



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA A CIRUJANOS DENTISTAS RECIÉN
GRADUADOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ALFREDO ALAN OSEGUEDA ESPINOSA

TUTOR: Dr. ADELFO ENRIQUE ACOSTA GÍO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Hay más en la vida que la fama y la fortuna

Agradecimientos:

A Dios por todo
cuanto me ha otorgado.

A mis papás que siempre me
han cuidado y han
procurado lo mejor para mí.

Gracias Mami por ser mi fuerza y apoyo
incondicional. Por brindarme la confianza y
enseñarme a luchar por mis sueños, sin
importar la adversidad.

A mis hermanas Jazmine y
Sharon por su apoyo, ayuda
y cariño total.

A mi eterno maestro, amigo y doctor
Víctor Manuel Mira Morales. Por
todas las enseñanzas y experiencias
compartidas; por el respaldo absoluto
que siempre me has demostrado.

A mi pequeña Dayanna
Naomi, por sus risas,
amor y ternura.

A mi pequeño Matías, por
ser una nueva alegría.

A mi tutor, Dr. Adolfo Enrique Acosta Gío. Por darme
la oportunidad de trabajar con usted; por su tiempo
dedicado y conocimiento compartido.

A toda mi familia, por estar siempre
presente.

ÍNDICE

| | Página |
|---------------------------|--------|
| Introducción | 4 |
| Antecedentes | 5 |
| Planteamiento de problema | 8 |
| Justificación | 8 |
| Hipótesis | 8 |
| Objetivo general | 8 |
| Objetivos particulares | 9 |
| Material y método | 11 |
| Criterios de inclusión | 13 |
| Criterios de exclusión | 13 |
| Plan de análisis | 13 |
| Resultados | 14 |
| Discusión | 24 |
| Conclusión | 26 |
| Referencias | 27 |

INTRODUCCIÓN

El objetivo primordial de la atención a la salud es ayudar al paciente para que recupere y conserve su bienestar. Sin embargo, no podemos perder de vista que cualquier procedimiento en la atención a la salud, lleva implícitos riesgos de magnitud variable. Por ello, los profesionales de la salud nos guiamos por el principio “lo primero es no causar daño” (atribuido a Hipócrates *circa* 460-370 AC).

Los eventos adversos son situaciones imprevistas que dañan al paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su sitio web, declara que en todos los sistemas de atención a la salud se producen eventos adversos (www.who.int/patientsafety/en). Esta circunstancia, es común a todos los sistemas de salud públicos y privados, en países pobres o ricos.

Los eventos adversos pueden lastimar física, psicológica o económicamente al paciente. El daño puede ser reversible, permanente y hasta fatal. Además del costo humano, el impacto económico de los eventos adversos puede generar pérdidas importantes a los sistemas nacionales de salud.

En la actualidad existe evidencia de que muchos pacientes sufren daños en la atención clínica. Durante la última década, se ha aprendido que los eventos adversos no suceden por que los profesionales de la salud intencionalmente dañen a los pacientes, sino que surgen debido a la complejidad que presentan los sistemas de atención clínica.

La seguridad del paciente es un asunto de importancia en todos los países que prestan servicios de salud, ya sea a través de entidades públicas o privadas. No verificar la identidad de un paciente, recetar antibióticos sin importar el estado subyacente del paciente, o administrar múltiples drogas sin prestar atención al potencial de reacciones adversas, puede conducir a que se produzcan eventos adversos. Los pacientes se ven afectados no solo por el uso incorrecto de la tecnología sino también por deficiencias en la comunicación entre los profesionales o por demoras en recibir tratamiento.

ANTECEDENTES

Existe mayor documentación y experiencia sobre Seguridad del Paciente en los hospitales. El personal de enfermería, de farmacia y los médicos cirujanos pueden ver los eventos adversos y sus secuelas, ya que las complicaciones del tratamiento, el exceso en días de hospitalización, las infecciones nosocomiales y los desenlaces fatales son documentados y cuantificados por los servicios de epidemiología hospitalaria.

En los países industrializados, donde se cuenta con el financiamiento, los insumos, la tecnología y la formación profesional de vanguardia, por lo menos uno de cada diez pacientes es lastimado mientras recibe atención en un hospital. Es posible que más pacientes sean lastimados en los hospitales carentes de infraestructura y de personal capacitado, según lo muestra el estudio IBEAS (Iberoamerican Study of Adverse Events) realizado en Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España.

(<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284.full.pdf+html>).

La preocupación por no dañar a los pacientes es un factor fundamental en la atención a la salud. Misma que se ha manifestado desde que en 1991 Brennan TA, *et al*¹, reportaron el resultado del “*Estudio de la Práctica Médica de Harvard*”, donde describieron la magnitud del daño ocasionado a los pacientes hospitalizados. Con una metodología similar los demás países han reportado resultados parecidos, a pesar de las diferencias que existen en sus culturas y en sus sistemas de salud. Progresando en el afán por mejorar la seguridad del paciente, en 1999 el Comité sobre Calidad y Atención a la Salud en América del Instituto de Medicina emite el informe “*Errar es humano*”² que examina los errores médicos en los EE UU y es un llamado a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes.

En 2002, la Asamblea General de la OMS exhortó a los países miembros para atender la seguridad del paciente como un problema grave de salud.³

Actualmente diversas instituciones han desarrollado programas e iniciativas para mejorar la seguridad de los pacientes. Un ejemplo es la “*Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes*” promovida por la OMS en 2004. Sin embargo dentro del campo de la odontología las propuestas, han sido escasas y poco estructuradas.⁴

En 2007 Sandars J. *et al*, publicó un estudio de evaluación multiinstitucional sobre los conocimientos en materia de seguridad del paciente realizado a 693 médicos residentes. Este estudio descubrió que los niveles de conocimiento sobre seguridad del paciente, eran limitados y que los residentes no podían autoevaluar sus propias deficiencias de conocimientos en materia de seguridad del paciente.⁵

Se hace referencia al estudio "Errar es humano" del Instituto de Medicina, sin embargo es de hace más de 20 años. Un estudio más reciente es el de John James en *Journal of Patient Safety*⁶ "Un nuevo estimado, basado en la evidencia de los daños a los pacientes asociados con la atención hospitalaria". Este estudio estima que la incidencia de muerte es mucho mayor.

