgió la reflexión sobre el procedimiento que debe seguir el estudiante durante la práctica clínica si se cae un cepillo de profilaxis dentro de la boca del paciente; o bien, si durante la eliminación de cálculo dental se desgarran tejidos blandos. Al no encontrar dentro del Manual de Procedimiento para la asignatura de Odontología Preventiva la respuesta, se decidió elaborar un Manual Digital que pudiera ser consultado por estudiantes y que se centrara en la identificación de los factores de riesgo y las estrategias de prevención, así como en la promoción de una cultura de seguridad en la práctica clínica con la finalidad de acompañar al estudiante durante la lectura de los procedimientos y visualizar las acciones que puede efectuar en el supuesto de que se presente un evento adverso.

## **5. OBJETIVO GENERAL**

---

Identificar las ventajas del uso del manual digital para la enseñanza de Eventos Adversos dirigido a estudiantes de segundo año de la carrera de odontología que cursan la asignatura de Odontología Preventiva.

## 6. METODOLOGÍA

---

El estudio se planteó como un estudio transversal descriptivo comparativo, considerando como población de estudio a estudiantes de segundo año de la asignatura de Odontología Preventiva.

La selección de los estudiantes se realizó por conveniencia conformando una muestra de 36 estudiantes. Se excluyeron las respuestas de estudiantes que se encontraban recursando la asignatura y se eliminaron los cuestionarios que se aplicaron para evaluar el uso del manual y no se contaba con información previa.

El proyecto se realizó en la clínica 11 de la Facultad de Odontología y se llevó a cabo en dos fases:

### **Primera fase**

Se realizó un consenso con el cuerpo académico sobre los posibles eventos adversos que se pueden presentar durante la práctica clínica en la asignatura de Odontología Preventiva, una vez que se eligieron se realizó una simulación de cada uno de ellos en la clínica donde realizarán la práctica, se grabaron y se editaron, procurando ser cortos y explícitos para evitar saturar al estudiante.

Imagen 1 y 2. Grabación de casos simulados de Eventos Adversos.



## Segunda fase

Se construyó un cuestionario para evaluar la experiencia educativa del manual digital relacionada con el eje temático “Eventos Adversos en el ejercicio de la práctica” en la asignatura de Odontología Preventiva (VER ANEXO 1). Posteriormente se eligió por conveniencia a un grupo de segundo año para aplicar el cuestionario antes y después de la clase teórica considerando cuatro meses después de terminar el eje temático.

Imagen 3. Primera aplicación del cuestionario antes del manual.



Imagen 4. Segunda aplicación del cuestionario después del manual.



El cuestionario estuvo conformado por seis preguntas y cinco casos simulados denominados supuestos y se realizó en formato digital en *Google Forms*.

Como estrategia didáctica se utilizaron las estrategias sugeridas en el programa además del manual digital elaborado previamente.

El Manual (VER ANEXO 2) se encuentra dentro de la Aula Virtual Institucional (AVI) de Odontología Preventiva y puede ser consultado con el siguiente enlace:

[https://drive.google.com/file/d/1tpTQ\\_wwLYGVs6NioLhrfVYWciJ1qcUK2/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1tpTQ_wwLYGVs6NioLhrfVYWciJ1qcUK2/view?usp=share_link)



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA PAPIME (PE204122)  
Programa de apoyos a proyectos para innovar y mejorar la educación PAPIME Convocatoria 2022

### 6.1 Limitaciones

Debido a que el trabajo de investigación se realizó con financiamiento PAPIME y la duración del proyecto no va de acuerdo con el ciclo escolar, no se pudo conformar un grupo control y uno de estudio para evaluar el impacto del manual como estrategia didáctica.

### 6.2 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para comparar las respuestas del cuestionario antes y después del uso del manual.

### 6.3 Consideraciones éticas

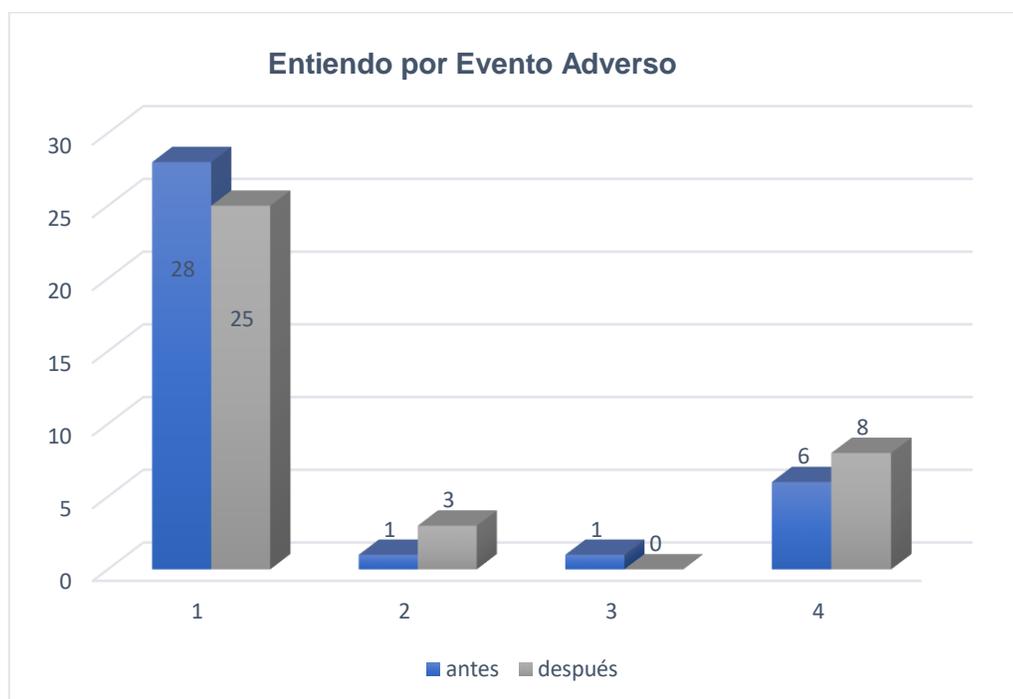
El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo, se informó sobre el objetivo del estudio y se solicitó de manera

verbal la autorización de los estudiantes. Al mismo tiempo que se respetó la decisión de participar o suspender la participación en cualquier momento de la aplicación del cuestionario. Además de hacer hincapié del anonimato de las respuestas. Sólo se colocaron códigos para comparar las respuestas antes y después.

