

Pesántez Alvarado JM, Camacho Ladino JM, Rodríguez Ciódaro A, Camacho Peña SP, Sarralde Delgado AL, Castro Haiek DE, González Moncada J. Análisis de los eventos desfavorables como resultado de la atención en cirugía oral. Univ Odontol. 2017 Jul-Dic; 36(77). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aeco>

SECCIÓN: Administración en Salud y Asuntos Gremiales
TITULILLO: Eventos desfavorables en cirugía oral

Análisis de los eventos desfavorables como resultado de la atención en cirugía oral

Analysis of Unfavorable Events related to Oral Surgery Care

Juan Martín Pesántez Alvarado

Odontólogo, Universidad de Cuenca. Especialista en Patología y Cirugía Bucal, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Práctica privada. Cuenca, Ecuador

Julián Danilo Camacho Ladino

Odontólogo, Universidad Antonio Nariño. Especialista en Patología y Cirugía Bucal, Pontificia Universidad Javeriana. Práctica privada. Bogotá, Colombia

Adriana Rodríguez Ciódaro

Bacterióloga, magistra en Microbiología, profesora-investigadora del Centro de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Sandra Patricia Camacho Peña

Enfermera jefe, Universidad Nacional de Colombia. Profesora de la Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Ana Lucía Sarralde Delgado

Odontóloga, magistra en Servicios de Salud, profesora de la Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Diego Ernesto Castro Haiek

Odontólogo, especialista en Patología y Cirugía Bucal, profesor de la Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Juliana González Moncada

Odontóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud, Universidad El Bosque. Directora de clínicas, preclínicas y laboratorios de la Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pesántez Alvarado JM, Camacho Ladino JM, Rodríguez Ciódaro A, Camacho Peña SP, Sarralde Delgado AL, Castro Haiek DE, González Moncada J. Análisis de los eventos desfavorables como resultado de la atención en cirugía oral. Univ Odontol. 2017 Jul-Dic; 36(77). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aeco>

Recibido para publicación: 31/03/2017

Aceptado para publicación: 08/12/2017

Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

RESUMEN

Antecedentes: La cirugía oral es una especialidad que requiere preparación teórica y habilidad quirúrgica para efectuar los procedimientos. Por este motivo, durante el proceso de aprendizaje, los estudiantes están expuestos a enfrentar dificultades que pueden provocar un daño involuntario al paciente. A pesar del cumplimiento de protocolos establecidos, existe la posibilidad de que se presenten eventos desfavorables durante la atención de los pacientes. Por este motivo, es necesario caracterizar y analizar dichos eventos, para ofrecer una mejor calidad en los servicios de salud en una Facultad de Odontología. **Objetivo:** Analizar los eventos desfavorables que se presentaron en el área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. **Métodos:** En este estudio observacional descriptivo se evaluaron todas las historias clínicas en el período comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, para identificar y posteriormente analizar los eventos desfavorables registrados. **Resultados:** De 1062 historias clínicas, se identificaron 74 (7 %) con registro de eventos desfavorables, 41 (56 %) de las cuales se tipificaron como complicaciones, 22 (30 %) como indicios de atención insegura y 11 (14 %) como eventos adversos, 9 (82 %) prevenibles y 2 (18 %) no prevenibles relacionados con exodoncias. **Conclusiones:** Los eventos adversos en el área quirúrgica se presentan en baja frecuencia y se relacionan en su totalidad con exodoncias. Para mitigar estas situaciones es preciso realizar una planificación prequirúrgica, una meticulosa elaboración de historia clínica y, en caso de presentarse algún tipo de evento, reportarlo.

PALABRAS CLAVE

atención en salud; cirugía oral; complicación en cirugía oral; error en cirugía oral; evento adverso; seguridad del paciente

ÁREAS TEMÁTICAS

odontología; administración en salud; cirugía oral

ABSTRACT

Background: Oral surgery is a specialty that requires theoretical preparation and surgical ability to perform the procedures. For this reason, during the learning process, students are exposed to

difficulties that can cause involuntary harm to the patient. Despite compliance with established protocols, there is a possibility that unfavorable events may occur during patient care. For this reason, it is necessary to characterize and analyze these events, to offer a better quality in the health services in a Faculty of Dentistry. **Purpose:** To analyze the unfavorable events that occurred in the Dental School surgical area of the Pontificia Universidad Javeriana. **Methods:** In this descriptive observational study, all clinical records were evaluated in the period between January 1, 2014 and December 31, 2015, for the identification and subsequent analysis of the unfavorable events found. **Results:** Of the 1062 clinical records, 74 (7%) were identified with unfavorable events, of which 41 (56%) were established as complications, 22 (30%) were signs of unsafe care and 11 (14%) were adverse events. 9 (82%) preventable and 2 (18%) non-preventable, 100% related to exodontias. **Conclusion:** Adverse events in the surgical area are presented in low frequency and are related with exodontias. To mitigate these situations, it is necessary to carry out a pre-surgical planning, a meticulous elaboration of clinical history and in case of presenting some type of event, to report it.