En contraste, hay poca información sobre la seguridad de consultorios y clínicas no hospitalarias, donde el paciente acude de entrada por salida. En los sistemas de atención ambulatoria como las clínicas y consultorios dentales, es muy difícil documentar y cuantificar el daño causado por los eventos adversos. Bernardo Perea *et al* explican las razones del retraso en seguridad del paciente en la odontología.⁷

- El daño producido, generalmente es menos grave.
- Los pacientes son ambulatorios (esto hace que sea difícil dar seguimiento a muchos eventos adversos).
- Hay una gran dispersión de la atención dental que hace difícil la recopilación de datos y limita el potencial para la realización de campañas educativas que lleguen a todos los dentistas.
- La atención dental es fundamentalmente privada, y el miedo puede existir, que al informar sobre los eventos adversos haya alguna repercusión en los beneficios comerciales de las clínicas.

- No existe una cultura generalizada que se ocupe de la seguridad del pacientes, pues las motivaciones son diferentes para los profesionales.

Para la mayoría de las escuelas y facultades de odontología es un reto formar profesores en Seguridad del Paciente, modificar el plan de estudios e integrar esta nueva asignatura al quehacer académico en las aulas y clínicas de enseñanza. Con la finalidad de facilitar esta enorme tarea, la OMS publicó la *Guía Curricular para la Seguridad del Paciente*⁸, dirigida a las instituciones formadoras de profesionales de la salud. El contenido de la Guía es aplicable a los profesores y estudiantes de medicina, enfermería, farmacia y odontología. En 2013, la Guía fue presentada en Buenos Aires, y en la Ciudad de México. La Guía fue traducida al castellano en Argentina en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales de la salud odontológica procuramos realizar los procedimientos clínicos y quirúrgicos en forma segura, pero aún carecemos de una estrategia estructurada y sistemática para reducir la incidencia y mitigar el impacto de los eventos adversos. De hecho, la cultura de calidad y las medidas para la seguridad del paciente son de reciente introducción en las disciplinas de la salud. Sin embargo en la odontología existe un retraso en la investigación y la docencia sobre los eventos adversos y la seguridad del paciente⁹.

JUSTIFICACIÓN

Las encuestas son imprescindibles para evidenciar la presencia e incidencia de eventos adversos en las clínicas de enseñanza de las escuelas y facultades de odontología.

Una vez conocidos los riesgos y la magnitud del problema, administradores, profesores y alumnos podrán emitir recomendaciones para hacer más seguros los procedimientos odontológicos.¹⁰

HIPÓTESIS

Los cirujanos dentistas recién egresados de licenciatura, presenciaron o realizaron procedimientos en sus clínicas odontológicas de enseñanza que causaron algún daño al paciente.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las respuestas de los recién egresados y determinar la frecuencia con la que se presentan los eventos adversos en las clínicas de enseñanza de sus instituciones de origen, excepto egresados de la FO-UNAM.

OBJETIVOS PARTICULARES

Determinar entre los aspirantes a la DEPeI, excepto egresados de la FO-UNAM. La frecuencia de:

- Cuántos anestesiaron el lado contrario por equivocación, hicieron comunicación pulpar no intencionada, perforaron la furca en un tratamiento de conductos, se les fracturó alguna lima de endodoncia, causaron quemaduras o lesionaron con instrumentos punzocortantes a los pacientes.
- Cuántos son capaces de dar resucitación cardio pulmonar, realizar maniobras de soporte básico de vida y dar tratamiento a pacientes medicamente complejos.
- Cuantos cometieron errores por la mala interpretación radiográfica, hicieron extracciones dentales sin radiografía previa, realizaron tratamientos sin revisión del expediente clínico de los pacientes.

Determinar SI en las escuelas de procedencia de los aspirantes a la DEPeI, excepto egresados de la FO-UNAM.

- Se realizaron extracciones del diente equivocado, los pacientes tragaron alguna restauración dental, se inyectó hipoclorito al paciente por equivocación, se rompió la aguja de anestesia durante la infiltración.
- Se les capacitó en la prevención de los eventos adversos, se les obliga a saber cómo dar resucitación cardio pulmonar, se les obligó a reportar los eventos adversos, se capacitó al alumno para manejar correctamente un evento adverso que lastima a un paciente.
- Se demoró el tratamiento de algún paciente por desacuerdo de los profesores, por exceso de trabajo, permitían a los alumnos avanzar en los tratamientos sin supervisión, los alumnos realizaban tratamientos sin supervisión, por falta de profesores, se iniciaron tratamientos sin autorización de los profesores. Los alumnos prescriben, sin supervisión, los antibióticos de su preferencia.

- Se les enseñó a doblar la aguja para ciertas técnicas de anestesia, se les obligó a esterilizar la pieza de mano de alta velocidad entre pacientes, se les entrenó para desechar las limas de endodoncia después de usarlas en un solo paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Cada año se aplica la encuesta a los alumnos aceptados para cursar el propedéutico, esta encuesta tiene como propósito conocer el nivel de formación de los alumnos sobre: cáncer bucal, enfermedades sistémicas, control de infecciones e identificar oportunidades para reforzar lo aprendido en sus instituciones de origen.

En los últimos años se ha ampliado el cuestionario para abarcar la seguridad del paciente, ya que es una disciplina emergente por lo cual la OMS ha invitado a las instituciones de nivel superior a que introduzcan la temática en sus planes de estudio, con base en la guía curricular.

El propósito de este proyecto es analizar las respuestas de los participantes, sobre los eventos adversos, para conocer indirectamente sobre la ocurrencia de estos en las clínicas de sus instituciones, así como aspectos de su formación profesional como cirujanos dentistas en cuanto a la seguridad del paciente.

La encuesta se adapta a los lineamientos propios para el diseño ético de la investigación y a las normas pertinentes para garantizar la protección a sujetos humanos. Se tuvo mucho cuidado para asegurar que todos los encuestados entendieron que responderían un cuestionario confidencial, auto administrado como voluntarios y no se ofrecieron incentivos.

En las declaraciones sobre conocimiento y actitudes la escala tipo Likert fue: muy fuerte, fuerte, regular, bajo y muy bajo.

Las declaraciones son:

- Estoy capacitado para dar resucitación cardio pulmonar.
- Estoy capacitado para realizar maniobras de soporte básico de vida.
- Estoy capacitado para dar tratamiento dental a pacientes medicamente complejos.

En las preguntas sobre las situaciones que ocurrieron en su institución de origen, la escala fue: sí, no y no sé.

