

## Seguridad del paciente en la práctica odontológica\*

## Patient Safety dental practice

Juan José Christiani 1

María Teresa Rocha 2

Mabel Valsecia 3

## RESUMEN

La seguridad del paciente es una disciplina que pretende reducir el daño innecesario, sufrido por los pacientes, como consecuencia de la atención e identificar las oportunidades para mejorar los resultados de las intervenciones clínicas. **Objetivos:** identificar, analizar y valorar eventos adversos relacionados con la práctica odontológica. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de notificaciones voluntarias de eventos adversos (EA) en odontología, teniendo en cuenta el tipo de tratamiento, tipo de evento y gravedad. **Resultados:** Se recolectaron 208 notificaciones voluntarias de EA en Odontología. Según el *tipo de tratamiento*: 102 ocurrieron durante Cirugía, 52 en Endodoncia, 22 en Prótesis, 14 en Operatoria dental, 7 en Ortodoncia, 3 en Periodoncia y 8 en otros. Respecto al *tipo de evento*: 131 fueron por problemas relacionados con la atención o procedimiento: 74 errores por manejo inadecuado de la técnica, 20 errores en la planificación, 22 por fracturas de instrumental, 9 en el diente a tratar y 6 errores en la zona a intervenir. Por accidentes (n=42) se recibieron 29 notificaciones de cortes, quemaduras, fracturas de tabla ósea o pieza dentaria; 8 de ingestión/aspiración de materiales odontológicos y 4 por daños oculares. Relacionados con la medicación (n=21): 19 reacciones adversas al medicamento y 2 errores en la medicación. De acuerdo a la *gravedad*: 54 por lesión transitoria mayor y 18 por lesión permanente menor - pérdida de la pieza dentaria. **Conclusión:** Los errores en odontología ocurren, son leves, repetitivos y potencialmente peligrosos. Es necesario implementar acciones tendientes a crear una cultura en seguridad del paciente contando con un sistema de notificaciones que muestre la realidad actual.

## PALABRAS CLAVES:

Seguridad del paciente, errores médicos, mala práctica e iatrogenia.

## ABSTRACT

Patient safety is a discipline that seeks to reduce unnecessary damage suffered by patients as a result of care and identify opportunities to improve outcomes of clinical interventions. **Objectives:** to identify, analyze and assess adverse events related to dental practice. **Material and Methods:** Observational study of voluntary reports of adverse events in dentistry given treatment type, event type and severity. **Results:** EA 208 voluntary reports of Dentistry were collected. Depending on the type of treatment: 102 occurred during surgery, 52 in Endodontics, Prosthodontics 22, 14 in dental surgery, 7 in Orthodontics, Periodontics 3 others (8). Regarding the type of event: 131 were for problems related to attention or procedure: 74 errors by improper handling of the art, 20 errors in planning, 22 events due to fractures instrumental, 9 in the tooth to be treated and 6 errors Area intervene. Accidents (n = 42) 29 notifications of cuts, burns, fractures, bone or tooth table is received; 8 ingestion / aspiration of dental materials and 4 eye damage. Related to medication (n = 21) (adverse drug reactions-19- and errors in medication-2). According to severity: increased transient lesion (54); permanent injury dentaria- less-loss of the part (18). **Conclusions:** Errors in dentistry occur, are mild but repetitive potentially dangerous. It is necessary to implement actions to create a culture where patient safety expecting a notification system to show us the current reality.

## KEYWORDS:

Patient safety, medical errors, dentistry, malpractice, iatrogenic disease and dentistry

\* Artículo de *investigación* de Tesis Doctoral del Doctorado de la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología, Argentina.

1 Doctor en Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología. Docente de la Facultad de Odontología UNNE. Av. Libertad 5450. CP.3400. Corrientes. Argentina. Tel. 3794-546842. Correo: jjchristiani@hotmail.com

2 Doctora de la Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina UNNE Moreno 1240 CP.3400. Corrientes. Argentina. Correo: mvalsecia@med.unne.edu.ar

3 Doctora de la Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina UNNE Moreno 1240 CP.3400. Corrientes. Argentina. Correo: mvalsecia@med.unne.edu.ar

## Citación sugerida

Christiani JJ, Rocha MT, Valsecia M. Seguridad del Paciente en la práctica odontológica. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(2): 21-32. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.

