

98
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

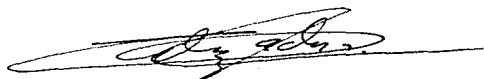
CONSIDERACIONES DE ÉTICA MÉDICA EN
ODONTOLOGÍA
Y PARESTESIA DEL NERVIIO LINGUAL

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO
DENTISTA

PRESENTA:

MARTHA GONZALEZ GUTIERREZ



ASESORA: C. D. CAROLINA ALVAREZ DE LA CADENA
SANDOVAL

MEXICO D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

MI RECONOCIMIENTO A LA ASESORA
DE ESTE TRABAJO CAROLINA
ÁLVAREZ DE LA CADENA

A LA DOCTORA ROCÍO FERNÁNDEZ

Y

AL DOCTOR MANUEL LÁZARI DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MIS AMIGOS: LISA, ROBERTO,
MARCO, TOÑO, LAURA, ADRIANA,
GUILLE, ALEX, EDUARDO

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. CONCEPTO DE ÉTICA	8
1.1. Definición etimológica de Ética	8
1.2. Relación entre Ética y Moral	9
1.3. La Ética como Ciencia	12
1.4. Los juicios de Valor y la Normatividad	13
2. LA ÉTICA MEDICA	17
2.1. La Enfermedad	17
2.2. La Medicina	19
2.3. La Relación Médico-Paciente	19
2.4. Códigos de la Ética Médica	22
2.4.1. Código de Hipócrates	22
2.4.2. Código de la UNESCO	25
2.4.3. Código Internacional de Ética Médica	27
2.4.4. Código de Nuremberg	30
2.4.5. Declaraciones de Helsinki	32
2.4.6. Consentimiento informado	36

3. PRINCIPIOS DE RESPONSABILIDAD MORAL EN MEDICINA	39
3.1. Principio de Beneficencia	40
3.2. Principio de No Maleficencia	44
3.3. Principio de Autonomía	51
3.3.1. Consentimiento informado	57
3.4. Principio de Justicia	58
4. PARESTESIA DEL NERVIO LINGUAL	62
4.1. Definición	62
4.2 Anatomía de la rama mandibular del trigémino	62
4.3. Etiología	64
4.4. Clasificación	65
4.5. Remisión	66
4.6. Prevención	68
5. CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFIA	

RESUMEN

El presente trabajo trata de temas de Ética en relación con la Deontología Médica. La Ética es una rama de la Filosofía encargada del estudio del acto humano que da elementos de juicio para que una persona norme su conducta moral. A la Ética médica, en particular, se le ha considerado como una disciplina normativa de la actitud del Médico. Se discuten los Principios de Bioética conocidos como Principio de Beneficencia, de no Maleficencia, de Autonomía y de Justicia que pueden servir para orientar la responsabilidad moral del cirujano dentista ante la posibilidad de causar parestesias al nervio lingual tras la extracción de terceros molares mandibulares. Se incluyen consideraciones sobre el tema del consentimiento informado en los tratamientos médicos.

INTRODUCCIÓN

Para cualquier persona existe una noción de lo que puede considerarse como un comportamiento social calificable de "ético", "adecuado", "correcto" o "deseable". Sin embargo, muy raramente, dicha persona se cuestionará sobre el origen de tales nociones.

Es posible que para la mayoría de las personas, la ética sea entendida como una serie de principios morales que son del conocimiento común, que no hay que analizar demasiado, que simplemente están allí y que siempre lo han estado.

A veces, el aspecto de la conducta moral, se maneja más como una fórmula de conversación, o una forma de demagogia que como un elemento indispensable para la formación profesional, o simplemente en la formación integral de una persona.

La ética tiene que ver con el comportamiento individual y social del hombre, sea o no un profesionista. Pero esto tal vez no sea evidente al principio.

El objetivo central de este trabajo es el de analizar y realzar la importancia del estudio y de la aplicación de los conocimientos y procedimientos que aporta la ética para lograr obtener Cirujanos Dentistas de buena calidad, con un sentido más humano.

Como ejemplo de lo anterior, se discute sobre la conducta moral del cirujano dentista, ante la probabilidad de producir parestesias

al nervio lingual de un paciente, por indicar y realizar en él, la extracción de terceros molares mandibulares.

El trabajo se limita a ciertos aspectos de la ética médica, como son los modelos de responsabilidad moral en medicina. Se discute el concepto de consentimiento informado por parte del paciente, quien es, en última instancia, la persona que puede quedar afectada por secuelas que resulten del uso de los tratamientos quirúrgicos.

1. CONCEPTO DE ÉTICA

El cirujano dentista trata con personas que le van a buscar para que los cure de algún padecimiento en sus bocas. Es por ello que además de sus conocimientos y habilidades técnicos en el área de la estomatología, debe de tener conocimientos y conceptos claros de un proceder correcto y humano con sus pacientes.

1.1. Definición etimológica de Ética

La palabra ética procede de "ethos" una raíz lingüística griega. Según Escobar (1991), la primera persona en usarla fue Homero, quién la describe como el lugar habitado por hombres y animales. En esta primera aproximación, se puede interpretar también como cueva o guarida.

Heidegger (en Escobar, 1991), se refiere a ella como lugar o morada, y especifica que el lugar o morada del hombre es el ser.

Zenón de Citio (en Escobar, 1991), sostiene que el ethos es la fuente de la vida, de la que emanan los actos singulares.

La acepción mas conocida y difundida del vocablo, sin embargo, se debe a Aristóteles, y está ligado al tipo de conocimiento que llamamos Ética. Según esta acepción, ethos, significa temperamento, carácter, hábito y modo de ser (Escobar, 1991).

La ética sería entonces un tratado de los hábitos y de las costumbres, pero no de costumbres superficiales e irrelevantes.

no se trata de lo que se hace de forma innata, sino de lo que de alguna forma se adquiere por la interacción del hombre como individuo en relación con su ambiente social.

Serrano (1961), reitera las cualidades del ser humano como un ser social, con conciencia de su propio ser. Es un generador de la cultura, que se abre paso entre el misticismo y la religión, la ciencia y el arte. Este mismo autor ubica a la Filosofía como la que se encarga de hacer la reflexión sobre la cultura.

Si se busca la palabra Ética en un diccionario, se llegara a la conclusión de que se trata de una parte de la Filosofía que se encarga de la moral y de las obligaciones del hombre

1.2. Relación entre Ética y Moral.

La palabra moral viene del latín "moris", que significa costumbre. De acuerdo con el diccionario, en las costumbres se hace una ponderación necesaria hacia su bondad o malicia.

Por el puro análisis etimológico de las palabras ética y moral, no se puede obtener, una imagen clara de lo que trata cada una de ellas.

Para la mayor parte de la gente lo inmoral es lo mismo que la falta de ética, aunque tiende ha haber una cierta correlación entre la moral, y el comportamiento social en general, y la ética, asociada con el comportamiento profesional o Deontología.

Escobar (1991), propone a la ética como una rama o parte teórica de la Filosofía, y a la moral como su objeto de estudio.

Castro (1966), por su parte, dice que la palabra griega, acerca más a una intención: "saber con fundamento", y anexa los términos de deber, normatividad, e índole humana. Por ello, traduce a la ética como una teoría de las costumbres. A la moralidad, le confiere cierta obligatoriedad, como un concepto distinto y superior a los meros hábitos, usos y costumbres sociales. Lo anterior lo resume diciendo: "El objeto de la ética como disciplina filosófica es: Determinar el concepto de lo bueno, describir los elementos, cualidades o características que lo componen y que fundamentan el querer y la voluntad buenos y la validez de las normas que rigen la conducta moral".

Alvarez de la Cadena (1993), acepta la definición de la ética como una ciencia práctica y normativa, que estudia racionalmente la bondad y maldad de los actos humanos.

Vargas (en Platts, 1988), describe a la ética de Platón como una disciplina preocupada por los problemas de la moralidad, haciendo la diferencia entre el acto correcto, basado en el conocimiento y el que se basa en la creencia, que se obtiene por educación.

El punto de partida de este análisis fue el de tratar de ubicar los conceptos de ética y moral y la forma como se relacionan. Por lo expresado anteriormente, se puede decir que tanto la ética como la moral se asocian, de manera general con los aspectos de las costumbres, los hábitos y el modo de vivir de las personas.

Cada hombre, como tal es único. Tiene un cuerpo y una mente y una definida ubicación espacio-temporal. Por lo tanto, el hombre vive dentro de su cuerpo y dentro de una comunidad social; a la vez, se ubica en cierto lugar geográfico y en cierto tiempo.

La conducta humana, es un fenómeno muy complejo en el que se cita todo un conjunto de elementos. Estos elementos parecen concatenarse en un efecto dominó.

Primero se propone un acto humano. Se analizan sus causas y efectos. Se hace un juicio sobre su bondad o malicia. Se correlaciona con un deber, el cual debe ser asumido en un acto de libertad pero con base en la razón. Lo anterior da paso a la elaboración de una ley moral.

La ley moral, a diferencia de otro tipo de leyes, se expone a la decisión del sujeto para que elija su actitud personal como un ejercicio de su libertad. Es una invitación a la crítica y al autocompromiso.

La ley moral, en otro contexto, no siempre se expone a la razón se enseña como un modo de comportamiento que es necesario respetar, si se quiere pertenecer a una comunidad.

En este último caso se emplea para implementar una cierta normatividad de una comunidad en particular. Puede incluso pasar a formar parte de una ley jurídica, y entonces, su no cumplimiento recibe una penalización.

1.3. La Ética como Ciencia

Existe entre la gente la idea de que la ciencia es infalible, raramente se menciona que tiene principios de incertidumbre (Brand en Platts, 1996). El hombre ha conquistado el espacio, los abismos marinos, superado barreras geográficas, incrementado su velocidad de movimiento y de comunicación, terminado enfermedades, y muchos otros ejemplos más.

Para algunos de los autores citados anteriormente, la ética es una ciencia (Castro, 1966; Alvarez de la Cadena, 1993). Para otros (Escobar, 1991; Toulmin, 1979), no cubre los requisitos como para ser considerado como tal.