KEYWORDS

adverse event; complication; error; health care; oral surgery; patient safety

THEMATIC FIELDS

health management; oral surgery

INTRODUCCIÓN

Dentro de las prácticas en salud el evento adverso es el resultado de una atención que de manera no intencional produce daño al paciente, siendo clasificado como prevenible y no prevenible. Es muy importante diferenciar el concepto de un evento adverso de una complicación, siendo esta última definida como el daño o resultado clínico no esperado, que no es atribuible a la atención en salud si no a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (1-3).

Se estima que cada año decenas de millones de pacientes en el mundo, sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura, por lo cual en 1999 se implementaron políticas sobre la seguridad del paciente que han contribuido a mejorar la atención en las entidades prestadoras de servicios de salud (4). En el 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, aprobó la resolución WHA55.18, cuyo objetivo principal es establecer sistemas necesarios para mejorar la seguridad del paciente y por ende la calidad en la atención en salud (4). Posteriormente, en octubre de 2004, la OMS crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que se encarga de estructurar programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. En este mismo año, se incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema: “Ante todo, no hacer daño” (4).

Otros de los objetivos de la alianza es disminuir la duplicación de actividades e inversiones, apoyar iniciativas colectivas, servir de vehículo para compartir conocimientos y recursos, “aprender de los demás” y promover el trabajo en equipo. A pesar de todas estas voluntades por implantar medidas preventivas para la seguridad del paciente y disminuir así la ocurrencia de eventos adversos, estos se continúan presentando en todas las profesiones de la salud (4).

Por otra parte, se han propuesto mecanismos para la notificación de los eventos adversos, pero debido a factores de rechazo o juzgamiento, el profesional tiende a omitir este tipo de reportes. Por lo tanto, es indispensable que los profesionales comprendan que al realizar estos reportes facilitan la retroalimentación de las posibles fallas, incidentes, errores y complicaciones que se pueden presentar durante una práctica clínica, como la única manera de instaurar medidas preventivas y correctivas (4).

En Latinoamérica el primer estudio que reportó el problema de la seguridad fue el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS) realizado en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú, Argentina) donde se evidenció que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10 %) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente, el Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos en la Atención Ambulatoria (AMBEAS), realizado en 4 países de Latinoamérica, se basó en la capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. De 2080 pacientes entrevistados, la prevalencia de eventos adversos fue del 5 al 6 % (5). En Colombia, el IBEAS mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1 % siendo el 27,3 % de los eventos presentados en menores de 15 años (5). El Ministerio de Salud de Colombia, mediante la resolución 1446 del 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, los reportes y vigilancia de eventos adversos. Uno de los propósitos del sistema de salud es mejorar la calidad de vida de las poblaciones, brindando calidad en las atenciones en salud y de esta manera realizar una atención segura y ética sin ocasionar daño (6).

Siguiendo con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente en las instituciones, por medio de la resolución 2003 de 2014, se estableció la obligatoriedad de tener una estructura dedicada exclusivamente a la seguridad del paciente y de esta manera minimizar la frecuencia de eventos adversos en la sociedad colombiana (5-7).

La Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia, ofrece estudios de especializaciones en Patología y Cirugía Bucal, en la cual se practican procedimientos quirúrgicos que son realizados por los estudiantes supervisados por sus profesores. Frente a la obligación de asegurar la calidad de atención de los pacientes y bajo la consideración de ser una institución de formación de profesionales para la práctica clínica en salud, en la facultad se han realizado investigaciones sobre la naturaleza y frecuencia de los eventos adversos presentados en otras áreas como endodoncia (8) y periodoncia (9) y el análisis a través de las quejas que se reportan a la Dirección de Clínicas de la Facultad (10). En todos los casos la frecuencia de presentación de los eventos adversos es baja, aunque prevenibles. Este tema no ha sido abordado para los procedimientos que se realizan en el área quirúrgica, por lo cual se plantea la pregunta: ¿Cuáles son las características y frecuencia de las situaciones desfavorables que se presentan durante la atención de pacientes en el área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana?

En el contexto de la cirugía oral existen distintos tipos de tratamientos que requieren el seguimiento de protocolos estrictos. A pesar de la inclusión de estos, existe la posibilidad de aparición de situaciones desfavorables antes, durante y después del procedimiento quirúrgico, siendo los más frecuentes reportados en la literatura: alveolitis (11), reacción adversa al anestésico y/o vasoconstrictor (12, 13), desplazamiento de dientes a espacios anatómicos durante la exodoncia (14), lesiones nerviosas (15), daño a estructuras adyacentes, dientes o seno maxilar incluso la muerte del paciente (16), hemorragias (17), fractura de tejidos duros y laceración a tejidos blandos (18).

