

ARTÍCULO DE REVISIÓN

MALA PRAXIS ODONTOLÓGICA: ARTÍCULO DE REVISIÓN

María Astudillo, Dayana Chinchilla y Luis Sarabia

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Autora de correspondencia. María Astudillo. E-mail: marviastu_2704@hotmail.com

Recibido: 31-05-2014; **Aceptado:** 03-11-2014

RESUMEN

La finalidad de esta revisión es sintetizar artículos acerca de la mala praxis odontológica, para resaltar sus causas y consecuencias. La mala praxis se puede definir como el ejercicio errado de una profesión del área de la salud que por la falta de conocimiento o habilidad, se causa daño a la salud del paciente. En una sociedad de riesgos como la actual, la progresiva demanda por derechos, unida a otros factores, como el aumento de la actividad médica, la complejidad de su práctica o la despersonalización de la relación médico-paciente, ha disparado el número de reclamaciones por actos médicos. Y, si bien este tipo de causas judiciales acaba, raramente, en condena penal, existen zonas problemáticas de la responsabilidad médica, en la que la demanda de resultados plantea interesantes consideraciones. Una de esas áreas es la especialidad de odontología, que representa un campo concreto de exigencia de responsabilidad, en el que las reclamaciones se sitúan en el mundo penal, con mayor frecuencia que en otros sectores de la medicina. Por tal razón, se concluye, que para el ejercicio de la profesión de odontología, se debe estar capacitado y especializado según el área en la que se desempeñe usando adecuadamente los instrumentos durante la práctica, de la misma manera tomar en cuenta las repercusiones judiciales que acarrea la mala praxis en el consultorio odontológico.

Palabras clave: Odontología, Mala praxis, Negligencia, Bioética, Responsabilidad legal.

DENTAL MALPRACTICE: A REVIEW

ABSTRACT

The purpose of the present paper is to synthesize scientific articles on dental malpractice, to highlight its causes and consequences. Malpractice can be defined as the wrong professional practice in the health care area that due to lack of knowledge or ability damages the patient's health. In a risks society like the current one, the growing demand for rights along with other factors such as increased medical activity, the complexity of its practice or the depersonalization of the doctor-patient relationship, have boosted the number of complaints for medical acts. Even though that type of court cases rarely leads to criminal verdicts, there are conflictive areas regarding medical legal responsibility in which results demand raises interesting considerations. One of those areas is dentistry; it represents a specific field of responsibility in which the claims are in the criminal environment more often than in other areas of medicine. For this reason, we conclude that for the dentistry professional practice the practitioner must have been trained and specialized according to the area in which the professional is meant to work, he must be able to use the tools properly during practice; in the same way, it is needed to take into account the judicial consequences of malpractice in the dental office.

MeSH: Dentistry, Malpractice, Negligence, Bioethics, Legal liability.

INTRODUCCIÓN

La mala praxis podría definirse como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte de un profesional de la salud, que puede causar daños a la salud del paciente¹. Esto implica descuido, omisión de actos debidos, desatención, que genera resultados negativos que perjudican no solo al paciente sino también al profesional de la salud. La mala praxis se da por no tener cuidado razonable al momento de realizar un determinado tratamiento. También se entiende como mala praxis al ejercicio de una actividad profesional sin los conocimientos necesarios o sin la habilidad requerida².

La finalidad de esta revisión es llevar a cabo una compilación de artículos acerca de la mala praxis odontológica, para resaltar las causas y consecuencias de la misma, que en muchos casos no se entiende como un objetivo criminal o deshonesto, pero sí por una obvia negligencia, que pudiera evitarse si se tomaran en cuenta las precauciones necesarias.

En los últimos años se ha observado un incremento en los casos y demandas por mala praxis en la odontología, por esta razón se ha hecho necesario realizar una búsqueda de diferentes artículos que se relacionen con el tema y sintetizarlos en uno solo. La odontología es un área que no escapa de situaciones inesperadas, que pueden perjudicar la relación con los pacientes, se hace necesario que los profesionales estén al tanto de la problemática,

con el fin de evitar la mala praxis en la consulta odontológica. Es de interés educativo para que las instituciones universitarias responsables de la formación de los profesionales de la odontología tomen conciencia de los riesgos; y así entreguen todos los elementos curriculares que permitan crear los mecanismos para enfrentarlos, diseñando las medidas más seguras para ser aplicadas y evitar una práctica errada³. Se requiere actualizar las normas técnicas y educar al estudiante de odontología y al profesional, para sentar sus bases en el derecho y la responsabilidad, así se elevará la calidad de la práctica profesional.

Para la realización de esta investigación, se usaron palabras claves tanto en español como en inglés; mala práctica (Malpractice), negligencia (Negligence), odontología (Dentistry), bioética (bioethics) y cirugía bucal (Oral Surgery), las cuales se combinaron de diferentes maneras y se obtuvo; **Motores de Búsqueda:** Google Académico: 197 artículos de los cuales se usaron 21; Scirus: 71 artículos de los cuales se usó 1. **Bases de Datos:** Medline, vía PubMed: 112 artículos, de los cuales se usaron 7; Lilacs, vía Bireme, 114 artículos, de los cuales se usaron 7; Scielo: 20 artículos de los cuales se usaron 3; Dialnet: 55 artículos, de los cuales se usó 1; Imbiomed: 20 artículos, de los cuales se usaron 4; Springer Link: 20 artículos, de los cuales se usó 1. **Editoriales de Acceso Abierto:** Medigrafic: 95 artículos, de los cuales de los cuales se usaron 4. Se observa una gama de artículos de interés, su selección estuvo

enfocada en la fecha de publicación, predominaron las publicaciones de los últimos cinco años (desde 2007), se leyeron los resúmenes y de allí se tomaron los artículos que podrían servir para la revisión.

Este trabajo está estructurado de la siguiente manera: en primer lugar se define la mala praxis, se señalan sus características más comunes, causas y consecuencias, y se presentan recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Posteriormente, se analizan los errores en diferentes áreas de la Odontología; cirugía bucal, endodoncia, ortodoncia, prostodoncia, odontopediatría y radiología, que llevan a la mala praxis. Finalmente, se dan a conocer los aspectos legales, consecuencias jurídicas y se citan algunos artículos de la Constitución Venezolana, Código de Deontología Odontológica, Ley Orgánica de la Salud y Ley de Derechos y Amparo, para informar al profesional de la salud sobre las consecuencias que implica una mala praxis.

MALA PRAXIS ODONTOLÓGICA

Se define como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte de un profesional de la salud, que puede causar daño a la salud del paciente¹. Este acto implica descuido, omisión de actos debidos, desatención, que genera resultados negativos que perjudican no solo al paciente sino también al Odontólogo. Se ha observado la aplicación de

procedimientos de manera inadecuada, que promueven expectativas falsas o inalcanzables, y de esta manera se llega al incumplimiento del marco normativo por el cual se rige la profesión⁴.

A partir del análisis de las quejas o inconformidad de los pacientes, se aprecia una disminución en la calidad de los servicios de la atención odontológica, lo que ha generado pérdida de confianza en la población⁴. Es cada vez más frecuente el número de acciones judiciales involucrando a los odontólogos. Probablemente este hecho se debe a un cambio de actitud de los pacientes que antes eran sumisos, y todos los cambios en la efectividad de los procedimientos, han hecho que el paciente se vuelva cada vez más exigente.

En muchos casos, no se da la mala praxis como un objeto criminal o deshonesto, pero si por una obvia negligencia, que pudiera evitarse si se tomaran en cuenta las previsiones necesarias. En la negligencia hay incumplimiento de elementales normas de la profesión, ya que sabiendo lo que realmente se debe hacer, no se hace o se hace de una manera errada o incompleta¹.

Los errores de los profesionales en la odontología, pueden ser diferenciados como accidentes en la anestesia, de diagnóstico, de tratamiento, de pronóstico, en las pericias y por falta de higiene. Es por ello que se ha hecho una clasificación, a) en cuanto al tipo: culposo y no

culposo; b) en cuanto al origen: por la economía, por falta de moral, por omitir las reglas o simplemente por la falta de vocación; c) en cuanto al grado de los errores: voluntarios, groseros y graves⁵.

No se puede entender por completo la Mala Praxis, sin antes hacer referencia sobre la Bioética, que es el estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales³. Se considera uno de los elementos claves en la formación de los odontólogos, debido a que crea conciencia. Las acciones de los odontólogos pueden repercutir positiva o negativamente en la salud del paciente.

