

ENSAYO

Online ISSN: 2665-0193

Print ISSN: 1315-2823

El esfuerzo terapéutico y los eventos adversos, espacios para la discusión bioética en Odontología**Therapeutic effort and adverse events, spaces for bioethical discussion in dentistry**

Dorta Jorge Oliveros¹, Ríos Barthyde Vielma¹, Giusti Barreto Juan Carlos¹,
Bocaranda Ortega Omar¹, Pérez Oliveros Rosa Belén²

¹Odontólogo. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

²Universidad Nacional Abierta. Valencia, Venezuela.

oliverosdorta@gmail.com

Recibido 01/05/2023

Aceptado 25/06/2023

Resumen

La presente investigación tiene como propósito valorar la formación del clínico para el manejo del esfuerzo y de eventos adversos en los espacios terapéuticos odontológicos. Para ello se toma como punto de partida, los estudios de Potter, quien inició en los espacios científicos mundiales, el desarrollo de una cultura bioética que se ha ampliado a diversos centros hospitalarios e instituciones de salud desde una perspectiva multidisciplinaria. Metodológicamente, se abordó como un trabajo documental e interpretativo, para el cual se consideraron más de 25 referencias bibliografías especializadas. Como resultado, se obtuvieron estudios y experiencias que destacan la importancia de los principios bioéticos ante el esfuerzo terapéutico. Así mismo, se concretaron protocolos para el manejo de los eventos adversos, tendientes a favorecer la seguridad del paciente. Como conclusión se hace una aproximación teórica que invita a propiciar una cultura caracterizada con el esfuerzo terapéutico y los eventos adversos en odontología, capaz de gestar una acción mancomunada entre la universidad, el gremio y la sociedad.

Palabras clave: odontología, bioética, esfuerzo terapéutico, eventos adversos.

Summary

The purpose of this research is to assess the training of the clinician for the management of effort and adverse events in dental therapeutic spaces. For this, the studies of Potter are taken as a starting point, who began in world scientific spaces, the development of a bioethical culture that has been extended to various hospitals and health institutions from a multidisciplinary perspective. Methodologically, it was approached as a documentary and interpretive work, for which more than 25 specialized bibliographies references were considered. As a result, studies and experiences were obtained that highlight the importance of bioethical principles before the therapeutic effort. Likewise, protocols were specified for the management of adverse events, tending to favor patient safety. As a conclusion, a theoretical approach is made that invites to promote a culture characterized by therapeutic effort and adverse events in dentistry, capable of generating a joint action between the university, the guild and society.

Keywords: odontology, bioethics, therapeutic effort, adverse events.

Introducción

En la historia científica reciente, la bioética aparece en las postrimerías del siglo pasado cuando Potter la presenta en los espacios científicos mundiales. Desde ese entonces ha tenido un vertiginoso crecimiento, hasta el punto de generar una “cultura bioética” en la mayoría de los espacios del quehacer humano. “Su base se ha ampliado, desde pequeños espacios de consultoría en algunos centros hospitalarios, a la fundación de Departamentos en buen número de instituciones de salud”.¹

Como se puede apreciar, se ha materializado el concepto de bioética global que el mismo Potter hizo referencia, logró la bioética trascender los espacios de las ciencias de la salud y recrearse en la multidisciplinariedad. En suma, con cualquier indicador que se emplee, la bioética resulta un campo en expansión y renovación continua, y durante la última década ha introducido importantes cambios en su estructura cognitiva, su metodología y su propio ethos.¹

Esta dinámica cognitiva genera una serie de consideraciones que afectan a las disciplinas que albergan esta “cultura bioética” las cuáles van más allá de las ciencias relacionadas con la salud, y se suman otras cada vez más enriquecedoras, como: las Ciencias Políticas y Jurídicas, las Ciencias Sociales y las Educativas, entre otras.

De alguna manera, se dinamizó la discusión y por supuesto la praxis en torno a la bioética. Este lenguaje transdisciplinario de la bioética determina una perspectiva revitalizadora a la Odontología y en particular hacia una mayor valoración en la relación odontólogo-paciente, aplicación de la bioética en el quehacer odontológico, permitiendo una efectiva incorporación del paciente a la consulta.²

A partir de la premisa arriba descrita y al tono de la búsqueda de orientaciones para ciertas interrogantes que surgieron en las discusiones odontológicas sucedidas en algunos cursos de postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, surge la imaginación científica materializada en las siguientes interrogantes orientadoras: ¿Qué elementos cognitivos deben gestarse en el clínico, para mejorar su capacidad de interpretación ante el esfuerzo terapéutico y los eventos adversos? y por supuesto ¿De qué manera se puede agilizar las resoluciones de los acertijos clínicos que estas instancias pudieran generar?

Cabe subrayar que en todas estas inquietudes, deben manejarse las necesarias consideraciones de los enfoques bioéticos y además, se deben tratar de solventar los aspectos económicos, tan determinantes en los países latinoamericanos y en especial en Venezuela (ver figura 1).

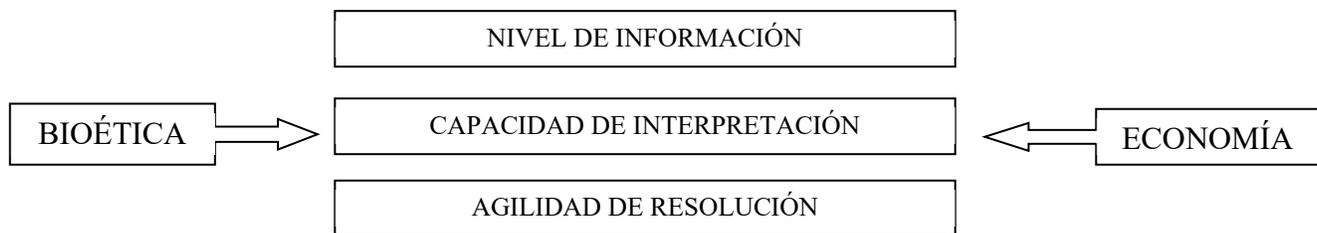


Figura 1. Enfoque bioético y económico

En procura de iniciar un trabajo teórico, se ejecuta una discusión en torno a los dos aspectos antes mencionados como lo son, el esfuerzo terapéutico y el manejo de los acontecimientos adversos,

argumentaciones utilizadas en el área de la medicina.