Recibido	Septiembre 30 2015
Aprobado	Octubre 31 2015
Publicado	Diciembre 31 2015

## Introducción

La seguridad del paciente es una disciplina relativamente nueva, cuyo objetivo es reducir el daño sufrido, por los pacientes, como consecuencia de la atención sanitaria e identificar oportunidades para mejorar los resultados de las intervenciones médicas (1, 2). Aunque la preocupación por no hacer daño al paciente, el "primun non nocere" hipocrático, ha sido intrínseca a la práctica sanitaria desde su inicio; recientemente, se ha priorizado más en esta temática, a partir de la publicación en 1999 del estudio "To err is human" del Committee on Quality of Health Care in America del Institute of Medicine donde se conocieron que fallecían, cada año en Estados Unidos, entre 44.000 y 98.000 personas debido a errores en la asistencia sanitaria y donde se estimaba que la mayor parte de estos errores eran prevenibles. En la actualidad, son muchas las instituciones que han desarrollado programas e iniciativas para mejorar la seguridad de los pacientes (3 – 5). Un ejemplo representativo, es la "Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes" auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (WHO) (6) y la Declaración de Luxemburgo de la Unión Europea (7).

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los errores en la asistencia han conducido, a organismos internacionales, a reflexionar sobre la seguridad del paciente, gestionar los riesgos sanitarios, desarrollar recomendaciones acerca de la prevención de los efectos adversos y formular estrategias en este ámbito; tal es el caso de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que, promovida por la Organización Mundial de la Salud, enfatiza en estrategias de seguridad y sistemas que incluyan acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los efectos adversos cada vez que ocurren; así como al análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y difusión de las lecciones aprendidas (8).

La seguridad del paciente es un objetivo de las ciencias de salud que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que, con frecuencia, son causas por eventos adversos (E.A). Un incidente adverso es un accidente imprevisto e inesperado, no intencional, que causa algún daño o complicación al paciente. La seguridad del paciente tiene como finalidad estudiar los eventos adversos; sean errores, accidentes o complicaciones evitables; para impedir, en lo posible, que vuelvan a aparecer o, al menos, estar preparados para ello y diseñar estrategias para encontrar soluciones y mejorar la calidad de la atención

Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, la odontología tiene una serie de peculiaridades, tanto profesionales como, y sobre todo, asistenciales, que la diferencian de otras profesiones dentro del ámbito hospitalario (9). Así mismo, los estudios sobre el error en medicina son amplios; sin embargo, prácticamente, no existen estudios que traten sobre la frecuencia y repercusiones de los errores cometidos durante la práctica odontológica.

En odontología hay ciertas barreras que hace que el índice de notificaciones sea muy bajo, tal vez porque los daños, en los pacientes, son más leves aunque potencialmente peligrosos. No obstante, en ocasiones, determinados accidentes, o tratamientos, tienen consecuencias muy serias para la salud de los pacientes. A esto hay que añadir que las maniobras odontológicas son lo suficientemente numerosas y repetitivas como para que los eventos adversos graves, aunque sean improbables, sucedan tarde o temprano. Además, según se hace más compleja la práctica de la odontología, también se incrementan los riesgos para los pacientes. Cada vez se manejan fármacos potencialmente más peligrosos, se utiliza instrumentos técnicos – radiaciones o electrobisturí – que pueden provocar daños graves; además, se está en contacto con sangre y fluidos corporales que pueden transmitir patologías infecciosas. La atención odontológica es una práctica ambulatoria y

aislada; esta estructura condiciona el conocimiento de los eventos adversos que ocurren en una determinada consulta, haciendo que quede limitado al ámbito del centro de atención. Por otra parte, la mayor parte de los odontólogos están menos familiarizados con la cultura de la seguridad del paciente (10, 11). Con la tendencia actual de los procedimientos dentales a ser más complejos e invasivos, el potencial de la aparición de eventos adversos aumenta (12). Sin embargo, las notificaciones de eventos adversos, por parte de los odontólogos, es muy baja, o casi no existen; tal vez, por temor a ver afectada su reputación profesional al revelar EA (12, 13).