En la Odontología se manifiestan temas como procedimientos de alto riesgo, el consentimiento informado para tratamientos odontológicos y de salud oral, revisión entre colegas y calidad de servicios, mala praxis odontológica, gastos por atención odontológica general, secreto profesional, relación odontólogo-paciente⁶.

En las universidades no se ha considerado tan relevante la enseñanza de valores éticos. Se necesitan herramientas para reconocer cuando se está ante un problema, razonar éticamente, y finalmente tomar una buena decisión. La falta de preceptos éticos en el ejercicio de la odontología ha generado mala práctica o deterioro de la imagen del odontólogo ante la sociedad⁴.

La ética y la bioética deben ser elementos preventivos, con la posibilidad de transformar la práctica odontológica como modo de vida que protege los valores sociales de los pacientes⁷. Es el mismo odontólogo quien desconoce su ámbito ético-legal de responsabilidad.

Las irregularidades con mayor incidencia son¹:

- Falta de comunicación, entre el odontólogo y el paciente.
- Uso y manejo equivocado de materiales
- Ausencia de expediente clínico.
- Carencia de estudios radiográficos, sanguíneos o de rutina.
- Insatisfacción del paciente.
- Tratamientos exageradamente prolongados.

En un estudio transversal, realizado a 318 abogados mediante un cuestionario auto administrable con 25 preguntas abiertas y/o cerradas sobre la responsabilidad del cirujano odontólogo, se demostró que la causa más probable de mala praxis se da por incapacidad del odontólogo (39,2%), error de diagnóstico (33,6%), error de planificación (35,0%), por falta de información al paciente (32,2%), negligencia (30,1%), examen clínico de modo superficial (32,2%), por no lograr las expectativas (16,1%), por una inadecuada relación profesional-paciente (32,2%) y otras (7,7%) (5). Esta es una evidencia que prueba que la mayoría de la veces, se da la mala praxis por el odontólogo querer ir más allá de lo que está realmente capacitado para hacer.

El odontólogo cumple con la obligación de agotar todos sus esfuerzos para que se logre el objetivo deseado. Se deben adoptar las medidas necesarias, antes que la práctica odontológica pierda su credibilidad. Una manera de evitar mala praxis es informar a los pacientes acerca del procedimiento que se llevara a cabo, esto es conocido como Consentimiento Informado; debido a que los recientes lineamientos exigen al odontólogo notificar al paciente todo lo concerniente con su salud bucal⁶ y así de esta manera recibir la autorización del mismo. La información transmitida debe darse en un lenguaje entendible, que despeje dudas acerca de los riesgos y consecuencias del tratamiento. Muchas veces el odontólogo no explica en términos entendibles para el paciente, no informa acerca del costo y de los riesgos o beneficios del tratamiento. Los pacientes tienen derecho a recibir información y los odontólogos están en el deber de informarles⁶. El consentimiento informado promete al paciente una conducta diligente y procedente, más no un resultado determinado¹.

No se trata de que el paciente se vuelva odontólogo, pero es recomendable que conozca el motivo de su enfermedad y actúe consiente de los riesgos y beneficios que puede acarrear. Este tiene ciertos elementos básicos, para que la decisión sea considerada autónoma debe cumplir las siguientes condiciones: 1) que el sujeto sea capaz de tomar decisiones (Capacidad); 2) que la decisión se tome de forma voluntaria y libre (Voluntariedad) y 3) que la decisión se adopte tras comprender la

información recibida (Elemento informativo consensual)⁸.

Así mismo el odontólogo debe realizar una historia clínica para cada paciente, donde se debe anexar la evolución constante, así como el consentimiento del mismo. Los protocolos de información e historias clínicas, deben elaborarse de forma continua y constituyen el mejor documento de prueba acerca de la buena o mala atención^{1, 6}. Pueden surgir problemas legales, pero en casos donde el expediente clínico este bien documentado, se salva la situación.

El Odontólogo, como profesional de la salud, debe estar claramente seguro de si el fármaco que esta recetando es el realmente indicado para la enfermedad del paciente, ya que existe una preocupación acerca de la producción irracional de prescripciones médicas y el uso de medicamentos. El error de no tomar nota de las recetas en el expediente del caso dará lugar a problemas de consumo de drogas repetido para la misma enfermedad, lo que representa una amenaza para la salud del paciente. La mayoría de las instrucciones dadas al paciente sobre el procedimiento de admisión de los medicamentos son verbales, este es un aspecto muy preocupante, ya que depende de la comprensión del paciente y de la manera como lo comunique el odontólogo, esto podría llevar a un mal entendido sobre la administración del mismo. Esto supone un problema para el mantenimiento de registros adecuados y da lugar a muchas complicaciones médico – legales. Por lo tanto, es un beneficio de todos los odontólogos y las

instituciones hacer un refuerzo concentrado para estandarizar la calidad de las prescripciones y posteriormente anexarlas en la historia clínica de cada paciente⁹.

El paciente tiene derecho a que el secreto profesional sea minuciosamente respetado por el profesional y todo el personal del consultorio, a que se tenga mayor aprecio por el buen resultado del procedimiento, más que por el consumismo. Se trata de dos principios éticos: el primero, llamado “el respeto por las personas”, conocido también como “principio de autonomía”, y el segundo el de “beneficencia” que se resume en la frase “ayudar, o al menos no hacer daño”¹⁰.

El odontólogo está en el deber de hacer que la odontología sea económicamente accesible, técnicamente correcta, socialmente justa y legalmente invulnerable¹¹. Se da la necesidad de diseñar estrategias para mejorar la calidad de la odontología como profesión. Una buena manera sería favorecer y promover la comunicación entre el odontólogo y el paciente y determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico¹². Esta relación se ha despersonalizado en los últimos tiempos, está regulada no por afectos ni empatías, sino por la ley.

Es de suma importancia tratar de mejorar la relación entre el odontólogo y el paciente ya que las alteraciones estomatológicas tienen una alta incidencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. Se analizaron 177 quejas; 63.3% correspondieron a mujeres y 36.7% a hombres. El grupo de edad más afectado fue el

de 25-44 años con 35% de los casos; 91% de quejas fueron de servicios privados. Los motivos de queja más frecuentes estaban relacionados con el tratamiento en 75.7% de los casos. Los principales procedimientos realizados fueron: 25.6% de ortodoncia, 24.4% prótesis, y 13.3% endodoncia, el resto sin datos significativos. La principal modalidad de conclusión de las quejas fue la conciliación (53.1%). En un sub-análisis se identificó mala práctica en 43% de casos. Así mismo, se identificaron problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación en la relación odontólogo-paciente; se llegó a la conclusión que los factores identificados en las quejas, tales como la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente, falsas expectativas de los pacientes y el incumplimiento de obligaciones, fueron considerados para realzar trabajos de recomendaciones para mejorar esta relación¹².

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), México, se encarga de vigilar el desempeño del profesional de la salud y mediar con los usuarios cuando se dan probables actos, omisiones o negligencias. Las demandas ejemplifican claramente los problemas que surgen en la relación clínica (RC) en odontología¹³.

Existen estrategias de gestión de riesgos con respecto a los procedimientos quirúrgicos orales en el consultorio dental general. Los odontólogos deben tener la experiencia, la formación y la habilidad correspondiente

establecida para completar el procedimiento planificado. Se aconseja usar los pasos que pueden tomarse para limitar las posibilidades de que se produzca un litigio, y evitar el emocional y doloroso proceso que consume tiempo asociado a una demanda por negligencia¹⁴.

Es de fundamental importancia que la preparación de las diversas profesiones sea dirigida y contenga conocimientos básicos acerca de los preceptos legales del Derecho. En la Odontología esta necesidad también se hace presente, ya que cada vez más, el cirujano odontólogo ocupa el polo pasivo en acciones judiciales. Así mismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y por supuesto la inherente optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.

CIRUGÍA BUCAL

Durante su ejercicio profesional, los cirujanos bucales deben afrontar situaciones con un gran contenido ético. En la mayoría de los casos los procedimientos involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas. La manera de aplicar estos criterios se basa tanto en el juicio del especialista como del paciente⁴.

Las complicaciones son una parte inherente de la cirugía oral y maxilofacial. Cuando el tratamiento no cumple con el estándar de atención, una complicación puede ser

considerada como el resultado de negligencia, dando lugar a reclamaciones de indemnización. Existen casos donde las complicaciones se han traducido en demandas por mala praxis¹⁵.