Castro (1966) dice que aunque la ética es fundamentalmente teórica, secundariamente práctica y expresamente normativa.

Alvarez de la Cadena (1993), acepta la apreciación de la ética como ciencia, diciendo que ésta explica las cosas por sus causas y que como ciencia práctica, a diferencia de las ciencias especulativas o teóricas, su finalidad se encuentra en la realización de sus conocimientos.

Escobar (1991) por su parte, dice que toda disciplina filosófica, resulta teórica, en la medida en la que reflexiona críticamente sobre sus objetos de estudio, y no se propone prescribir conductas o crear reglas morales, artísticas o religiosas.

En este mismo sentido, Toulmin (1979) centra su discusión en que la ciencia tiene mas un valor predictivo que prescriptivo.

Para él, los filósofos empiristas confunden a la ciencia con la razón y a la ética con la retórica o la racionalización.

Las citas anteriores son solo una muestra de lo que se puede encontrar en la literatura respecto a la posición de la ética como ciencia y que se resume en dos posiciones muy claras. La ética solo es teórica, o bien, la ética invade a la praxis.

Cuando el propósito fundamental es el conocimiento, se busca la mayor objetividad posible. No se debe de trabajar bajo prejuicio. Se debe de cuestionar todo, hasta lo más insignificante, y con mayor razón, lo que parezca más sólido.

El aspecto teórico es el de conocer. Es obvio que aquí uno se puede preguntar por el sentido que tendría el conocer, solo por conocer. El conocer el acto humano, y lo bueno o lo malo en él, permite dar elementos de juicio para que una persona con el ejercicio libre de su razón, pueda tomar decisiones de como actuar ante situaciones particulares.

1.4. Los Juicios de Valor y la Normatividad

Según Platts (1996), una cosa es especular sobre las causas de un fenómeno y otra es moralizar, o sea hacer juicios morales sobre el proceso causal.

Cuando la ética revisa su objeto de estudio, que es el acto humano, acaba por aparecer, para este último un juicio de valor. Principalmente se le cataloga como bueno o malo. Por ejemplo, el no matar a otro humano se puede analizar como una ley

natural. ¿Que pasa cuando una especie tiene la costumbre de matar a los miembros de su misma especie? La Biología vería en esto a una especie con pocas probabilidades de sobrevivencia; lo usual, es la lucha interespecífica, no la intraespecífica.

La Ética puede llegar a la misma conclusión que la Biología. En principio se concluye que matar a un miembro de la propia especie es malo, por lo tanto, no matar es bueno.

El juicio de valor como tal permite la consolidación de una prescripción que implica un deber. El deber, es ya de tipo prescriptivo. No debes matar, porque matar es malo. Los deberes pueden ser legislados y aparece, entonces, la ley moral de no matarás.

La ley moral, debiera de ser la base de la ley jurídica, ya que propone una serie de principios rectores de la conducta con base en la autoerítica y el ejercicio de la libertad. Cuando los filósofos hablan de la norma moral, expresan todo lo bueno que se deriva de su aplicación y observancia, de su efecto en la persona como individuo y de su participación en la sociedad.

Para Serrano (1961), las normas morales obtenidas por el ejercicio de la razón, tienen la particularidad de ser autónomas, de absoluta obligatoriedad y con sentido de responsabilidad y sanción interna, representada en el remordimiento.

Para este autor, la obligatoriedad moral tiene dos componentes uno negativo y otro positivo. El negativo corresponde con la conciencia, que castiga la no realización de una norma moral.

Cuando se refiere al aspecto positivo, no alude a la satisfacción interna, como se hubiera podido esperar, y que correspondería con la contraparte del sentimiento de remordimiento. Si no que ubica al hombre en su entorno social en donde tiene un papel primordial el aspecto deontológico, asegurando que el aspecto positivo de seguir la ley moral lleva al hombre al acto de crear, producir y realizar.

La sociedad tiene para el hombre todo el valor de la sobrevivencia, sin ella, tiene pocas probabilidades de realizarse. La comunidad le da y a la vez le pide. La comunidad es un todo y él es una parte de ese todo. Eventualmente el hombre generado y criado en la comunidad, tendrá que realizar en ella y para ella un trabajo. Ese trabajo es su profesión. Es curioso que no suela asociarse cualquier trabajo con el término de profesión. Este queda circunscrito a la labor que se realiza después de haber cursado estudios de tipo universitario.

Para este tipo de trabajadores existe toda un área de interés por parte de la ética. La ética profesional. La ética profesional tiene detectados toda una serie de deberes para el profesionista. Serrano (1961), los resume en preparación técnica desde el punto de vista intelectual, constancia para terminar lo que se inicia, respeto para quien lo contrata, haciendo un equilibrio entre un "modus vivendi" y su relación con otros seres humanos.

Aparecen aquí conceptos de deber social, altruismo profesional, la consecución del mayor bien para el mayor número de gentes y el cumplimiento de las normas. Al profesional se le demandan

virtudes que deben de estar orientadas con base en deberes intelectuales, volitivos, afectivos y sociales.

No debe de sorprender, por otro lado, que al profesionista, se le pida la realización de mayor número de deberes. Se trata de la persona en la que más tiempo y esfuerzos educativos ha invertido su sociedad. Ella por lo tanto, en justicia, puede demandar más.

2. LA ÉTICA MEDICA

Para el cirujano dentista, la parte de la ética profesional que queda mas de acuerdo con el trabajo que realiza es la ética médica. El dentista es un especialista del estudio de la boca, trabaja con enfermedades y sus clientes son sus pacientes. Por ello, debe de tener conocimientos generales sobre el tema de estudio de la deontología medica.

2.1. La Enfermedad

En el momento actual, la Organización Mundial de la Salud, considera a la enfermedad como un estado de falta de bienestar bio-psico-social, dado que al hombre mismo, se le considera como una entidad bio-psico-social. A principios de siglo, a la enfermedad, se le consideraba como la ausencia de la salud, casi siempre entendida en un marco puramente fisiológico. En épocas remotas, la enfermedad solía asociarse con un castigo divino del que el pecador se había hecho merecedor.

Existe entonces una notable diferencia entre la apreciación histórica de la relación causa-efecto en el proceso de la enfermedad. Es mas, antes de la misma existencia del estado mórbido, existe un concepto de lo que es la vida.

Desde el principio de su existencia cultural, el hombre suele ver su vida como un don, o un regalo divino, ya sea que se trate de una o de varias deidades. Este regalo, de alguna forma, puede ser

escamoteado y la enfermedad, de algún modo, estropea y deslucce el regalo de la vida. Para muchas civilizaciones antiguas, la enfermedad aparece como un castigo por las faltas realizadas en contra de la deidad o sus leyes.

El avance de la ciencia, por otro lado, provee una imagen diferente del concepto de vida. Los estudios sobre su origen de Oparin y Haldane, La teoría celular de Schleiden y Schwann, el reconocimiento de la estructura química del DNA de Watson y Crick y el avance de la biología molecular, llevan a ver la vida como un proceso más fisiológico, con toda una serie de elementos causales, limitantes y moduladores.

La vida, se forma de la vida, transcurre por un cierto tiempo, y eventualmente se acaba. La enfermedad forma parte de ella, representa una alteración de este proceso, que en algunas ocasiones se resuelve y en otras, resulta fatal. La patología no es exclusiva del ser humano es propia del ser vivo. De manera esporádica aparecen plantas y animales deformes. La infección aparece también en esos seres, pueden sufrir desnutrición y también tienen posibilidades de generar cáncer.

Pero el hombre no es sólo un animal, es una unidad más compleja. Tiene un componente físico, un componente psíquico y es componente de un conjunto social. Podría incluso decirse aquí que tiene además un componente místico. Esto último puede aceptarse o no. Un estado de bienestar, se traduce en un equilibrio dinámico de todos sus componentes; su desequilibrio es el estado patológico. Este se manifiesta como una serie de

estados disfuncionales que pueden ser apreciados y evaluados como un conjunto de signos y síntomas.

2.2. La Medicina

Ante el estado mórbido, solo el hombre parece haber contrapuesto un recurso para su control. Se trata de un producto cultural, la Medicina. Las culturas humanas nacen de mitos mágico-religiosos que se van desmitificando conforme aparece el conocimiento de las cosas. La ciencia deshace mitos y la magia los crea. Cuando el hombre carece de ciencia, usa la magia.

La medicina se describe como una ciencia y un arte. La ciencia está representada en la obtención de conocimientos y su aplicación en la intervención de procesos patológicos, ya sea para prevenirlos, interceptarlos o corregirlos. El arte se relaciona con la interacción del médico con el paciente. Aquí la relación es más psicológica, tiene matices de respeto, confianza y simpatía, o sea, lo que tiene que ver con el trato humano.

2.3. La Relación Médico-Paciente

La imagen del médico nace como la de un brujo-sacerdote que es un ser especial que sirve de eslabón entre la deidad y el hombre. En una visión muy generalizada del hombre antiguo, la o las deidades castigan al hombre, pero existe una persona especial, el médico-brujo-sacerdote que intercede en beneficio del enfermo. Cuando este personaje actúa, no siempre logra beneficiar al paciente, ya que en última instancia, la vida y la

enfermedad tienen un origen divino. Pero ese ser que intercede es un humano muy especial, ya que aunque no pueda curar, siempre podrá apoyarlo emocionalmente.

En el momento actual, los avances científicos atacan al mito en lo que se refiere al origen de la enfermedad y el papel que desempeña el humano en ella, ya sea el médico o el paciente. La vida es un fenómeno que implica la presencia de materia y de energía. El ser vivo se constituye de materia y se mantiene organizado gracias a la entrada de energía en su sistema. Los sistemas vivos presentan una serie de equilibrios multifactoriales. El desequilibrio es raro, patológico y anormal.

O sea, la salud es un estado normal, la disfunción es anormal, es una enfermedad. Al conocer e interceptar la causa o causas del desequilibrio se trata de inducir la cura o la reparación, o simplemente se podrá reconocer cuando se excede la capacidad de recuperación del sistema y este se pierde (muere).