El esfuerzo Terapéutico

El Esfuerzo Terapéutico es un concepto que se maneja en la medicina crítica, se refiere a los diferentes procedimientos clínicos que se ejecutan para estabilizar los signos vitales del paciente². Se pretende entonces, argumentar y presentar el esfuerzo terapéutico como una instancia que permita, en la práctica odontológica sustentar las decisiones clínicas. El esfuerzo terapéutico lo describe Betancourt como una práctica clínica que permite aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad³. De igual manera, hace referencia al tratamiento o medios desproporcionados que en estos casos, son medidas no adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcionales a los resultados esperados.³⁻⁴

Cobran importancia en estos casos referidos, los aspectos económicos que necesariamente surgen al ejecutar los tratamientos y no se adecúan a los objetivos esperados. Al respecto, el autor antes mencionado señala, que todo tratamiento que no mejora el pronóstico ni los síntomas es tajantemente fútil, es decir, cuando no se consigue el objetivo fisiológico deseado³. En estos casos el pensamiento bioético pulsa al encarar estas posturas clínicas y surge el dilema: ¿Estará el profesional procediendo bioéticamente al dejar de actuar cuando no se asegure completamente el éxito clínico? Indiscutiblemente sí. Toda vez que al evitar un tratamiento desproporcionado se materializan los principios de la autonomía y beneficencia al paciente.

Para ejemplificar estas consideraciones en el campo de la operatoria dental, cabe mencionar algunos casos, a saber:

- No asumir el principio de la “máxima prevención y mínima intervención”, eliminar tejido dentario sano o con capacidad de

remineralización, es un tratamiento desproporcionado.

- En el campo de la endodoncia, con respecto al hecho clínico, es común no permitir a la pulpa dental reaccionar biológicamente y salir de manera fisiológica de su estado morbo y extirparla.

Los casos clínicos descritos anteriormente, hacen referencia a la limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) el cual determina la decisión de no iniciar o retirar tratamientos que no aseguren la efectividad en el paciente,⁵ ante esta situación surge un dilema bioético, ¿el no actuar es incurrir en una grave omisión en perjuicio del paciente? “Por supuesto, que no se trata de la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia del enfermo, sino de no comenzar un tratamiento cuando carezca de sentido y buen juicio clínico según los criterios médicos actualizados”³, esta argumentación bioética, brinda la posibilidad de sustentar axiológicamente la decisión clínica de no actuar sin la seguridad de mejorar la condición bucal del paciente.

Por otra parte, el esfuerzo terapéutico está sustentado bioéticamente en los principios de beneficencia, y la no maleficencia. Desde el punto de vista de la beneficencia, pone todo el acento en el interés y el bienestar del ser humano, lo cual conlleva en que la praxis biomédica suponga un beneficio real y directo para la salud de las personas. El interés terapéutico supone un beneficio real para el paciente biomédico⁶, toda intervención terapéutica al paciente debe generar un beneficio a su condición de salud, es inaceptable prescribir y ejecutar procedimientos que sean claramente maleficentes, este principio “se formuló en la medicina hipocrática como: *Primum non nocere*, es decir, lo primero es no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana”⁶. A partir de estas premisas bioéticas, se puede caracterizar la siguiente situación clínica:

¿Se justifica la rehabilitación de los focos cariosos en pacientes con alteraciones de los factores subclínicos de la enfermedad caries dental (ECD)? Desde el punto de vista de la cariología, hasta tanto no se controlen los factores subclínicos de la ECD toda rehabilitación estará enmarcada en el fracaso biológico y clínico. Los objetivos del tratamiento médico son los de promover una mejoría en el estado de salud del paciente, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento. La justificación de cualquier tratamiento médico deriva de los beneficios que se espera se produzcan con su aplicación.³

Esfuerzo Terapéutico y Tecnología

El avasallante crecimiento exponencial de los avances tecno-científicos, han generado ciertas consideraciones, que de alguna manera pretenden resaltar la condición humana en la dinámica de las ciencias de la salud, al respecto la siguiente cita caracteriza esta situación:

“Vivimos una época compleja, en la que la dinámica acelerada de la producción del saber, el desarrollo incesante de la ciencia y la tecnología se perciben con mayor nitidez. Hoy la humanidad ha adquirido nuevos conocimientos, valores éticos y suficientes recursos científicos y tecnológicos que usados adecuadamente, permiten marchar hacia una nueva etapa histórica de justicia y humanismo, donde las decisiones médicas a tomar tengan en cuenta no solo los conocimientos científicos, si no también lo humano y lo económico.”⁷

Un elemento importante e innovador que ha surgido en el acontecer clínico odontológico que impacta el esfuerzo terapéutico, se refiere al uso desmedido de la tecnología. Es preocupante notar que el profesional de la odontología está sometido a una constante y avasallante utilización de la tecnología en su praxis diaria, generando un constructo denominado “Ensimismamiento en la Técnica”⁸, lo cual no le permite disponer de un pensamiento reflexivo.

De esta forma, asume el clínico una dependencia acentuada a la técnica, confiando y sustentando su hacer en publicaciones disponibles en internet (algunas no arbitradas), dejando a un lado la necesidad de profundizar sus conocimientos y de consultar con especialistas.