Relacionado con la mala praxis, tenemos la Iatrogenia, que es un daño producido por una droga, procedimiento médico o quirúrgico, que el profesional realiza dentro de una indicación correcta. Los daños Iatrogénicos pueden ser de tres tipos: los predecibles o calculados son inseparables de un efecto primario, como en el caso de la aplicación de un medicamento; aleatorios o accidentales, puede pasar también con la aplicación de medicamentos pero de una manera excepcional; y por el factor de negligencia, es propiamente por ineptitud o incapacidad¹⁶. Los problemas iatrogénicos por mala praxis pueden ser evitados, pero dependen de la integralidad humana y capacitación técnica del profesional.

La mala praxis trae consigo una serie de problemas que afectan primordialmente al paciente, una patología bucal conocida como Quiste Dentígero, puede acarrear agravamiento de origen iatrogénico y constituye en gran medida complicaciones no sólo locales sino un estado sistémico que en ocasiones incrementa el riesgo quirúrgico, es por ello, que se hace necesario detectar a tiempo la presencia de esta entidad nosológica para actuar de manera preventiva, cuando no se detecta a tiempo esta patología, suele aumentar considerablemente su tamaño, trayendo consigo consecuencias más

graves de las previstas. Para realizar una cirugía de un quiste dentígero, se hace necesaria la presencia de un cirujano odontólogo que tenga experiencia en dichos casos, no todo practicante de la odontología puede pretender abarcar este problema sin tener conocimiento previo, ya que se causaría un mayor daño al paciente y esto traería consigo problemas legales¹⁷. En resumen, lo que concierne a esta entidad, conforme con su histología, evolución, localización, edad, sexo, grado de malignidad o patogenicidad, etc. Se demuestra que la misma tiene méritos suficientes como para estar alerta ante su presencia y actuar en pro del bienestar del paciente, evitando así una mala praxis.

En un análisis realizado por 16 miembros de la Asociación Médico Aseguradoras de América, se presentaron reclamos que fueron evaluados por la edad del paciente, el motivo de la reclamación, las complicaciones quirúrgicas y la indemnización pagada. Se obtuvo que la edad media de los pacientes fue de 48 años. El mayor número de quejas procedía de los 36 a los 45 años (24,6%). Las complicaciones perioperatorias representó la principal causa de las demandas (53,7%), seguido por un retraso de diagnóstico o pérdidas (34,6%) y la persistencia o recurrencia de la enfermedad (6,7%). Entre las complicaciones perioperatorias; lesiones de los nervios fue el grupo más numeroso (20,3%), seguido de complicaciones de las vías respiratorias (8,6%), lesiones esofágicas (4,4%), los pobres resultados cosméticos (4,4%), las lesiones vasculares (3,5%), y las infecciones

postoperatorias (0,6%). En general, la mortalidad resultó en 62 reclamos (19,7%). Este estudio demostró que existen cuatro importantes riesgos de mala praxis en cirugía de cabeza y cuello: edad joven, las complicaciones perioperatorias, retraso de diagnóstico o pérdidas, y persistencia o recurrencia de la enfermedad¹⁸.

Respecto de las extracciones dentales, no solo se deben tomar precauciones en el consultorio sino también realizar un estudio previo al paciente; realizándoseles exámenes de laboratorio, tomografías computarizadas, radiografías, anamnesis en las que se conozcan antecedentes familiares, entre otras medidas. Asimismo indicarle qué debe hacer antes y después de la cirugía con el fin de que la extracción o cualquier tratamiento que se lleve a cabo tengan un resultado exitoso. Es de suma importancia, según sea el caso, que el profesional sea especialista en el área que va a tratar, a fin de evitar inconvenientes en los que sale perjudicado el paciente y al mismo tiempo el odontólogo; a continuación de presentan algunos casos sobre mala praxis en cirugía:

Se presenta el caso de una mujer de 42 años, que presentó dolor en el cuadrante superior izquierdo, acudió a su dentista de confianza, a quien le gustaban las “amalgamas libres” y no los “innecesarios rayos x”. El primer molar inferior izquierdo había sido tratado endodónticamente 3 meses antes por el odontólogo, al persistir el dolor, se recomienda

la extracción. Antes se recomienda a la paciente un procedimiento anti-inflamatorio, que es vendido directamente por el odontólogo. Luego de la extracción se recomienda paracetamol con codeína y seguir con el tratamiento anti-inflamatorio. Días posteriores, la paciente presenta considerable dolor, inflamación en el submandibular izquierdo e hinchazón; se dirige al médico familiar, quien receta penicilina y refiere al otorrinolaringólogo, tras una tomografía computarizada, se diagnostica un absceso en el submandibular izquierdo, se hace una incisión y un procedimiento de drenaje. Todo fue a causa de una infección periapical del primer molar inferior izquierdo, ya que el dentista no realizó los exámenes clínicos necesarios, como radiografías dentales, y el tratamiento anti-inflamatorio indicado aumentó el dolor y la hinchazón. El caso fue resuelto fuera de los tribunales¹⁹. Esta clase de casos se dan como consecuencia de realizar métodos no antes probados por el especialista, en los cuales se tienen dudas acerca del correcto procedimiento, son perjudiciales física, psicológica, emocional y económicamente para el paciente. En la actualidad, casos como este pueden conducir complicados procedimientos jurídico-legales.

En un estudio realizado a 98 pacientes que asistieron al consultorio odontológico Instituto Nacional de Cooperación Educativa (INCE), en el periodo enero-diciembre 2006 los que sufrieron alguna complicación quirúrgica durante la realización de una extracción dental.

La investigación se realizó para describir las complicaciones de la extracción dental en la población estudiada. El 55% de la población estudiada que presentaron complicaciones en la extracción dentaria perteneció al sexo femenino y el 45% al masculino. El grupo 19-34 (respecto a la edad) representó el 53%. La fractura coronaria y radicular predominó entre las complicaciones inmediatas (77,5%), la alveolitis entre las mediatas. Los molares fueron el grupo dentario cuya extracción ocasionó el mayor número de complicaciones. Por lo que se recomienda extremar las precauciones por parte del personal que labora en el consultorio con vista a disminuir la mala praxis en la extracción dental durante el acto operatorio, de la misma manera educar a la población que atendemos sobre su responsabilidad en el cumplimiento de las orientaciones post-operatorias²⁰. En la odontología, se dan pasos concretos para que le brinde un servicio procedente y diligente, de mayor calidad técnica, ética y humana. Se deben trabajar en métodos de trabajo basados en el diálogo, el respeto, la confianza y la tolerancia.

En reporte de un caso de un paciente sexo femenino, 27 años de edad, con el diagnóstico de fractura de ángulo mandibular derecho durante la exodoncia del tercer molar; la misma se le atribuye a una mala técnica quirúrgica, sumado a que la exodoncia fue realizada por un odontólogo general. La historia médica familiar no era relevante. No presenta antecedentes de enfermedades sistémicas. Sin embargo, durante la anamnesis se constató que la paciente había

sufrido una fractura vertebral y de tibia. Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de parámetros normales. Al examen extraoral presenta edema facial en el lado derecho, dolor en foco, signo Vincent, impotencia funcional mandibular y se palpan escalones óseos en el borde basilar. Al examen intraoral se observa equimosis en la zona del triángulo retromolar y piso de boca, el arco dentario está deformado y la línea media desviada hacia el lado derecho. La paciente fue intervenida bajo anestesia general e intubación nasotraqueal. Se realizó una incisión submandibular, reduciendo la fractura y fijándola con placas de osteosíntesis. Por el antecedente de fracturas anteriores se solicita una densitometría ósea, cuyo resultado fue positivo para osteoporosis. Los controles posteriores se desarrollaron sin problemas, siendo dada el alta a los tres días. En los controles a largo plazo, la función del nervio mandibular se encontró recuperada a los 12 meses²¹. En estos casos la responsabilidad no es sola del profesional que no está capacitado para realizar esta clase de cirugías, sino también de la paciente por su falta de información a la hora de acudir a la consulta odontológica. Fue una falta de ética del odontólogo, ya que no tomo conciencia sobre las implicaciones morales y sus consecuencias, y la paciente por su parte, no hizo una toma de decisiones prudentes y fundamentadas.

En el siguiente caso se reporta accidente inusual de desplazamiento de tercera molar inferior al espacio faríngeo lateral izquierdo, en paciente

femenino de 21 años de edad, localizado mediante el examen tomográfico. Para la remoción de la pieza dentaria, se utilizó anestesia local, se realizó incisión desde distal de la pieza 37 continuando por el reborde alveolar hasta la Apófisis Coronoides y mediante disección roma, se logró encontrar la pieza dentaria, la cual fue prensada y removida con pinza hemostática. Se concluye que debe realizarse una valoración de la posible complejidad en la exodoncia de los terceros molares y derivar al especialista los casos de moderada y alta complejidad para evitar complicaciones²². Este grado de complejidad se da cuando el odontólogo no está realmente capacitado para realizar el procedimiento, su deber es informarle el caso a la paciente y referirla a una especialista. La mala praxis logra evitarse con el mejoramiento de la comunicación, buscando el bienestar para quien solicite atención, estableciendo un diagnóstico y tratamiento correcto.