A la luz de lo anterior, el médico ya no es un intercesor y el paciente, no es un pecador. Se sabe que hay muchos tipos de enfermedades con etiologías conocidas y enfermedades de etiologías desconocidas, pero cuya causa debe ser buscada sobre bases fisiológicas.

El hombre no es sólo un sistema fisiológico, es una unidad bio-psico-social que puede disfuncionar en cualquiera de éstos sentidos. El médico no ve en el paciente una enfermedad, sino un enfermo. Se aproxima a él con su ciencia y como persona, por

ello, se prepara en los aspectos puramente técnicos y en los sociales y emocionales.

La enfermedad vuelve al ser humano muy vulnerable. Por ello el enfermo busca al médico, a quien considera capaz y entrenado para ayudarlo. La dependencia Médico-Paciente sigue existiendo en el momento actual, pero es ya cualitativamente diferente de la relación médico-brujo-sacerdote con el enfermo.

Los principios éticos que acompañan la relación Médico--Paciente desde sus orígenes al momento actual, también han cambiado de acuerdo con el marco histórico que los ha limitado.

Hay diferencias entre la aplicación de los códigos de ética médica desde el de Hamurabi, al de Hipócrates o los de Ginebra o Nuremberg (Roldán González, 1987).

El mundo actual está constituido por un mosaico de civilizaciones en diferente estado de desarrollo cultural. Todavía hay etnias viviendo en la edad de piedra y países de tercer, segundo y primer mundo. La medicina no puede aislarse de esta realidad.

El médico clínico promedio, el egresado de las universidades, tiende por su misma orientación, a ajustarse mas a una ética de tipo Hipocrático. Existe también un tipo de paciente promedio, pero los avances tecnológicos y la medicina institucionalizada han modificado la relación médico-paciente.

2.4. Códigos de la Ética Médica

Se puede valorar el conjunto de principios que imperan en la ética médica occidental, poniendo como elementos de discusión los diferentes códigos escritos y avalados por la sociedad en el devenir histórico de esta cultura.

2.4.1. Código de Hipócrates

El juramento hipocrático es un buen ejemplo del tipo de ética que normalmente se acepta como recomendable para los servidores de la salud en México. Se anota a continuación como pudo haber sido en su forma original.

Juro por Apolo médico, por Esculapio, por Higia y Panacea y por todos los dioses y diosas tomándolos por testigos, que cumpliré, en la medida de mis posibilidades, y mi criterio, el juramento y la declaración escritas siguientes:

En el momento actual ninguna universidad podría pedir un juramento ante este tipo de testigos, el compromiso se hace principalmente con uno mismo, con la sociedad y de algún modo con el estado.

Considerar al maestro en medicina como si fuese mi padre, compartir con él mis bienes, y si llega el caso, ayudarle en sus necesidades: tener a sus hijos como mis hermanos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación, ni compromiso: hacer a mis hijos

participes de sus preceptos, enseñanzas orales y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento a la ley médica, pero a nadie más.

El respeto al maestro y a los colegas, en el momento actual, no podría ponerse en los mismos términos en los que los manejó Hipócrates.

Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes en la medida de mis conocimientos y mi juicio y absteniéndome de toda maldad y daño.

Como se verá mas adelante aquí se realizan los principios actuales de beneficencia y de no maleficencia, pero se excluye el principio de autonomía.

No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomare la iniciativa de una sugerencia de éste tipo. Asimismo, no daré a ninguna mujer un pesario abortivo, sino que a lo largo de mi vida practicaré mi arte de forma pura y santa.

En este conjunto, Hipócrates defiende aspectos que han provocado gran controversia en el momento actual: los temas de aborto y eutanasia. En la discusión de este problema se consideran aspectos como el avance de la tecnología, derechos de las mujeres y conceptos sobre la vida que en ese tiempo no se manejaban.

No castraré, ni siquiera por tallar a los calculosos, antes bien, dejaré esa actividad en manos de quienes se ocupan de esas prácticas.

Este punto es por demás interesante ya que habla de las no coincidencias ideológicas con respecto a prácticas bastante usuales en el pasado. No acepta para sí un modo de actuar, pero respeta el que otros lo realicen. En la edad media, los flebotomos tuvieron que hacer cirugías que los médicos no estaban dispuestos a realizar.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de daño voluntario o de actos perversos, en especial en todo intento de seducir a mujeres o muchachos, ya sean libres o esclavos.

Ahora es menos frecuente que el médico acuda a la casa del paciente y más frecuente que la reunión sea en el consultorio o el hospital. El principio de respeto sexual al paciente tampoco puede perder vigencia. Lo interesante de esta parte del juramento es que lleva a creer que la pederastía fue una práctica muy común en ese tiempo.

Callaré todo cuanto vea u oiga dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto.

El sigilo profesional tiene vigencia en la actualidad y la mayoría de los médicos le dan un alto valor como práctica rutinaria a menos que sea necesario transgredirlo para evitar un mal mayor.

Si cumplo este juramento sin faltar a él, que se me conceda gozar de la vida y mi actividad profesional rodeado de la consideración de todos los hombres y hasta el último día de mi vida; pero si lo violo y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario.

No queda claro si en el pasado, un médico podía ser demandado y llevado a juicio por mala práctica, como es el caso en el momento actual.

2.4.2. Código de la UNESCO

Para 1948, la Asociación Mundial de Médicos de la UNESCO, ofreció una declaración mas adecuada con las circunstancias que prevalecieron en la primera mitad de este siglo, y que esta basada en la anterior.

- 1.- Me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad.
- 2.- Daré a mis maestros el respeto y la gratitud que son su derecho.
- 3.- Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad.
- 4.- La salud de mi paciente será mi primera preocupación.

- 5.- Respetaré los secretos que me sean confiados.
- 6.- Mis colegas serán mis hermanos.
- 7.- No permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido, o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente.
- 8.- Guardaré sumo respeto por la vida humana, desde el momento de su concepción.
- 9.- Aún bajo amenaza, no usaré la ciencia médica contra las leyes humanas.
- 10.-Hago estas promesas solemnemente, libremente y sobre mi honor.

Los diez puntos expresados arriba, son en lo fundamental, muy parecidos a lo expresado por Hipócrates. Es una reformulación actualizada de los mismos principios. Aparecen los deberes con los colegas, el respeto irrestricto a la vida humana y el sigilo profesional. Introduce el respeto ideológico, que si se ubica en el momento de su publicación, quiere decir que el médico debe de hacer a un lado sus ideologías ante su paciente y no debe de abandonarlo; en un conflicto armado, no le debe de importar a qué partido pertenece, ya que el enemigo del médico es el dolor, la enfermedad y el daño a la integridad física.

El médico, teóricamente, no debe de ser usado por su gobierno para destruir al enemigo. Lo anterior contrasta con el juramento que hacen, por ejemplo, los médicos cubanos que al mismo tiempo que juran defender a la medicina, juran defender con las armas a la revolución. Aquí existe un conflicto de intereses, y es también muy probable que los médicos alemanes hayan tenido que matar a muchas gentes en las guerras mundiales. El médico es un componente de la sociedad y en algunos momentos el estado tiene la fuerza para obligarlo a ir contra sus principios. Y ya él decidirá sobre su comportamiento y si actúa contra su conciencia.

2.4.2. Código Internacional de Ética Médica

Por estar más desglosado y tocar aspectos contemporáneos, es pertinente, reproducir también aquí el Código Internacional de Ética Médica firmado en octubre de 1949 en Londres por la Tercera Asamblea de la Asociación Médica Mundial.

Este Código representa una respuesta de la comunidad médica internacional ante lo descubierto en el Juicio de Nuremberg, tras la segunda guerra mundial y obviamente no incorpora las visiones actuales del mundo tras la aparición del sida y el enorme desarrollo de la tecnología, la genética, la biología molecular, la inmunología, esto es la apreciación de la segunda mitad del siglo XX.

I. DEBERES DE LOS MÉDICOS EN GENERAL

- 1.- Al llevar a cabo su función humanitaria el médico debe mantener siempre una conducta moral ejemplar y apoyar los imperativos de su profesión hacia el individuo y su sociedad.
- 2.- El médico no debe dejarse influenciar por motivos de ganancia meramente.
- 3.- Las siguientes prácticas se consideran no éticas:
 - a) Cualquier medio de reclamo o publicidad, excepto aquellos expresamente autorizados por el uso y la costumbre y el Código de Ética Médica Internacional.
 - b) Participar en un plan de asistencia médica en la cual el médico carezca de independencia profesional.
 - c) Recibir cualquier pago en conexión con servicios fuera del pago profesional, aunque sea del conocimiento del paciente.
- 4.- Todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido, a menos que deba de ser empleado en beneficio del interés del propio individuo.
- 5.- Se aconseja al médico obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o técnicas nuevas de tratamientos.
- 6.- El médico debe certificar o declarar únicamente lo que él ha verificado personalmente.

En este primer bloque de deberes aparece por primera vez aspectos no asociados anteriormente con la imagen del médico, como son el deseo de lucro, la corrupción, y su participación en la tortura.

II. DEBERES HACIA LOS ENFERMOS

1.- El médico debe recordar siempre la obligación preservar la vida humana desde el momento de su concepción.

2.- El médico debe a su paciente todos los recursos de su ciencia y toda su devoción. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe de llamar a otro médico calificado en la materia.

3.- El médico debe de preservar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, o que él sepa por medio de una confidencia.

4.- El médico debe de proporcionar el cuidado adecuado en caso de urgencia, con un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden brindarlo.

En este segundo bloque se reiteran el cuidado a la vida y el sigilo profesional, y se puntualiza la importancia de la especialización médica y la participación obligada y no remunerada del médico en casos de urgencia o siniestros.

III. DEBERES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ

1.- El médico debe comportarse con sus colegas como desearía que ellos se comportasen con él.

2.- El médico no debe atraer hacia sí los pacientes de sus colegas.

3.- El médico debe observar los Principios de la Declaración de Ginebra, aprobada por la Asociación Médica Mundial.