Obviamente, los avances tecnológicos deben ser utilizados, pero con ciertas condiciones. Por lo general, no se dispone de una certeza en el resultado esperado luego de la aplicación de una técnica específica en el área de la salud, precisamente porque se basan en la lógica de la probabilidad y no en la certeza⁵, pensar que el discurso tecnológico *per se*, no brinda una completa certeza clínica, puede generar afecciones colaterales perjudiciales para el paciente. “El imperativo tecnológico presupone una certeza inexistente, y si esperamos a que eso ocurra se cae consciente o no, en el ensañamiento terapéutico”⁵, aplicar tecnología de manera indiscriminada sin un objetivo clínico claro, propicia la terapéutica desprovista de responsabilidad y de beneficios reales al paciente⁹.

En la comunidad clínica odontológica, más por efecto de marketing que por una certeza clínica, la acción basada en lo “nuevo” siempre es buena, sin embargo, esto no es necesariamente verdad.

Al respecto, “El imperativo tecnológico presupone una certeza inexistente, y si esperamos a que eso ocurra, caeremos sin duda, en el ensañamiento terapéutico”⁵, lo cual es contrario al respeto de la dignidad de la persona con necesidades asistenciales en salud, a las que llamamos pacientes.

En repetidas situaciones, algunas innovaciones en los biomateriales odontológicos ofrecen opciones con características aparentemente ideales y al poco tiempo, son descontinuados ya que los beneficios ofertados no resultan los esperados. Esta premisa de bioética clínica, orienta a propiciar en el terapeuta odontológico, una

condición en la cual su capacitación le permita razonar de manera crítica, la información tecnológica antes de su utilización. Las funciones de la ciencia, a saber: Describir, Explicar, Controlar y Predecir, forman parte de una metodología denominada el DECP de la Odontología, que permite propiciar en el clínico, un pensamiento más crítico y reflexivo antes tomar una decisión de cualquier índole en el acontecer clínico odontológico.⁸ Las ciencias de la salud, necesitan profesionales que armonicen de manera equilibrada, los sofisticados conocimientos técnicos con las cualidades más humanas y éticas del ejercicio de las profesiones, en procura del beneficio de los pacientes.⁴

Eventos Adversos

Otro aspecto importante que se incorpora a esta discusión bioética es el referido a los denominados Eventos Adversos (EA), los cuales representan todos aquellos procedimientos sanitarios que pudieran generar en el paciente lesiones, discapacidades e incluso la muerte^{10,11}, más aún, no solo los referidos a la dimensión material física del paciente, sino también a la esfera psicológica y social.

Asimismo, los eventos adversos además del gran impacto en la salud de las personas generan dificultades operativas y en el ejercicio profesional, razón por la cual es necesario conocer el comportamiento de éstos, en las instituciones de salud.¹²

La seguridad del paciente es un tema de gran importancia a nivel de la salud en América Latina. Por lo general, la atención en salud puede involucrar un equipo de profesionales que prestan atención a los pacientes, usualmente en el marco regulatorio de salud y con el apoyo de dispositivos de alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento de los mismos, muchas veces con tiempos y recursos limitados en la mayoría de los centros asistenciales públicos e inclusive privados, por consiguiente una amplia gama de

factores intervienen y determinan, la calidad del tratamiento y la consecuente posibilidad de presentarse EA, como un desenlace no deseado de estos procesos de atención en salud.¹³

El fenómeno de los EA también se refiere a un incidente que ha producido daño en un paciente y que puede o no estar asociado a un error clínico.¹⁴

Surge de inmediato, en el *corpus* bioético de cualquier clínico, una interrogante inquietante: ¿Cuántos EA habré generado de manera consciente o inconsciente en los pacientes? Aunque resulte difícil de asumir, sería sin lugar a dudas una temeridad afirmar que un profesional de la odontología o de cualquier otra área de la salud, esté exento de esta situación.

Sin embargo, lo importante en este caso, es profundizar el conocimiento sobre las EA, quizás no para evitarlos en su totalidad, pero si al menos minimizar su aparición, de manera de propiciar una atención segura y de calidad a los pacientes, toda vez que los errores, aunque se cometan individualmente, pueden ser consecuencia de unas condiciones estructurales y de procedimiento poco eficientes.^{14,15}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expresa que la seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial. Las estimaciones muestran que en los países de ingresos altos hasta uno (1) de cada diez (10) pacientes, sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. Esos daños pueden deberse a diversos eventos adversos, y cerca del 50% de ellos se consideran prevenibles.

De igual manera, un estudio sobre la frecuencia y la prevenibilidad de eventos adversos en veintiséis (26) hospitales de ocho (8) países de ingresos bajos y medianos, mostró que la tasa de eventos adversos era de alrededor del 8%. 83% de esos eventos fueron prevenibles y cerca del 30%, se asociaron a la muerte del paciente. Los eventos adversos por falta de seguridad en la

atención son probablemente una de las diez causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.

Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que cada año se producen 134 millones de eventos adversos por falta de seguridad en la atención recibida en hospitales de los países de ingresos bajos y medianos, y que 2,6 millones de ellos resultan mortales.¹⁶

La seguridad del paciente mientras recibe atención asistencial, es un derecho que toda institución debe asegurar. Los eventos adversos y la seguridad del paciente, son temas fundamentales que la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han desarrollado. El daño asociado a la atención sanitaria es el que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.¹⁷

En estos casos el paciente por lo general, es sometido a una serie de eventos que afectan su integridad como persona, tales como la suspensión de las consultas sin previo aviso, al maltrato recibido del equipo de salud, el retardo de los procedimientos administrativos sanitarios, entre otros. Este último es quizás el más grave, en muy raras ocasiones recibe las disculpas, ni institucionales y mucho menos por el equipo de salud que lo atiende.

El incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica del mismo, si bien, el daño que se genera no afecta directamente a su salud, al ocurrir fallas en los procesos de atención de forma reiterada, se propicia un eventual y proporcional daño a la integridad del paciente.¹⁷

Por otra parte, los Eventos Adversos (EA) se refieren 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.¹⁷

En otras ocasiones los EA se presentan como consecuencia a procedimientos complejos tales como las lesiones posteriores a las intubaciones endotraqueales, como dificultad para tragar, congestión nasal acompañada de dolor o presión en la cara, parálisis de cuerdas bucales y disminución en la movilidad de la lengua.¹⁸

Los eventos adversos tienen diferentes enfoques que permiten establecer una clasificación, al respecto, se pueden catalogar de acuerdo a su condición de evitabilidad, es decir, si pudieron o no evitarse. Otro aspecto a tomar en consideración es el referido al nivel de severidad del daño producido, en este caso si son graves, moderados y severos.

Por último, se pueden establecer su tipología siguiendo el carácter y el ámbito de ocurrencia, para lo cual se establecen si corresponden a factores de tipo administrativos, si se derivan de los procedimientos clínicos o relacionados con las medicaciones, dotación de recursos entre otros (ver tabla 1).

La consulta odontológica representa una instancia clínica en la cual las probabilidades a que aparezcan EA son significativamente altas, de manera que el profesional de la odontología debe extremar las medidas para evitar que aparezcan en la cotidianidad clínica. La epidemiología sobre los EA, pulsa a encontrar instancias clínicas y administrativas que registren y generen acciones para atender adecuadamente esta situación.

En una investigación observacional descriptiva de notificaciones voluntarias de eventos adversos (EA) en odontología, teniendo en cuenta el tipo de tratamiento, tipo de evento y gravedad realizada en la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología de Argentina.

Tabla 1. Clasificación de los eventos adversos según tipo de origen

Tipología	Contenidos según los problemas que los originan
EAs e Incidentes originados por aspectos administrativos	En este rubro se incluyen en particular aquellos problemas relativos a la documentación del paciente, como serían los errores en etiquetas, pulseras de identificación, tarjetas, documentos ausentes o retraso en su disponibilidad, documento o historia clínica de otro paciente. Errores o problemas en el relevo del equipo asistencial, en las citas, listas de espera, derivación/interconsulta, ingresos y altas, traspaso asistencial, identificación del paciente, consentimiento, datos incompletos o inadecuados, proceso o servicio erróneo
EAs e Incidentes en relación con los procedimientos clínicos	Problemas de diagnósticos o de evaluación, errores en el procedimiento/tratamiento/intervención, no realización cuando estaba indicado, procedimiento incompleto o inadecuado o no disponible, procedimiento en paciente erróneo, parte/lado/lugar del cuerpo erróneo, retraso en el diagnóstico, no empleo de pruebas adecuadas, conducta no adecuada para el resultado de las pruebas complementarias.
EAs e Incidentes relacionados con los cuidados hospitalarios	Situaciones originadas por infecciones nosocomiales (de la herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de cánulas intravasculares, prótesis), extravasación de catéteres, úlceras de decúbito, flebitis, salida accidental de sonda nasogástrica o vesical.
EAs e Incidentes relacionados con la medicación	Problemas surgidos por Errores de Medicación (EM), son los más frecuentes en la atención médica hospitalaria, se presentan hasta tres veces más en población adulta. En su mayoría provienen del personal de enfermería.
EAs e Incidentes relativos al proceso de comunicación	Se originan por fallas de comunicación e interpretación entre el personal de salud y el paciente, pero también entre los diversos miembros del equipo sanitario. Por su importancia destacan los problemas entre el médico-paciente, médico-enfermera y médico-médico
EAs e Incidentes ocasionados por deficiencias diversas	Problemas originados por infraestructuras/locales/instalaciones, en los dispositivos/equipos médicos (falta de disponibilidad, inadecuación a la tarea, sucio o no estéril, avería/mal funcionamiento, conexión incorrecta.
EAs e Incidentes en relación a recursos o gestión de la organización	Adaptación de la gestión de la carga asistencial, disponibilidad e idoneidad de camas o servicios, disponibilidad e idoneidad de recursos humanos y materiales, correcta organización de equipos y personas, disponibilidad e idoneidad de protocolos, políticas, procedimientos y directrices.

Fuente: Tomado de Fernández¹⁷

Cabe destacar que en la tabla 1 se recolectaron doscientos ocho (208) notificaciones voluntarias de EA en Odontología. Los resultados de acuerdo al tipo de tratamiento fueron los siguientes: ciento dos (102) ocurrieron durante Cirugía, cincuenta y dos (52) en Endodoncia, veintidós (22) en Prótesis, catorce (14) en Operatoria dental, siete (7) en Ortodoncia, tres (3) en Periodoncia y ocho (8) en otros. Uno de los aspectos más resaltantes fue que ocurrieron setenta y cuatro (74) errores por manejo inadecuado de la técnica, veinte (20)

errores en la planificación, veintidós (22) por fracturas de instrumental, nueve (9) en el diente a tratar y seis (6) errores en la zona a intervenir. Por último y aún más interesante es que del total de EA, cincuenta y cuatro (54) generaron una lesión transitoria mayor y dieciocho (18) una lesión permanente menor. En conclusión, los investigadores manifestaron que los errores en odontología ocurren, son leves, repetitivos y potencialmente peligrosos y más aún, es necesario implementar acciones tendientes a crear una

cultura en seguridad del paciente contando con un sistema de notificaciones que muestre la realidad actual de cada instancia clínica.¹⁹

Este estudio deja de manera explícita la alta probabilidad de aparición de EA en las áreas de cirugía y endodoncia, un aspecto que llama la atención fue que setenta y cuatro (74) casos de EA se presentaron a consecuencia de manejo inadecuado en la aplicación de alguna técnica; por último, se expone la necesidad de crear instancias administrativas y clínicas que permitan propiciar una cultura que enfrente los EA de manera más profesional y en consecuencia más beneficiosas y con mayor seguridad, para el paciente.