Las incidencias de eventos adversos en odontología ocurren, pero no hay datos registrados. El uso de un sistema de notificación en odontología podría ayudar a minimizar la aparición de eventos adversos y elevar los estándares esenciales de calidad y seguridad en las prácticas odontológicas (14, 15). Se debe aprender de los errores para evitar que vuelvan a suceder; si no se conoce lo que está ocurriendo, difícilmente se podrán adoptar medidas para evitarlo.

Una asistencia odontológica que controle todos los posibles factores de riesgo para el paciente es, necesariamente, de mayor calidad. La calidad de la asistencia tiene un reflejo evidente en la fidelización de los pacientes y en elevar los estándares en salud. Es esencial comenzar a crear una cultura en seguridad del paciente para que se conozca la importancia de las notificaciones de eventos adversos. Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como principal elemento de la calidad asistencial y, por tanto, integrarla en la misión y objetivos de la organización, en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo.

Los Objetivos de este estudio fueron: Identificar, analizar y valorar eventos adversos (EA) relacionados con la práctica clínica odontológica.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de notificaciones voluntarias de EA en la práctica clínica odontológica (período Marzo del 2012 a Diciembre del 2013), en ámbitos públicos y privados. Este estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

**Evaluación y análisis de las notificaciones de eventos adversos en Odontología:** se utilizó, como instrumento, una ficha de notificación de eventos adversos en odontología, elaborado para tal fin. Consta básicamente de:

- Identificación del paciente (iniciales del nombre, edad, sexo).
- Información de los eventos adversos en el paciente (descripción del evento, tipo de tratamiento que se realizaba).
- Tipo de evento adverso: problemas relacionados con la atención o procedimiento, relacionados con la medicación, accidentes u otro.
- Lugar donde el error se originó.
- Describir el desenlace (lesión, hospitalización, muerte, efecto adverso).
- Fecha del evento y de notificación.
- Datos o iniciales del notificador.

Así mismo, para poder tener retroalimentación con el notificador y calidad en la información, aprovechando las nuevas tecnologías, se ideó una ficha en línea que se accedía por un vínculo, o por medio de un APP (aplicativo móvil), para mejorar y facilitar la notificación.

Las notificaciones voluntarias de EA fueron recolectadas y clasificadas según:

- a) **Tipo de tratamiento:** especialidad, o disciplina, que se realizaba cuando presentó el EA (Operatoria dental, cirugía, prótesis, periodoncia, ortodoncia u otras)
- b) **Tipo de evento:** se tuvieron en cuenta las siguientes categorías:
  - *Problemas relacionados con la atención o procedimiento:* Error en el diente a tratar, error en la zona intervenir, manejo inadecuado de la técnica, error en la planificación del tratamiento y fractura de instrumental.
  - *Accidente:* Incidencia o evento involuntario, y/o imprevisto, que puede derivar en una lesión o la muerte: caída del paciente en la consulta, caída de instrumental punzante o aparatología pesada sobre el paciente, lesiones por cortes o quemaduras, ingestión o aspiración de materiales odontológicos y, daños oculares.
  - *EA relacionados con la medicación:* Lesión en un paciente como consecuencia de una medicación derivada de un error, sea por una reacción farmacológica a una dosis normal o, por una reacción adversa y prevenible a un medicamento.
  - Comprende los errores de prescripción, los errores de dispensación y los errores de administración de la medicación.
  - *Otros.* Aquellos EA que no correspondan a las categorías antes mencionadas.
- c) **Según el código de gravedad. Marco conceptual para la Seguridad del Paciente (16):**
  - *No alcanza al paciente:* Lesión potencial: Error que fue detectado a tiempo y no llegó al paciente.
  - *Alcanza al paciente:* El paciente no sufre ni lesiones ni efectos.
  - *Lesión transitoria menor:* Lesión menor del paciente, aumento de la vigilancia del paciente o cambio en el plan de tratamiento, con lesión o sin ella. La duración de la estancia aumenta en menos de un día.
  - *Lesión transitoria mayor:* Lesión transitoria de más entidad que una lesión transitoria menor, o que aumenta la duración de la estancia en un día o más.
  - *Lesión permanente menor:* Lesión permanente que no compromete las funciones básicas de la vida diaria. Por ejemplo :la pérdida de piezas dentarias.
  - *Lesión permanente mayor:* Lesión permanente que afecta las funciones básicas de la vida diaria. Ejemplos: fractura de cadera, lesión neural por una colocación quirúrgica incorrecta, pérdida de un miembro o, lesión de un órgano de los sentidos.
  - *Lesión extrema:* Ejemplos: lesión cerebral, parálisis grave o muerte.