Se especifica aquí lo reprobable de quitar a otro médico sus pacientes, práctica que se popularizó entre los galenos cuando aparecieron las especialidades.

En 1956, La Asociación Médica Mundial en su Décima asamblea especifica las características de la ética médica en tiempos de guerra y paz y la prioridad de las situaciones de urgencia.

2.4.3. Código de Nuremberg

Consta de diez reglas que forman la base de las Declaraciones de Helsinki, que se anotan posteriormente. Estas son:

1.- El consentimiento del sujeto es esencial.

2.- El experimento debe ser tal que conduzca a resultados positivos para el bien de la sociedad, imposible de llevarse a cabo por otros métodos o medios de estudio que sean por naturaleza improvisados e innecesarios.

3.- El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados de la experimentación animal y en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, o de otra en estudio, que permita anticipar los resultados y por tanto, justificar la realización del mismo.

4.- El experimento debe ser conducido de tal manera que evite toda lesión o sufrimiento mental o físico innecesarios.

5.- No debe realizarse un experimento cuando haya razones a priori para pensar en la posibilidad de lesiones mortales, o que incapaciten al sujeto, excepto quizá en aquellos en donde los médicos e investigadores, también sirven como sujetos de experimentación.

6.- El grado de riesgo de un experimento nunca debe exceder a la importancia de lo que pretende demostrarse.

7.- Se deben tomar todas las precauciones para proteger a todos los sujetos de experimentación, aún contra la más remota posibilidad de lesión incapacidad o muerte.

8.- El experimento solo debe realizarse por personas altamente capacitadas. Se debe exigir siempre el mayor grado de habilidad y de cuidado a todas las personas que conducen o participan en todas las fases del mismo.

9.- Durante el desarrollo del experimento, el sujeto podrá pedir que se suspenda si se siente afectado mental o físicamente para continuarlo.

10.- Durante el desarrollo del experimento, los científicos encargados deben estar dispuestos a darlo por terminado en cualquier momento, si consideran, en el ejercicio de su buena fe, de su gran preparación y de su juicio sereno, virtudes en ellos

muy esperadas, que la continuación del mismo puede, muy posiblemente, resultar en lesión, incapacidad o muerte del sujeto en experimentación.

Estas reglas son el comienzo de la legislación para investigar en seres humanos y también para dar curso al consentimiento informado, del que se hablará más adelante.

2.4.4. Declaraciones de Helsinki

En 1964, se publican las Declaraciones de Helsinki, que proponen toda una serie de recomendaciones en relación con la experimentación con humanos.

Existen dos tipos de experimentación en humanos: la investigación clínica en la que el fin es esencialmente terapéutico para el paciente y la investigación clínica cuyo objeto esencial es meramente científico y sin valor terapéutico para la persona sometida a la investigación.

I.- Principios fundamentales

1.- La investigación clínica debe ajustarse a los principios morales y científicos que justifican la investigación médica y debe estar basada en experimentos de laboratorio, realizados con animales, o en otros hechos científicamente establecidos.

2.- La investigación clínica debe ser dirigida solamente por personas calificadas científicamente y bajo la supervisión de un médico calificado.

3.- La investigación clínica no puede llevarse a cabo legítimamente si la importancia del objetivo no está en proporción con el riesgo inherente para la persona sujeta a la investigación.

4.- Todo proyecto de investigación clínica debe ser precedido por una cuidadosa valoración de los riesgos inherentes en comparación con los beneficios previsibles para el sujeto o para otros.

5.- Precaución especial ha de tener el médico al realizar una investigación clínica en la que la personalidad del sujeto sometido a la investigación está expuesta a alteraciones por causa de las drogas o del procedimiento experimental.

II. Experimentación esencialmente terapéutica

1.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe ser libre para usar una medida terapéutica nueva si a su juicio ofrece esperanza de salvar la vida, restablecer la salud, o aliviar el sufrimiento. Si es posible, de acuerdo con la psicología del paciente, el médico debe obtener el consentimiento del enfermo libremente, dado después de que le haya sido proporcionada una explicación plena. En caso de incapacidad legal del paciente, debe ser conseguido también el consentimiento del tutor legal; en el caso de incapacidad física, el permiso del tutor sustituye al del paciente.

2.- El médico puede añadir a las medidas terapéuticas, experimentos sobre el ser humano, siendo el objetivo la adquisición de nuevos conocimientos médicos, solo en la medida en que la investigación clínica sea justificada por el valor terapéutico para el paciente.

III. Experimentación clínica no terapéutica

1.- En la aplicación puramente científica de la investigación clínica llevada a cabo en un ser humano, es obligación del médico seguir siendo el protector de la vida y de la salud de la persona en la que se está realizando la investigación clínica.

2.- La naturaleza, el fin y el riesgo sobre la vida o la salud del sujeto sometido a experimentación, deben ser explicados al sujeto por el médico.

3.- La investigación clínica en un ser humano no puede ser emprendida sin su consentimiento libre, después de que haya sido informado; si él es legalmente incompetente se debe obtener el consentimiento del tutor legal. El sujeto de la investigación clínica debe estar en un estado mental, físico y legal tal que sea hábil para ejercer su poder de elección. El consentimiento, por lo general debe obtenerse por escrito. Sin embargo, la responsabilidad de la investigación clínica siempre esta en el investigador, y nunca recae en el sujeto, aún después de haber obtenido el consentimiento.

4.- El investigador debe respetar el derecho de toda persona a salvaguardar su integridad personal, especialmente si el sujeto

esta en una relación de subordinado con respecto al investigador. En cualquier momento, durante el desarrollo de la investigación clínica, el sujeto sometido a ella, o su tutor, debe ser libre para retirar la autorización a proseguir la investigación. El investigador o el equipo debe interrumpir la investigación si a juicio del investigador, o del equipo, puede ser dañosa para el individuo si se continúa.

La experimentación con humanos implica toda una infraestructura que no se relaciona más con el médico en su consultorio particular sino con la atención hospitalaria. Sin embargo, la legislación que inicia en el aspecto de investigación, se va filtrando hacia el manejo terapéutico en los consultorios privados y existen ciertas terapias que requieren de algún tipo de autorización, por parte del paciente, por ejemplo, las cirugías.

En la última mitad del siglo XX han aparecido tratamientos impresionantes que van desde la investigación de fármacos, a la bomba de cobalto, los trasplantes, las cámaras de diálisis, el mantenimiento de funciones básicas mediante aparatos y muchos otros milagros de la ciencia.

Los principios hipocráticos y aún los de la primera mitad de este siglo, no se ajustan del todo a los nuevos procedimientos. Se cuestiona ahora si pueden seguir siendo vigentes algunas de esas propuestas o hay que redefinir algunos aspectos de la relación médico-paciente a la luz de formas más contemporáneas de atacar a la enfermedad.

Cabe preguntarse ahora sobre la opinión de los pacientes sobre su aceptación o no de tratamientos que existen considerando sus expectativas de vida, su calidad de vida, su presupuesto, y de su derecho a morir con dignidad.

¿Quién toma ahora las decisiones sobre los tratamientos médicos? El médico, el paciente, la institución, la familia o todos juntos.

2.4.6. Consentimiento Informado

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza, de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El consentimiento informado esta basado en los lineamientos expresados en el Código de Nuremberg, y las Declaraciones de Helsinki revisadas arriba. Aunque éstas indicaciones se hicieron inicialmente para trabajos de investigación científica, se han extendido, cada vez mas a los derechos de los pacientes, aunque no se trate de trabajos de experimentación.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en la República Mexicana, publicado en 1987, contempla una legislación para normar esta actividad en el país.

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- 1.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo 21 y de acuerdo a la norma técnica que emita la secretaria.
- 2.- Será revisado, y en su caso aprobado por la comisión de ética de atención a la salud.
- 3.- Indicará los nombre y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación.
- 4.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal en su caso. Si el sujeto de investigación no pudiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- 5.- Se extenderán por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal (Art. 22).

En México el consentimiento informado no se exige como requisito legal en la mayoría de las relaciones contractuales médico-paciente fuera de la esfera de la investigación. Lo que se suele pedir al paciente es una autorización que puede estar expresada en los siguientes términos: como aceptación, anuencia, aprobación, autorización, permiso o voluntad (López de la Peña, 1996).

El documento que formaliza la autorización debe de tener el siguiente contenido:

- 1.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital.
- 2.- Nombre, razón o denominación social del hospital.
- 3.- Título del documento.
- 4.- Lugar y fecha.
- 5.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización.
- 6.- Nombre y firma de los testigos.

Se trata, por lo tanto, de un documento más sencillo, pero que tiene valor legal, y que representa una protección tanto para el médico como para el paciente.

3. PRINCIPIOS DE RESPONSABILIDAD MORAL EN MEDICINA

De acuerdo con Raanan Guillon (1994), la ética Médica se debe de discutir con base en cuatro principios. Estos se consideran así porque están fundamentados en los derechos humanos esenciales.

Estos principios tienen la cualidad de que ninguno domina a priori sobre otro, sino que deben ser evaluados en cada caso particular, de modo que en algunas ocasiones se llegará a una posición y en otra ocasión se optará por otra.

Beauchamp y McCulloch (1984), dicen que la ética médica se aprende cuando se estudia la carrera de medicina como una serie de costumbres morales. Los principios morales y las normas de conducta, contrarrestan la limitación de las simpatías que pueden perjudicar la relación médico-paciente, y dirigen al médico hacia la consecución de deberes y virtudes que fomentan los intereses del paciente sobre los del médico.

Para poder tomar decisiones objetivas basadas en principios éticos hay que tener claridad y coherencia. No deben basarse en prejuicios, emociones, datos falsos, autoridad de otras personas, o pretensión de un caso axiomático y deben de trascender las creencias del médico. La teoría ética introduce claridad y coherencia, pero no produce resultados perfectos, no se pueden evitar los conflictos y esto es válido tanto para la ética filosófica como para la ética médica.