Se presenta mala praxis en la extracción del tercer molar retenido, en el caso de un paciente de 19 años, sexo femenino, acude a la consulta con manifestación de dolor leve en la zona submaxilar derecha. Frente a interrogatorio manifiesta haberse “operado la muela de juicio” hace aproximadamente 45 días en consultorio privado por sistema de obra social. Relata haber concurrido al profesional tratante en dos oportunidades a fin de manifestarle las molestias antes señaladas recibiendo por respuesta que las mismas “son la normal consecuencia del

postoperatorio del tercer molar inferior retenido”. En razón de no mejorar y por momentos apreciar una reagudización del dolor, se dirige a la consulta en el servicio de cirugía de la facultad. Se realiza el examen de la zona pudiéndose apreciar a la palpación una zona indurada y dolorosa en la región del sub-ángulo mandibular. Se procede a instaurar una medicación analgésica y antibiótica para aliviar el cuadro y, paralelamente se le estudia mediante distintos métodos de diagnóstico por imágenes, que permiten determinar la presencia de una pieza dentaria en posición ectópica como resultado de haber sido impulsada en el intento de extracción. Decidida la intervención, se practicó una incisión en el sub-ángulo mandibular, llegando hasta por debajo del músculo cutáneo del cuello, donde se ubicó la pieza en cuestión procediéndose a su extirpación²³. Es importante que el profesional tenga claro que denominar accidentes a casos como el relatado es pretender transformar el hecho en un acontecimiento permisivo, tratando de encontrar en él cierto refugio o perdón, algo así como permitirse el lujo del error. Probablemente el accidente sea aquel acontecimiento desagradable que se encuentra alejado del control del profesional.

Aparte del cuidado que se debe tener al momento de maniobrar una pieza dentaria para una extracción, el odontólogo debe tener presente todas las precauciones referentes a la anestesia, cuando este aplica un tipo de analgésico, más allá de las declaraciones del

paciente donde manifiesta que no es alérgico a determinado producto, cuando el analgésico se suministra el profesional debe conocer los riesgos eventuales y las consecuencias de su utilización, en otras palabras el odontólogo debe llevar a cabo todos los actos de carácter científico que permita prever cualquier complicación por la aplicación de anestesia a los pacientes²⁴. Por encima de todas las cosas, el odontólogo debe tener una honestidad profesional en cuanto a los alcances de su capacitación, es decir saber claramente lo que sabe y lo que no sabe hacer, lo que debe y lo que no debe hacer.

Otra forma de incurrir en mala praxis en una cirugía bucal viene dada por la incorrecta aplicación de los anestésicos locales, cuyo uso se ha hecho tan rutinario que prácticamente no se efectúa hoy en día, ningún procedimiento odontológico sin que se haga bajo su acción. El logro de una buena anestesia se sustenta en el conocimiento de ciertas normas que de no respetarse conducen a una anestesia insuficiente. Ellas se relacionan principalmente con el conocimiento anatómico de la zona que se va a anestesiar, especialmente de estructuras nerviosas, óseas, recorrido de nervios, barreras anatómicas y estados fisiológicos especiales y transitorios en la zona de infiltración. Es por esto que el dentista no solamente debe estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento de estas complicaciones sino que también y aún más importante que lo anterior, saber evitarlas²⁵.

Para los tratamientos de cirugía dentaria se necesita previa historia clínica, estudios radiográficos, exámenes de laboratorio, si es necesario el apoyo de otro especialista, tratamiento médico pre y postoperatorio y en algunos casos curación por alveolitis. Algunos casos donde se evidencia la presencia de mala praxis, tenemos: paciente referido por presentar un tercer molar inferior izquierdo con destrucción parcial de corona por intento de extracción. Paciente referida por presentar marcado edema de la región submandibular, maseterina y amigdalina del lado izquierdo, por intento de extracción de tercer molar retenido. Paciente que acude por presentar problemas de maxilar en la región apical de incisivos central y lateral, refiriendo que se hizo el intento de extracción y por falta de cooperación del paciente se suspende la cirugía y es remitido para valoración y tratamiento. Paciente remitida por médico otorrinolaringólogo por presentar sintomatología sinusal del lado izquierdo, el estudio radiográfico muestra impactación de tercer molar en seno maxilar²⁶. Siempre que se va a efectuar cualquier tipo de extracción, lo primero es ver, lo segundo es ver y lo tercero es ver, es decir, que cuando no se ve el objetivo (resto radicular generalmente) no se puede aplicar debidamente el punto de apoyo para la luxación radicular. La utilización de fórceps en terceras molares superiores retenidas, deberá aplicarse cuando realmente se pueda tomar la pieza dentaria hasta la totalidad coronaria, ya que ésta es muy fácil de impactarla hacia seno maxilar.

Actualmente, los avances científicos sobre el tratamiento de pacientes con anomalías cardíacas han resultado en un notable incremento en el pool de individuos que requieren un tratamiento odontológico especial. Dentro de este campo, los pacientes que necesitan una terapia anticoagulante crónica representan un doble desafío para la práctica dental: ya que a su tendencia hemorrágica antes las intervenciones quirúrgicas, debido a su rango de anticoagulación; se le suma el riesgo de contraer endocarditis bacteriana. La valoración de un paciente con historia de hematomas y hemorragias es un problema clínico frecuente, por lo que el odontólogo debe ser capaz de realizar un correcto diagnóstico y un tratamiento eficaz en los pacientes con alteraciones de la hemostasia. Los pacientes con cardiopatías congénitas; con antecedentes de fiebre reumática; prolapso o estenosis de la válvula mitral; enfermedad de válvula aórtica; portadores de válvulas cardíacas artificiales mecánicas, poseen un alto riesgo de contraer endocarditis bacteriana. La mejor forma de evitar complicaciones hemorrágicas tras procedimientos quirúrgicos bucales es siempre la prevención y para ello es indispensable disponer de una historia clínica detallada del paciente. Si el odontólogo, no mantiene su lugar de trabajo e instrumentos totalmente esterilizados, puede provocar un agravamiento de esta enfermedad, que es generalmente mortal. Es importante realizar tratamiento dental preventivo para minimizar la necesidad de intervenciones quirúrgicas, si el caso requiere

cirugía, se debe tratar que sea lo más atraumática posible. Se recomienda utilizar sutura reabsorbible, para disminuir el riesgo de sangrado, al no ser preciso retirar los puntos²⁷. En consecuencia, el mantenimiento de una buena salud bucal es particularmente crítico en estos pacientes, donde la prevención de caries y enfermedad periodontal cumple un rol primordial.

Las infecciones, los traumatismos, los tumores y algunas afecciones generales son capaces de provocar trismo. El trismo es el espasmo de los músculos masticadores producido por alguna lesión irritativa del sistema nervioso central. Sin embargo el término suele usarse para denominar la contractura de origen inflamatorio o reflejo de los músculos de la masticación a consecuencia de procesos patológicos de los dientes y tejidos vecinos. Es importante hacer un buen diagnóstico de la afección para poder instituir el tratamiento correcto. La mayoría de los trismos ceden con tratamiento kinésico, acompañado de tratamiento general con relajantes musculares y analgésicos.

Cuando fracasan los tratamiento conservadores, la cirugía está indicada, teniendo especial cuidado en el trazado de las incisiones por la brida cicatrizal que puede originar²⁸.

ENDODONCIA

La finalidad de la práctica de la endodoncia es prevenir la aparición de periodontitis apical

crónica en casos vitales (inflamados) y tratarla en casos necróticos (infectados). Para obtener éxito, se deben seguir diversos pasos durante los tratamientos de conductos. Sin embargo, por un sinnúmero de motivos, muchos practicantes de odontología general que hacen endodoncias obvian estos pasos y cometen errores que ponen en entredicho el futuro del diente o de los dientes tratados endodónticamente²⁹. De igual forma, se debe tener en cuenta las técnicas de anestesia. Una anestesia profunda es un factor clave para realizar tratamientos endodónticos. Una mala técnica de anestesia haría que el paciente sienta dolor durante el procedimiento. Es importante recordar que en la mandíbula, y debido a lo grueso y compacto de las corticales, es imprescindible el empleo de técnicas de bloqueo regional²⁶.