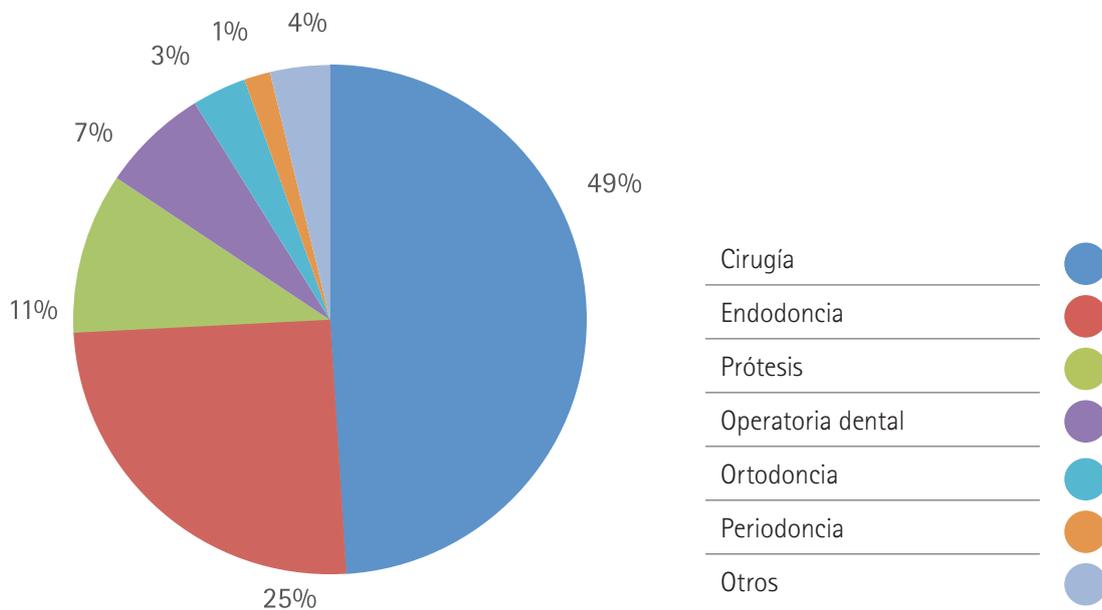
## Resultados

Se recogieron 208 notificaciones voluntarias de EA en odontología. De acuerdo a las siguientes variables demográficas: el 57% afectaron el sexo masculino ( $n=119$ ) y el 43% al sexo femenino ( $n=89$ ). El rango etáreo fue entre 7 y 67 años, con una media de 38 años, registrándose los siguientes datos:

- a) Según el tipo de tratamiento los eventos adversos de mayor frecuencia fueron en Cirugía, representado por 49 % ( $n= 102$ ); seguidos, con un 25%, por los tratamientos de Endodoncia ( $n=52$ ).

En la Gráfico 1 se observa la frecuencia de eventos adversos notificados de acuerdo al tipo de tratamiento realizado:

Gráfico 1. Tipo de tratamiento que originó el evento adverso



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

En la Cuadro 1 se observan los diferentes eventos adversos de acuerdo con las variables analizadas:

CUADRO 1. Tipo de Evento Adverso

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

- c) De acuerdo con la gravedad, según el Marco conceptual para la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente: el EA alcanzó al paciente sin producir ni efectos ni lesiones n=10; lesión transitoria menor n=126; lesión transitoria mayor n=54; y lesión permanente menor, pérdida de la pieza dentaria n=18 (Endodoncia 7, Cirugía 6, Prótesis 4 y Periodoncia 1).

De las 208 notificaciones recibidas, el 33% (n=70) produjeron prolongación en el tiempo de atención; el 29% (n=60) necesitó concurrir a otra sesión no planificada a raíz del evento adverso ocurrido para el control o tratamiento de la lesión o daño causado; 4,3% (n=9) necesitaron asistencia médica/hospitalaria, 3 necesitaron intervención quirúrgica; y en el 8,6% (n=18) se produjo la pérdida indebida de una pieza dentaria.