3.1. Principio de Beneficencia

Roldán González (1987) hace una serie de aclaraciones sobre lo que es un derecho y un deber filosóficos para el ser humano. Según él, lo que se tiene con derecho es lo que se le debe a uno con sentido de causa. Todo humano tiene el derecho de ser y de vivir. Desglosando lo anterior, son también derechos para el ser humano, la educación, el hogar, el trabajo y una vida social en paz.

El deber, implica un dar o un no hacer frente al derecho de otro. Los derechos de cualquier persona están limitados, entonces, por los propios deberes y por los derechos de otros.

Si proyectamos lo anterior en el tema que nos ocupa, cualquier ser humano tiene derecho a la vida y es deber de cualquier ser humano, respetar la vida de otro.

Cuando se habla de la vida de otro, se puede uno preguntar si la salud queda implícita en esa afirmación. Es claro que cuando no se tiene salud, es probable que tampoco se puedan alcanzar otros derechos como el trabajo o la educación, o por lo menos, no con la misma plenitud. Por otro lado, al hablar de la vida, se puede hacer referencia sólo a la vida fisiológica, pero la vida humana no es solo respirar, está rodeada de aspectos como, amor, libertad, comodidad, realización personal, etc. Se puede hablar además de una vida útil, una vida con sentido o una vida plena.

El respeto a la vida como tal, es deber de cualquier ser humano, pero sólo el médico tiene como deber directo, el de procurar la salud de un paciente. El médico como persona, tiene derecho a vivir y derecho a trabajar. Aquí su derecho a trabajar coadyuva a dar frente al derecho de otros y de esta manera une un derecho con un deber. El médico tiene el derecho de trabajar y obtener por ese trabajo una remuneración, su deber es el de dar a su paciente una serie de tratamientos y cuidados para restablecer su salud, en la medida de sus posibilidades, pero tiene derecho a cobrar por ello.

El trabajo del médico tiene implícito un fin moral que es el de procurar los mejores intereses del paciente. Este fin moral, conlleva un principio moral, la beneficencia. El principio de beneficencia dispone que el médico trabaje por el bien del paciente, tal y como se entiende desde el punto de vista de la medicina.

Para el médico existirán entonces toda una serie de deberes u obligaciones derivadas del principio de beneficencia. Esto es, todo lo que debe de hacer para conseguir los mejores intereses del paciente. Debe desarrollar atributos de sinceridad, confidencialidad y fidelidad y debe de cultivar virtudes como la paciencia, el buen temperamento, la generosidad y también como la firmeza y el vigor (Beauchamp y McCullough, 1984). La beneficencia, en la forma en que se describió anteriormente no forma parte del deber filosófico para cualquier persona que no sea un médico.

Beauchamp (1994), especifica que la beneficencia es solo una acción hecha para el beneficio de otros; la benevolencia, es una disposición de carácter o una virtud que predispone a beneficiar; el principio de beneficencia, es una obligación moral de actuar en beneficio de otros, pero no implica nunca el sacrificio personal. Las virtudes y el altruismo pueden ser encomiables o plausibles, pero tampoco son obligatorias. El hombre y su sociedad, mantienen relaciones de utilidad y reciprocidad, pero no de obligatoriedad absoluta en el caso de la beneficencia y sus virtudes.

En reiteradas ocasiones se ha dicho que la función del médico es la de curar y cuidar a sus pacientes en la medida de sus posibilidades. El médico debe respetar la vida de su paciente y guardar su intimidad, por ello la relación médico-paciente es, históricamente, una relación de confianza. Desde el momento de dar sus datos para la historia clínica, el paciente pone su vida en manos del médico y dicho paciente cuenta con que su médico hará todo lo posible para beneficiarlo. Es por esto que paga, busca y frecuenta a un médico en particular.

Desde esta perspectiva, el médico asume una actitud totalmente paternalista con el paciente. Lo cuida considerando sus mejores intereses, en la medida de lo que el médico es capaz de hacer, a la luz de lo que constituye su apreciación ideológica de la vida, de su deber y de sus virtudes. En fin, el médico tiene la total responsabilidad de su paciente.

En su proceso de formación el médico ha adquirido toda una forma de verse, de comportarse, de actuar y de pensar. No puede

negarse que, desde un principio, debe de haber tenido una verdadera vocación, sinceridad y amor por la humanidad.

El médico tiene la obligación de superarse y actualizarse también en el aspecto técnico de su profesión, valorando tratamientos, uso de fármacos y nuevos conocimientos con mayor o menor probabilidad de eficiencia en cada paciente en particular. Para el médico es una realidad cotidiana la máxima que dice que no hay enfermedades sino enfermos.

Lo dicho anteriormente es más real en el caso del médico particular, que en el caso del médico dentro de una institución de servicio social de salud pública. En este tipo de lugares, el paciente no escoge a su médico y el médico tiene que atender a un elevado número de pacientes, en tiempos relativamente cortos; el médico tiene que seguir más una política hospitalaria que su propio criterio con respecto a muchas situaciones. Esto lleva a que deba incluirse en la relación médico-paciente el elemento de la sociedad. A veces, los mejores intereses del paciente no coinciden con los de la sociedad, y el médico tiene que ajustar sus criterios sobre el principio de benevolencia en un marco más complejo.

Todo lo dicho anteriormente para el médico puede ser aplicado de igual manera al cirujano dentista, que siendo un especialista de las enfermedades de la boca, busca siempre el bien de su paciente. El principio de beneficencia como tal, sin embargo tiene poco que ver con la cirugía de terceros molares mandibulares. Como se verá más adelante, ésta se relaciona más con el principio de no maleficencia.

En el caso de parestesia del lingual, una forma de aplicar la beneficencia puede asociarse sólo con la valoración de la absoluta necesidad de realizar esta cirugía. Esto es, no siempre se indica una cirugía de terceros molares mandibulares.

3.2. Principio de No Maleficencia

A diferencia del principio de beneficencia, el de no maleficencia tiene una absoluta obligatoriedad moral para toda la gente. Hacer el bien es diferente de no hacer daño. Hacer el bien es bueno, pero no es obligatorio: hacer el mal es malo y el hombre está obligado a no dañar.

En el caso de la medicina, estos dos principios, el de beneficencia y el de no maleficencia, aunque son diferentes, suelen proponerse juntos. Se dice, haz el bien y no hagas daño.

En la ética hipocrática el médico jura que usará sus conocimientos sólo para ayudar a los enfermos, y que nunca los usará para lastimarlos o dañarlos.

Al realizar su trabajo, el médico sabe que puede hacer daño. Ese daño es tolerado ante la expectativa de un bien mayor. El mal que se hace no es deseado, pero resulta inevitable. Al elegir un tratamiento médico, el profesionista suele tener en mente la máxima de Galeno "primum non nocere" (primeramente no hacer daño). El acto quirúrgico, por ejemplo, es un caso típico de hacer daño como inevitable al de un tratamiento bueno. Para el dentista, extraer una pieza dental que no puede ser reparada y

que actúa como foco de infección, justifica un acto de mutilación para lograr un efecto curativo.

Lo dicho anteriormente es bien diferente del caso en el que se hace un daño a propósito para hacer un bien (Ruíz-Amezcuza, 1976). Esto no es moralmente aceptable, pues sería tanto como aceptar que el fin justifica los medios. El bien, por bueno que sea, no debe surgir del mal. La historia de la odontología relata casos interesantes sobre este punto. En alguna época se quitaban los dientes sanos de una persona para ponérselos a otra (Ring, 1989).

El daño aceptable en un tratamiento es el que tiene la categoría de doble efecto. Esto es, uno bueno y el otro malo, pero inevitablemente unido al primero. Como el efecto bueno es mucho mejor que el daño, se tolera al segundo por el primero.

En los tratamientos médicos, por otro lado, se corren riesgos: pueden ocurrir accidentes o provocarse daños por incapacidad del operador. El trabajador de la salud debe estar consciente de sus conocimientos y capacidades, de su necesidad de actualización, y de la diferencia entre una iatrogenia (iatrós, médico o tratamiento médico; génesis, origen) y una iatropatogenia (iatrós; pathos, enfermedad; génesis). Debe de saber valorar por otro lado, los riesgos de costo y beneficio.

En un contexto más amplio del principio de la no maleficencia, Beauchamp (1994) propone que, en primera instancia, se entiende por no maleficencia la obligación de no hacer daño; ésto no es lo mismo que prevenir un daño, que se sabe que va a

sucedan en el caso de mantenerse cierta situación. Lo anterior difiere del caso de reparar un daño que ya está hecho. Y en una última instancia se puede hablar todavía de promover un bien.

La literatura sobre el tema de bioética, en relación con el principio de no maleficencia propone una serie de ejemplos dramáticos y extremos de situaciones en las que el criterio del médico se pone a prueba. Por ejemplo, la diferencia entre matar y dejar morir. No es lo mismo hacer el daño de matar directamente a una persona, a no dar el tratamiento para que una persona, desahuciada y con vida vegetal, no pueda sobrevivir sin métodos de soporte artificial de vida. O cuando hay que matar a un embrión o un feto en el caso de un embarazo extrauterino, para evitar la previsible muerte de la madre.

Se habla de tratamientos ordinarios en contra de tratamientos heroicos. Los últimos normalmente se presentan en hospitales, asociados con grandes daños y para los que se requiere de tratamientos especiales: médicos especializados y tecnología específica que no corresponden con el trabajo habitual de un consultorio particular.

Aquí, como en el caso del principio de beneficencia, se involucran junto con el médico y el paciente, otros elementos de la sociedad, como los parientes y las instituciones.

Si se extrapola lo anterior al trabajo cotidiano de un cirujano dentista de práctica general en su consultorio, se verá que se le pueden presentar toda una gama de situaciones que son

suceder en el caso de mantenerse cierta situación. Lo anterior difiere del caso de reparar un daño que ya está hecho. Y en una última instancia se puede hablar todavía de promover un bien.