Se realizó un estudio para comparar la opinión de dentistas generales entrenados con o sin programas de endodoncia, para definir si se inclina en tratar ellos mismos al paciente o prefieren referirlo a un especialista. Se distribuyó una encuesta electrónicamente a los miembros de la Asociación de Kentucky Dental, se les preguntó su género, escuela de odontología, año de graduación, y se presentó una lista de 18 procedimientos específicos de endodoncia o complicaciones posibles. Se les preguntó si: 1) es probable que trate al paciente, 2) es probable que remitir al paciente, o 3) neutral. Se encuestaron a 230 dentistas, hombres (71,7%) y mujeres (28,3%). 48,2% estudió en una escuela dental sin un programa endodóntico

y 49,7% estudió en una escuela con un programa endodóntico. El primer grupo fue significativamente más propenso en cuanto a referir al paciente, en casos como: 1) dientes con conductos calcificados (23,9%), 2) dientes con conductos curvos significativamente (28,3%), 3) cirugía periapical en los dientes anteriores (16,3%) y 4) tratamiento en pacientes con lesiones traumáticas, como la avulsión (52,2%)³⁰. Los resultados de este estudio indican que la presencia o ausencia de un programa de postgrado en endodoncia dental puede influir en decisiones posteriores en la práctica privada para referir a un especialista o para tratar pacientes que requieren terapia endodóntica. Aquellos odontólogos generales que evitan transferir al paciente a un especialista, cometen un gravísimo error porque no saben a qué problema se van a enfrentar posteriormente y no tienen la preparación adecuada para saber qué hacer ante una situación inesperada, por mucha de estas razones que se llega a incurrir en mala praxis.

Se presenta el seguimiento a cinco años de dos casos de perforaciones en la furca provocadas por mala práctica, la lesión es causada generalmente por una lima endodóntica o una fresa de alta velocidad; al aplicarse un exceso de presión vertical, el instrumento penetra en la dentina fuera del trayecto del conducto radicular generando una perforación; estas fueron selladas con mineral trióxido agregado (MTA) y las piezas dentales restauradas protésicamente³¹. En estos casos de mala praxis son el resultado de la

falta de experiencia del profesional o la ausencia de un estudio adecuado de la zona donde se llevó a cabo la endodoncia.

ORTODONCIA

Los errores en la ortodoncia se cometen principalmente por omisión del diagnóstico y en los peores casos por la falta total de conocimiento del odontólogo, por lo cual es de suma importancia estar al tanto de los principales diagnósticos si se pretende realizar cualquier tipo de intervención ortodóntica: un simple manejo del espacio, desgastes secuenciales en tratamientos de ortodoncia preventiva, una extracción seriada, colocación de aparatología fija o removible, o un tratamiento de ortodoncia correctiva³².

El Departamento de Radiología Oral y Maxilofacial del Instituto de Odontología de la Academia Sahlgrenska de la Universidad de Gotemburgo realizó un estudio para evaluar la frecuencia de errores en las radiografías panorámicas en jóvenes pacientes de ortodoncia, para registrar las condiciones patológicas o anormales, y comparar estos resultados con el historial del paciente. Se registraron un total de 1287 radiografías panorámicas de niños y adolescentes (530 chicos y 757 chicas, de edad promedio de 14 años), las cuales fueron analizadas. Las radiografías fueron obtenidas de pacientes remitidos para tratamiento de ortodoncia durante un período de 1 año. Cuatro observadores evaluaron las radiografías de 10

errores comunes, patologías y / o anomalías. Cinco de los errores se dividen en errores clínicamente relevantes o no es clínicamente relevante, es decir, errores que influyen en el diagnóstico. Sólo los hallazgos patológicos con una posible influencia en el tratamiento de ortodoncia se compararon con el historial del paciente. De las 1.287 radiografías, el 96% tenía errores. El número de errores en cada imagen varió entre 1 y 5, y en el 24% de estas imágenes, los errores podrían ser de importancia para la toma de decisiones clínicas. El error más común fue que la lengua no estaba en contacto con el paladar duro. Patologías o anomalías se encontraron en 558 pacientes, con un total de 1221 resultados fueron registrados. Los hallazgos pudieran ser relevantes para el tratamiento de ortodoncia eran 63, y 12 de ellos se registraron en los registros de los pacientes³³. El ortodoncista para tener un satisfactorio resultado en su trabajo, debe recurrir a la metodología del tratamiento, basándose en evidencia científica; es de vital importancia que se preste mayor atención a los exámenes previos al tratamiento ortodóntico, generalmente las radiografías panorámicas o periapicales no son lo suficientemente buenas para tomar una decisión correcta acerca de la real necesidad del paciente. Por estas razones, la ortodoncia es una de las especialidades que más presenta problemas, ya que el manejo del espacio es de vital importancia para el desarrollo de una correcta arcada dental y una adecuada oclusión.

PROSTODONCIA

La prostodoncia ha supuesto una auténtica revolución en la práctica odontoestomática en los últimos años con un incremento sostenido en su utilización. La mejora de las técnicas y la predictibilidad de los resultados han convertido a esta técnica en el procedimiento de elección en muchas situaciones clínicas. Las demandas legales han afectado a todas las áreas de Odontología, pero la más afectada de ellas se considera que es la implantología. En esta área, el grado de desconocimiento de los pacientes es bastante alto, generalmente se le exigen a los procedimientos funciones que estos realmente no pueden dar, el deber del dentista dar a conocer los posibles problemas y complicaciones que se pueden dar y el riesgo de fracaso³⁴.

En esta área, se dan casos de mala praxis también, generalmente por problemas con implantes dentales. En un estudio realizado en el programa de Cirugía Oral y Maxilofacial, en la Facultad de Odontología de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo, se describen dos casos de ingestión de cuerpos extraños relacionados con los implantes dentales durante la práctica odontológica. Se realizó en ambos casos un seguimiento clínico-radiográfico; sin embargo, uno de los pacientes requirió colonoscopia bajo anestesia general para la eliminación del cuerpo extraño de la región intestinal. Estas complicaciones no sólo han asociado coste económico, también conllevan el

riesgo de demanda por mala praxis contra el profesional, por lo que el cirujano fue responsable de todos los gastos de hospital, cirugía y manejo de este caso³⁵.

Como cualquier modalidad de tratamiento los implantes pueden fallar, ya sea por problemas con la integración ósea o bien por la prótesis en sí. Si el procedimiento resulta en algún tipo de daño al paciente y éste puede probar que el mismo se debió a la negligencia, impericia o imprudencia del odontólogo en la evaluación y tratamiento del caso, el profesional se encontrará seguramente visitando abogados. Las complicaciones de los implantes son una de las principales causas de demandas a los odontólogos en la Argentina. Este hecho es coincidente con la experiencia mundial. De acuerdo a las estadísticas que maneja la principal aseguradora de odontólogos del Reino Unido, los reclamos por implantes se originan por³⁶:

1. Inadecuada evaluación del caso, inadecuados estudios previos o problemas vinculados al consentimiento (28%)
2. Resultado estético o funcional insatisfactorio
3. Falla del implante (por causas biológicas o de diseño)
4. Daño a estructuras vecinas (ejemplo: nervios dental inferior, mentoniano, lingual o bien complicaciones que involucran al seno maxilar).

Es por esta razón que se recomienda al odontólogo que le pidan a sus pacientes que completen una declaración en la que manifiesten si tienen o han padecido alguna enfermedad; realizar el implante en el mismo tiempo quirúrgico de una remoción dentaria; obtener el apropiado material de implantes de proveedores o fabricantes reconocidos; evaluar adecuadamente los aspectos oclusales en el diseño final de la prótesis; registrar prolijamente la evaluación clínica y odontológica del paciente, el resultado de los estudios realizados, el plan de tratamiento, la descripción del procedimiento quirúrgico y las instrucciones de seguimiento. Deberá mantener sus archivos por un plazo no menor a 10 años³⁶.

Un estudio realizado por la Universidad de Ciencias Médicas Tabriz, Irán, con el objetivo de evaluar el efecto de la orientación del injerto de tejido conectivo en el resultado clínico del procedimiento de raíz, cuando se aplica en combinación con colgajo de avance coronal. Los defectos en el injerto de cada paciente fueron seleccionados al azar, en algunos casos se presencia el periostio en contacto con el diente. Al inicio del estudio, se tomó en cuenta la profundidad de la recesión, el ancho de la recesión, la profundidad del surco gingival, el nivel de inserción clínica, la duración del tejido queratinizado y el ancho de la papila³⁷. Este caso viene a colación para destacar los aspectos que se deben tomar en cuenta al momento de realizar un implante dental, cuán importante son los datos previos para que no ocurran ningún

problema ni riesgo cuando se esté realizando el trabajo.