- Cometí errores por la mala interpretación de las radiografías.
- Hice extracciones dentales sin obtener la radiografía previamente.
- Anestesié el lado contrario por equivocación.
- Realicé comunicación pulpar no intencionada.
- Perforé la furca al realizar una endodoncia.
- Durante el ensanchamiento de conductos se me fracturó alguna lima de endodoncia.
- Causé quemaduras a algún paciente.
- Realicé tratamientos sin revisar el expediente clínico del paciente.
- Lesioné a algún paciente con instrumentos punzocortantes.
- Durante la infiltración alguna vez se rompió una aguja de anestesia.
- En nuestras clínicas se hizo la extracción del diente equivocado.
- Por error se inyectó hipoclorito al paciente al pensar que el cartucho tenía anestesia.
- En nuestras clínicas algún paciente tragó una restauración dental.
- Por exceso de trabajo los profesores permiten que los alumnos avancen sin supervisión.
- Por desacuerdo entre los profesores se demoró el tratamiento de algún paciente.
- Se nos capacitó para prevenir eventos adversos.

- En la escuela se nos obliga a reportar todo evento adverso en el que el paciente fue lastimado.
- Para evitar demoras los alumnos inician tratamientos sin autorización.
- Nos enseñaron a doblar la aguja para ciertas técnicas de anestesia.
- Las escuelas nos obligan a saber cómo dar resucitación cardio pulmonar.
- Los alumnos prescriben, sin supervisión, los antibióticos de su preferencia.
- Se nos obligó a esterilizar la pieza de mano de alta velocidad entre pacientes
- Se capacita al alumno para manejar correctamente un evento adverso que lastima a un paciente.
- Se nos entrenó para desechar las limas de endodoncia después de usarlas en un solo paciente.
- Por falta de profesores los alumnos realizan tratamientos sin supervisión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los aspirantes aceptados para cursar el propedéutico de alguna especialidad clínica en la Facultad de Odontología de la UNAM.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los aspirantes provenientes de la Facultad de Odontología de la UNAM.

PLAN DE ANÁLISIS

Se construyó una base de datos con las respuestas, se obtuvieron las tablas de frecuencia y se aplicaron análisis estadísticos, como la prueba de Kruskal-Wallis para comparación de medianas y χ^2 para conocer las tendencias en la distribución de las respuestas, Un valor crítico de $P < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

En 2013, la encuesta incluyó 101 candidatos de 48 escuelas odontológicas en 7 países. En 2014, los participantes fueron 106 candidatos de 35 escuelas odontológicas en 9 países. **Tabla 1.**

Al realizar la prueba estadística a cada pregunta, no se encontraron diferencias significativas entre las respuestas de un año con otro (2013-2014) por lo que se decidió presentar los resultados agrupados.

Los resultados muestran que en las clínicas de enseñanza odontológica ocurren diversos eventos adversos. Dentro de los que destacan la comunicación pulpar no intencionada (35%), seguida por la fractura de alguna lima endodóntica (29%). También se observó que se lesionaron pacientes con instrumental punzocortante (27%) y con una frecuencia similar sufrieron algún accidente con instrumental contaminado (26%). Las respuestas que con menor frecuencia resultaron afirmativas fueron, haber perforado la furca (15%), haber anestesiado el lado equivocado (10%) y haber causado quemaduras a los pacientes (8%). **Figura 1.**

Otros eventos adversos que también ocurrieron en las clínicas, fueron: la extracción del diente equivocado (16%), que algún paciente tragó una restauración (13%), la inyección de hipoclorito pensando que el cartucho tenía anestesia (2%) y la ruptura de la aguja durante la infiltración del anestésico (2%). **Figura 2.**

Los resultados demuestran que pocos concuerdan “*muy fuerte*”, para opinar sobre su capacidad de dar tratamiento a pacientes medicamente complejos (9%), dar soporte básico de vida (8%) y dar RCP (6%). **Figura 3.**

Los datos indican que en las escuelas y facultades de donde proceden los recién egresados, no se lleva un reporte obligatorio de eventos adversos (53%), no se capacita al alumno para manejar correctamente un evento adverso (37%), y tampoco se les capacita en la prevención de eventos adversos (15%). **Figura 4.**

Encontramos que los recién egresados fueron entrenados para realizar acciones peligrosas, como doblar la aguja de anestesia (62%), no esterilizar la pieza de mano de alta velocidad (34%), y no desechar las limas endodónticas después de su uso (33%).

Figura 5.