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue analizar las situaciones desfavorables que se presentaron durante la atención de pacientes en el área quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, durante el periodo 2014-2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el aval del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana (acta N.º 013 de 2012) se realizó un estudio observacional descriptivo. Se decidió analizar todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en las clínicas del posgrado de Patología y Cirugía Oral de la Pontificia Universidad Javeriana, del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015, teniendo en cuenta la baja frecuencia de eventos desfavorables que se han encontrado para otras áreas estudiadas en la misma Universidad.

En un instrumento de recolección de la información diseñado para tal fin, se registraron las siguientes variables para cada una de las historias analizadas: edad, sexo, estado civil, tipo de aseguramiento al sistema de salud, si el paciente presentaba o no compromiso sistémico y tipo de procedimiento quirúrgico realizado. Para las historias que mostraron un registro de evento desfavorable, se registró adicionalmente el tipo de evento presentado.

Con el objetivo de tipificar los eventos desfavorables presentados, se realizó una reunión con los expertos del área quirúrgica de la misma Facultad, en la que inicialmente se socializaron los conceptos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de sus guías de seguridad (5-7), posteriormente se presentaron cada uno de los casos y por consenso se clasificaron como indicios de atención insegura, complicaciones o eventos adversos prevenibles o no prevenibles.

La información se tabuló y se estableció la frecuencia con que se presentaron y se analizaron las diferentes variables que pueden influir en una situación desfavorable. Los datos fueron analizados usando estadística descriptiva.

RESULTADOS

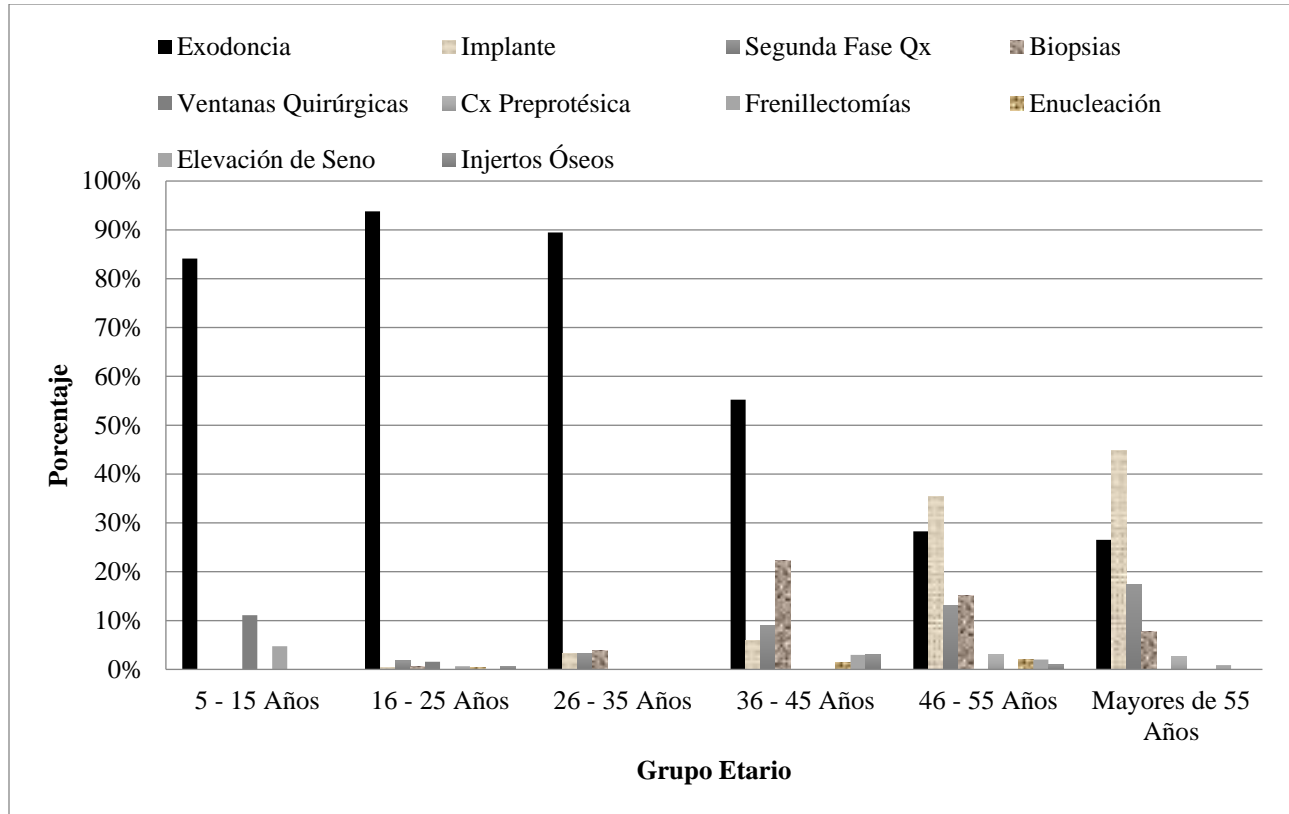
De las 1062 historias evaluadas, 637 correspondieron a mujeres (60 %) y aproximadamente la mitad de las personas tenían entre 16 y 35 años. El procedimiento que más se realizó en general fue la exodoncia (tabla 1), especialmente en personas jóvenes, seguido de la colocación de implantes, que se aumenta a partir de los 45 años (figura 1). El 83 % de los pacientes no

presentaban compromiso sistémico; la mayor parte de las personas pertenecían al régimen contributivo y el estado civil predominante fue el soltero (tabla 1).