## 7. RESULTADOS

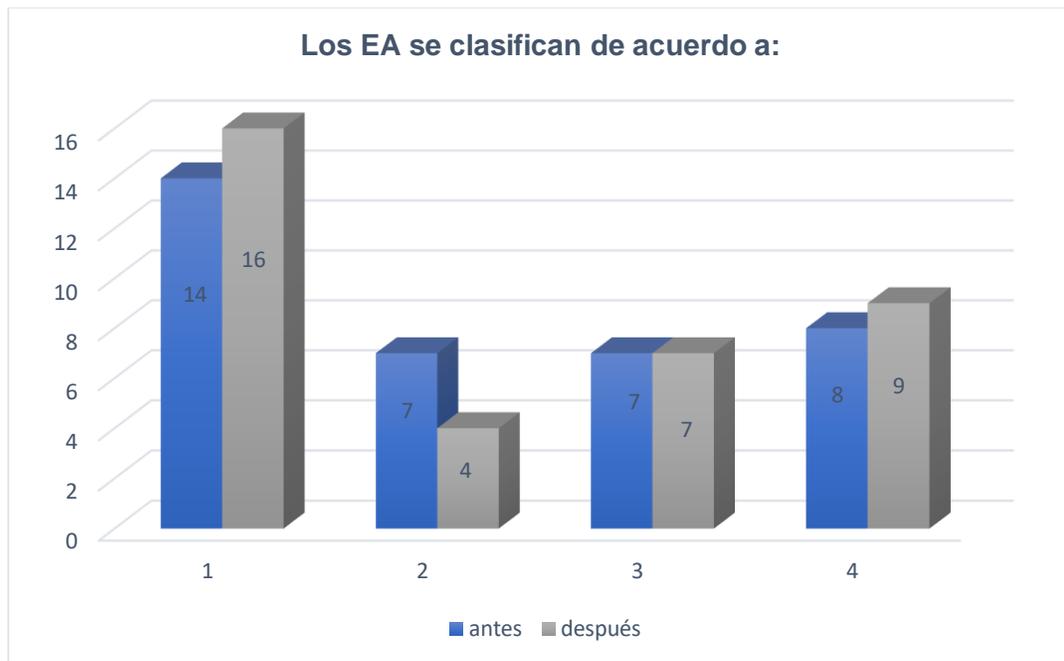
En total se evaluaron 36 cuestionarios antes y después del uso del manual como estrategia didáctica; se incluyeron las respuestas de los estudiantes sin distinción de género o edad. Se excluyeron las respuestas de estudiantes que se encontraban recursando la asignatura y se eliminaron los cuestionarios que se aplicaron para evaluar el uso del manual y no se contaba con información previa. (Anexo 1)

En la pregunta 1 “Entiendo por Evento Adverso (EA) a...”, 78% (n=28) de los estudiantes respondió correctamente antes del uso del manual en comparación con la segunda aplicación del cuestionario 69% (n=25), la diferencia de las respuestas fue de tres puntos porcentuales.



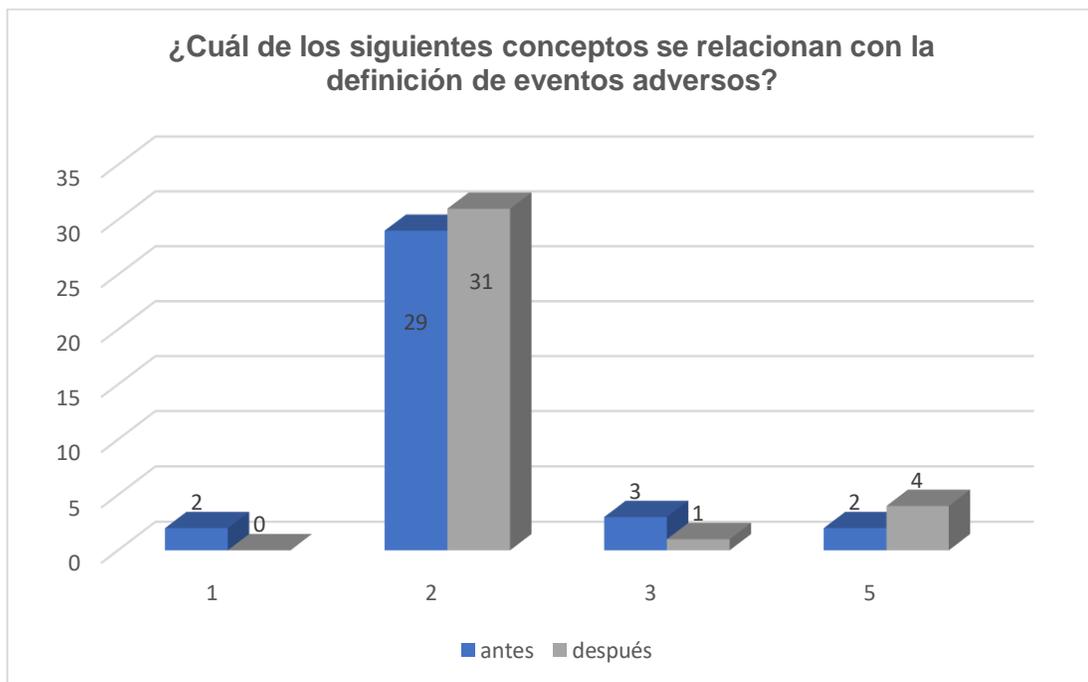
**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

Para la pregunta número 2 “Los EA se clasifican de acuerdo a...”, el número de estudiantes que respondió correctamente fue mayor después del uso del manual digital, 39% (n=14) al inicio y 44% (n=16) en la segunda aplicación del cuestionario.



**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

Siguiendo con el orden del cuestionario, en la pregunta 3 “¿Cuál de los siguientes conceptos se relacionan con la definición de eventos adversos?”, 80% (n=29) estudiantes en la primera aplicación del cuestionario identificó el concepto relacionado con Eventos Adversos, número que aumentó 86% (n=31) en la segunda aplicación del cuestionario.



**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

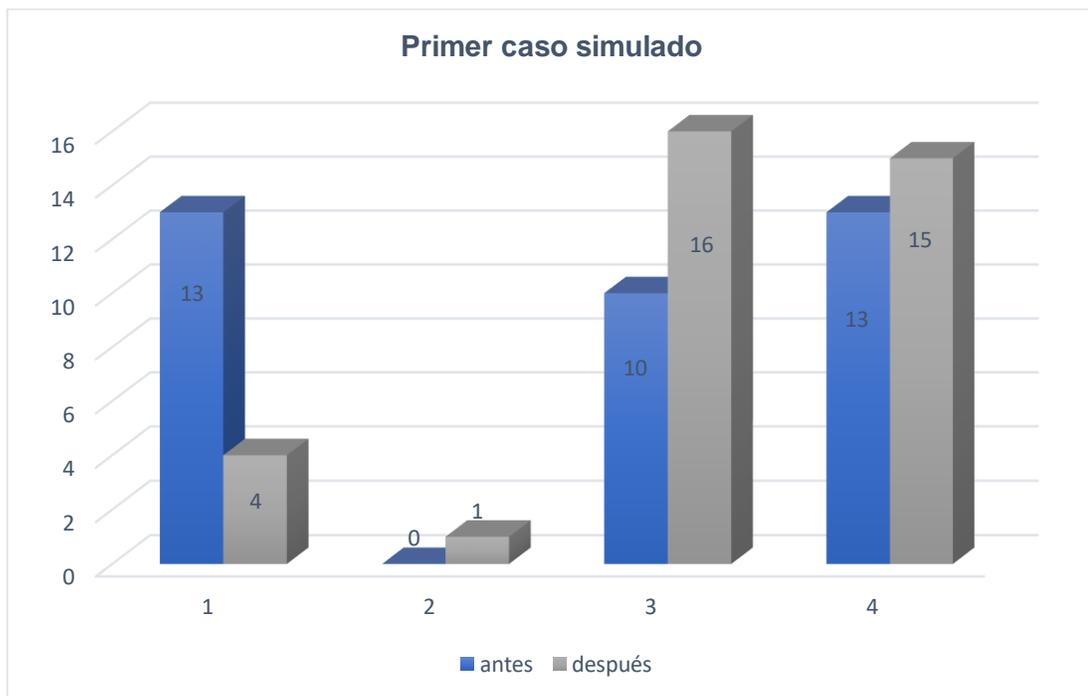
Posteriormente, se enlistaron una serie de eventos durante la práctica clínica, con la finalidad de conocer la opinión de los estudiantes respecto a si pueden ser prevenibles o no. Las respuestas llamaron la atención porque más del 75% considera que las maniobras clínicas rutinarias no pueden ser prevenibles (CUADRO 2).