Teniendo en cuenta el lugar donde se originó el evento, se encontró: 83% en *Consultorio particular*, 8% en *Centro de salud*, 6%: en *Clínica* y 3%: en *Hospital*.

### Eventos Adversos según el Tratamiento

Eventos adversos en cirugía

Los eventos más notificados durante las cirugías fueron:

- 37,6% (n=38) produjeron prolongación de la sesión por el acontecimiento adverso presentado.
- 29,7% (n=30) requirieron volver a una nueva sesión para finalizar el tratamiento.

- 10% fueron por lesiones con instrumental punzo - cortantes (elevadores), generalmente durante exodoncia de terceros molares.
- 5% dejaron, como secuela permanente, la pérdida de la pieza dentaria.
- 9% dejó como secuela temporaria parestesia.

Por problemas relacionados con la atención o procedimiento quirúrgico, se reportaron 70 eventos adversos.

En el Cuadro 2 se detallan los eventos notificados de acuerdo con el orden de frecuencia:

**CUADRO 2.** Eventos relacionados a la atención o procedimiento en Cirugía bucal.

Tipo de Evento	n=	Descripción (n=)
Error en el diente a intervenir	6	-Extracción del diente equivocado (6)
Error en la zona a intervenir	6	-Anestesia en el lugar incorrecto (4) -Incisiones en el lado equivocado en exodoncias de terceros molares (2)
Error en la planificación o manejo inadecuado de la técnica	48	-Fractura de la pieza dentaria vecina durante una exodoncia (6) -Fractura del piso de seno durante una exodoncia (6) -Fractura de tabla externa durante una exodoncia (4) -Hemorragia, dolor por exodoncia incompleta que debió someterse a una segunda intervención (3) -Trismus y dolor en la apertura bucal luego de la exodoncia, de 5 a 20 días (2) -Luxación de pieza dentaria vecina durante la exodoncia (2) -Sangrado nasal durante la anestesia (2) -Ulceración y dolor en el sitio de punción luego de la anestesia (2) -Hemorragia pos extracción, desvanecimiento por lo que el paciente fue trasladado al Hospital -Golpe en las piezas dentarias y labios, aftas, al zafar el fórceps. -Hematoma en mucosa y piel luego de la anestesia, segundo anestubo -Anestesia troncular con un anestubo que fue llenado con hipoclorito de sodio; paciente con inflamación y necrosis de la zona que debió ser intervenido con incisión extrabucal
Error en la planificación o manejo inadecuado de la técnica	48	- Fractura y exfoliación de un segundo molar anquilosado durante una extracción de un tercer molar <i>Por procedimientos en implantes (16)</i> -Lesión al nervio dentario inferior con parestesia que varió de 5 días a 1 año (9) -Error en la posición/orientación de un implante (5) -Implante en seno maxilar (1) -Osteotomía sin haber controlado que los implantes no eran los indicados lo que necesitó de una segunda intervención
Fracturas de instrumental dentro del sitio de intervención que prolongó el procedimiento	10	Punta de elevadores (7) Fresas quirúrgicas (2) Aguja de sutura

En relación con los **Accidentes** ( $n=16$ ), se notificaron con mayor frecuencia lesiones cortantes producidas por los elevadores durante la exodoncia de terceros molares ( $n=13$ ), un evento de ingestión de destornillador de implantes y una lesión ocular en paciente sometido a cirugía por fractura de maxilar, bajo anestesia general; por falta de protección ocular, durante el procedimiento el paciente presentó múltiples úlceras oculares en el ojo derecho, por incrustación de esquirlas metálicas durante la colocación de las placas de titanio, acompañado de dolor y ardor.

Se notificaron **otros tipos de eventos** como un caso de reacción adversa a membrana de colágeno que produjo inflamación en los tejidos, maxilar inferior. Relacionados con la medicación se recibieron 15 notificaciones en Cirugía. Las mismas fueron RAM por anestesia ( $n=6$ ): *articaina* 4%, por corticoides ( $n=3$ ); por antibióticos: *amoxicilina + ac. Clavulanico* ( $n=2$ ), y *penicilina* ( $n=1$ ); y analgésicos ( $n=1$ ). Por errores de medicación (EM) ocurridos en la etapa de prescripción: error en la duración del tratamiento, amoxicilina 500mg que se indicó durante 4 días y un error en la dosis, clorhexidina que se utilizó al 20%, en lugar de al 0.12%.