En cualquiera de las áreas de la odontología no se puede trabajar al simple azar, se deben tomar en cuenta las condiciones de salud en las que se encuentre el paciente; con el fin de analizar todos los datos y llegar a una conclusión sobre las medidas que se deben tomar para solucionar las partes afectadas, con la previa autorización del paciente.

ODONTOPEDIATRÍA

El área de Odontopediatría no escapa de situaciones inesperadas en las que se da la mala praxis, esta es una de las áreas más delicadas a tratar, por lo que se están realizando tratamientos en pacientes infantiles, los cuales suelen ser un poco más inquietos, se debe tener una delicadeza suprema y paciencia al momento de tratarlos. El procedimiento odontológico en niños(as) es muy diferente al que se realiza en adultos, ya que el uso de muchos instrumentos del consultorio odontológico es limitado.

La odontopediatría es una de las áreas más complicadas que el odontólogo puede desempeñar, debido a que debe poner a prueba todos sus conocimientos, mantener una actitud y tener la capacidad de solventar cualquier situación que se le presente con algún niño o niña, con el fin de no generar ansiedad o temor alguno de parte de sus pacientes. El odontólogo es el responsable de que su dignidad se materialice en forma adecuada y, por lo tanto,

respetar su intimidad, derecho a la información, confidencialidad y participación de los padres en la decisión dental³⁸. Asimismo, los odontopediatras deben saber que el abuso físico o sexual se puede reflejar en lesiones orales o dentales o condiciones que a veces puede ser confirmada por hallazgos de laboratorio. Por otra parte, las lesiones infligidas por la boca o los dientes pueden dejar pistas sobre el momento y la naturaleza de la lesión, así como la identidad del perpetrador. Se les recomienda tener conocimiento de tales hallazgos, su significado, observar y documentarse meticulosamente. Cuando el odontopediatra observa rastros de abuso al momento de la interconsulta con el niño, y éste calla, está infringiendo leyes que quebrantan los derechos del niño³⁹. Desde el punto de vista ético, es mal visto y señalado como una falta a los preceptos médicos que rigen la carrera. El primer encuentro con el odontólogo, es el que va a definir el destino de la relación que el paciente tenga con el mismo, se establece una primera comunicación. Además, Es importante que el odontopediatra como el ortodoncista, sepan detectar, clínicamente cuando un niño respira predominantemente por la boca, para hacer una debida interconsulta con las diferentes especialidades médicas, como con otras especialidades no médicas ya sea fonaudiólogo y/o kinesiólogo para el tratamiento interdisciplinario del niño respirador bucal⁴⁰.

El Departamento de Pediatría Odontológica de la Universidad de Tel Aviv, Israel, realizó un

cuestionario anónimo a 25 odontopediatras certificados (29,4%), 48 no certificados (56,5%) y 12 residentes en Odontopediatría (14,1%), para identificar el tipo y la prevalencia relativa de los errores, negligencias y faltas legales (MNLOs, por sus siglas en inglés: Mistakes, Negligence and Legal offences) realizadas por dentistas pediátricos durante toda su carrera. Los MNLOs más frecuentes relacionados con el rendimiento de las radiografías son: alas de mordida con dientes superpuestos (90%), se anuló la película (30%), sobre-exposición de la película (48%), el desarrollo de películas defectuoso (84%) y exposición de los mismos lados de la película dos veces (32%). Otros MNLOs estaban: perforando un diente intacto (37%), un diagnóstico erróneo existente en caries radiográficas (63%), anestésiar el diente equivocado (49%), incisión accidental de la mejilla/labios durante el tratamiento (73%), la administración de una dosis incorrecta de antibiótico (49%) o analgésicos (24%), la extracción del diente equivocado (15%), documentar el diente equivocado en el archivo del paciente (63%), el niño trague un instrumento (33%) o cierre (15%). Los MNLOs frecuentes incluyen: la administración de sedación a un niño que no había ayunado (32%), sedantes sin control (9%), el tratamiento de niños sin recibir consentimiento firmado por los padres (15%) y la pérdida de una radiografía (64%)⁴¹.

PERIODONCIA

Hay que considerar que las enfermedades bucales más frecuentes, como la caries dental o enfermedad periodontal, tienen manifestaciones locales específicas, su tratamiento es casi mecánico: lesión cariosa = obturación, gingivitis = profilaxis e higiene. Esto ocasiona que odontólogos y pacientes resten importancia a las consecuencias de la enfermedad, minimicen los riesgos, y a veces evolucione el padecimiento⁴².

A pesar de que la teoría del avance continuo de la enfermedad periodontal no es reflejada por la realidad observada clínicamente, principalmente porque se ha demostrado que el ritmo de progresión es muy variable. Los estudios realizados hasta hoy apoyan las teorías de los brotes de actividad episódicos aunque sus resultados son cuestionados en base a la gran cantidad de errores de medición posibles. Es de esperar que este dilema sea esclarecido con la utilización de nuevas tecnologías que permitan mediciones más exactas y objetivas, como las sondas de tercera generación, radiografías de sustracción u otras que pudieran desarrollarse⁴³.

Esta es una enfermedad que va aumentando su severidad con el paso de los años, se da por la pérdida de inserción. Generalmente se dan errores de medición en este tipo de casos, lo que hace que el procedimiento a realizar no sea totalmente correcto, esto puede generar discusión del paciente e incluso llegar a culpar al especialista, cuando en realidad la precisión

del instrumento de medición es algo que escapa de sus manos.

El Departamento de Odontología de la Universidad de Indiana, Indianápolis, realizó un estudio de prevención en periodoncia, abarcando todos los esfuerzos para controlar la placa bacteriana hasta la cirugía periodontal regenerativa, continuando con la terapia de soporte. La historia natural de la enfermedad periodontal es la progresión desde el estado de la salud a gingivitis, periodontitis y la exfoliación del diente. Una vez que la enfermedad tiene cambios clínicos detectables, los objetivos de prevención cambian de prevención del inicio de la enfermedad o **prevención primaria** a detener el progreso de la misma. La segunda etapa de prevención es llamada **prevención secundaria** y comienza los primeros estudios de la patología. Comprende la promoción de la salud y un adecuado tratamiento; se basa en tempranos y correctos métodos de diagnósticos así como en medidas de terapéuticas efectivas. Con el progreso de la enfermedad ocurren defectos que requieren una corrección para mantener al paciente en salud. Las medidas preventivas durante la fase reconstructiva abarcan la prevención terciaria que incluye metas tanto de limitación del daño como de rehabilitación⁴⁴. Es de vital importancia, que el odontólogo esté al tanto de los cambios que presenta la enfermedad a medida que pasa en tiempo, para que vaya estudiando progresivamente una forma de poder detener o retrasar su acción, contando siempre

con la buena voluntad de ayudar a la mejoría de la salud del paciente. Si el odontólogo, hiciera caso omiso a este hecho, causando daño al paciente, este podría repercutir en contra el profesional, ya que está en el todo el derecho de exigir que sea respetado como persona y su caso sea tomado en cuenta.

Estudios realizados en la última década sobre la relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes, ha generado controversia ya que existen pocos reportes que realmente puedan demostrar con certeza de que existe o no tal relación. Esto se debe a la presencia de una gran cantidad de variables que intervienen tanto en una como en otra patología. Es importante para el odontólogo, tener conocimiento de si el paciente sufre de Diabetes, ya que esta enfermedad se define como un estado de hiperglicemia crónica generado por numerosos factores ambientales y genéticos, los cuales generalmente actúan juntos. A nivel periodontal, la diabetes actúa como un factor de riesgo que puede acelerar el proceso destructivo periodontal, el cual está siempre iniciado por agentes microbianos. Por otra parte, la Enfermedad Periodontal, como el resto de las infecciones bacterianas, disminuye la captación de glucosa por parte de la insulina y por ende contribuye a un pobre control metabólico de la diabetes⁴⁵. En condiciones ideales, el tratamiento periodontal sobre pacientes diabéticos sin control de su glicemia, está contraindicado. Idealmente el tratamiento debe realizarse cuando la enfermedad está bien

controlada, evitando así complicaciones al momento de realizar un determinado tratamiento.