De forma similar, en un estudio en el que se analizaron cuatrocientos quince (415) eventos adversos ocurridos en la práctica odontológica en España entre 2000 y 2010, los resultados fueron los siguientes: los tratamientos implantológicos, endodónticos y de cirugía oral muestran las mayores frecuencias de los eventos adversos de esta serie (25,5%, 20,7% y 20,4% respectivamente). Asimismo, según los resultados hasta 44,3% de los eventos adversos producidos se debieron a errores y complicaciones previsibles y evitables.²⁰

Importante resaltar de esta interesante investigación, que casi la mitad de los EV se debieron a errores y complicaciones que se pudieron haber evitado. De igual manera, en otra investigación sobre EA realizada en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, los EA registrados se presentaron en las áreas de cirugía y endodoncia, específicamente las ocurridas en el área de endodoncia se presentaron como consecuencia de los errores cometidos por el operador clínico, ocurridas al momento de la apertura y obturación del conducto, representadas principalmente por las perforaciones coronales y sobreobturación de los conductos. Cabe destacar los EA reportados como poco frecuentes tales como: reacciones adversas por irrigación del hipoclorito de sodio, ocasionan lesiones

intraorales y extraorales como ampollas, eritemas, prurito, dolor, ardor²¹. Estos estudios sobre EA orientan la necesidad de establecer rigurosos procedimientos de protocolos clínicos tendientes a minimizar la aparición de los EA en los pacientes. Existe una alta prevalencia de eventos adversos y complicaciones presentadas que no son reportados en los ambientes clínicos como consecuencia al desconocimiento de algún protocolo sobre los EA.²²

Para el análisis de los EA existen procedimientos de gran ayuda, el análisis causa-raíz (ACR) estudia, no sólo los factores que han propiciado el error en el propio profesional que lo cometió, sino también los actores predisponentes en el entorno (condiciones físicas y organización de la asistencia), en el paciente y en el resto del personal clínico y auxiliar.²³

El ACR es una herramienta de análisis clínico que de manera sistemática desarrolla una serie de procedimientos a través de los cuales se hace un recuento pormenorizado de todos los factores que intervienen en un EA (ver tabla 2).

Para comprender mejor el ACR se presenta un caso clínico de EA, causado por una infiltración accidental de una solución de hipoclorito sódico, uno de los malos hábitos “establecidos” en algunos consultorios es conservar el hipoclorito que utiliza como irrigante en carpules usados de anestesia, para poder utilizarlos más fácilmente con la misma jeringa usada previamente para la anestesia. Al paciente afectado en el estudio, de manera accidental fue anestesiado con una “carpule de hipoclorito” para realizar la anestesia de la zona inferior derecha, inmediatamente el paciente sintió un dolor urente e intenso en la zona de inyección, siendo el resultado una necrosis tisular. El paciente tuvo que ser sometido a dos intervenciones quirúrgicas a consecuencia de las cuales quedó con una fibrosis en la zona.

Tabla 2. Pasos para el análisis de causa raíz (ACR)

Paso	Descripción
1. Determinación del “mapa de los hechos”	Consiste básicamente en un cronograma muy detallado donde se señala de forma pormenorizada qué acciones sanitarias y no sanitarias se han realizado en cada momento durante todo el proceso asistencial, y que en definitiva han culminado en la aparición de un evento adverso.
2. Estudio de los “factores contribuyentes”.	Consiste en el estudio detallado de todos los factores que rodean a la asistencia sanitaria y que pueden tener un papel, mayor o menor, en la aparición del evento adverso: <ul style="list-style-type: none"> ✓ individuales de los profesionales. ✓ relacionados con el trabajo en equipo y la comunicación entre profesionales. ✓ ligados al tratamiento sanitario (protocolos). ✓ ligados al equipamiento, material y dispositivos. ✓ ligados a las condiciones de trabajo y ambientales. ✓ Relacionados con los pacientes.
3. Estudio de los “puntos críticos y barreras”.	En esta fase se determinan los “puntos críticos” involucrados en la aparición del evento adverso estudiado. También se determinan las barreras más eficaces que se pueden establecer para evitarlos en el futuro.
4. Propuesta de acciones de mejora.	Consiste en una serie de recomendaciones concretas de actuación relacionadas con el evento estudiado. Se debe señalar también el responsable de llevarlas a cabo, el tiempo estimado para su realización y el sistema de evaluación propuesto. Es muy importante volver a revisar el ACR tiempo después de su realización para evaluar la utilidad de las barreras adoptadas y las acciones de mejora propuestas.

Fuente: Tomado de Perea *et al.* ²³

El evento adverso de la infiltración accidental de una solución de hipoclorito sódico, dificultó la apertura mandibular máxima (produciendo una desviación de la línea media) y una lesión completa de los nervios dentarios inferiores y linguales con los déficits sensitivos y sensoriales correspondientes importante. Con la aplicación del ACR en este caso, se logró:

- Describir brevemente los hechos acontecidos más relevantes y que han estado directamente relacionados con el evento.
- Revisar todas las circunstancias que desempeñaron un papel en el origen del evento adverso o que aumentaron el riesgo de que se produjera.
- Determinar cuáles procedimientos fueron críticos para el desarrollo del evento adverso. Por cada punto crítico se identificó una posible barrera.