| <b>CUADRO 2.<br/>EVENTOS ADVERSOS QUE PUEDEN SER PREVENIBLES DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA<br/>EN LA ASIGNATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.</b> |   |           |           |           |           |
|--|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Items</b>   |   | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| 1.   | lastimar tejidos blandos del paciente con el instrumental                           | 9         | 27        | 9         | 27        |
| 2.   | causar quemaduras en la cavidad oral del paciente                                   | 0         | 36        | 2         | 34        |
| 3.   | realizar un tratamiento inadecuado por un mal diagnóstico                           | 3         | 33        | 6         | 30        |
| 4.   | provocar un hematoma por eliminación inadecuada del algodón                         | 1         | 35        | 1         | 35        |
| 5.   | realizar comunicación oroantral durante el procedimiento de profilaxis              | 0         | 36        | 1         | 35        |
| 6.   | tirar el cepillo de profilaxis en la cavidad bucal                                  | 7         | 29        | 6         | 30        |
| 7.   | causar daños a dientes adyacentes durante el tratamiento                            | 0         | 36        | 1         | 35        |
| 8.   | desalojar una restauración por mal manejo del instrumental                          | 0         | 36        | 0         | 36        |
| 9.   | realizar tratamiento en el diente equivocado  | 3         | 33        | 2         | 34        |
| 10.  | desgarrar tejido blando con la grapa  | 0         | 36        | 0         | 36        |
| 11.  | manchar la ropa del o la paciente con la tinción de la pastilla                     | 1         | 35        | 3         | 33        |
| 12.  | no realizar las recomendaciones postratamiento                                      | 2         | 34        | 1         | 35        |
| 13.  | lastimar la mucosa con el eyector   | 2         | 34        | 0         | 36        |
| 14.  | provocar sobrecalentamiento de la pieza dental por uso incorrecto del pulido dental | 8         | 28        | 4         | 32        |

*Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023*

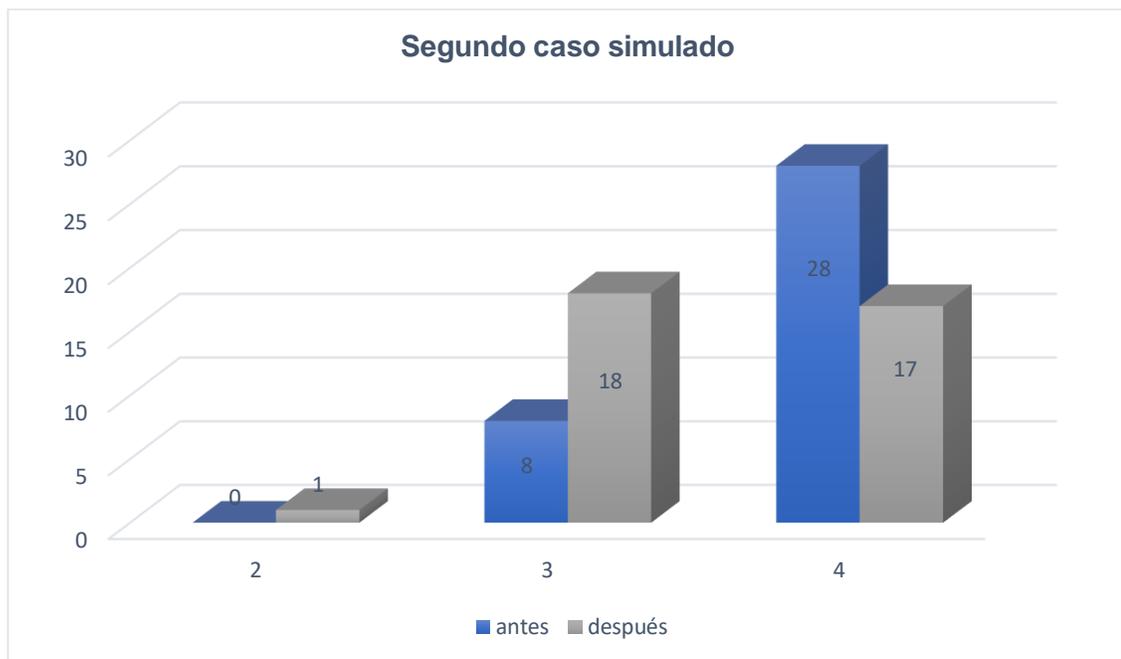
Más adelante se construyeron cinco casos simulados considerando las observaciones recurrentes durante la práctica clínica.

En el primero se consideró la caída del cepillo de profilaxis en la cavidad bucal y la acción de la respuesta del estudiante. La respuesta esperada (número tres) es que el estudiante al ver caer un cuerpo extraño en la cavidad bucal levante al paciente del sillón y trate de buscar el objeto extraño introduciendo los dedos en un costado de la cavidad. El número de estudiantes que respondió correctamente fue del 44% (n=16) a diferencia del 27% (n=10) que respondieron en un inicio.



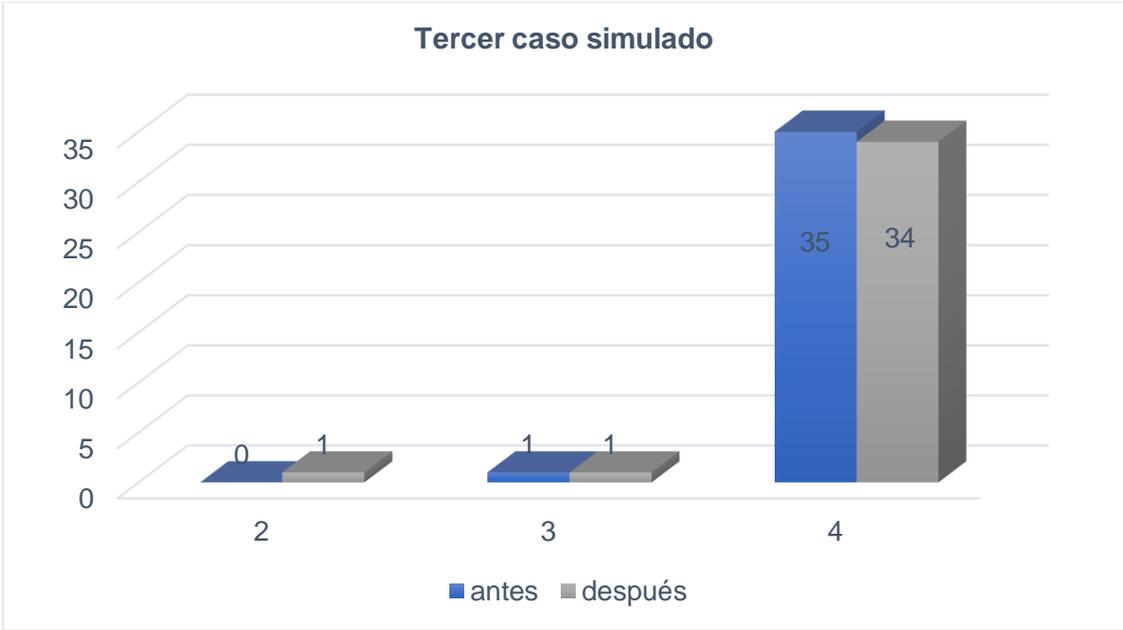
**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

En el segundo caso simulado que trata sobre el pulido dental, la respuesta correcta es el número cuatro, donde se observa un cambio diferente en las respuestas, 78% (n=28) estudiantes en la primera aplicación del cuestionario respondieron de manera correcta a diferencia del 47.2% (n=17) número de respuestas que se obtuvieron en la segunda aplicación del cuestionario.