La literatura sobre el tema de bioética, en relación con el principio de no maleficencia propone una serie de ejemplos dramáticos y extremos de situaciones en las que el criterio del médico se pone a prueba. Por ejemplo, la diferencia entre matar y dejar morir. No es lo mismo hacer el daño de matar directamente a una persona, a no dar el tratamiento para que una persona, desahuciada y con vida vegetal, no pueda sobrevivir sin métodos de soporte artificial de vida. O cuando hay que matar a un embrión o un feto en el caso de un embarazo extrauterino, para evitar la previsible muerte de la madre.

Se habla de tratamientos ordinarios en contra de tratamientos heroicos. Los últimos normalmente se presentan en hospitales, asociados con grandes daños y para los que se requiere de tratamientos especiales, médicos especializados y tecnología específica que no corresponden con el trabajo habitual de un consultorio particular.

Aquí, como en el caso del principio de beneficencia, se involucran junto con el médico y el paciente, otros elementos de la sociedad, como los parientes y las instituciones.

Si se extrapola lo anterior al trabajo cotidiano de un cirujano dentista de práctica general en su consultorio, se verá que se le pueden presentar toda una gama de situaciones que son

cualitativamente diferentes. En ellas tendrá que usar su juicio y sus principios.

Para el cirujano dentista de práctica general, la extracción de terceros molares es un trabajo habitual, no se considera una especialidad de la odontología como sería la cirugía maxilofacial.

Dado que en el caso particular de un diente retenido hay que realizar una cirugía, no se puede hablar del principio de beneficencia como hacer solamente el bien. Un acto quirúrgico implica un tratamiento de doble efecto. El bien perseguido supera al mal ocasionado. Entonces, el dentista se tiene que basar en el binomio de los principios de beneficencia y de no maleficencia, esto es, hacer el bien y no hacer daño.

Lo primero que se tiene que tomar en cuenta es si el acto quirúrgico está o no está indicado. Los terceros molares se eliminan de la boca cuando producen daño o van a producirlo si se mantienen en el sitio en donde están.

Se pueden proponer algunos casos para ilustrar lo anterior. En un primer caso, supóngase que llega un paciente de más de 25 años a revisión, y como hallazgo radiográfico se detectan terceros molares retenidos, pero el paciente no tiene molestias ni las ha tenido en esa parte de la boca. Hay casos en que las personas envejecen y mueren sin que esas piezas dentarias les hayan ocasionado molestias. Por otro lado, se dice que un diente retenido, puede ocasionar un quiste dentígero y que por ello debe de ser eliminado. En este caso, el dentista debe limitarse a

monitorear a su paciente y no intervenir a menos que vea que el quiste ha iniciado su desarrollo.

En otro caso llega un paciente de 18 años, al analizar la radiografía panorámica, el dentista detecta terceros molares en mala posición que de seguir allí, van a lesionar las raíces distales de los segundos molares inferiores. Aquí, ya se trata de prevenir un mal, la cirugía si está indicada.

En un tercer caso, llega un paciente que pide la extracción de algunas piezas dentarias por indicación de un trabajo de ortodoncia. Sobre este punto, todavía existe mucho debate, ya que quitar un diente sano, para obtener un bien puede interpretarse como lo que define Ruíz Amezcua (1976) en el caso en el que se hace un daño para producir un bien. Los mismos ortodontistas tienen criterios diferentes sobre la eliminación de dientes para realizar su trabajo. En este caso, una interconsulta con el ortodontista puede derivar en un bien para el paciente.

Los endodontistas, tienen como una contraindicación, la de hacer endodoncias en el tercer molar, prefieren que la pieza sea eliminada ya que el tratamiento tiene muchas probabilidades de fracasar. Si el paciente llega en una situación similar, la extracción está indicada.

Cuando hay operculitis se indica la extracción de los terceros molares, en especial si ésta es crónica y el diente no va a erupcionar correctamente. En este caso, los parodontistas

ofrecen todavía la solución de una operculectomía antes que una extracción del tercer molar.

En dientes vestibularizados y con caries, es difícil lograr una buena reparación, además el diente puede no ser funcional para propósitos de masticación.

Esto es, el Cirujano Dentista tiene que valorar si la causa de la molestia ocasionada por un tercer molar retenido o en mala posición lo hace candidato para una extracción, lo que se busca es el bienestar del paciente y en este sentido se aplica el principio de beneficencia.

Cuando se ha decidido que la pieza dental debe de ser eliminada, el Cirujano Dentista tiene que prevenir el o los daños que pueden resultar del acto quirúrgico y considerar ahora las especificaciones que hace Beauchamp (1994) en relación con el principio de no maleficencia, como son el no hacer daño, prevenir el daño, reparar el daño y promover el bien.

El no hacer daño, se puede entender como el hacer sólo el daño asociado con el tratamiento, no mas daño que ése. Se previene el daño cuando se planea una cirugía, considerando todo lo que puede salir mal, ya sea durante o por la aplicación de la anestesia, al levantar el colgajo, al hacer una osteotomía u odontosección, al suturar, al prevenir las infecciones etc. Reparar el daño, se puede entender como el beneficio que se obtiene de eliminar la pieza dentaria que produce infecciones en los tejidos vecinos, o también, reparar el daño ocasionado por un accidente al realizar el transoperatorio. Un buen trabajo quirúrgico, por

último, promueve un bien para el estado de salud de la boca y para el resto del organismo del paciente. Cuando el cirujano dentista considere que la cirugía puede resultarle muy difícil, siempre puede referir al paciente con un colega más experimentado.

En relación con esto, no es lo mismo un accidente durante una cirugía que un daño producido por incapacidad del cirujano dentista. Los accidentes y los riesgos existen, la parestesia del lingual es un ejemplo de esto, pero la actitud de responsabilidad radica en reducir los riesgos al mínimo. Las cirugías se planean y se valoran antes de realizarse. En el caso de la parestesia del lingual, se sabe que su riesgo aumenta al emplear agujas en mal estado, cuando los colgajos no se tratan con cuidado, cuando hay infecciones posoperatorias, con el uso de alta velocidad y sin irrigación adecuada, en cirugías traumáticas, en fin, el cirujano dentista debe de revisar cada paso para evitar, en lo que sea posible una secuela de este tipo.

Si a pesar de todos estos cuidados aparece una parestesia, el dentista debe de hablar con su paciente, explicarle lo que pasó y hacer un seguimiento para ver si el problema remite.

Beauchamp (1994), habla de tres situaciones en las que se cuestiona sobre la pertinencia y posibilidad de realizar un tratamiento. En la primera, el tratamiento es obligatorio. En este caso, no hacer el tratamiento es malo. Por ejemplo, no resolver un problema de oreculitis.

En la segunda, el tratamiento es opcional. En este caso se presentan dos posibilidades, una neutral y otra supererogativa. La opción neutral es aquella que no es requerida ni prohibida. Por ejemplo, el paciente que tiene molares incluidos y que no le han afectado todavía. La segunda opción es de tipo supererogativa, o sea rebasa la obligación. Lo que se rebasa, no es la obligación de dar servicio al paciente sino su capacidad de hacerlo. Por ejemplo, el no hacer una extracción para la que el cirujano dentista no se siente capacitado y mejor remite al paciente con un colega, quizás un masiloficial.

En la tercera, es obligatorio no tratar. El tratamiento no tiene ninguna probabilidad de éxito. Un ejemplo para esto, podría ser en el caso de un paciente que esta recibiendo radiaciones y se le puede provocar una necrosis de hueso.

3.3. Principio de Autonomía

El principio de autonomía se gesta en un ambiente jurídico, se puede hacer igual con el término de autodeterminación o de autogobierno, que implican la capacidad para comprender la situación propia y de perseguir objetivos personales sin coacciones. Esto es, la soberanía sobre la propia vida. Protege la intimidad y el control sobre los bienes y el destino que uno se forja.

Ante la ley el médico y el paciente son dos personas iguales con los mismos derechos y deberes, por ello, la ley limita las acciones del médico en casos como el realizar una cirugía sin consentimiento del paciente, confinar a una persona en una

institución para enfermos mentales o hacer una revelación pública de información contenida en archivos hospitalarios.

De acuerdo con Beauchamp y McCulloch (1984), en éste modelo se reconocen los siguientes componentes: el fin moral de la medicina es el de promover los mejores intereses del paciente, tal y como vienen determinados por las decisiones autónomas de cada uno de ellos. El principio moral básico es el del respeto a la autonomía. La obligación moral derivada es la no revelación de información médica, la confidencialidad y la fidelidad. Las virtudes morales son la veracidad, la equanimidad y la fidelidad.

La descripción de este principio es bastante clara, respeta los derechos del individuo, en su persona, sus bienes y su forma de pensar. Por ejemplo, al escribir un testamento, se pide a una persona que exprese su voluntad, en dominio de su mente y sin coacciones. Esto es, la persona debe de estar en pleno uso de sus facultades mentales. Debe de haber pasado por un proceso de análisis objetivo e inteligente. Su decisión, en este caso, se basa en la razón. Está libre de prejuicios y sentimientos, tiene la información que necesita, comprende las implicaciones de sus actos y, sobre todo, no está siendo obligada a actuar, ni por personas, ni por ideas, ni por creencias.

Este nivel de madurez y libertad para actuar es lo más alto a lo que puede aspirar una persona. Si puede actuar así en su vida cotidiana, enfrentando sus deberes y derechos, tiene resultados buenos. Es lo óptimo para el individuo.

En relación con la salud, el ser humano tiene derecho a ese mismo nivel de congruencia. Cualquier persona puede aceptar la validez de lo dicho anteriormente como un principio de acción, pero reconocerá que habrá problemas en su aplicación cuando se relacione con la interpretación del nivel de competencia.

El nivel de competencia para tomar decisiones puede afectarse en alguno o varios de los siguientes tres casos: no tener dominio de las facultades mentales, estar bajo la presión de coacciones y no tener la información necesaria para hacer un análisis.

En la literatura médica se descarta al niño, al anciano, al drogadicto y al paciente con algún problema mental o psicológico que lo discapacite para tomar decisiones objetivas. Estos sujetos, por diferentes razones no se consideran candidatos para ejercer su derecho al uso del principio de autonomía. Alguien, casi siempre el médico, o el médico y sus parientes, deciden lo que creen que es mejor para ellos. muchas veces sin preguntarles su opinión.