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES REGISTRADAS A PARTIR DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ANALIZADAS

	Nombre de la variable	Número (%)
Tipos de procedimientos	Exodoncia	738 (69)
	Implante	149 (14)
	Segunda Fase Quirúrgica	72 (7)
	Biopsias	57 (5)
	Ventanas Quirúrgicas	14 (1)
	Cirugía Pre protésica	9 (1)
	Frenilectomías	6 (0,5)
	Enucleación	5 (0,5)
	Elevación de Seno	6 (0,5)
	Injertos Óseos	6 (0,5)
Grupos etarios	5- 15 Años	63 (5)
	16 - 25 Años	451 (42)
	26 - 35 Años	152 (14)
	36 - 45 Años	67 (6)
	46 - 55 Años	99 (9)
	> 55 Años	230 (22)
Tipo de aseguramiento	Subsidiado	253 (24)
	Contributivo	729 (69)
	Vinculado	44 (4)
	Otro	17 (1)
	Ninguno	19 (2)
Estado civil	Soltero (a)	740 (70)
	Casado (a)	198 (19)
	Unión Libre	63 (6)
	Viudo (a)	31 (2)
	Divorciado (a)	40 (3)

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN LOS GRUPOS ETARIOS DEL TOTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ANALIZADAS



Al analizar cada una de las historias clínicas, se encontraron 74 (7 %) casos que durante el tratamiento presentaron algún tipo de situación desfavorable. El análisis sobre el total de las historias analizadas muestra que en los procedimientos de elevación de seno y de injertos óseos se presentó el mayor porcentaje de situaciones desfavorables (17 %) (tabla 2).

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS EVENTOS DESFAVORABLES DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Total=1062	Situación desfavorable (%)
Exodoncia	738	66 (9)
Implante	149	3 (2)
Biopsias	57	2 (3,5)
Ventanas quirúrgicas	14	1 (7)
Elevación de seno	6	1 (17)
Injertos óseos	6	1 (17)

A partir de las 74 historias con reporte de situación desfavorable se registraron las variables propuestas (tabla 3). Se encontró que el mayor número de situaciones (66) se presentaron en los procedimientos de exodoncia (89 %), lo que se esperaba encontrar teniendo en cuenta que corresponde al principal procedimiento que se realiza en el área quirúrgica, tema de análisis de este estudio (tabla 3), lo que también explica que el grupo de 16 a 25 años fue el más afectado por

estas situaciones desfavorables, ya que es la edad en la que se realizan el mayor número de exodoncias.

La distribución de las variables demográficas fue similar a lo observado para al grupo total. El 57 % correspondió a historias clínicas de pacientes del sexo femenino y el 89 % no presentaba compromiso sistémico.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES REGISTRADAS A PARTIR DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CON REPORTE DE SITUACIÓN DESFAVORABLE

Nombre de la variable	Número (%)	
Procedimiento	Exodoncia	66 (89)
	Implante	3 (4)
	Biopsias	2 (2,7)
	Ventanas quirúrgicas	1 (1,3)
	Elevación de seno	1 (1,3)
	Injertos óseos	1 (1,3)
Grupos etarios	5- 15 Años	5 (7)
	16 - 25 Años	29 (39)
	26 - 35 Años	17 (23)
	36 - 45 Años	7 (9)
	46 - 55 Años	2 (3)
	> 55 Años	14 (19)
Tipo de aseguramiento	Subsidiado	12
	Contributivo	54
	Vinculado	6
	Ninguno	2
Estado civil	Soltero (a)	55
	Casado (a)	10
	Unión Libre	4
	Viudo (a)	1
	Divorciado (a)	4

Con base en la opinión de los cirujanos reunidos para el análisis por expertos y teniendo en cuenta las definiciones conceptuales, las 74 situaciones desfavorables se tipificaron así: 41 como complicaciones (55,4 %), 22 como indicios de atención insegura (29,7 %) y 11 como eventos adversos (14,9 %). A su vez los eventos adversos se clasificaron en prevenibles y no prevenibles y se encontró que solo dos casos fueron tipificados como no prevenibles (tabla 4).