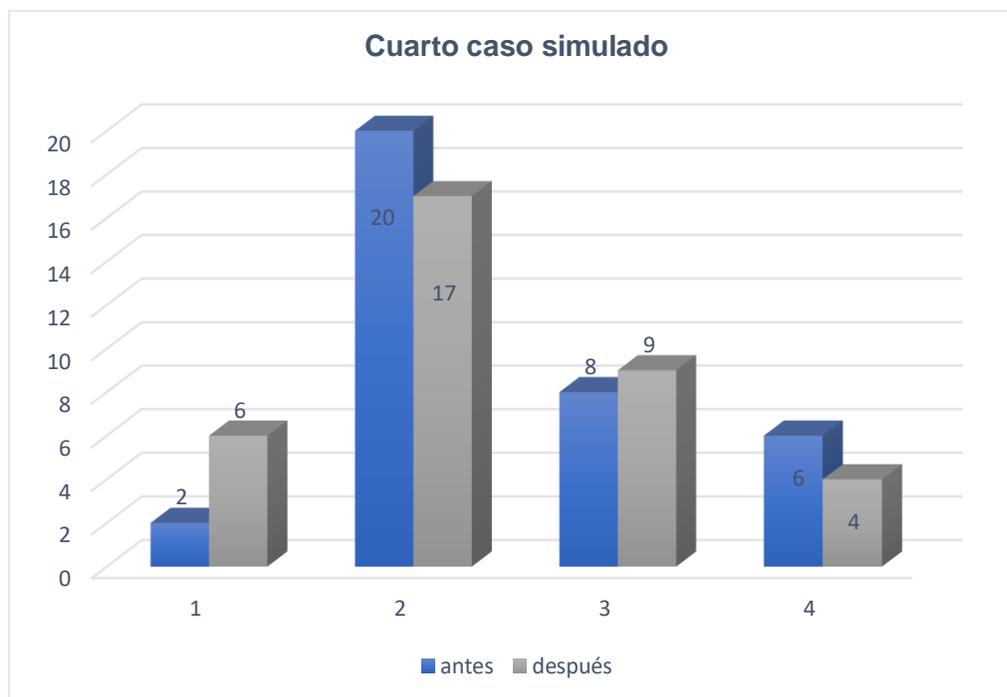
**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

En el caso simulado tres, se hace mención a la colocación de los selladores de fasetas y fisuras, donde las respuestas son similares antes y después de la aplicación del cuestionario respectivamente 94% (n=34) y 97% (n=35).



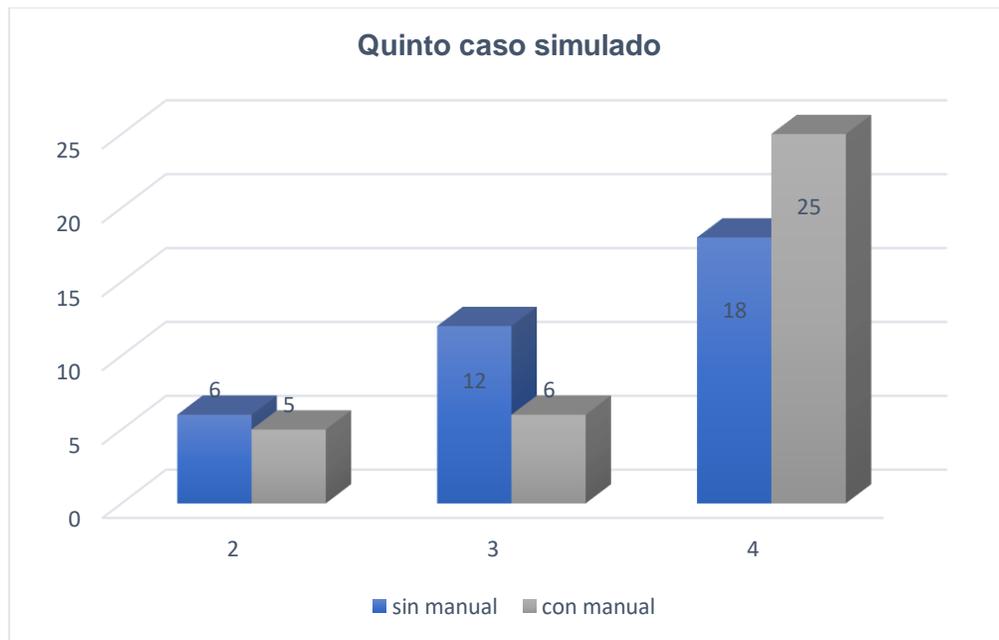
**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

El caso cuatro, se hace referencia a la eliminación de cálculo dental relacionado con el desgarre de tejidos blandos. Antes y después del cuestionario los estudiantes respondieron correctamente, con un número mayor de respuestas al inicio del cuestionario 55% (n=20) en comparación con la segunda aplicación del cuestionario 47% (n=17).



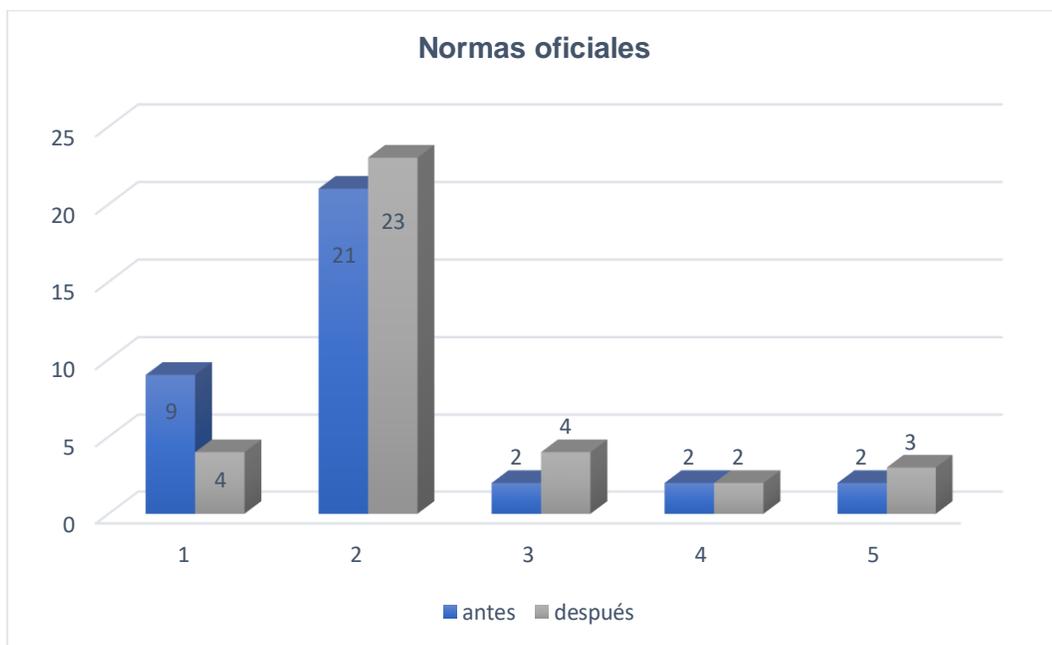
**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

En el caso cinco donde se presenta un caso con la elección de las grapas para el aislamiento absoluto, al inicio 50% (n=18) estudiantes respondieron adecuadamente, cifra que aumentó después de utilizar el manual digital 69% (n=25).



**Fuente:** Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023

Por último, con relación con la identificación de la o las Normas Oficiales Mexicanas que se relacionan con el conocimiento o el manejo de los eventos adversos, las respuestas fueron correctas en ambos momentos (antes 58%, después 64%), observando una diferencia de seis puntos porcentuales en la segunda aplicación del cuestionario.