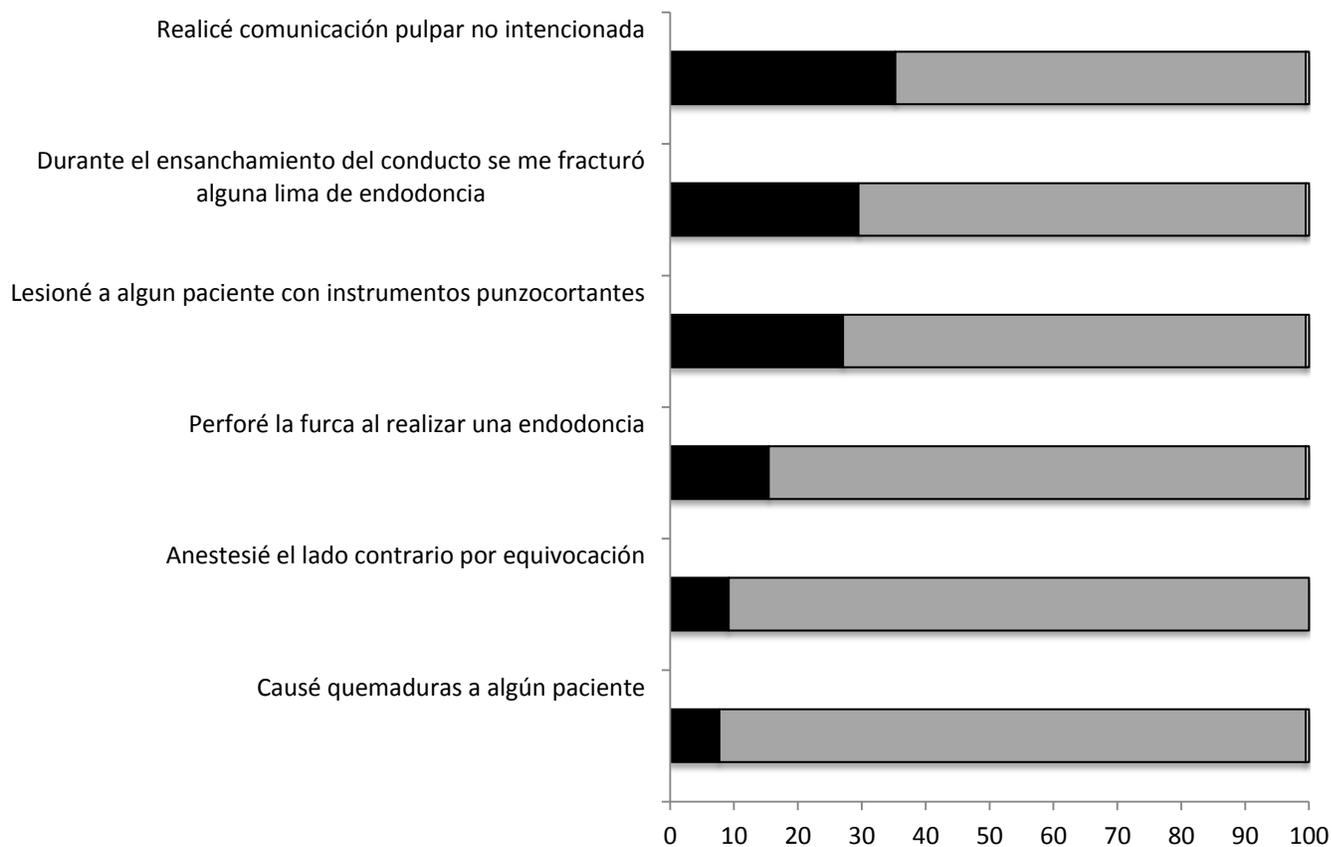
Los resultados demuestran que se cometieron errores comunes entre los recién egresados, como la mala interpretación radiográfica (26%), realizar extracciones dentales sin previa radiografía (15%) y realizar tratamientos sin revisar el expediente clínico del paciente (8%). **Figura 6.**

Encontramos situaciones comunes en la relación profesor alumno, como la demora en el tratamiento de algún paciente por desacuerdo entre profesores (52%), por exceso de trabajo, los profesores permiten que los alumnos avancen sin supervisión (27%), por falta de profesores, los alumnos realicen tratamientos sin supervisión (21%), o que para evitar demoras inician tratamientos sin autorización (20%) y prescriben antibióticos sin supervisión (11%). **Figura 7.**

Tabla 1. Distribución de los encuestados.

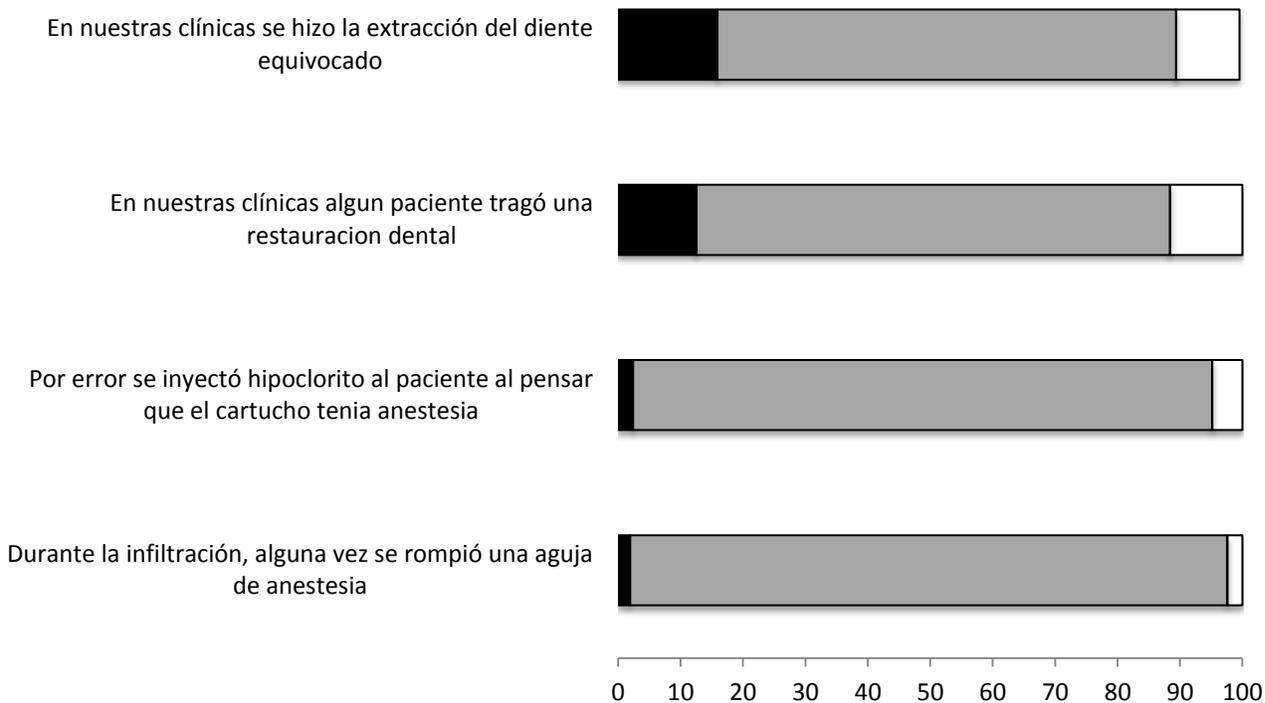
| Países | Año | Escuela | Hombres | Mujeres | Total |
|---------------|-------------|----------------|---------|---------|-------|
| | | Pública: 80 | | | |
| Bolivia | | | | | |
| Colombia | 2013 | | 34 | 67 | 101 |
| R. Dominicana | | Privada: 21 | | | |
| Ecuador | | | | | |
| España* | | | | | |
| Guatemala* | | Pública: 74 | | | |
| México | | | | | |
| Panamá | 2014 | | 35 | 71 | 106 |
| Venezuela | | Privada: 32 | | | |

*solo participaron en la encuesta 2014.