Los eventos adversos se presentaron solo durante procedimientos de exodoncia. La fractura de la tuberosidad se consideró como un evento adverso que no es posible prevenir a pesar de tomar todas las medidas requeridas en este tipo de intervenciones. Los otros eventos adversos fueron considerados prevenibles. Referente a las complicaciones, la fractura radicular fue la que más se presentó. Los indicios de atención insegura corresponden a inadecuado diligenciamiento de la historia clínica que deben corregirse para asegurar la calidad de la atención y evitar así posteriores eventos adversos durante el tratamiento (tabla 4).

TABLA 4
TIPIFICACIÓN DE LAS SITUACIONES DESFAVORABLES REGISTRADAS EN HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES SOMETIDOS
A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Evento adverso	Número (%)	Complicaciones	Número (%)	Atención insegura	Número (%)
Fractura de tuberosidad**	2 (3)	Fractura radicular	21 (30)	Evolución no corresponde a plan de tratamiento	12 (16)
Fractura de restauraciones adyacentes*	2 (3)	Comunicación oroantral Lesión nerviosa	5 (7) 4 (5)		
Laceración de tejido blando*	2 (3)	Alveolitis	4 (5)	No hay evolución	8 (11)
Luxación de diente adyacente*	1 (1)	Reacción a la amoxicilina	2 (3)		
Deglución de diente*	1 (1)	Pérdida de implante	2 (3)	Consentimiento no corresponde a plan de tratamiento	2 (3)
Desplazamiento a espacio pterigomaxilar*	1 (1)	Hemorragia	1 (1)		
Exposición de bola de bichat*	1 (1)	Hematoma	1 (1)		
Crisis hipertensiva*	1 (1)	Fracaso de injerto	1 (1)		

** Evento adverso no prevenible

* Evento adverso prevenible

DISCUSIÓN

Por la responsabilidad que compete en la atención en salud, es una obligación para las entidades prestadoras de salud conocer los problemas que se pueden presentar en las diferentes áreas clínicas para establecer medidas de control y prevención de la aparición de los mismos. Por esta razón, la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, ha venido trabajando en conocer los eventos adversos, complicaciones e indicios de atención insegura que le permita asegurar la calidad de atención de sus pacientes. Es interesante resaltar que el evento adverso fue la situación menos presentada, resultado que puede definirse como alentador ya que puede ser un indicativo de que, a pesar de la complejidad de los procedimientos en cirugía oral, la atención puede catalogarse como segura.

En la literatura, los reportes de estas situaciones en la práctica clínica odontológica en general y en particular durante los tratamientos quirúrgicos en cirugía oral son escasos, sumado al hecho de que ninguno es comparable ya que no son realizados en instituciones que atienden pacientes bajo el modelo docencia –servicio. En este estudio, se encontró que en el 7 % de todos los procedimientos efectuados durante los años 2014 y 2015 en el área quirúrgica del Posgrado de Patología y Cirugía Oral se presentaron eventos desfavorables durante la atención. De los eventos desfavorables, el 14 % fueron catalogados como eventos adversos, los cuales estuvieron en su totalidad asociados a exodoncias con mayor frecuencia de terceros molares.

Autores como Carvalho y colaboradores (18), Kandasamy y colaboradores (19) y Boloux y colaboradores (20) reportan que los eventos desfavorables más frecuentes ocurridos durante la exodoncia de terceros molares impactados fueron la laceración de colgajo, fractura de la tuberosidad y el daño al diente adyacente con grandes restauraciones o lesiones cariosas,

resultados similares a los encontrados en la muestra analizada en la presente investigación, en donde los eventos adversos más frecuentes reportados fueron fractura de la tuberosidad, laceración de tejidos blandos y fractura a dientes adyacente. En el análisis de los eventos desfavorables, se encontró un caso de desplazamiento del tercer molar al espacio pterigomaxilar, el cual corresponde al 1 % de los eventos encontrados, hecho que le puede ocurrir al cirujano más experimentado sin embargo no hay que dejar de lado una correcta planificación prequirúrgica con la finalidad de evitar la ocurrencia de este grave evento (21).

Durante los procedimientos quirúrgicos efectuados en cirugía oral, los pacientes con compromiso sistémico, específicamente pacientes hipertensos que no tienen un control adecuado de su condición, son susceptibles a desarrollar crisis hipertensivas ante el mínimo estímulo quirúrgico o episodio de estrés, evento que se presentó en uno de los pacientes durante el procedimiento quirúrgico. Balasubramaniyan y colaboradores (22) establecen que los procedimientos quirúrgicos que implican episodios de ansiedad en los pacientes inducen liberación de catecolaminas endógenas, junto con la administración de anestésicos locales con sustancias simpaticomiméticas pueden elevar la presión arterial, la cual en casos graves puede desencadenar la muerte del paciente.