**Fuente:** *Cuestionario aplicado a estudiantes de segundo año, FO 2023*

## 8. DISCUSIÓN

---

El paso de los años, los avances y las investigaciones dieron pauta a un cambio de perspectiva, los errores médicos se consideraban inevitables o se atribuían a consecuencias de la atención médica. Sin embargo, gracias a todas las investigaciones, factores psicosociales y la disminución de riesgos que garantizan un entorno seguro para todos, se ha reconocido que la ocurrencia de estos eventos adversos es prevenible.<sup>5,6</sup>

El informe “To err is human: building a safe health system”, los estudios internacionales ENEAS, APEAS, IBEAS y SYREC destacan la prevalencia y la gravedad de los eventos adversos en la atención médica y subrayan la importancia de la prevención y la mejora de la seguridad del paciente. Aunque los detalles específicos varían entre los estudios y los contextos, todos ellos resaltan la necesidad de un enfoque continuo en la seguridad del paciente para reducir la incidencia de eventos adversos.<sup>7</sup>

La evitabilidad de muchos de estos eventos adversos sugiere que hay un amplio margen para mejorar la seguridad del paciente en la atención médica. Además, contribuyeron a la creación de programas e iniciativas de seguridad del paciente, pues ahora se acepta que una cultura de seguridad, en la que se fomenta la notificación de errores y se promueve una actitud de aprendizaje en lugar de culpa y la mala comunicación, la falta de coordinación entre los miembros del equipo de atención médica son reconocidos ahora como antecedentes comunes de los Eventos adversos.<sup>32,35</sup>

Los resultados obtenidos han sido de gran utilidad, ya que de acuerdo con el cuestionario que fue aplicado después de que los alumnos utilizaran el manual digital se logró identificar que al mejorar la calidad educativa en la que el alumno recibe y se le transmite la información, ayuda a que esté mejor

capacitado para que durante su formación profesional sepa prevenir los EA o en caso de que se presente alguno sepa este cómo reaccionar.

La seguridad del paciente es fundamental y ha sido una preocupación a lo largo de la historia, desde las primeras civilizaciones hasta el presente y Los Eventos Adversos son situaciones que no dejarán de presentarse durante la práctica odontológica, al cometer fallas en la ejecución o en la planificación, sin embargo, estamos de acuerdo en que estos pueden ser evitables (causados por un error médico) o inevitables (resultantes de los riesgos inherentes a la atención médica) y por lo tanto detectarse tempranamente para limitar los daños.

## 9. CONCLUSIONES

---

- El conocimiento de los eventos adversos en odontología es esencial para la mejora de la atención al paciente, la formación continua, la responsabilidad profesional, la investigación y desarrollo. Es un aspecto crucial de la práctica odontológica segura. Aunque las prácticas y las normas han evolucionado con el tiempo, el objetivo principal sigue siendo el mismo: procurar una atención segura y efectiva para los pacientes.
- El número de respuestas correctas aumento después del uso del manual digital, si bien, en los casos simulados dos y tres hubo más respuestas correctas en la primera aplicación del cuestionario, esto puede deberse a que para la segunda aplicación los estudiantes tenían práctica clínica con pacientes, lo que les daba seguridad y control en sus actos, por ello, las respuestas correctas se centraban a acciones donde ellos toman la iniciativa y que no son incorrectas.
- Respecto a la identificación de casos prevenibles, llama la atención la falta de responsabilidad de los estudiantes para prevenir maniobras que pueden ser consideradas rutinarias y que se perciben como consecuencia de un proceso dental.
- Por ello, consideramos la necesidad de seguir construyendo este tipo de información para visualizar los eventos que se pueden presentar en cualquier tratamiento odontológico si se desconoce el procedimiento.

## 10. REFERENCIAS

---

1. Boletín del centro colaborador de calidad y seguridad del paciente. CONAMED-OPS. Los eventos adversos y la seguridad del paciente. [Internet]. 2015 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: [http://www.sadamweb.com.ar/news/2017\\_09Septiembre/Los\\_Eventos\\_Adversos\\_y\\_la\\_Seguridad\\_del\\_Paciente.pdf](http://www.sadamweb.com.ar/news/2017_09Septiembre/Los_Eventos_Adversos_y_la_Seguridad_del_Paciente.pdf)
2. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
3. Labajo G. Casos Odontología: Responsabilidad profesional. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; [Internet]. 2016 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2016-11-22-Seminario%201.%20Casos%20Odontolog%C3%ADa.pdf>
4. Gutiérrez V. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. Revista CONAMED, Vol. 12, Núm. 2; [Internet]. 2007 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol\\_12\\_2007/COMPLETO\\_2.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_12_2007/COMPLETO_2.pdf).
5. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte”. Revista Digital Universitaria, Vol. 13, No.8 [Internet]. 2012 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
6. Pedro J. Saturno. Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente. Revista CONAMED vol. 13, (pág. 3,4,5). [Internet]. 2008 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/65963/2008\\_Luis\\_Fernando\\_Vel\\_squez\\_Jones\\_Ene-Mzo\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/65963/2008_Luis_Fernando_Vel_squez_Jones_Ene-Mzo_.pdf)

7. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, [Internet]. 2000. [citado 29 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
8. Rodríguez H, Losardo R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Rev. Asoc Med Argent [Internet]. 2018 [citado 28 de noviembre 2023]. Disponible en: [https://www.ama-med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf).
9. Réplica del Código de Hammurabi". Obsequios de las Naciones Unidas [Internet]. 2023 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en Internet: <https://www.un.org/ungifts/es/r%C3%A9plica-del-c%C3%B3digo-dehammurabi>.
10. La medicina tradicional china (MTC). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; [Internet]. 2021 [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: [https://www.pucv.cl/uuaa/site/docs/20210325/20210325002824/la\\_medicina\\_tradicional\\_china\\_mtc\\_.pdf](https://www.pucv.cl/uuaa/site/docs/20210325/20210325002824/la_medicina_tradicional_china_mtc_.pdf)
11. Rivero S. Evolución de la medicina: páginas selectas. 1a ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; [Internet]. 2017 [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: [http://www.medicinaysalud.unam.mx/publica/pub\\_2017\\_em.pdf](http://www.medicinaysalud.unam.mx/publica/pub_2017_em.pdf)
12. Losardo R, Binvignat G, Cruz G, Aja S. La anatomía y las prácticas adivinatorias en las antiguas civilizaciones. Revista de la Asociación Médica Argentina [Internet] 2016 [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: [https://www.academia.edu/29718246/La\\_anatom%C3%ADa\\_y\\_las\\_pr%C](https://www.academia.edu/29718246/La_anatom%C3%ADa_y_las_pr%C)

[3% A1cticas adivinatorias en las antiguas civilizaciones Anatomy and divinatories practices in ancient civilizations](#)

13. Romero Reverón R. Andrés Vesalio (1514-1564): Fundador de la Anatomía Humana Moderna. [Internet]. 2007 [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795022007000400026&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795022007000400026&lng=es).
14. Cubillos R, Rozo R. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista de la Universidad de La Salle;(48):80-99. [Internet].2009 [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1170&context=ruls>
15. Wolpert E, Candelas L. Antecedentes de la certificación de hospitales en México. Academia Nacional de Medicina de México. [Internet] [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1996-132-SUP2-179-202.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1996-132-SUP2-179-202.pdf)
16. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet]. 55ª Asamblea Mundial de la Salud; 2002 mayo 18 [citado 04 diciembre 2023] Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/swha5518.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/swha5518.pdf)
17. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación (1a edición). La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS; [Internet] 2008.[citado 04 diciembre 2023] Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70083/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf?sequence=1)
18. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Seguridad del Paciente. Ciudad de México: CONAMED [Internet]. 2016 [citado 28 de noviembre de 2023]