Las coacciones, por otro lado, pueden ser internas o externas. Las decisiones, de alguna forma, se toman como resultado de una mera manipulación. En el caso de un tratamiento médico existe la opinión del facultativo a la luz de su propio marco filosófico, la de los parientes y la propia. Las creencias, los miedos, los sentimientos y las opiniones de otros, muchas veces determinan las decisiones que se toman. En el propio proceso educativo, por otro lado, se adquieren formas no objetivas de ver las cosas; los hábitos, las costumbres y los elementos ideológicos pueden pesar mucho al momento de elegir una forma de actuar.

Esto es, en el momento de tomar alguna decisión, ninguna de las partes interesadas está consciente de la diferencia entre lo que ve y lo que quiere ver, o entre lo que cree ver y lo que ve. Es más, con frecuencia no se puede ver lo que esta enfrente y siempre ha estado allí.

Finalmente, es obvio que para tomar una buena decisión hay que contar con información completa, veraz y accesible. El paciente suele decir a los médicos "yo no soy médico, no sé de medicinas ni de tratamientos y acepto todo lo que usted me diga". Esta situación ha prevalecido en el pasado. Hay pacientes que aún siguen viendo en el médico a un ser especial, con mayor capacidad y encarnando el juramento hipocrático. Por ello el médico, uniendo sus principios de beneficencia y de no maleficencia, tradicionalmente se ha comportado de un modo paternalista.

Algunas cosas han cambiado: los principios morales en una relación médico-brujo-sacerdote-paciente son cualitativamente diferentes de los de la relación médico-paciente en el sentido hipocrático, y éstos, de los de la relación médico-paciente--familia-otros médicos-instituciones.

Para el médico existe el conocimiento de la historia natural de las enfermedades. Éste no tiene que hacer de su paciente un alumno de medicina, sino sólo exponerle con toda sencillez y a grandes rasgos, lo relativo a su proceso de enfermedad, el nivel de avance que tiene, y lo que puede suceder si no se le pone remedio. Este mismo médico tiene que dejarle claro al paciente lo relativo a los riesgos del tratamiento, junto con la relación de

costos y beneficios. El costo, como dolor, molestias, incapacidad temporal y gasto de dinero. El beneficio, como que tanto se puede esperar de su recuperación y del tipo de secuelas que deje la enfermedad. El paciente tiene derecho a saber antes de aceptar o rechazar un tratamiento, lo que le espera, en términos de su calidad de vida.

Cuando por su propia evolución, la enfermedad ha logrado rebasar cierto nivel, la familia, otros médicos y los hospitales especializados aparecen en la solución del problema. Se tienen que tomar en cuenta ahora los diferentes tipos de pareceres y posibilidades. No es difícil que al negociar todas estas instancias, los mejores intereses del paciente acaben perdiendo su nitidez.

Hasta aquí, se han manejado sólo los principios de beneficencia y de no maleficencia, que de alguna manera, ha sido el modo de comportamiento tradicional en la relación médico-paciente. El principio de autonomía, debe ahora tomar un lugar en ésta relación.

Cuando el cirujano dentista se pone de acuerdo con el ortodoncista, el endodoncista o el parodontista, sólo involucra a otro estomatólogo en el problema de decidir lo mejor para su paciente pero no involucra al paciente.

La actitud del paciente promedio suele ser de dependencia con su médico. Este siente una molestia o un dolor y hace una cita con el facultativo para que le ayude. El cirujano dentista lo revisa y le dice que es lo que procede para resolver ese problema con el que llegó, ya sea que se trate de una caries, un absceso, un

problema paradontal, una fractura, o lo cualquier otro problema odontológico. Le indica que debe tomar y cuantas veces lo citará, además de lo que importen sus honorarios. Esta es una actitud paternalista.

La actitud no paternalista implica el involucrar al paciente con su tratamiento. El dentista se transforma en un educador de la responsabilidad de su paciente. No sólo va a resolver sus problemas cuando llegue a consulta después de tres días de no dormir por el dolor, mal nutrido, deshidratado y estresado. La parte más importante del trabajador de la salud es la de fomentar los hábitos para una buena funcionalidad del organismo de su paciente.

Es obvio que lo primero que tiene que hacer es resolver el problema por el que lo van a visitar, pero a un lado de eso, tiene que implementar un acercamiento con el paciente. En ese acercamiento le tiene que explicar, del modo más accesible, los principios de higiene oral y los métodos preventivos.

En otra de sus facetas, el principio de autonomía se puede entender como el de dejar claras todas las modalidades de costos y beneficios de los diferentes tratamientos que pueden realizarse para resolver un problema específico.

Esto es, el paciente debe de asumir sus ventajas o desventajas al optar por diferentes tratamientos, y quizás, sea más importante que no se circunscriban solo al aspecto económico, como suele ser el caso en el que el dentista le pregunta al paciente para que opte por una reconstrucción con amalgama o con porcelana.

El principio de autonomía, visto objetivamente, es bueno tanto para el paciente como para el dentista, ya que permite que el paciente no se sienta traicionado por su facultativo, la relación, en vez de ser paternalista tiene características de igualdad entre personas. La igualdad radica en los derechos y los deberes no en los conocimientos o especialidades académicas. A un paciente autónomo se le hace responsable de su salud. Lo ideal en la relación médico paciente es el favorecimiento de las medidas preventivas, no la realización de tratamientos heroicos.

3.3.1. Consentimiento informado

El cirujano dentista debe de aclarar los riesgos que involucra el acto quirúrgico como la posibilidad de cirugías traumáticas, el riesgo de infecciones posteriores, el malestar durante los siguientes días a la operación, el significado de una amputación dentaria y las posibles secuelas, temporales o permanentes, de dicho tratamiento. El paciente debe saber, antes de autorizar un tratamiento, todo lo que puede resultar de éste y lo que puede resultar también si lo rechaza.

Se debe aclarar que no es lo mismo un documento de consentimiento informado que un documento de aceptación de un tratamiento. Actualmente no se pide al paciente la firma de un consentimiento informado, que está limitado al aspecto de investigación en humanos, lo que el paciente firma es una aceptación de tratamiento. Claro que para aceptarlo, el paciente debe de haber sido informado previamente por el médico sobre su necesidad, riesgos, costos y probabilidades de éxito.

La parestesia es un riesgo en la cirugía del tercer molar mandibular; si a pesar de todos los cuidados que deben tenerse para el acto quirúrgico, se llega a presentar una, el cirujano dentista debe de seguir de cerca la evolución de su paciente. Sabe que la mitad de los casos se resuelven en tres meses y otros casos en seis meses. Pero siempre existe la posibilidad de una parestesia permanente.

El cirujano debe informar de esta situación al paciente antes de pedir su firma para realizar el tratamiento. El paciente no debe de sentir que su dentista cometió un error y que después lo abandona.

Actualmente, las cirugías para corregir dichas parestesias no se realizan en México, pero puede ser que eventualmente no resulten tan difíciles de realizar. Por ello, el dentista debe estar al tanto del avance de la cirugía maxilofacial, para poder dar una solución a este problema en combinación con su paciente. O bien, puede aparecer otro tipo de tratamiento que reduzca las secuelas de la parestesia. La persona que está en mejor posición de saber sobre la existencia de estas alternativas, siempre será el dentista.

3.4. Principio de Justicia

La justicia se refiere al tratamiento aceptable, equitativo y apropiado que se le debe a la gente. El principio de justicia tiene dos objetos, uno formal y otro material.

El objeto formal de justicia se debe a Aristóteles, quien puntualizó que a los iguales se les debe tratar con igualdad, y a los desiguales, con desigualdad. Esta descripción no permite reconocer quienes son los iguales y quienes los desiguales.

El objeto formal menciona los caracteres relevantes para una consideración de igualdad. Se basa en el reconocimiento de la existencia de las necesidades fundamentales que deben ser satisfechas, y sin las cuales una persona sería dañada o afectada en una forma fundamental. Por ejemplo, mala nutrición, daño físico, o falta de información crítica para tomar decisiones.

Se reconocen muchos tipos de Justicia entre las cuales está la criminal, la conmutativa, equitativa y la distributiva.

La justicia distributiva implica una adecuada, equitativa y apropiada distribución de cargas y beneficios en sociedad; está determinada por normas justificadas que estructuran la base de una cooperación social. Incluye el desarrollo de políticas que controlan la distribución de los beneficios y las cargas. Por ejemplo, la propiedad, los recursos, los impuestos, los privilegios y las oportunidades.

Si se acepta el derecho a la salud, como un derecho inalienable del hombre, se tiene que aceptar también la existencia de sitios específicos de servicios de salud. Los servicios de salud se pueden clasificar en privados, públicos y de beneficencia pública.

Los servicios de salud privados son los que tienen la mayor tradición histórica. Existe un médico en un consultorio que es buscado y pagado por el paciente. O se reúnen una serie de médicos en una torre de consultorios, o existen hospitales privados. La institución privada en cualquiera de sus modalidades, implica una relación médico paciente tradicional, en la que el paciente, a través de su pago sostiene la infraestructura de la que obtiene salud. Esta opción no se restringe solo a la medicina alópata, quedan incluidas aquí la homeópata y la tradicional.

Los servicios de salud pública, funcionan con un capital mixto. El derecho habiente paga una cuota o solo una parte, ya que su contratante debe, por ley, pagar otro tanto y el gobierno, por otro lado, toma dinero de los impuestos para pagar, la mayor parte.

La beneficencia pública recibe fondos de cualquier persona para realizar una labor humanitaria.

El tipo y calidad de los servicios de salud, tienen una amplia correlación con esta situación económica. La medicina institucionalizada tiende a despersonalizar la relación médico-paciente, para ampliarla a una relación médico-paciente-sociedad. Esto es, se introduce un sistema de negociación en la que los intereses del paciente no siempre quedan en un primer plano.

El principio básico es el de la justicia. Si se logra un consenso sobre lo que se espera de ella como un trato adecuado y humano

entre los humanos, todavía queda de resolver el problema de cómo implementarla.