RADIOLOGÍA

La calidad de la imagen radiográfica es esencial para el diagnóstico y conservación de radiografías en archivo. Así mismo, hay especialidades odontológicas que, por fuerza de la ejecución, necesitan obtener radiografías con mayor brevedad, siendo común que profesionales y alumnos recurran a procedimientos que perjudican su calidad con la justificación de ganar tiempo. Las imágenes radiográficas no entran en el concepto de mala praxis como tal, pero si es uno de los factores que pueden llevar a que un procedimiento odontológico no obtenga los resultados esperados, a causa de la mala calidad de estas.

Fueron analizadas 572 radiografías provenientes de archivos de pacientes atendidos por los alumnos del 9º semestre de 1999, de la Clínica Integrada de la Facultad de Odontología de Pernambuco-UPE. Las radiografías fueron analizadas simultáneamente por dos observadores y de esas, 75% presentaron errores. Los errores asociados a la técnica radiográfica correspondieron a 58%, siendo de mayor prevalencia los errores de elongación de la imagen (35,7%) y encuadramiento de la región radiografiada (35%). Los errores que más ocurrieron durante el procesamiento fueron imágenes "amarillentas" (33%) y radiografías

rasguñada (23%)⁴⁶. En la actualidad el odontólogo está estrictamente asociado con el área de radiología, debido a que a través de los estudios radiográficos se puede dar un diagnóstico a los pacientes acerca del tratamiento que se le puede aplicar, el error en las mismas puede acarrear consecuencias no favorables, es por ello que las radiografías, tomografías computarizadas, entre otros, se deben realizar con extremo cuidado, para que el resultado sea el más satisfactorio; tanto para el odontólogo como para el paciente y así el odontólogo pueda interpretar correctamente las radiografías intra-bucales.

De modo general, las especialidades que presentan más problemas por mala praxis son: Ortodoncia 64,7%, Cirugía Bucal 50,4%, Prostodoncia 41,2%, Endodoncia 20,2%, Periodoncia 14,3%, Radiología 11,8% y Odontopediatría 10,1%. La consecuencia de toda esta secuencia de errores en el área de la odontología, ha sido un aumento en el número de acciones judiciales contra los profesionales, basadas muchas veces en la insatisfacción con el tratamiento⁵. Las demandas están relacionadas con el tratamiento y pocas veces con el trato del odontólogo, aunque las dos cosas están relacionadas, si el tratamiento fracasa y el paciente queda descontento, es porque hubo una obvia falta de comunicación. El paciente debe entender las alternativas del tratamiento recomendado, algunos ejemplos son casos quirúrgicos o no quirúrgicos, extracción o no extracción, aparatos removibles o aparatos fijos.

Se les debe decir a los pacientes porque los tratamientos recomendados son preferidos a las otras alternativas¹⁰.

LEYES

Es de fundamental importancia que los profesionales de la salud contengan conocimientos básicos en cuanto a los preceptos legales. En lo concerniente a la **Ley Orgánica de la Salud** en su **Título VIII, Artículo 69** y **Ley de Derechos y Amparo al Paciente** en su **Capítulo II, Artículos 2, 3, 4 y 5**, coinciden que los derechos esenciales de los pacientes son:^{47, 48}

1. Derecho a una atención digna
2. Derecho a no ser discriminado
3. Derecho a la confidencialidad
4. Derecho a la información
5. Derecho a la decisión.

Es importante saber qué tipo de obligación pesa sobre el odontólogo cuando hay demanda por mala praxis. Algunas sanciones por mala praxis son:

- Multas
- Suspensión temporal o definitiva del permiso o licencia
- Suspensión del ejercicio profesional
- Decomiso
- Clausura parcial, temporal o definitiva del establecimiento.

Por la importancia de los procesos judiciales, se toman en cuenta, y con mayor detenimiento las historias clínicas de cada paciente y el protocolo de información. Para que una demanda prospere por mala praxis tienen que estar presentes varios elementos:

- En primer lugar tiene que dirigirse contra el autor del daño
- En segundo lugar es necesaria la presencia de un daño objetivo
- Asimismo, presentarse por parte del demandado una culpa o negligencia de su accionar
- Por último es imprescindible la presencia de un nexo causal que vincule el acto profesional y el daño causado. Si este nexo no se presenta o se encuentra resquebrajado de un elemento exógeno, no podrá atribuirse la culpa al demandante.

En un estudio realizado, se distribuyeron 318 cuestionarios a abogados, de los cuales 151 respondieron. Los resultados aprobaron que: 64,7% una eventual falla en el tratamiento ocurre por la incapacidad del profesional, 27% procurarían otro cirujano odontólogo y un abogado; 36,5% entienden que si el tratamiento no le agrado al paciente, se debe aceptar la insatisfacción, la inconformidad y el descontento y ofrecer nuevas explicaciones exponiendo los motivos; 36,1% piensa que la mejor conducta a ser adoptada por el odontólogo, sería el intento de un acuerdo extra

judicial⁵. Lo más razonable sería que el odontólogo tratara de solucionar el problema, sin la necesidad de tener que perjudicar su práctica profesional, ofreciendo disculpas al paciente, exponiendo razones sólidas y comprensibles de porque el tratamiento fallo, claro está, siempre y cuando el acto no haya perjudicado notoriamente al paciente.

En un análisis de las quejas que son presentadas ante CONAMED, México, un poco más del 5% pertenecen al área de la odontología. Los resultados que se obtuvieron en cuanto al proceso de demanda: 67% de las quejas recibidas se concluyeron durante la audiencia de conciliación; 16,5% no pudo resolverse mediante este medio; 5,8% fue turnado a la Dirección general de arbitraje; 2,4% se dieron por terminadas dada la falta de interés de las partes; 4,7% por no ser de competencia de la situación y 3,6% están en un proceso de atención⁴⁹. Si el odontólogo procede una manera pacífica y trata de llegar a un acuerdo con el paciente afectado, este problema se podría solucionar sin la necesidad de caer en demandas legales, generando la mejor estabilidad para ambas partes.

Para finalizar, se presenta un análisis de una serie artículos del **Código de Deontología Odontológica venezolano**, de gran interés para todos aquellos que realizan el ejercicio de la odontología y para los que van en camino de forjar su futuro en esta rama de salud.

El odontólogo está en la total obligación de respetar la integridad humana, preservar la salud como primer principio de bienestar social, así mismo de mantenerse informado de todos los avances y nuevos tratamientos que puedan surgir en el área que se desempeña; de esta manera tendrá un mejor manejo al momento de realizar un diagnóstico, tomando en cuenta estos avances y realizando el debido seguimiento a la evolución constante del paciente. Si se diera el caso, en que el odontólogo tuviera dudas al momento de realizar un tratamiento, es válida su consulta con otros colegas o preferiblemente se aconseja referir a un odontólogo especialista, este segundo se hará cargo del caso, tomando en cuenta las recomendaciones del odontólogo tratante.

Si algún profesional observase que un colega está faltando ética y moralmente a la práctica, este está en la obligación de denunciarlo ante la entidad correspondiente, ya que sin excepción alguna, todo odontólogo deberá respetar y hacer respetar las leyes por las cuales se rige la carrera. En caso de que un odontólogo, tuviera un motivo justificable para no continuar con el tratamiento, podrá hacerlo siempre y cuando no perjudique la salud del paciente, deberá avisar con tiempo al paciente e informar todo con respecto al tratamiento para que lo continúe otro profesional.

El secreto profesional es un deber inherente de la profesión, está establecido para garantizar la seguridad del paciente, no se incurre en

violación de esto cuando se requiere por mandato de ley, cuando el paciente autoriza al odontólogo y cuando en su calidad de profesional de la salud hace un informe de enfermedades infecto-contagiosas para las instituciones sanitarias. El profesional está en el derecho de compartir el secreto con otro profesional, para que participe en el caso, este a su vez estará en la obligación de mantenerlo.

Se dan faltan a la moral profesional cometidas por ignorancia, negligencia, impericia o mala fe debidamente comprobadas, serán objeto de sanciones por parte de los Tribunales Disciplinarios de los colegios Regionales y Nacional. Es grave contra la ética profesional que un Odontólogo permita que bajo su dependencia, realice funciones odontológicas quien no está autorizado legalmente para ejercer la profesión.

CONCLUSIÓN

- En la mayoría de los casos estudiados se incurrió en mala praxis por no tener la especialización adecuada para llevar a cabo una práctica y por el uso inadecuado y equívoco de los instrumentos.
- En todos los casos se recomienda que el odontólogo esté especializado y capacitado en el área que se desempeñará, con la finalidad de evitar inconvenientes a futuro. Si este no se haya en condiciones de realizar un trabajo, lo más favorable para él y para el paciente es que delegue la función a otro odontólogo.
- En caso de incurrir en mala praxis, con un error que pueda ser reversible, lo más recomendable para el odontólogo es tratar con el paciente y llegar a un acuerdo extrajudicialmente, de manera de no perjudicar su licencia profesional y lograr la mejor condición para el paciente.