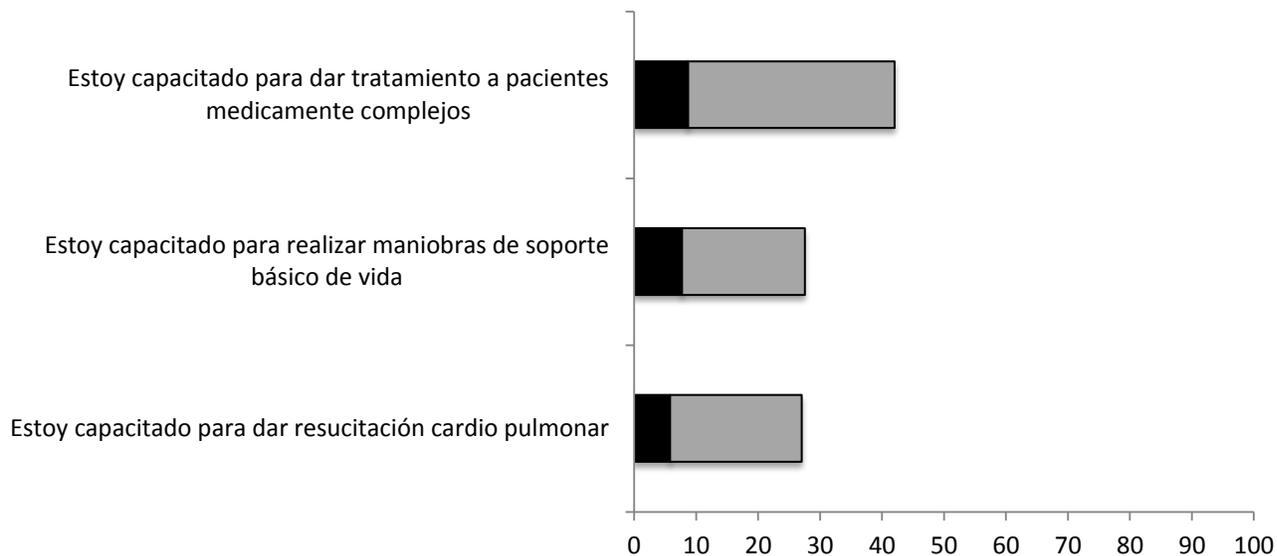
Porcentaje de encuestados que respondieron "SI" (negro), "NO" (gris) y "NO SE" (blanco).

Figura 1. Eventos adversos que cometieron los recién egresados (n=207) durante su formación académica.



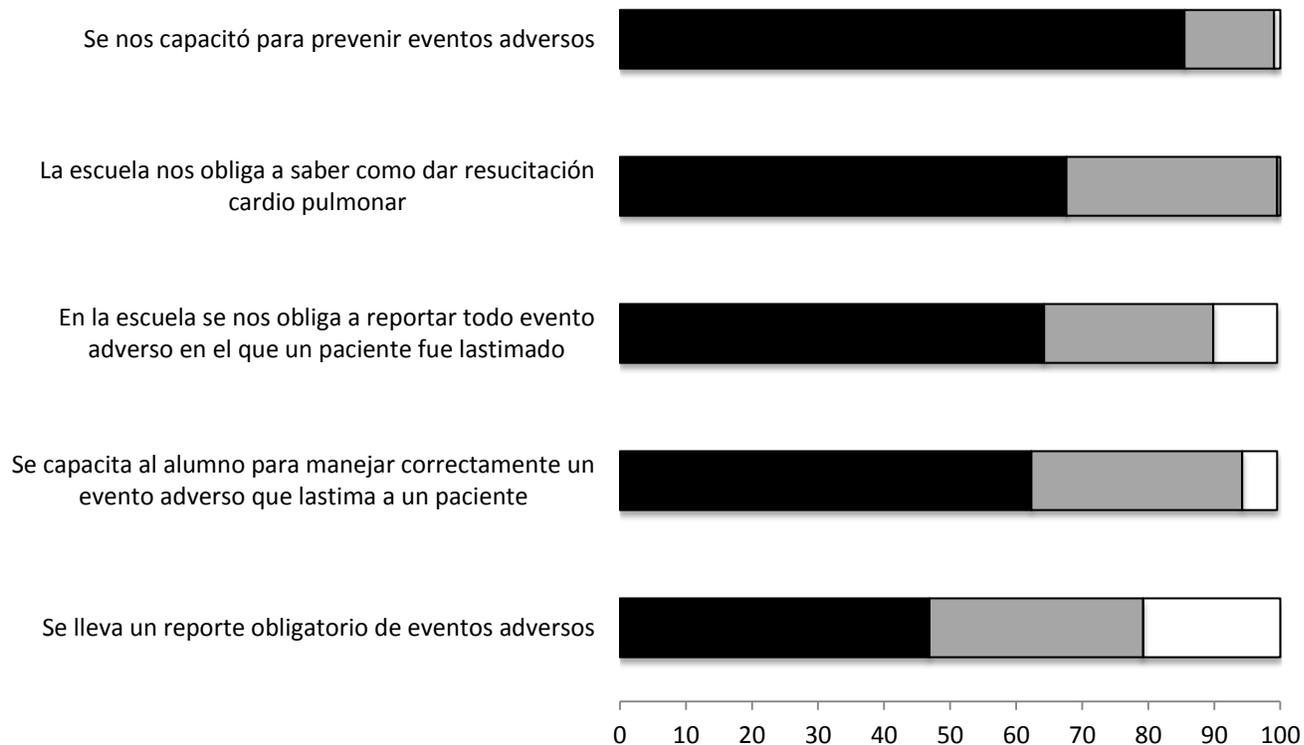
Porcentajes de encuestados que respondieron "SI" (negro), "NO" (gris) y "NO SE" (blanco).

Figura 2. Eventos adversos que ocurrieron en las clínicas de las instituciones de origen de los recién egresados (n=207).