- Ejecución de las medidas especificando, cuándo y cómo se va a medir la efectividad de dichas acciones.²³

La utilidad del ACR se fundamenta no sólo por la rigurosidad de la descripción, análisis y correctivos que de él se generan, sino por la posibilidad de poder reportar los EA, gestando de esta manera una cultura institucional para el enfoque integral de esto acontecimientos de alta repercusión en la salud de los pacientes.²⁴

Contrariamente a los análisis expuestos, la frecuencia de los EA en el área de la rehabilitación es baja. En un estudio realizado en Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, los resultados fueron los siguientes: En treinta y seis (36) (6,1%) de las historias clínicas analizadas se encontró algún reporte de evento adverso. El evento más frecuente fue la pérdida de la restauración (42%).

La causa más frecuente fue la fractura completa de la restauración (19 %). 58 % se consideró un evento adverso prevenible. En 61,1% de los casos el tipo de prótesis afectada fueron las fijas dentorretenidas²⁵, llama la atención sin embargo, que la investigación se realizó a través de la evaluación de las historias clínicas lo cual limita hasta cierto punto, la realidad de la frecuencia de la EA en el área de la rehabilitación.

En cuanto al tratamiento odontológico general, en un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de México, tendiente a la sustentación del programa de la asignatura Eventos Adversos en Odontología para el período 2018-2019, los resultados a partir de una encuesta realizada a los egresados de la facultad, inscritos en el Seminario de Titulación (agosto 2012, n=198; enero 2013, n=119 y agosto 2013, n=228) se recabó evidencia que permitió documentar la ocurrencia de eventos adversos durante la realización de las actividades clínicas por parte de los estudiantes que a continuación se describe:

- 16.14% de los entrevistados reportaron haber cometido errores en la práctica clínica atribuidos al deficiente interrogatorio de la historia clínica; 27.1%, ha ejecutado tratamientos sin contar con el expediente clínico; 22%, no realizó el diagnóstico y los estudios auxiliares, por lo que el plan de tratamiento odontológico no fue el correcto; 29.5% reportó errores debido a una interpretación inadecuada de las radiografías.
- 61% de los entrevistados han realizado comunicación pulpar no intencionada; el 84%, no desecha las limas utilizadas en la clínica de endodoncia; el 77%, no acostumbra esterilizar la pieza de mano de alta velocidad.
- 6.8%, ha anestesiado el cuadrante equivocado; el 54.3%, dobla la aguja para cualquier técnica de anestesia; el 1.5%, ha extraído el diente equivocado; el 13.4%, tuvo problema para el seguimiento y control de los

pacientes por no entregar instrucciones de cuidados posoperatorios.

- 5.9%, ha reportado que sus pacientes han desarrollado algún tipo de alergia al recetar un medicamento; 32.5%, no realiza profilaxis preoperatoria en pacientes médicamente comprometidos.²⁶

Evidencia esta investigación, que los EA están presentes en todas las áreas del quehacer clínico odontológico y por supuesto la frecuencia de aparición aumenta en los espacios académicos. La debilidad que se presentan en la elaboración adecuada de las historias clínicas es preocupante, toda vez que a partir de esta condición se genera un diagnóstico y por supuesto, una terapéutica poco eficiente.

En cuanto a los análisis radiográficos es una situación que trasciende los espacios académicos. En cuanto a las exposiciones pulpares, supuestamente no intencionadas, uno de los factores que predisponen estas indeseables conductas son la presión sobre el estudiante de pre y postgrado en el cumplimiento de los conocidos "Requisitos Clínicos". De igual manera, la fatiga de los instrumentales de corte y alisado de los conductos radiculares son la principal causa de los accidentes que se presentan en las preparaciones biomecánicas endodónticas.

Llama la atención un aspecto que indiscutiblemente afecta la bioseguridad del paciente como lo es la adecuada limpieza y desinfección de la pieza de mano de alta rotación, generalizada tanto en los espacios académicos, públicos y privados. ¿Cuántas afecciones se habrán gestado con la inoculación microbiana a través de las piezas de mano de alta velocidad (Turbinas) contaminadas?

Otro aspecto reportado en el estudio relacionado esta vez con la equivocación de los sitios para la aplicación de anestesia y la extracción de una pieza equivocada, alarma toda vez que afecta la integridad del paciente y obliga a buscar procesos

que realmente minimicen la aparición de EA en la clínica odontológica. Por último y no menos importante se refieren los resultados del estudio a las afecciones alérgicas sufridas en los pacientes, por supuesto, fenómeno que se minimiza con una adecuada elaboración de una historia clínica bien fundamentada.

A manera de reflexión

Las diferentes representaciones de un tema de estudio tan importante como el expuesto, a través de diversas fuentes, en este caso bibliográficas; representan un recurso metodológico de la investigación que permite, a partir de una rigurosidad científica y no menos humanísticas, propiciar un conocimiento temporal, en cuanto a un tema en particular y además, reconocer los esfuerzos realizados por diversos profesionales de la odontología para visibilizar su impacto.

En este sencillo estudio, se pretendió encontrar elementos teóricos para la valoración y caracterización de la pretendida descripción de indagar, estudios y experiencias centradas en el esfuerzo terapéutico y los acontecimientos adversos que se pudieran hacer presente en al acontecimiento clínico odontológico, bajo los enfoque bioético. Para ello, se utilizaron interrogantes orientadoras (ver figura 1) las cuales, sin lugar a dudas gestaron de manera acertada este esfuerzo investigativo.

En cuanto a la primera interrogante referida ¿Qué elementos cognitivos deben gestarse en el clínico, para mejorar su capacidad de interpretación ante el esfuerzo terapéutico y los eventos adversos? Se confirma que la actualización representa una condición fundamental de cualquier profesional del siglo XXI, más debe tener una condición fundamental en su intención, debe poseer un propósito, en el caso de la odontología indiscutiblemente enmarcada en la buena atención brindada, basada en una dimensión más cualitativa que cuantitativa, debido a que la obsolescencia del conocimiento es drásticamente

más dinámica que el aprendizaje; debe entonces el profesional de la odontología de estos tiempos para ser exitoso, inmiscuirse en la cultura de la bioética para lograr la sabia integración del conocimiento y el humanismo, ser medicamento y ser humano, procurar un pensamiento clínico más crítico, alejado convenientemente de aquel que se centra únicamente en la técnica y propiciar un profesional de la salud cada vez más humano.