- Disponible en:  
[http://www.conamed.gob.mx/info\\_pacientes/pdf/LINEAMIENTOS\\_SEG\\_PAC.pdf](http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/pdf/LINEAMIENTOS_SEG_PAC.pdf)
19. Daza A, Jimbo M, Obeña M, Toro C. Acontecimientos adversos en la práctica odontológica. MEDISAN [Internet]. 2015 sep. [citado 04 diciembre 2023] Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192015000900013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000900013&lng=es).
20. República de Colombia. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá D.C [Internet] 2008 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia Buenas practicas seguridad paciente.pdf>
21. Callo A, Zapata J, Sánchez J, Vizcarra M. Conocimientos y actitudes sobre medidas de bioseguridad en estudiantes de medicina de una universidad peruana Lima: Scielo; [Internet] [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v32n1/1019-4355-reh-32-01-42.pdf>
22. Bautista R, Parada R, Ballesteros N. Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. Revista: Ciencia y Cuidado VOLUMEN 8 / NÚMERO 1 2011 [Internet]. 2016 [citado 19 de enero de 2024] Disponible en:  
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/485>
23. Organización Panamericana de la Salud. Establecimiento y fortalecimiento de sistemas de salud: salud pública basada en la evidencia [Internet]. Ciudad de México: CONAMED. [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en:  
[http://www.conamed.gob.mx/gobmx/centrocolaborador/pdf/doctos\\_opsom\\_s/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/centrocolaborador/pdf/doctos_opsom_s/ps_research_brochure_es.pdf)

24. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos [Internet] [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://oes.org.co/download/seguridad-del-paciente-conceptos-y-analisis-de-eventos-adversos/>
25. Sánchez R, Pérez C, López N, Bernal R, García C. Diseño de un programa de bioseguridad en el laboratorio, México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2015 [citado 28 de noviembre de 2023] Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/338/835](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/338/835)
26. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El acto médico y su relación con el consentimiento informado [Internet]. Ciudad de México: CONAMED 2016 [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro\\_cvi2aEd.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf)
27. Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. Qual Saf Health Care. 2004;13(2):145-151. [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15069223/>
28. Organización Mundial de la Salud. Alliance for Patient Safety [Internet]. [citado 29 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/en/>
29. Barba R, Ruiz G, Hidalgo R. El uso de rayos X en odontología y la importancia de la justificación de exámenes radiográficos. Scielo [Internet]. 2020 [citado 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021312852020000300002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852020000300002&lng=es)
30. Rivera M, Acevedo A, Perea P, Labajo G, Fonseca G. 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 jun [citado 24 de mayo 2023]  
Disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718381X201700200014](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X201700200014)
31. González M, Gallardo D. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria. [internet] [citado 24 de mayo 2023] Disponible en:  
<https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
32. Wakefield M. To err is human: An Institute of Medicine report. Professional Psychology: Research and Practice. [internet] [citado 24 de mayo 2023] Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2010-03446-001>
33. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [internet] 2006 [citado 24 de mayo 2023]. Disponible en:  
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/ENEAS.pdf>
34. Aranaz J, Aibar C, Vitaller M. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [internet] 2009 [citado 24 de mayo 2023] Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>
35. SEMICYUC. Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridad y Riesgo en el enfermo Crítico. SYREC 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [internet] 2007 [citado 24 de mayo 2023] Disponible en:  
[https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/syrec\\_0.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/syrec_0.pdf)
36. Protocolo de Londres: Qué es y cuáles son sus objetivos [Internet]. 2022 [citado 24 de mayo 2023] Disponible en:  
<https://www.unir.net/salud/revista/protocolo-de-londres/>

37. Ramírez A, Ocampo J, Pérez P, Velázquez T, Yarza S. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. [Internet] 2011 [citado 24 de enero del 2024] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
38. Orellana C, Guerrero S, Morales C. La seguridad en el paciente odontológico de acuerdo con la CONAMED. ADM Órgano oficial de la asociación dental mexicana [Internet] 2020 [citado 24 de enero del 2024] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od202g.pdf>

# ANEXOS

Cuestionario: **EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA**

**OBJETIVO GENERAL:** Evaluar los eventos adversos que se pueden presentar durante la atención odontológica dentro del área de odontología preventiva en la FO, UNAM.

**INSTRUCCIONES:** La encuesta es **confidencial** y los resultados serán solo para fines de la investigación. Marca con una **X** sobre el inciso o incisos de la o las respuestas que consideres más acertada (s).

Ejemplo: **X** la sanción que recibe el operador es **(Cuadro1)**

|   |  |
|---|--|
| 1. Entiendo por Evento Adverso (EA) a:  |  |
| a. todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente. |  |
| b. un error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, falta de diligencia u omisión de precauciones.   |  |
| c. una práctica clínica deficiente que ha ocasionado un daño al paciente.   |  |
| d. todo incidente inesperado difícilmente justificable que ha ocasionado un daño al paciente.   |  |
| 2. Los EA se clasifican de acuerdo a:   |  |
| a. condición de evitabilidad, nivel de severidad del daño producido y tipología de origen.  |  |
| b. condición de evitabilidad, nivel de hospitalización, daño asociado a la atención hospitalaria.   |  |
| c. nivel de severidad del daño producido, tipología de origen e incidente ocurrido.   |  |
| d. tipología de origen, daño asociado a la atención hospitalaria, condición de evitabilidad.  |  |
| 3. ¿Cuál de los siguientes conceptos se relacionan con la definición de eventos adversos?   |  |
| a. equivocación   |  |
| b. incidente  |  |
| c. error  |  |
| d. infracción   |  |
| e. accidente  |  |

4. A continuación, señala que evento adverso puede ser prevenible durante la práctica clínica en la asignatura de O. Preventiva; coloca una **"X"** en las columnas sombreadas en gris de acuerdo con tu respuesta:

|           | <b>Puede ser prevenible:</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|-----------|---|-----------|-----------|
| <b>a.</b> | lastimar tejidos blandos del paciente con el instrumental                           |           |           |
| <b>b.</b> | causar quemaduras en la cavidad oral del paciente                                   |           |           |
| <b>c.</b> | realizar un tratamiento inadecuado por un mal diagnóstico                           |           |           |
| <b>d.</b> | provocar un hematoma por eliminación inadecuada del algodón                         |           |           |
| <b>e.</b> | realizar comunicación oroantral durante el procedimiento de profilaxis              |           |           |
| <b>f.</b> | tirar el cepillo de profilaxis en la cavidad bucal                                  |           |           |
| <b>g.</b> | causar daños a dientes adyacentes durante el tratamiento                            |           |           |
| <b>h.</b> | desalojar una restauración por mal manejo del instrumental                          |           |           |
| <b>i.</b> | realizar tratamiento en el diente equivocado  |           |           |
| <b>j.</b> | desgarrar tejido blando con la grapa  |           |           |
| <b>k.</b> | manchar la ropa del o la paciente con la tinción de la pastilla                     |           |           |
| <b>l.</b> | no realizar las recomendaciones postratamiento                                      |           |           |
| <b>m.</b> | lastimar la mucosa con el eyector   |           |           |
| <b>n.</b> | provocar sobrecalentamiento de la pieza dental por uso incorrecto del pulido dental |           |           |