#### Eventos Adversos en Endodoncia

Durante los tratamientos de endodoncias, se notificaron 52 eventos adversos. Los más frecuentes fueron asociados al uso de hipoclorito de sodio ( $n=15$ ) y salpicaduras en cara, cuerpo y ojos debido a fractura del instrumental ( $n=13$ ). Algunos eventos fueron irreparables, lo que produjo la pérdida de la pieza dentaria ( $n=7$ ): 5 por perforaciones y 2 por limas endodónticas rotas. En el siguiente cuadro se observan los eventos adversos más notificados en endodoncia.

**CUADRO 3.** Eventos adversos en Endodoncia

Eventos adversos	n=
Asociados al Hipoclorito de sodio	15
Fracturas de lima	12
Perforación pieza dentaria	8
Quemaduras	4
Error en el diente a intervenir	3
Otros (reacciones adversas a medicamentos, dolor posoperatorio etc)	10

También se notificaron: por error en el diente a intervenir ( $n=5$ ) y quemaduras al cortar conos de gutapercha ( $n=4$ ). RAM ( $n=4$ ): Amoxicilina+ ac.clavulanico que provocaron diarrea o dolor abdominal ( $n=2$ ), metronidazol ciprofloxacina que provocó náuseas y cefalea y penicilina g benzatínica que provocó lesiones maculopapulosas pruriginosas generalizadas. Y una reacción adversa al agua de cal.

#### Eventos adversos en Prótesis

Durante tratamientos de prótesis dental se notificaron 22 eventos; de los cuales, 3 se produjeron como secuela a la pérdida de la pieza dentaria. En un caso, se produjo la ingestión de una prótesis removible de cromo, por lo que el paciente debió ser intervenido quirúrgicamente. También se observaron: lesiones por prótesis mal adaptadas ( $n=7$ ), lesiones por rebasado de prótesis ( $n=2$ ), daños oculares ( $n=2$ ), fracturas de raíz ( $n=2$ ) y falsas vías ( $n=2$ ).

## Eventos adversos en Operatoria Dental (n=14), Ortodoncia (n=7), Peridoncia (n=3)

Estos eventos fueron lo de menor frecuencia con lesiones en encía, lengua, mucosa yugal, cortes con instrumental de mano, rotatorio, compresión de papilas con clamps y una pérdida de pieza dentaria durante un tratamiento periodontal.

Otros tipos de Eventos (n=8)

Este tipo corresponde a lesiones del tipo quemaduras durante tratamientos de blanqueamiento dentario por incorrecta protección de tejidos (n=4), reacciones adversas al guante de látex (n=3) que provocaron eritemas en labio y mejillas; y una reacción adversa al fluoruro de sodio con irritación labial y lingual

## Discusión

Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, la práctica odontológica tiene una serie de particularidades, tanto profesionales como asistenciales, que la diferencian de otras profesiones sanitarias, sobre todo las que trabajan en el ámbito de la asistencia hospitalaria (16), y no está exenta de riesgos. Cualquier intervención clínica que se realice puede producir eventos adversos. Respecto al tipo de tratamiento, donde se producen los eventos adversos más frecuentes, los estudios realizados por Hiivala y col. (12) y Thusu y col.(13), determinaron una mayor frecuencia de eventos durante las extracciones y endodoncias, similares a los datos notificados en este estudio. Por su parte, los datos, del observatorio español en seguridad del paciente odontológico, refieren los eventos relacionados con los tratamientos implantológicos y la cirugía bucal, como los de mayor incidencia.

Teniendo en cuenta el tipo de evento, Thusu y col. (12), encontraron lesiones localizadas, con mayor frecuencia, en el labio; seguidas por las ubicadas en las mucosas yugal, lengua y encía, debido a cortes por fresas en procedimientos operatorios (34%); durante la cirugía (24%) y, finalmente, lesiones por quemaduras (6%).