En cuanto a los elementos cognitivos que deben gestarse en el clínico para mejorar su capacidad de interpretación ante eventos adversos, se argumentó, que es a partir de una sistemática descripción seguida de una consecuente explicación, lo que permite sustentar un control y asegurar un pronóstico real, es sencillamente aplicar el DECP de la Odontología⁸; el esfuerzo terapéutico debe ser realmente manejado por el profesional de la odontología y el equipo de salud en donde actúe, pero siempre buscando el beneficio del paciente³; por ésta razón la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) debe ser la orientadora del acontecer clínico buscando siempre el respeto, la dignidad, la beneficencia y la no maleficencia del paciente.⁵

Por último, se expuso que en casi todos los procedimientos clínicos, de una u otra forma siempre aparecerán los acertijos clínicos, es parte inseparable de ella; quizás muchos errores de diagnóstico y tratamiento se suceden cuando la rutina se instala cual virus mental en el operador y gesta en éste una deficiente confianza que va en detrimento de la atención adecuada al paciente. Así pues, para el éxito clínico debe el operador estar en una constante búsqueda de esos retos que representan estas instancias motivadoras del intelecto profesional. La racional actualización de conocimientos, es fundamental para dar respuestas a estos retos clínicos, más siempre encaminada al beneficio del paciente que el imperativo tecnológico no geste una certeza inexistente, siempre será necesario una y otra vez evitar el ensañamiento terapéutico⁵. La puesta en marcha de un sistema de registro y notificación es

el punto de partida para la identificación de los EA más frecuentes en la clínica odontológica, necesario para definir procedimientos a seguir, elaborar protocolos y formular lineamientos para la atención segura y de calidad.²⁷

Teleológicamente debe argumentarse una proyección más allá de lo teórico, a partir de estas premisas analizadas, se debe propiciar una cultura relacionada con el esfuerzo terapéutico y los eventos adversos en odontología; partiendo de la relación entre la universidad, el gremio y la sociedad (ver figura 2) en la cual se aprecia la importante relación que tiene universidad y el gremio.

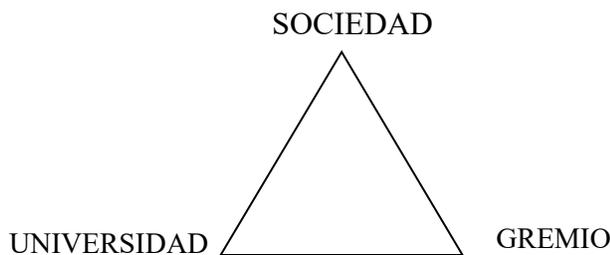


Figura 2. Relación de la universidad, el gremio y la sociedad.

Como recomendación, se plantea la necesidad que a partir de una acción mancomunada entre la Universidad y el gremio, inicien una investigación que permita establecer las necesidades de propiciar una cultura sobre el ET y los EA en la práctica odontológica en los espacios académicos y en la actividad pública y privada de cada región.

Referencias

1. Aréchiga H. La bioética y la formación científica del médico. *Gac Méd Méx*, [Internet]. 2001 [Citado 14 junio de 2023]; Vol.137 No. 4: 375-386. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8293>.
2. Oliva J. La relación odontólogo–paciente en un servicio de odontología nacional. [Tesis de maestría en internet]. Chile: Universidad de Chile. 2006. [Citado 16 junio de 2023] 174p. Disponible de: https://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/3_Oliva_Relacion_odontologo-paciente.pdf
3. Betancourt G, Betancourt G. Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica. *Rev. Cub. Med. Int. Emerg.* [Internet]. 2017[Citado 14 junio de 2023]. Vol.16, ;(1): 12-24. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie171d.pdf>
4. Restrepo B., Cossio C, Ochoa F, Jaramillo J, Bedoya J, Duque D et al. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Pers.bioét.* [Internet]. diciembre de 2013 [citado el 16 de junio de 2023]; 17(2): 216-226. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83230691006.pdf>
5. Couceiro, A. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *An Esp Pediatr.* [Internet]. 2002. [Citado 14 junio de 2023]. 57(6):505-7. Disponible de: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/Es%20etico%20limitar%20el%20esfuerzo%20terapeutico.pdf>.
6. López L, Zuleta G. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum.* [Internet] 2021 [citado el 16 de junio de 2023] 62 (174):1-30. Disponible de: <https://doi.org/10.21500/01201468.4884>.
7. Betancourt B, Quintana C, Betancourt R. El aspecto económico en el debate ético de la adecuación del esfuerzo terapéutico. *Rev Cub Med Int Emerg.* [Internet]. 2017. [citado el 16 de junio de 2023] 16(2):17-27. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/cgi->

- bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72117;16(2):17-27.
8. Oliveros J. Una Reconstrucción Teórica desde la Formación Profesional Odontológica en Venezuela. [Internet]. Serie de textos Transcomplejos. Universidad de Carabobo. 2009. [Citado 14 junio de 2023] 331p. Disponible de: <https://es.calameo.com/books/00537963838176c0309ac>
 9. Pérez A, García A. Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa. Scielo. [Internet]. 2021. [citado 2023 Jun 16] 15(2): 1173. Disponible de: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v15n2/1988-348X-ene-15-02-1173.pdf>
 10. Martín M, Cabré L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Publicación cuatrimestral del Máster en bioética y Derecho. Revista de Bioética y Derecho [Internet] 2009. [Citado 14 junio de 2023]. Número 15 6-14. Disponible de: <https://www.raco.cat/index.php/RevistaBioeticaDerecho/article/viewFile/125236/176557>
 11. Fajardo L. Aspectos relevantes de la seguridad del paciente en la atención odontológica. Revisión de la Literatura. 2010-2021. [Trabajo especial de grado en Internet] Colombia: Fundación Universitaria del Área andina. Facultad de ciencias de la salud. Escuela de posgrados. (2021) 28p. Disponible de: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4154>
 12. Borbor Y. Eventos adversos como factor de riesgo en la seguridad de los pacientes del centro de salud tipo C Río Verde. [Trabajo especial de grado en internet]. Ecuador: Repositorio Digital PUCESE Escuela de Enfermería Tesis- Licenciatura en Enfermería, 2022. [Citado el 16 de junio de 2023] 58p. Disponible de: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/3254>
 13. Avellaneda G, Giraldo G. Experiencias exitosas en seguridad del paciente para prevenir eventos adversos en américa latina entre los años 2010 a 2020. [Trabajo especial de grado en internet]. Colombia: Fundación Universitaria del área andina. Facultad de Ciencias de la salud y del deporte Especialización en auditoria en salud. 2022 [Citado el 16 de junio de 2023] 44p. Disponible de: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4145>
 14. González A, Domínguez I, León V, Velasco M, Polo F, Lasso X et al. Eventos clínicos adversos en el ámbito hospitalario: caracterización desde el punto de vista del profesional sanitario. Medicina. clín. soc. [Internet]. 2022. [Citado el 16 de junio de 2023] vol.6 no.1 Disponible de: <https://doi.org/10.52379/mcs.v6i1.233>
 15. Nazário S, Cruz E, Batista J, Da Silva D, Pedro R, Laynes R. Caracterización de los eventos adversos hospitalarios: búsqueda activa versus notificación espontánea. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022. [citado el 16 de junio de 2023]. 27-27:e82040 9p. Disponible de: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xqZvHMBHNxCh934wnXfwRrb/?format=pdf&lang=es>
 16. Organización Mundial de la Salud: 10 datos sobre la seguridad del paciente. [Internet] 2019. [Citado 14 junio de 2023]. Disponible de <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
 17. Fernández S. Los eventos adversos y la seguridad del paciente. Boletín CONAMEN-OPS. [Internet] 2015. [Citado 14 junio de 2023]. # 3. Noviembre diciembre 9p. Disponible de: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
 18. Beltrán D, Cardona M, Valencia K, Vacca V. Efectos de eventos adversos en la cavidad bucal en pacientes sometidos a intubación post Covid 19. [Trabajo especial de grado en Internet] Colombia. Repositorio

- Institucional-Universidad Católica de Manizales Tesis y Trabajos de grado Facultad de salud Especialización en administración de la salud. 2022. [Citado el 16 de junio de 2023] 34p. Disponible de <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/3971>
19. Christiani, J, Rocha M, Valsecia M. Seguridad del paciente en la práctica odontológica. *A Odont. Colomb.* [Internet] 2015 [Citado 14 junio de 2023]. Julio - Diciembre; 5(2): 21-32 Disponible de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/55303/54686>
 20. Pérez B, Labajo E, Sáez A, Albarrán M, Villa M . Análisis de 415 eventos adversos ocurridos en la práctica odontológica en España entre 2000 y 2010. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal.* Ed. Española. [Internet] 2014. [Citado 14 junio de 2023]. ISSN 1698-4447, Vol. 19, N°. 5. págs. 317-322. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4888835>
 21. Pabuena C, Arrieta R. Análisis de eventos adversos que ocurren en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena [Tesis de grado en internet]
 22. Colombia: Universidad de Cartagena. 2017 [Citado: 2023, junio] 48p. Disponible de: <https://pdfs.semanticscholar.org/fce8/141f8eab185b55ad7ce468a5e29c7aa4a56f.pdf>
 23. Pozo A. Eventos adversos y complicaciones presentadas en clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador durante el período 2020-2021. [Trabajo especial de grado en internet] Ecuador: Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. 2022. [Citado el 16 de junio de 2023] 70 p. Disponible de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26092/1/FOD-CPO-POZO%20ANA.pdf>
 24. Perea B, Santiago A, Labajo E. Análisis causa-raíz (ACR) de un evento adverso en odontología: Inyección de una solución de hipoclorito sódico. *Cient. Dent.* [Internet]. (2011). [Citado 14 junio de 2023]. 8 (1) 27-34. Disponibles de: <https://www.aacademica.org/elenalabajogonzalez/65.pdf>
 25. Santos M, Correa J, Silva M. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. *Interface (Botucatu).* 2022 [Citado el 16 de junio de 2023] 26: e210754 Disponible de: <https://doi.org/10.1590/interface.210754>
 26. Gómez W, Pita A, Ramos C, Güiza E, Rodríguez A. Análisis de los eventos adversos en el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. *Edit. Pontif. Univer. Jav.* [Internet] 2017. [Citado 16 junio de 2023] Jul-Dic; 36(77). Disponible de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aear>
 27. Díaz A, Jurado S. Eventos Adversos en Odontología. [Programa de Asignatura en Internet]. México. *Fac Odonto Univ Autó.* México. 2017.[Citado 16 junio de 2023] 19p. Disponible de: https://www.odonto.unam.mx/sites/default/files/inline-files/Eventos%20Adversos%20en%20Odontolog%C3%ADa%202019-2020_0.pdf
 - Manrique J, Chávez B, Manrique C, Manrique J. Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2022 [citado 2023 Jun 01]; 32(1): 42-51. Disponible de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v32n1/1019-4355-reh-32-01-42.pdf>. Epub 22-Abr-2022.