5. Por favor contesta los siguientes supuestos, marcando con una “x” sobre el inciso de la respuesta que consideres correcta:

|   |
|---|
| <p><b>Supuesto 1.</b> Llegas tarde a la consulta y el paciente lleva 20 min esperando, de forma inmediata (de prisa) colocas tu instrumental y material en la charola del sillón dental, así como el cepillo de profilaxis en la pieza de baja sin asegurar su retención. A los cinco minutos de iniciar el pulido dental este se desaloja de la pieza y cae a la cavidad oral del paciente. De inmediato tu:</p> |
| <b>a.</b> le pides al paciente que con la lengua detenga el cepillo e inmediatamente lo retiras de la boca.   |
| <b>b.</b> proporcionas la maniobra de Heimlich.   |
| <b>c.</b> levantas al paciente del sillón y tratas de que el paciente expulse el objeto extraño.  |
| <b>d.</b> levantas el sillón dental y practicas maniobra de Heimlich.   |
| <p><b>Supuesto 2.</b> Con la autorización del profesor para iniciar el trabajo clínico. Inicias el pulido dental, aplicas pasta profiláctica al cepillo de profilaxis y comienzas a ver como la pasta se dispersa por todos lados. Tu reacción es:</p>  |
| <b>a.</b> no pasa nada, sigues realizando el pulido sin que te moleste.   |
| <b>b.</b> es normal la pasta tiene una consistencia fluida, sigues trabajando, tienes puesta tu careta.   |
| <b>c.</b> sigues trabajando, tienes puesta tu careta y el paciente lentes de protección.  |
| <b>d.</b> detienes el trabajo, limitas el uso de pasta en el cepillo y limpias tu careta y los lentes de protección del paciente.   |
| <p><b>Supuesto 3.</b> Inicias el procedimiento para colocar selladores de fosetas y fisuras (SFF), te encuentras en el paso de fotopolimerizar el sellador, escuchas sonar el celular, lo tienes sobre la bandeja del instrumental al voltear a verlo sin darte cuenta la punta de la lámpara de resina está sobre los ojos del paciente. Tu reacción es:</p>   |

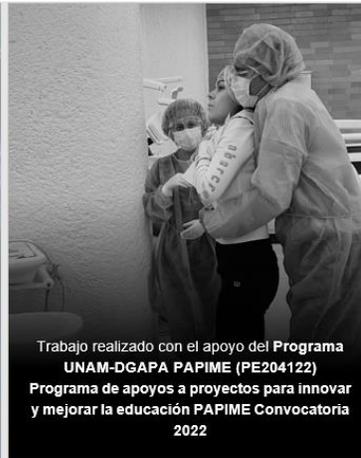
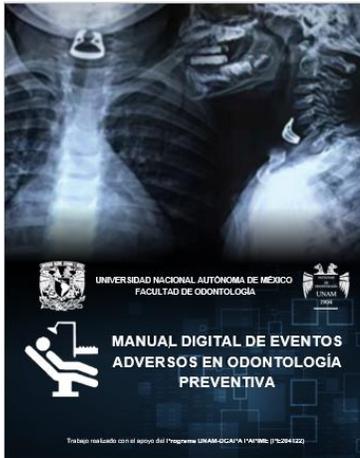
|  |
|--|
| <p><b>a.</b> rectificas la posición de la lámpara y contestas la llamada puede ser algo importante, además la luz de la lámpara no ocasiona daños en retina.</p>   |
| <p><b>b.</b> te das cuenta del error, rectificas la posición de la lámpara y le pides a tu asistente que detenga el celular en tu oreja para que recibas la llamada.</p>   |
| <p><b>c.</b> no pasa nada, tu paciente trae puestos los lentes de protección color ámbar, rectificas la posición de la lámpara y mientras se fotopolimeriza contestas la llamada puede ser un familiar.</p>                              |
| <p><b>d.</b> te das cuenta del error, le pides al asistente que conteste la llamada y retire el celular. Rectificas la posición de la lámpara, los lentes de protección color ámbar de tu paciente y continuas con el procedimiento.</p> |

|  |
|--|
| <p><b>Supuesto 4.</b> Te autorizaron eliminar cálculo dental, tu instrumental es casi nuevo y tiene filo, al iniciar el sextante inferior a la altura del 31 y 32 por vestibular, te llama el asistente y volteas sosteniendo el instrumental dentro de la boca del paciente. Cuando regresas la mirada observas un sangrado en mucosa de revestimiento. Inmediatamente:</p> |
| <p><b>a.</b> colocas una gasa con agua oxigenada para cohibir la hemorragia y haces presión por cinco minutos.</p>   |
| <p><b>b.</b> avisas a tu profesor y colocas una gasa húmeda con agua oxigenada mientras él revisa la situación.</p>  |
| <p><b>c.</b> haces presión con una gasa hasta que pare el sangrado y esperas cinco minutos para continuar la eliminación de cálculo.</p>   |
| <p><b>d.</b> le avisas a tu paciente para tranquilizarlo y comentas que es normal que sangre cuando se retira el cálculo dental.</p>   |
| <p><b>Supuesto 5.</b> Inicias el procedimiento de selladores de fosetas y fisuras (SFF) con aislamiento absoluto, cuando al colocar la grapa ésta sale expulsada de la boca del paciente y cae al piso. Tu reacción es:</p>  |
| <p><b>a.</b> buscarla y lavarla muy bien, al final va arriba del dique de hule sin contacto con la boca del paciente.</p>  |
| <p><b>b.</b> tu asistente la busca y la guarda, mientras tu intentas con una más grande, aunado verificas tu protección ocular y la del paciente.</p>  |
| <p><b>c.</b> la localizan con la vista, pero no la recogen porque traen puestos los guantes e intentan colocar una grapa más grande.</p>   |
| <p><b>d.</b> le pides al asistente que la recoja y pruebas las grapas en la boca del paciente previo a la colocación de hilo dental en una de las aletas, verificas tu protección ocular y la del paciente.</p>  |

7. Marca con una “X” en la columna de la derecha sombreada en gris, la o las Normas Oficiales Mexicanas que consideras se relaciona con el conocimiento y/o manejo de los eventos adverso:

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>a.</b> | NORMA Oficial Mexicana NOM013SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales   |  |
| <b>b.</b> | NORMA Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo                      |  |
| <b>c.</b> | NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.   |  |
| <b>d.</b> | NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector. |  |
| <b>e.</b> | NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.  |  |

**¡Gracias por tu participación!**



MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**ÍNDICE**

|                        |    |
|------------------------|----|
| Introducción.....      | 2  |
| Evento Adverso.....    | 3  |
| Quasierror.....        | 4  |
| Error.....             | 5  |
| Error por Omisión..... | 6  |
| Infraacción.....       | 7  |
| Incidente.....         | 8  |
| Casos Simulados.....   | 12 |
| Bibliografía.....      | 22 |

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA/PAPIME (PE204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**INTRODUCCIÓN**

El primer estudio se publicó en 1980 y se llamó Harvard Malpractice Study. Posteriormente, en los años 1989 y 2000, se publicaron "Error en Humanos" y "Una Organización con Memoria" respectivamente. La finalidad de estas publicaciones ha sido demostrar que las fallas en el proceso de atención en la salud pueden deberse por diferentes factores tales como: deficiencias en los conocimientos, capacidades técnicas, uso inadecuado de la tecnología médica, estrés, deficientes sistemas de información e historias clínicas incompletas, falta de estándares y procedimientos que orienten los procesos de atención.

Durante la atención clínica del odontólogo pueden surgir acontecimientos que comprometan la salud del paciente o del propio personal que está implicado en el procedimiento odontológico, pero por temor no son reportados.

En la primera sección del manual se describen los conceptos básicos para entender la terminología de los EVENTOS ADVERSOS, posteriormente se describirán tres procedimientos que se realizan durante la práctica clínica en la seguridad de odontología de los preventivos utilizados como casos.

Para finalizar, a manera de resumen se integran los protocolos de acción en caso de presentarse un EVENTO ADVERSO durante la práctica clínica.