Los eventos adversos fueron caracterizados en dos tipos: no prevenibles los cuales, a pesar de todas las medidas preventivas implementadas por el profesional, luego de haber analizado todos los factores de riesgo es inevitable que ocurran y los eventos adversos prevenibles que se presentan debido a que el profesional no establece estrategias para evitar que estos eventos no ocurran y generen daño al paciente. Durante la revisión de atenciones relacionadas a eventos adversos, se encontró un caso de deglución de un diente supernumerario durante su exodoncia, evento suscitado en un paciente pediátrico no colaborador, ante esta situación es recomendable realizar los procedimientos odontológicos bajo sedación o anestesia general. La exposición accidental de la bola de bichat durante la extracción de un tercer molar superior fue reportada en un caso, evento que está directamente relacionado con un abordaje amplio en exodoncias de terceros molares superiores. No existe en la literatura casos que reporten frecuencias de estos tipos de eventos.

De los eventos desfavorables clasificados como complicaciones, se observó una mayor frecuencia de fracturas radiculares durante la exodoncia. Nayar y colaboradores (23) establecen que los molares y premolares maxilares son los dientes más propensos a fractura debido a su morfología compleja por lo que debe realizarse un análisis de riesgo-beneficio antes de intentar extraer una raíz fracturada ya que corren el riesgo de desplazarse a estructuras anatómicas circundantes o su extracción puede dañar estructuras adyacentes.

La segunda complicación más frecuente encontrada en este estudio fue la comunicación oroantral en porcentaje equivalente al 5,1 % reportado por del Rey-Santamaría y colaboradores (24). Este riesgo se presenta en todas las edades y depende de las variaciones anatómicas de cada paciente. Con respecto a las lesiones nerviosas, se evidenció una baja frecuencia. Se conoce que el riesgo de parestesia no es el mismo para todas las exodoncias, aunque se ha observado que la posición mesioangular (35-45 grados) presenta un mayor riesgo de desarrollo de una secuela por lesión nerviosa. Sin embargo, más del 95 % de dientes incluidos no presentarán ninguna complicación posterior a su exodoncia (25).

A pesar del bajo porcentaje de lesiones al nervio dentario inferior, se han desarrollado diferentes técnicas que deben ser tenidas en cuenta en casos de alto riesgo con la finalidad de evitar dicho evento. Pogrel y colaboradores (26) plantean una técnica alternativa para ser aplicada en pacientes que presentan íntima relación de las raíces del tercer molar al nervio dentario inferior, en los cuales realizar la exodoncia podría desencadenar una lesión nerviosa permanente. La técnica consiste en efectuar un corte de la corona clínica con fresa quirúrgica dejando sumergidas las raíces 3 mm, sin tratamiento endodóntico y el operador debe proteger la cortical lingual al momento de seccionar con la finalidad de evitar injurias al paquete vasculonervioso lingual (26). Además de la posición del tercer molar, Renton y colaboradores manifiestan que las mujeres presentan un mayor riesgo de lesiones nerviosas debido a que acuden con mayor frecuencia a realizarse los tratamientos en comparación con los hombres, coincidiendo con los resultados del presente estudio (27).

Con respecto a la osteítis alveolar que fue encontrada en el 5 %, Bui y colaboradores (28) reportan una frecuencia de alveolitis en un rango del 1 % al 3 % para las exodoncias en general. Esta complicación está relacionada con factores como la interacción entre paciente y profesional o condiciones propias del paciente que influyen en la formación del tapón plaquetario.

Las reacciones alérgicas a la amoxicilina se presentaron en un porcentaje del 3 % siendo la manifestación más común la erupción o salpullido (*rash*) cutáneo. Se ha establecido que aproximadamente el 10 % de los pacientes presentan reacciones a medicamentos betalactámicos y anafilaxia en cerca del 0,1 % al 0,4 % (27). Aunque en el actual estudio la reacción al antibiótico se consideró como una complicación ya que los pacientes desconocían esta condición, es importante resaltar que puede considerarse como evento adverso prevenible cuando el clínico no realiza una buena anamnesis. Adicionalmente los pacientes pueden presentar reacción alérgica a betalactámicos posterior a una primera medicación de los mismos (29).

En cuanto la pérdida de implantes, existen diversos criterios sobre afecciones sistémicas que contraindican la colocación de un implante como la diabetes no controlada, desordenes sanguíneos, inmunosupresión, problemas cognitivos que interfieren el cuidado de un implante y aplicación intravenosa de bifosfonatos; estudios retrospectivos demuestran que factores sistémicos como hipertensión o afección coronaria no han sido asociados con un aumento de la tasa de fracaso temprano o tardío de implantes dentales y no existe evidencia que relacione la pérdida de un implante dental en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial; se relaciona con los hallazgos de este estudio ya que se reportó la pérdida de un implante en el 3 % de los pacientes, uno de ellos tenía como antecedente hipertensión arterial (30).