Respecto a los accidentes, Thusu y col. (12), mencionan la ingesta accidental de hipoclorito de sodio y de fresas. Si bien, en este estudio, no se notificaron eventos de ingestión de hipoclorito, su uso y manipulación fue el evento más notificado durante las endodoncias. Krekeler G (17) afirma como un evento de probabilidad la ocurrencia de la aspiración o deglución de instrumental durante procedimientos de implantes, como los destornilladores. Otros estudios, también mencionan la ingestión de instrumental endodóntico, como limas; en el presente estudio este tipo de situaciones no fueron halladas; seguramente, por el uso correcto del dique de goma que las previene.

Respecto a los eventos relacionados con la medicación, Thusu y cols. (12) e Hiivala y cols.(13), notificaron RAM por anestésicos, similares a los resultados de este estudio. En odontología, cualquier fármaco puede ocasionar efectos adversos en el paciente; sin embargo, no se han hallado estudios de EA debido a errores de medicación en odontología como los notificados en este estudio. Perea (10) hace referencia a un 28% de lesiones en el nervio dentario inferior, durante procedimientos de implantes, que pueden ser debidas al trauma, la compresión o la laceración. Otros estudios refieren, como causa principal, la exodoncia de los terceros molares, cuando no se consideran las cirugías orales y maxilofaciales mayores.

En un estudio realizado en Finlandia, sobre los eventos relacionados con tratamientos endodónticos, el más común fue la fractura de instrumental endodóntico dentro del conducto; también, se notificaron quemaduras de tejidos con el instrumental endodóntico, enfisemas, hematomas y perforaciones. Los accidentes con el hipoclorito de sodio, reportados en este estudio, concuerdan con otros que tienen una escala de gravedad variable y, pueden ser, de muy diversa consideración: extrusión de la solución a los tejidos del periápice, lesiones oculares etc. Gursoy U.K. y Polanco S.H. (18), describen otros eventos relacionados con hipersensibilidad al hipoclorito en pacientes alérgicos al irrigante, con síntomas como dolor, sensación de quemazón y equimosis.

En relación con la Prótesis, se notificaron ulceraciones, eritema, dolor e hiperplasia ocasionadas por las prótesis de acrílico mal adaptadas o por lesiones posteriores a rebasados que podrían ser causadas por fallas en la polimerización de las resinas. Esto coincide con lo encontrado por Laskaris (19). Thusu (12) menciona, dentro de ingestión accidental, como tercera causa la de coronas; en el presente estudio, de acuerdo al tipo de tratamiento y relacionado con la ingestión, los eventos en Prótesis fueron los más notificados. Se describen, en este estudio un 7% de EA en Operatoria Dental, sin embargo Thusu (12), hace mención de una frecuencia de 2,5% de EA en odontología restauradora. Los eventos menos frecuentes fueron en tratamientos de ortodoncia y periodoncia, datos similares a los presentes en otros estudios (12,13, 20).

## Conclusión

La prestación de atención sanitaria enfrenta el desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico: "Lo primero es no hacer daño", rara vez es violado, intencionalmente, por parte profesionales de la salud; pero, los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días en todos los países del mundo durante la atención sanitaria. La práctica odontológica no escapa de esto; a pesar que esta profesión, recientemente, se ha involucrado en seguridad del paciente. Al ser la odontología una práctica ambulatoria, los eventos no son tan graves o extremos como en la medicina; si embargo, muchas veces, la rutina y el stress hacen que se cometan errores; aprender de esos errores, creando una cultura o sensibilización en seguridad del pacientes, es una forma de mitigar eventos y mejorar la calidad de la atención.

Los eventos adversos, muchas veces, pueden ser el resultado de factores presentes en distintos niveles de atención; por ejemplo, a nivel de una institución, o un sistema de atención sanitaria; o en el momento de intervención entre pacientes y profesionales; por ejemplo, un error humano. Por lo tanto, el cocimiento de esta disciplina pretende promover un entorno que minimice el riesgo de daño. Ya se han puesto en marcha distintas campañas mundiales, por la OMS, para hacer de la seguridad del paciente parte de la política de salud, y reconociéndola como un elemento inherente a la calidad y su mejora. Creando una cultura en seguridad del paciente, a través de las comunicaciones espontáneas de eventos adversos, se fomentan mejores prácticas en pro de la seguridad del paciente y, en consecuencia, un mejor funcionamiento del sistema de salud.