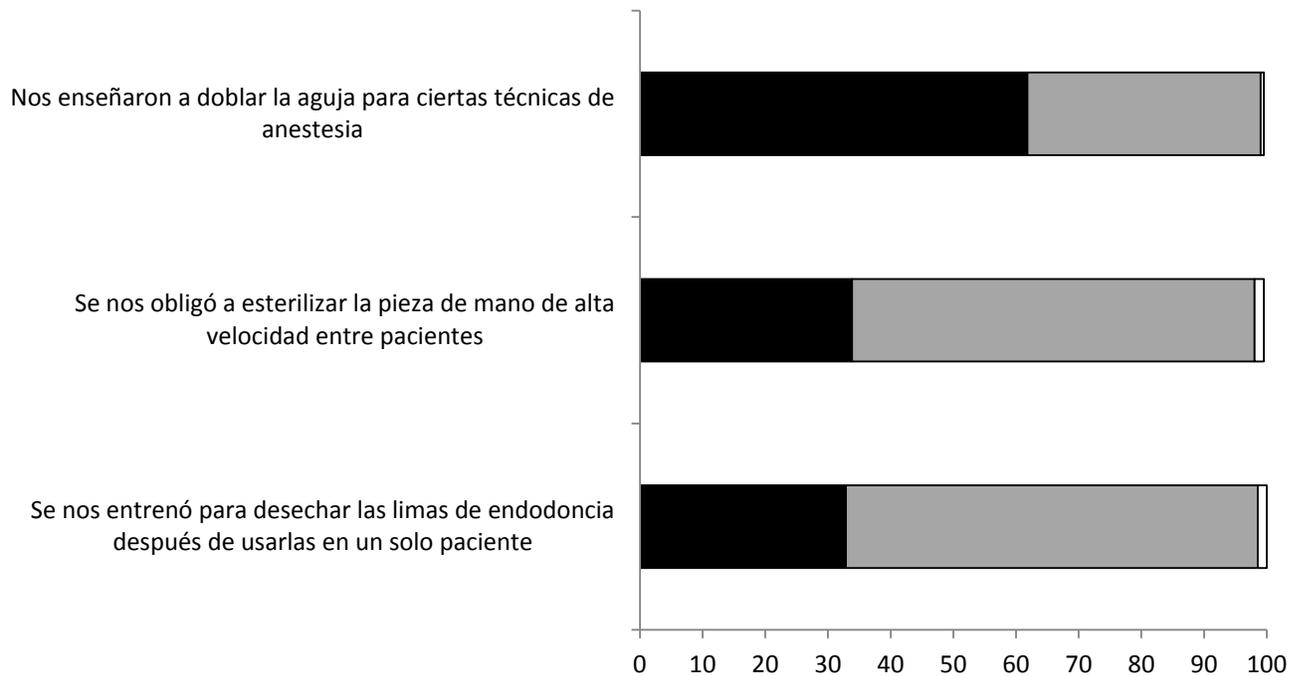
Porcentajes de encuestados que respondieron "MUY FUERTE" (negro) y "FUERTE" (gris).

Figura 3. Opinión de los recién egresados (n=207) sobre sus capacidades ante la seguridad de los pacientes.



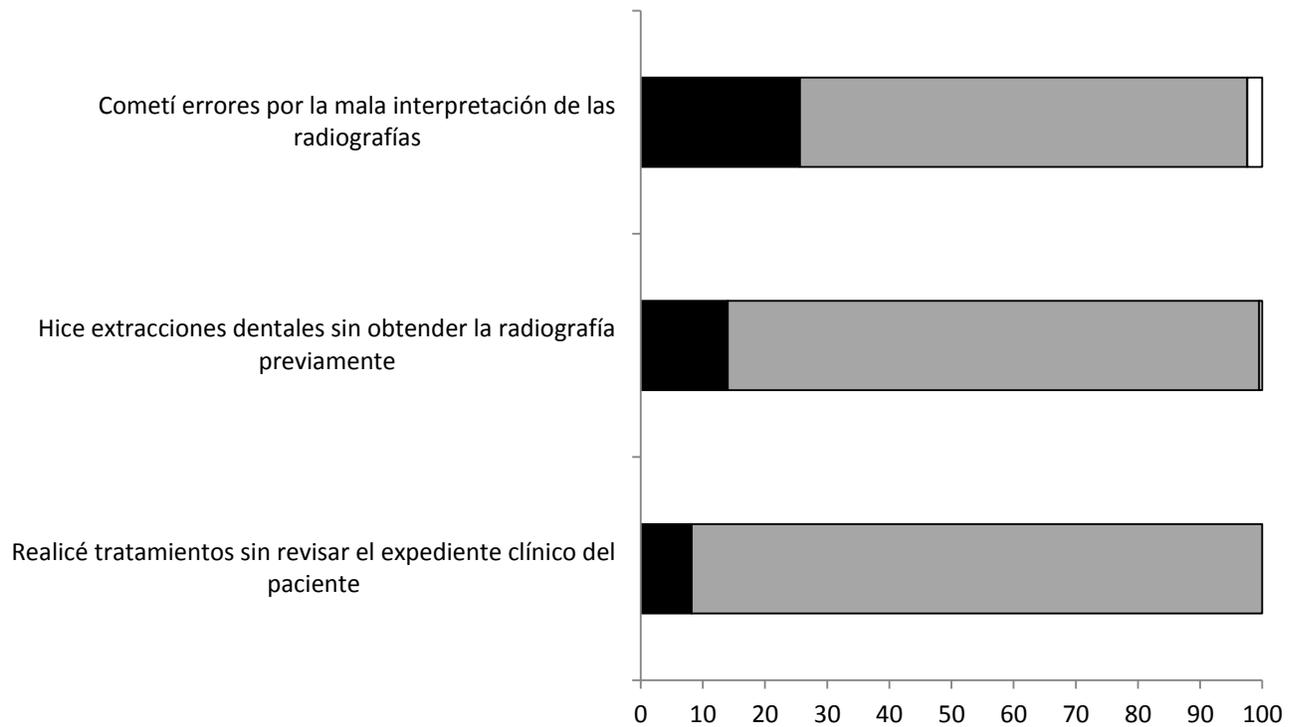
Porcentajes de encuestados que respondieron "SI" (negro), "NO" (gris) y "NO SE" (blanco).

Figura 4. Elementos de la cultura de seguridad en las escuelas de los recién egresados(n=207).