Dada la alta frecuencia de eventos desfavorables relacionados con la exodoncia de terceros molares, surge el debate sobre las indicaciones para realizar este procedimiento con la finalidad de prevenir la aparición de estas complicaciones. Steed (31) indica que un tercer molar asintomático no refleja necesariamente la ausencia de enfermedad y debe considerarse la exodoncia de terceros molares cuando causan dolor, infección, patología ósea, cuando afectan los dientes adyacentes, o intervengan con un tratamiento de ortodoncia planificado.

En adición a lo anteriormente mencionado, Pratt y colaboradores (32) establecen otros criterios para la realización de exodoncia de terceros molares como: caries extensa con exposición pulpar, enfermedad periodontal, fracturas radiculares, desfocalización en pacientes con enfermedad

cardíaca previo a intervención quirúrgica. Friedman y colaboradores (25) reportan que solo el 12 % de terceros molares impactados está asociados con una condición patológica tales como quistes o daños a dientes adyacentes. Las infecciones de los terceros molares ocurren en un porcentaje cercano al 10 %, las cuales pueden tratarse con antibióticos, enjuagues orales, o remover excesos de tejido pericoronar sin necesidad de realizar la exodoncia de dicho diente. Estas condiciones deben ser analizadas por el profesional durante la planificación de su plan de tratamiento, con la finalidad de evitar la ocurrencia de los eventos desfavorables anteriormente descritos (25).

Otras características como la posición y profundidad del tercer molar en el hueso mandibular y la odontosección que se realiza durante el acto quirúrgico, constituyen factores relacionados directamente con la aparición de eventos desfavorables, ya que el acceso quirúrgico puede llegar a ser tan amplio que las lesiones a estructuras anatómicas importantes como consecuencia del procedimiento pueden llegar a ser inevitables (33). Debido a la baja posibilidad de desarrollar condiciones patológicas en terceros molares incluidos, el operador debe desarrollar un criterio estricto en las indicaciones de la exodoncia de terceros molares con el objetivo de buscar bienestar a su paciente y prevenir el desarrollo de un evento adverso.

Dentro del análisis de los indicios de atención insegura, es obligatorio que el profesional sea cauteloso en la elaboración de la historia clínica y descripciones de procedimientos ya que la omisión de datos puede desencadenar una atención insegura, una complicación o un evento adverso propiamente dicho. Es importante resaltar que cuando se presente algún tipo de estas situaciones se reporte, para contar con datos epidemiológicos reales como base para diseñar estrategias que permitan prevenir los daños ocurridos por eventos adversos, asegurar la atención de los pacientes y evitar también inconvenientes legales.

CONCLUSIONES

Los eventos desfavorables se presentan con baja frecuencia en los procedimientos realizados en el área quirúrgica, en su mayoría asociados a procedimientos de exodoncia. De igual manera, los eventos adversos se presentan en baja frecuencia, aunque la mayoría de estos son prevenibles.

RECOMENDACIONES

Completar los estudios sobre eventos adversos en la facultad para implementar estrategias generales y específicas para cada una de las áreas de atención en salud oral. A partir de estos análisis, adicionar a los planes de estudios herramientas para hacer énfasis en su abordaje y formas de prevención.

REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. La alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

2. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*. 2007 Mar; 23(1): 112-9.
3. Luengas S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria; 2009. Disponible en la Fundación Corona y en el Centro de Gestión Hospitalaria; o en PDF en las páginas <http://www.fundacioncorona.org.co> o <http://www.cgh.org.co>.
4. García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Consejo de enfermería de la comunidad valenciana 2007. En: URL:http://www.portalcenova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Seguridad del paciente y la atención en salud. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad el Paciente. Revista en internet. Editoriales Buenos y Creativos. 2008 En: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. 2008. www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/legislacion/guias-manuales/pacientes.pdf
8. Tafur Gallego M, Camacho Alonso L, Mejía Morales S, González Moncada J, Huertas de Hoyos M. Frecuencia de eventos adversos de la terapia endodóntica y seguimiento de pacientes atendidos en el Posgrado de Endodoncia de la Pontificia Universidad Javeriana (2007-2008). *Univ Odontol*. 2014 Jul-Dic; 33(71). doi:10.11144/javeriana.uo33-71.feaf
9. Tafur DJ, Ramírez GP, Cárdenas CA, Serrano JJ, Sarralde AL, Camacho SP, Rodríguez A, González J. Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012. *Univ Odontol*. 2016 Jul-Dic; 35(75). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-75.cpea>
10. Huertas MF, Gonzalez J, Camacho S, Sarralde AL, Rodríguez A. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia. *Acta Odontol Latinoam*. 2017 Apr; 30(1): 19-25.
11. Morejón Álvarez F, López Benítez H, Morejón Álvarez T, Corbo Rodríguez MT. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. *Rev Cubana Estomatol*. 2000 May-Ago; 37(2): 102-5.
12. García-Peñin A, Guisado-Moya B, Montalvo-Moreno JJ. Riesgos y complicaciones de la anestesia local en la consulta dental. Estado actual. *RCOE*. 2003 Ene-feb; 8(1): 41-63
13. Liu W, Yang X, Li C, Mo A. Adverse drug reactions to local anesthetics: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013 Mar; 115(3): 319-27. doi:10.1016/j.oooo.2012.04.024