REFERENCIAS

- (1) Tamayo J. La relación médico paciente y la mala praxis médica. Revista Novedades Jurídicas. 2007 Feb; 4(19):12-23.
- (2) Pascucci P, Travieso G. La ética en el ejercicio de la odontología. Primera Edición. Editorial Venezolana, C.A; 2008.
- (3) Castillo DV, Guerra A. Bioética desde una perspectiva odontológica. Rev. Estomat. 2009; 17(2):45-51.
- (4) Triana J. La Ética: un problema para el odontólogo. Acta Bioeth. 2006; 12 (1).
- (5) Saliba C, Ispier A, Adas N, Dossia, Adas M. Responsabilidad del cirujano odontólogo: ¿Qué piensan los abogados?. Acta Odontol. Venez. 2010; 48(1):1-11.
- (6) Torres M, Miranda M, Romo F. Bioética y Odontología General. Revista Dental de Chile.2009.100 (2) 32-37.
- (7) Izzeddin R, Spina M, Tosta E. Dimensión ética en la práctica odontológica. Acta Bioeth. 2010; 16 (2): 207-210.
- (8) Ares Y, Del Campo R, García J, Chou A, Fernández R. El consentimiento informado en cirugía. Arch Cir Gen Dig. 2005 Ago; 8.
- (9) Rathnam A, Madan N. "Rx - The mistakes we make!!": A short study. Indian J Dent Res 2011; 22:684-7.
- (10) Pentón V, Véliz Z, Prado B, Herrera L. La ética y la bioética: bases del consentimiento informado en Ortodoncia. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009; 7(6):42-51.
- (11) Palma J. Implicaciones éticas y jurídicas de la práctica odontológica. Revista Odontológica Mexicana. Jun 2007; 11(62):62.
- (12) González S, Rivera A, Tena C, Sánchez J, Manuel G, Triana L, Estrada M, Jiménez C, Ureña J, García J Hernández J, Carrillo R. Recomendaciones para mejorar la práctica Odontológica. Revista ADM. 2004; 61(3).
- (13) Luengas MI. La bioética en relación a la clínica odontológica. Revista ADM. 2003 Nov-Dic; 60(6):233-239.
- (14) Dym H. Risk management in the dental office. Dent Clin North Am. 2012 Jan; 56(1):113-20.
- (15) Curley AW. The law and dentoalveolar complications: trends and controversies. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011 Aug; 23(3):475-84.

- (16) Iriarte M. Iatrogenia y Malpraxis Médica. Rev inv e info salud. Universidad Del Valle. 2008;3(7):73-75.
- (17) Pena C, Sacot N. Quiste Dentífero ¿patología de origen iatrogénico? Rev. Fac. Odontol. Buenos Aires. Aug 1992; 12(30):23-28.
- (18) Simonsen AR, Duncavage JA, Becker SS. Malpractice in head and neck surgery: a review of cases. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Jul; 147(1):69-79.
- (19) Goldstein BH. Unconventional dentistry: Part II. Legal and regulatory issues. J Can Dent Assoc. 2000 Oct; 66(9):503-6.
- (20) Ramirez M. Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el consultorio odontológico INCE. Departamento de Estomatología. 2008.
- (21) Villanueva J, González A, Nuñez C, Cornejo M. Fractura del ángulo mandibular por extracción del tercer molar. Revista Dental de Chile. 2005; 96(1):14-15.
- (22) Del Aguila Q, Moncada P, Vilcapoma H. Desplazamiento accidental de la tercera molar inferior impactada al espacio faríngeo lateral. Odontol. Sanmarquina 2010; 13(1):36-38.
- (23) Sacot N, Ferrería J. Mala praxis en la cirugía del tercer molar retenido. Rev. Fac. Odontol. Buenos Aires. 1996; 16(42):23-27.
- (24) Núñez k. Martinez W. La Responsabilidad Civil del Odontólogo. Revista Médico Legal. 2006; 12(1):28-31.
- (25) Tima M. Anestésico Locales: su uso en la odontología. Primera Edición. Chile. 2007.
- (26) Tamashiro T, Arias P. Iatropatogenia en la extracción de retenciones dentarias. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2003 Ene-Feb; 60(1):29-33.
- (27) Quintero E, Sabater M, Chimenos E, López J. Hemostasia y Tratamiento Odontológico. Av Odontoestomatol. Madrid. Oct 2004; 20(5):247-261.
- (28) Bongiorno R, Murad L, Trismus. Rev. Fac. Odontol. Buenos Aires. Apr 1992; 12(29):10-15.
- (29) Stéphane H. Errores comunes en endodoncia. Revista Mexicana de odontología clínica. 2008 Ene-Feb; 2(2):10-14.

- (30) Carman Gregory A. Presence / absence of an endodontic specialty program during dental education compared to general dentist attitudes toward treating or referring patients requiring Endodontic therapy. Program in Oral Biology. School of Dentistry. University of Louisville. Louisville, Kentucky. 2010.
- (31) Espinosa A. Sellado de perforación por desgaste en la furca, reporte de dos casos con control a cinco años. Revista Nacional de Odontología de México. 2011; 6(3):20-24.
- (32) Tokunaga S. Errores comunes del cirujano dentista en la consulta general en problemas ortodónticos Revista Mexicana de Odontología Clínica. 2007 Feb; 1(1).
- (33) Granlund CM, Lith A, Molander B, Gröndahl K, Hansen K, Ekestubbe A. Frequency of Errors and pathology in panoramic images of Young orthodontic patients. Eur J. Orthod, 2012 Aug; 34(4): 452-7.
- (34) Bertrand L. Pera B. La gestión de la clínica Implantológica: aspectos legales de la práctica Implantológica. Atlas Práctico de Implantología Oral. Capitulo XXV. Nov 2006.
- (35) Santos T de, Antunes AA, Vajgel A, Cavalcanti TB, Nogueira LR, Laureano Filho JR. Foreign body ingestión during dental implant procedures. J craniofac Surg. 2012 Mar; 23(2):e119-23.
- (36) Vítolo F. Aspectos medico legales de los implantes dentales. NOBLE Aseguradora de Responsabilidad Profesional. Biblioteca NOBLE S. A.
- (37) Lafzi A, Zadeh R, Abolfazli N, Safaiyan A. Effect of connective tissue graft orientation on the root coverage outcomes of coronally advances flap. Clin Oral Invest. 2007; 11:401-408.
- (38) Aljaro M. ¿Qué debemos saber de Bioética y Odontopediatría? Revista de la Sociedad Chilena de Odontopediatría. 2009; 24(2):29-31.
- (39) Kellog N. Oral and Dental aspect of child abuse and neglect. Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. Dec 2005; 116(6):1565:1568.
- (40) Rios M. Respirador Bucal. Pruebas cualitativas, observación e interrogatorio para detectarlo en la clínica: Importancia de su detección. Revista ODONTO32. 2007; 1(0).
- (41) Ashkenazi M, Bijaoui E, Blumer S, Gordon M. Common mistakes, negligence and legal offences in pediatric dentistry: a self- report. Eur Arch Paediatric Dent. 2011 Aug; 12(4):188-94.

- (42) Duque J, Rodríguez A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol.* 2001; 39(2):111-119.
- (43) Carranza N. Enfermedad Periodontal. Continua o episódica? *Rev. Fundac. Juan José Carraro.* May 1999; 4(8):21-23.
- (44) Hancock E. Periodontal diseases: prevention. *Ann Periodontol.* Nov 1996; 1(1):223-249.
- (45) Michelin P. Diabetes en la enfermedad periodontal. *Rev. Fundac. Juan José Carraro.* May 1999; 4(8) 11-15.
- (46) Anjos M, Pinho H, Anjo A, Fonseca M. Errores en radiografías intrabucales realizadas en la facultad de odontología de Pernambuco-Brasil. *Acta Odontol Venez.* 2005; 43(1).
- (47) Ley Orgánica de la Salud. Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998.
- (48) Ley de Derechos y Amparo al paciente. Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006.
- (49) Espinosa A. Análisis de expediente de quejas del área de odontología. *Rev. De la CONAMED* 2000; Año 4; 6(17):5-7.
- (50) Código de Deontología Odontológica aprobado en la XIX Convención Ordinaria del Colegio de Odontólogos de Venezuela, realizada el 09 y 10 de Agosto de 1972.