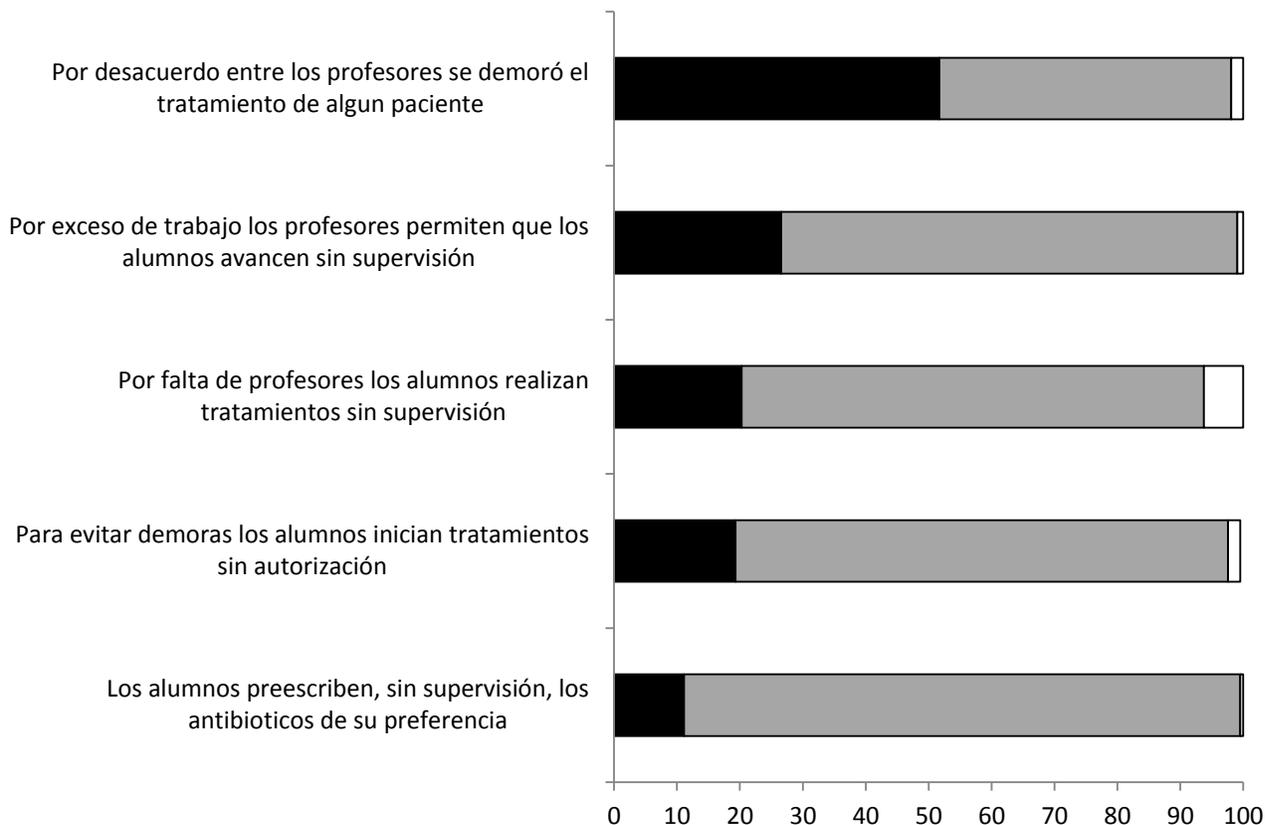
Porcentajes de los encuestados que respondieron "SI" (negro), "NO" (gris) y "NO SE" (blanco).

Figura 5. Acciones que pueden conducir a eventos adversos.



Porcentajes de los encuestados que respondieron “SI” (negro), “NO” (gris) y “NO SE” (blanco).

Figura 6. Errores realizados por los encuestados (n=207) que propician la mayor incidencia de eventos adversos.



Porcentajes de los encuestados que respondieron “SI” (negro), “NO” (gris) y “NO SE” (blanco).

Figura 7. Situaciones negativas de los profesores en las clínicas de enseñanza.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas en los años 2013 y 2014 a los cirujanos dentistas recién egresados, demuestran que ocurren eventos adversos en las clínicas de enseñanza odontológica. Esto nos indica que a pesar de la diferencia de años y de lugar de procedencia, los mismos eventos adversos se presentan con una frecuencia similar.

De las preguntas realizadas sobre eventos adversos, la que con mayor frecuencia tuvo respuesta afirmativa fue la comunicación pulpar no intencionada, esto quizá porque aún se pide que en las cavidades se elimine el total de dentina reblandecida, cuando la odontología basada en evidencia nos dice que no hay diferencia en la progresión de la caries y afectación pulpar, si la remoción del tejido cariado es mínima (ultraconservadora) o completa.¹¹

La fractura de las limas endodónticas dentro del conducto, también ocurre frecuentemente, una posible causa, es que los alumnos no desechan las limas después de utilizarlas en un solo paciente, y el uso excesivo de las limas provoca fatiga en el metal.¹²

El haber lesionado con instrumentos punzocortantes a los pacientes, y haber sufrido accidentes con instrumental contaminado, posiblemente esté relacionado con un problema de ergonomía, el reducido espacio de trabajo, la falta de habilidad del operador, y el que los instrumentos sean de doble punta activa.¹³

Los recién egresados aseguraron que durante su formación, perforaron la furca durante el tratamiento de conductos, anestesiaron el lado contrario, o extrajeron el diente equivocado. Estos errores quizá son la consecuencia de la mala interpretación radiográfica, de que realizan extracciones sin tomar una radiografía previa o inclusive, que realizan tratamientos sin revisar el expediente clínico del paciente. Situaciones que se previenen verificando el área o cuadrante a trabajar, preguntándole al paciente cual es la zona que le duele, observando las radiografías y verificando los datos con la historia clínica.

El uso de materiales como modelina, gutapercha, o de instrumentos flameados o rotatorios sin refrigeración, pueden ser la causa de quemaduras en los pacientes.¹⁴

La evidencia de que los pacientes sufren daño al momento de recibir tratamiento existe. Los pacientes tragaron alguna restauración dental, inclusive grapas o limas,¹⁵⁻¹⁶ se les inyectó hipoclorito pensando que era anestésico, o se rompió la aguja durante la infiltración del anestésico. Todo ello causado quizá por la aplicación de técnicas erróneas como el reutilizar los cartuchos de anestésico, rellenándolos con hipoclorito¹⁷ o el doblar la aguja para las diferentes técnicas de anestesia.

Los recién egresados afirmaron que se les capacitó para prevenir eventos adversos, sin embargo pocos están realmente capacitados para dar tratamiento a pacientes medicamente complejos. Aseguran que saben manejar correctamente un evento adverso que lastimó a un paciente, y que sus instituciones los obligan a saber dar soporte básico de vida y RCP, pero muy pocos están capacitados para realizar dichas maniobras.