Un proceso de reflexión, sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas. Los resultados de los sistemas de reporte son una alternativa para monitorizar el incremento o disminución en la presentación de eventos adversos; por ello, es recomendable realizar, a intervalos periódicos, estudios que midan la prevalencia, o la incidencia, de estos; para, de esta forma, brindar mejores prácticas en la odontología. Una asistencia odontológica en la que

se controlen todos los posibles factores de riesgo para el paciente es, necesariamente, de mejor calidad. La calidad de la asistencia tiene un reflejo, evidente, en la fidelización de los pacientes y en los estándares en salud bucodental.

Seguir las pautas y protocolos básicos en seguridad del paciente disminuye la posibilidad de aparición de errores asistenciales y proporciona, además, mejores registros del tratamiento. Sí no se conoce lo que está ocurriendo, difícilmente se podrán adoptar medidas para evitarlo. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los EA son prevenibles; por lo que, es necesario implementar acciones tendientes a orientar la reducción del daño innecesario, asociadas a la atención sanitaria y la seguridad del paciente en odontología.

## Bibliografía

1. **Muiño A, Jiménez AB, Pinilla B, et al.** Seguridad del paciente. *An Med Interna* (Madrid) 2007; 207(9):456-7
2. **Federación Dental Internacional.** La FDI se asocia a la OSAP para mejorar los estándares globales de seguridad del paciente. [en línea] Disponible en: <http://www.fdiworldental.org/node/2253>. [Consultado Ago 20 de 2011]
3. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).** Patient Safety Initiatives. [en línea] Disponible en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/> [Consultado Nov 10 de 2011]
4. **National Patient Safety.** [Documento en línea] Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/> [Consultado Nov 10 de 2011].
5. **National Patient Foundation.** [Documento en línea] Disponible en: <http://www.npsf.org/> [Consultado Nov 10 de 2011].
6. **World Alliance for Patient Safety.** [Documento en línea] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/> [Consultado Sep 16 de 2011]
7. **EU.** Luxembourg Declaration on Patient Safety. [En línea] Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf) [Consultado Sep 16 de 2011].
8. **Donaldson L.** La seguridad del paciente: "No hacer daño" Perspectivas de Salud - La revista de la Organización Panamericana de la Salud 2005; 10(1) [Documento en línea] Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21\\_last.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_last.htm). [Consultado Ago 21 de 2011]
9. **Perea B, Sáenz A, García-Marín F, et al.** Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(6): 805-9
10. **Perea B.** Seguridad del paciente y odontología. *Cient Dent* 2011; 8(1):9-15.

11. **Yamalík N, Perea B.** La seguridad del paciente y la odontología: ¿qué necesitamos saber? Fundamentos de la seguridad del paciente, la cultura de la seguridad y la aplicación de las medidas de seguridad de los pacientes en la práctica dental. *International Dental Journal* 2012; 62(4): 189-196.
12. **Thusu S, Panesar S, Bedi R.** Patient safety in dentistry– state of play as revealed by a national database of errors. *British Dental Journal* 2012; 213 (3): E3
13. **Hilvala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H.** Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontol Scand* 2013; 71(6): 1370-7
14. **Brunton P.** Seguridad de los pacientes en odontología - estado de la situación tal como se revela por una base de datos nacional de los errores. *British Dental Journal* [en línea] 2012 [fecha de consulta: Ago 10 de 2012]; 213, 126-127. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878313>
15. **Bruers J, Van der Sanden W, Wensin M.** La seguridad del paciente en el cuidado dental: Un problema de calidad desafiante? Un estudio de cohortes exploratorio. *Acta Odontol Scand* 2013;11(6):1588-1593.
16. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.** Informe Técnico, Ginebra, OMS, 2009. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf) [Consultado Ago 6 de 2011]
17. **Krekeler G, Foitzik Chistian.** Casos extremos: fracasos implantológicos. *Quitenssence* 2008; 21(3):149-160
18. **Gursoy UK, Bostanci V, Kosger HH.** Palatal mucosa necrosis because of accidental sodium hypochlorite injection instead of anaesthetic solution. *Int Endod J* 2006; 39(2): 157-161
19. **Laskaris George.** Color Atlas of oral diseases (Atlas de enfermedades orales) Madrid, España. Ed. Elsevier. 2005; 60.
20. **Lozano-Chourio MA, Ruiz AL.** Reabsorción radicular en ortodoncia: revisión de la literatura. *Univ Odontol* 2009; 28(60):45-51