14. Aboul-Hosn S, Sieira Gil R, Monner Diéguez A. Una rara complicación en la extracción del tercer molar inferior incluido: Caso clínico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2009 Sep-oct; 31(5): 333-6.
15. Piccinni C, Gissi DB, Gabusi A, Montebugnoli L, Poluzzi E. Paraesthesia after local anaesthetics: An analysis of reports to the FDA adverse event reporting system. *Basic Clinic Pharmacol Toxicol*. 2015 Jul; 117(1): 52-6. doi: 10.1111/bcpt.12357
16. Perea-Perez B, Labajo-Gonzalez E, Santiago-Saez A, Albarran-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Sep 19(5): e500-5. doi: 10.4317/medoral.19601
17. Sebastiani AM, Barancelli Todero SR, Gabardo G, da Costa DJ, Barbosa Rebelatto NL, Scariot R. Intraoperative accidents associated with surgical removal of third molars. *Braz J Oral Sci*. 2014 Oct-Dec; 13(4): 276-80.
18. Carvalho R, Araújo-Filho R, Vasconcelos B. Adverse events during the removal of impacted maxillary third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014 Sep; 43(9): 1142-7. doi: 10.1016/j.ijom.2014.04.002
19. Kandasamy S, Rinchuse DJ, Rinchuse DJ. The wisdom behind third molar extractions. *Aust Dent J*. 2009 Dec; 54(4): 284-92. doi: 10.1111/j.1834-7819.2009.01152.x
20. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2007 Feb; 19(1): 117-28.
21. Liceaga Escalera CJ, Castañeda Sánchez O, González Olmedo VM. Extracción de tercer molar superior desplazado a espacio pterigomaxilar apoyada por fluoroscopio. *Rev ADM*. 2013 Feb; 70(6): 324-328.
22. Balasubramanian N, Rayapati DK, Puttiah RH, Tavane P, Singh SE, Rangan V, Kalakunta PR. Evaluation of anxiety induced cardiovascular response in known hypertensive patients undergoing exodontia - A prospective study. *J Clin Diagn Res*. 2016 Aug; 10(8): ZC123-7. doi: 10.7860/JCDR/2016/19685.8391
23. Nayyar J, Clarke M, O'Sullivan M, Stassen LF. Fractured root tips during dental extractions and retained root fragments. A clinical dilemma? *Br Dent J*. 2015 Mar; 218(5): 285-90. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.147
24. del Rey-Santamaría M, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006 Jul; 11(4): E334-8.
25. Friedman JW. The Prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *Am J Public Health*. 2007 Sep; 97(9): 1554-9.
26. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004 Dec; 62(12): 1447-52.
27. Renton T, Yilmaz Z, Gaballah K. Evaluation of trigeminal nerve injuries in relation to third molar surgery in a prospective patient cohort. Recommendations for prevention. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2012 Dec; 41(12): 1509-18. doi: 10.1016/j.ijom.2012.06.025
28. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 Dec; 61(12): 1379-89.
29. Chang C, Mahmood MM, Teuber SS, Gershwin ME. Overview of penicillin allergy. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2012 Aug; 43(1-2): 84-97. doi: 10.1007/s12016-011-8279-6
30. Domínguez J, Acuña J, Rojas M, Bahamondes J, Matus S. Estudio de asociación entre enfermedades sistémicas y el fracaso de implantes dentales. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2013 Abr; 6(1): 9-13 doi: 10.4067/S0719-01072013000100002

31. Steed MB. The indications for third-molar extractions. J Am Dent Assoc. 2014 Jun; 145(6): 570-3. doi: 10.14219/jada.2014.18
32. Pratt CA, Hekmat M, Barnard JD, Zaki GA. Indications for third molar surgery. J R Coll Surg Edinb. 1998 Apr; 43(2): 105-8.
33. Flores Ramos JM, Ochoa Zaragoza MG, Barraza Salas JH, Romero Paredes JJ, Rojas García MC. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía del tercer molar inferior retenido. Rev ADM. 2015 Sep; 72(6): 314-319.

CORRESPONDENCIA

Juan Martín Pesántez Alvarado
martinchopesantez@gmail.com

Julián Danilo Camacho Ladino
julkmacho_02@hotmail.com

Adriana Rodríguez Ciódaro
arodrig@javeriana.edu.co

Sandra Patricia Camacho
sandra-camacho@javeriana.edu.co

Ana Lucía Sarralde Delgado
sarralde@javeriana.edu.co

Diego Ernesto Castro Haiek
castro.d@javeriana.edu.co

Juliana González Moncada
juliana.gonzalez@javeriana.edu.co