La seguridad del paciente depende de diversos factores que incluyen la calidad de la supervisión que recibe el alumno. Existen situaciones que se presentaron en las clínicas de enseñanza, dadas por la relación profesor alumno, que afectaron a los pacientes, como la demora en el tratamiento por desacuerdo entre profesores, el que por exceso de trabajo los alumnos avanzaron, o realizaron tratamientos sin supervisión, inclusive que para evitar demoras los alumnos iniciaron tratamientos sin autorización, quizá porque los planes de estudio pueden presionar al alumno para obtener calificaciones aprobatorias según el número de trabajos realizados, y no necesariamente por la seguridad y protección al bienestar del paciente.

CONCLUSIÓN

Los resultados nos muestran que aun carecemos de una cultura de seguridad y que debemos trabajar para construirla, y ser capaces de reconocer los errores, aprender de ellos y actuar para evitar que los eventos adversos se repitan¹⁸.

En la investigación y docencia, la seguridad del paciente está emergiendo como una nueva disciplina que todos los profesionales de la salud debemos cursar y existe una amplia oportunidad para mejorar la educación sobre la seguridad del paciente que se imparte a los futuros cirujanos dentistas.

Se deben establecer sistemas para el reporte, la documentación y el análisis de los eventos adversos. Así una colección de eventos adversos, explicados como casos de estudio, permitirá a la comunidad del plantel aprender de los errores cometidos y realizar mejoras para la seguridad del paciente. Las experiencias aprendidas podrán ser compartidas globalmente por las entidades académicas.

Es necesario promover, mejorar y facilitar la educación para la seguridad del paciente en todas las escuelas y facultades de odontología. Las instituciones de educación superior formadoras de cirujanos dentistas ofrecen condiciones favorables para aprender sobre los retos a la seguridad del paciente en el entorno odontológico. A medida que los estudiantes aprendan sobre la disciplina de seguridad del paciente y su propio rol en la disminución de la incidencia y el impacto de eventos adversos, podrán apreciar la importancia de sus propias conductas.

Así la seguridad del paciente debe ser la parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar de las escuelas y facultades de odontología. Donde los planes de estudios, deben ser diseñados para la enseñanza de una odontología basada en evidencia, integrando guías clínicas y enfatizando en la seguridad del paciente.

Agradecimiento: PAPIME subvención PE202911. Para mejorar la enseñanza odontológica sobre seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidencia de eventos adversos y negligencia en pacientes hospitalizados: resultado del Estudio de la Práctica Médica de Harvard I. *N Engl J Med* 1991.
2. Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. URL <http://www.who.int/patientsafety/es/>
3. World Health Assembly. Resolution WHA55.18. Geneva: WHO 2002. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf
4. Donaldson L. In, WHO Patient Safety Research. Geneva: WHO, 2008. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf
5. Sandars J. et al Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. "Como formar a los estudiantes de grado de Medicina en seguridad del paciente: las áreas de prioridad para el desarrollo de un programa curricular" *Medical Teacher*, 2007.
6. James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *Journal of Patient Safety*. 2013;9(3):122–8.
7. Perea-Perez B., Santiago-Saez A., Garcia-Marin F., Labajo-Gonzalez E., Villa-Vigil A. Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2009.
8. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition www.who.int/patientsafety/education/curriculum/meeting/en/index.html
9. Yamalik N, Pérez BP. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *International Dental Journal*. 2012;62(4):189–96.
10. Pérez BP. Responsabilidad profesional en odontología. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013;39(4):149–56.
11. Complete or ultraconservative removal of decayed tissue in unfilled teeth www.ebd.ada.org/en/evidence/evidence-by-topic/cariology-and-caries-

- management/complete-or-ultraconservative-removal-of-decayed-tissue-in-unfilled-teeth.
12. Jiménez-Ortiz JL, Porras ANC, Tello-García B, Navarro HMM. Instrumentos rotatorios: su uso, separación y efecto en complicaciones endodónticas postoperatorias. *Revista Odontológica Mexicana*. 2014;18(1):27–31.
 13. Arrieta-Vergara Katherine M, Díaz-Cárdenas Shyrley, González-Martínez Farith D.. Prevalencia de accidentes ocupacionales y factores relacionados en estudiantes de odontología. *Rev. salud pública*
 14. FDA. Patients Safety News. More patients burns from dental handpieces <https://www.youtube.com/watch?v=P3LTNN4zwEI>
 15. Mejia JL, Donado JE, Posada A. Accidental swallowing of a dental clamp. *Journal of Endodontics*. 1996. p. 619–20.
 16. Lambrianidis T., Beltes P. Accidental swallowing of endodontic instruments. *Dental Traumatology*. 1996. p. 301–4.
 17. Perea B., Santiago, A., Labajo, E. Análisis causa-raíz (ACR) de un evento adverso en odontología: Inyección de una solución de hipoclorito sódico. Ultrasonidos en endodoncia quirúrgica: seguimiento clínico y prospectivo de dos años. *Client Dent* 2011;8;1:27-34.
 18. Bernardo Perea-Pérez, Elena Labajo-González, Enrique Acosta-Gío., Nermin Yamalik. Eleven basic procedures/practices for dental patient safety. *Journal of Patient Safety*. In Press
 19. Core competencies for Patient Safety researchers www.who.int/patientsafety/research/strengthening_capacity/trainig_leaders/en/index.html
 20. Learning from Error www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html
 21. Patient safety research: introductory course (on-line) www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/index.html
 22. Global priorities for patient safety research whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

23. Rood JP. Anaesthesia: Adverse reaction to dental local anaesthetic injection — ‘allergy’ is not the cause. *British Dental Journal*. 2000. p. 380–4.
24. Givol N, Rosen E, Taicher S, Tsesis I. Risk Management in Endodontics. *Journal of Endodontics*. 2010. p. 982–4.
25. Liao JM. Patient safety: an educational competency. *The Lancet*. 2012.
26. McFadden KL, Henagan SC, Gowen CR. The patient safety chain: Transformational leadership’s effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management*. 2009. p. 390–404.
27. Hession-Laband E, Mantell P. Lessons Learned: Use of Event Reporting by Nurses to Improve Patient Safety and Quality. *Journal of Pediatric Nursing*. 2011. p. 149–55.
28. Bedi R, Thusu S, Panesar S. The need for a ‘Patient Safety in Dentistry Initiative’ in the Gulf States. *The Saudi Dental Journal*. 2012. p. 1–2.