**OBJETIVO**

Estabilizar a los estudiantes que cursan el primer año de práctica clínica que al riesgo de fallar y puede presentarse en necesidad de elaborar procedimientos completos. Busca colocar un cepillo de profilaxis de forma inadecuada para que ocurra una lesión por cuerpo extraño.

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA/PAPIME (PE204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**EVENTO ADVERSO**

Es todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reintegro subsiguiente.

|   |   |
|---|---|
| Según condición de evitabilidad                       | Se ha determinado que el siniestro por motivo de dichos eventos eran prevenibles, en algunos casos, son resultado de lo que se denomina riesgo inherente, sea por adopción o por procedimiento realizado.   |
| Según nivel de severidad del daño producido           | a) Grave, si ocasiona la muerte o incapacitación de la persona o si contribuye a ello o que implique una nueva intervención quirúrgica.<br>b) Moderado, si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria de menos de un día de duración o más y c) Leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria. |
| Según la tipología de la problemática que los origina | a) Aspectos administrativos; b) Procedimientos clínicos; c) Cuasios incidentes; d) Problemas con la reubicación; e) Deficiencias de otros tratamientos; f) Procesos de comunicación; g) Deficiencias diversas (instrumental/inmobiliarias); h) Con relación a recursos o gestión de la organización.  |

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA/PAPIME (PE204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**CUASIERROR**

Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA/PAPIME (PE204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**ERROR**

Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía, o de aplicar un plan incorrecto.

Los errores pueden manifestarse al hacer algo por desconocimiento (error por comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o de ejecución.

**Ejemplos:**  
Diente sellado sin considerar la edad de erupción  
Utilizar un instrumento incorrecto para eliminar cálculo dental

**Error por omisión:** Utilizar un instrumento diseñado para otro fin porque olvide el instrumental correcto.

**Error por comisión:** Desconocer la técnica adecuada y realizar la actividad para no perder derecho a clínica.

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA/PAPIME (PE204122)



MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**INFRACCIÓN**

Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infraacciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA/PAPIME (PE204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

## INCIDENTE

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

• Cuasi incidente: no alcanza al paciente (eyector cae al piso y es acomodado en su lugar sin que el operador se percate)

• Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable (cepillo de profilaxia mal insertado en contra ángulo cae en la boca del paciente, pero logra expulsarlo)

• Evento adverso: incidente que produce daño al paciente (desgarro de tejido blando por mal uso del instrumento)

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

**Cuasi incidente:** no alcanza al paciente (eyector cae al piso y es acomodado en su lugar sin que el operador se percate)



**Incidente sin daño:** La falta de cuidado al colocar el cepillo en contra ángulo puede ocasionar atragantamiento de cuerpo extraño.



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

**Evento Adverso:** La falta de conocimiento para elegir la grapa al momento de colocar Selladores de Fosetas y Fisuras (SFF), lesiona tejidos blandos y suele causar incomodidad al paciente.

Grapa atraumática      Grapa traumática



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

La mayoría de los eventos adversos pueden ser prevenibles, para ello es importante revisar los manuales de procedimientos, disponibles en la página de la Facultad o en la plataforma MOODLE.



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

## CASOS SIMULADOS DE CUATRO POSIBLES EVENTOS QUE SE PRESENTAN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

1. Durante la colocación de selladores de fosetas y fisuras
2. Pulido dental
3. Eliminación de cálculo dental

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

**Evento Prevenible:** Utilizar la grapa adecuada para el procedimiento a realizar



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

Colocación de SFF, aislamiento absoluto, prueba de grapa.

**Evento prevenible:** se coloca hilo dental en la aleta de la grapa



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

**Prueba de grapa, sin hilo dental en la aleta.**

**Incidente sin daño:** se suelta la grapa del protín grapa y cae a orofaringe

Levantar al paciente pacífico que tosa para expulsar el objeto extraño.

Si no puede levantarse, ayudarlo para que tosa y expulse el objeto extraño.



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLÓGIA PREVENTIVA

**EA con daño al paciente:** El paciente no puede hablar, toser, su rostro se pone rojo o se lleva la mano a pecho o cuello: Realizar la maniobra de Heimlich



Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/FA/IN/986 (17/204122)

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENITIVA

### PROTOCOLO DE ACCIÓN

Evento adverso: atropamiento por objeto extraño

Operador: Sentar al paciente en ángulo de 90°

Paciente que tosa para expulsar el objeto

No puede hablar, toser, su rostro se torna rojo y/o se levanta las manos al cuello o pecho

Asistente: Da aviso al docente y al consultorio de urgencias FO.

Maniobra de Heimlich

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/PA/FA/1966 (1/2014/22)

17

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENITIVA

### EA con daño al paciente, Situación 1

Explicar la situación al paciente y pedir que por espacio de dos días realice la expulsión del objeto extraño en heces, focalizar estar en contacto con el paciente

Objeto extraño se aloja en estómago

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/PA/FA/1966 (1/2014/22)

18

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENITIVA

### EA con daño al paciente, Situación 2

Objeto extraño se aloja en tráquea o pulmón...

¡LA ATENCIÓN ES INTRAHOSPITALARIA!

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/PA/FA/1966 (1/2014/22)

19

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENITIVA

### EA : Desgarre de tejido blando

Evento adverso: desgarre de tejido blando por descuido o mal uso del instrumental

Operador: Colocar gasa humedecida en agua oxigenada y hacer presión por espacio de un minuto

El sangrado no se detiene, dar aviso al docente y solicitar interconsulta con el servicio de cirugía o periodoncia para suturar la herida por urgencia

Las gasas deberán ser supervisadas por el estudiante que convirtió el EA

Dar seguimiento a la evolución del paciente

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/PA/FA/1966 (1/2014/22)

20

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENITIVA

### PROTOCOLO DE ACCIÓN

Evento adverso: desgarre de tejido blando por descuido o mal uso del instrumental

Operador: Colocar gasa humedecida en agua oxigenada y hacer presión por espacio de un minuto

El sangrado no se detiene, dar aviso al docente y solicitar interconsulta con el servicio de cirugía o periodoncia para suturar la herida por urgencia

Las gasas deberán ser supervisadas por el estudiante que convirtió el EA

Dar seguimiento a la evolución del paciente

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/PA/FA/1966 (1/2014/22)

21

MANUAL DIGITAL DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA PREVENITIVA

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez SR, Ruiz VEY. Marcos de Referencia en la política de Seguridad del Paciente. En: González DM editor. Avances y retos en la política de Seguridad del Paciente. Aereñías. Bogotá DC; 2017. p 9-28.
2. Boletín CONAMED OPS 2015
3. Black GR, Bravo PM. Control médico de Biopelículas Orales. Práctica 3. p-43
4. Wang L, Sissons CH, Peacock EF, Curries TW. Calcium phosphate deposits in human dental plaque microorganism biofilms induced by a ureolytic pH-rise procedure. Archives of Oral Biology 2002; 47(11):779-782.
5. Schroeder HE, Bamberger HU. Stages of calcium phosphate crystallization during calculus formation. Archives of Oral Biology 1966; 11(1):1-14.
6. Díaz-Cobalero AJ, Fonseca-Riquelme MA, Parra-González CE. Cálculo dental: una revisión de literatura y presentación de una condición inusual. Acta Odontológica Venezolana 2011; 48(1):1-11.
7. Gil PM, Basso GM, Hernández D, González E. Los Selantes de Fosas y Fisuras: Una alternativa de tratamiento "Preventivo o Terapéutico" [Revisión de la literatura. Acta odontol venez. [Internet] 2002 Jun [citado 2023 Mar 22]; 40( 2 ): 193-200. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/revista/200202/00000000000017409096>

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-OCIA/PA/FA/1966 (1/2014/22)

22