Aunque en un principio, este es un problema de moral, tiene que resolverse desde una perspectiva económica y política. Tiene que haber toda una logística fundamentada en estudios epidemiológicos y poblacionales, para poder hacer una correcta asignación de los recursos humanos y económicos. Hay que considerar también que trata de una población plural desde el punto de vista cultural.

Hay que definir la diferencia entre promoción de la salud, detección y atención tempranas del estado mórbido, manejo del enfermo leve a grave, tratamiento de rehabilitación y cuidados al discapacitado. Todo lo anterior tanto en el sector público como en el privado.

La salud, como un derecho básico de todo ser humano, solo puede conseguirse en el marco más amplio de una verdadera justicia social, con un genuino y verdadero respeto al hombre como un ser individual.

4. PARESTESIA DEL NERVIO LINGUAL

4.1. Definición.

Una parestesia es una sensación anormal que resulta de un trastorno funcional del sistema nervioso, se caracteriza por sensaciones espontáneas que alcanzan los más diversos matices. En este caso el paciente refiere sensaciones de hormigueo, pinchazos, calor, frío o ardor. Difiere de la disestesia en que, esta última, se presenta como una sensación dolorosa y persistente como respuesta a un ligero contacto con la parte anatómica involucrada.

El nervio lingual es un nervio periférico que puede quedar lesionado tras el acto quirúrgico de la extracción de terceros molares mandibulares. Estudios hechos en otros países, pueden dar una idea de la posibilidad de aparición de este problema. Por ejemplo, para Inglaterra, Blackburn y Bramley (1990, 1991) calculan que su incidencia es del 11%; para Canadá, Blondeau (1994), la calcula en 0%; para Europa, Chiapasco y colaboradores (1996), reconocen un rango de incidencia del 0-22%. No se encontraron datos para la República Mexicana.

4.2. Anatomía de la rama mandibular del nervio trigémino

El trigémino o quinto par facial, se conoce como el nervio del dentista. Se llama trigémino porque se abre en tres grandes ramas, la oftálmica, la maxilar y la mandibular.

Esta última sale por la fosa infratemporal a través del agujero oval, tiene ramas motoras, aunque se considera principalmente sensorial. Los tres nervios más importantes de esta rama para propósitos de un acto quirúrgico son el bucal, el lingual y el dentario inferior.

Cuando se planea una cirugía de tercer molar inferior, debe anestesiarse el área bajo el dominio de estos tres nervios, por lo que es necesario administrar una inyección de la realización de una anestesia regional.

El nervio bucal, pasa a lo largo de la cara interna de la rama de la mandíbula, por delante del nervio dentario inferior, cruza el borde anterior de la mencionada rama y se ramifica inervando la encía bucal entre el segundo premolar y el segundo molar.

El nervio dentario inferior pasa en sentido descendente a lo largo de la cara interna de la rama de la mandíbula, para penetrar en el orificio mandibular, debajo de la ligula. Dentro del canal dentario, inerva los dientes posteriores de esta zona. Antes de entrar por el orificio mandibular, ramifica para derivar una rama milohioidea que continúa a lo largo de la rama mandibular para inervar al músculo milohioideo y al vientre anterior del digástrico. Estas fibras son motoras.

El nervio lingual discurre en sentido descendente, junto con el dentario inferior. Justo en el punto en el que el dentario inferior entra al orificio mandibular, el nervio lingual se comunica con la cuerda del timpano del nervio facial (séptimo par craneal). En esta conexión se originan fibras secretoras que se dirigen a la

glándula sublingual y también emite fibras sensitivas para las papilas gustativas de la lengua. Del tronco del nervio lingual, salen pequeñas ramas hacia la encía lingual en la región molar. El nervio sublingual, que es una rama del lingual, inerva la encía lingual de la parte anterior, así como la mucosa del piso de la boca. Las ramas terminales de este último nervio entran en la lengua para inervar su cuerpo (Evers & Haegerstam, 1983).

La descripción anatómica anterior permite comprender que en la cirugía de un tercer molar mandibular, el nervio lingual es el que queda más expuesto a un posible daño, y es precisamente para él que se reporta el mayor número de parestesias como resultado de este tratamiento quirúrgico.

4.3. Etiología.

En general se asume que la parestesia resulta de una compresión sostenida a un nervio periférico. La presión reduce la conducción de la sangre por el "vasa vasorum" del nervio, generando diferentes tipos de hipoxia o anoxia local.

Las causas más frecuentes de lesión a un nervio periférico son la compresión directa, la intoxicación con alcohol, la anestesia, los traumatismos, las infecciones, la desnutrición y las neuropatías (Robbins et al; 1987).

Cuando se discute la etiología de esta parestesia en el nervio lingual, los cirujanos dentistas la atribuyen al acto quirúrgico en sí. Ya sea por el efecto vasoconstrictor de la anestesia, el desgarrar del nervio cuando la punta de la aguja tiene rebabas,

por infecciones posteriores a la extracción o por inyección accidental de alcohol (Ries Centeno, 1991). Esta última causa, se supone que ya no debe de presentarse con las agujas desechables que se usan ahora. Greenwood y colaboradores (1994), consideran que existe un riesgo mayor de causar daños al nervio lingual cuando se usan retractores angostos para el colgajo lingual; Blackbourn y Bramley (1990 y 1991), atribuyen el daño a la elevación y retracción del colgajo mucoperiosteico lingual en especial en dientes no erupcionados y a la ostestomía que se realiza por distal usando escoplo.

Stacey y Hajjar (1994), llaman la atención, por su parte al riesgo de deteriorar la punta de las agujas durante la técnica directa de anestesia y a la probabilidad de lacerar el nervio al extraer la aguja.

No se descarta la posibilidad que en algunas ocasiones, mas de una de estas causas funcionen juntas para producir el daño al nervio. Por ejemplo, en cirugías traumáticas en las que también hubo infección, se incrementa la posibilidad de dañar al nervio. El cirujano dentista que realiza la operación puede esperar en algunos casos una secuela de este tipo antes de que el paciente la refiera.

4.4. Clasificación

Ham (1983) menciona una clasificación de lesiones a los nervios periféricos de cinco grados. En las lesiones de primer grado, el daño es causado por hipoxia celular, sin muerte celular. En las lesiones de segundo grado, sí hay anoxia y tiene como

consecuencia la muerte celular del axón y de las células de Schwann. En las lesiones de tercer grado, se daña el tubo endoneural que pierde continuidad, pero los fascículos se mantienen. En las lesiones de cuarto grado, los fascículos también se afectan y pierden continuidad. En las lesiones de quinto grado, el nervio queda totalmente seccionado.

Al citar al paciente para revisión de una cirugía, el cirujano dentista puede preguntar sobre sensaciones que hayan quedado después de una semana de haber realizado la operación, en caso de sospechar un daño al nervio, habrá que citar nuevamente al paciente para valorar su evolución.

4.5. Remisión

Ante la hipoxia, se presenta una parestesia temporal que se resuelve en minutos u horas (Thorn et al., 1977). Pero la anoxia, produce muerte celular, tanto del axón nervioso como de las células de Schwann, por lo que el restablecimiento de la función requerirá de mas tiempo (Robbins et al., 1987).

El proceso de reparación, conocido como regeneración walleriana, obviamente dependerá del grado de lesión que ha sufrido un nervio. Esta puede ser espontánea, dentro de los primeros minutos a horas después de la lesión, o tardar entre tres y seis meses en su remisión total (Robbins et al., 1987), o no repararse nunca y quedar como una secuela. En éste último caso, se propone un tratamiento quirúrgico que involucra sutura o injerto de nervios (Ham, 1983).

La remisión de parestesias del lingual según los estudios de Blackbourn y Bramley es del 50% durante las primeras 6 semanas posteriores a la operación y del 95.5% a las 36 semanas. Sin embargo el 0.5% quedan con daño permanente.

Para Dinamarca, Ferdousi y McGregor (1985), reportan un 50% de remisión de parestesias en las primeras 12 semanas, un 60% a las 24 semanas y el 5.6% con lapsos de recuperación de uno a nueve años después de la cirugía. Admiten que hay pacientes que no logran una total recuperación en ese tiempo.

Blondeau (1994), en Canadá, sólo refiere tres casos de disestesia del dentario, no del lingual, que remitieron a las 6 semanas.

Chiapasco y colaboradores (1996), sólo reportaron un caso en 1030 pacientes con remisión en una semana.

Como se desprende de los estudios epidemiológicos, un porcentaje muy pequeño de pacientes no logra la remisión de la parestesia, en estos casos se ha sugerido el uso de microcirugía en diferentes modalidades, ya sea con sutura de nervio o con injerto (Scheunemann y Hausamen, 1980; Day 1994; Moszary y Middleton, 1984). Sin embargo Blackbourn (1992), dice que los resultados de este tipo de cirugías son todavía desalentadores.

Esto es que aunque se habla de un porcentaje muy pequeño de pacientes que quedan con secuelas permanentes, el cirujano dentista debe de estar consciente de que el riesgo existe y que en algunos casos, el daño puede ser permanente.

4.6. Prevención

Como es natural, los distintos autores reconocen un riesgo implícito en la cirugía de los molares mandibulares y también proponen una serie de recomendaciones preventivas como las siguientes:

To-Ew y Chan (1994), recomiendan el uso de un protector del nervio lingual que ellos fabricaron. Robinson y Williams (1986), proponen un mapeo del nervio que se puede anexar al expediente del paciente para que durante el acto quirúrgico se esquivé la zona por la que pasa. Chiapasco y colaboradores (1996), insisten en que los colgajos se hagan marginales con liberatriz por mesial para dientes erupcionados y colgajos paramarginales en dientes no erupcionados, que la osteotomía y la odontosección se hagan con fresas de bola y fisura usando baja velocidad, y que se irrigue la zona con solución salina.

Cuando se tiene claro el riesgo clínico de una parestesia, y se conocen los principios de responsabilidad moral en medicina, es mejor tomar todas las precauciones posibles para evitar que llegue a darse. No deben soslayarse nunca los cuidados y precauciones ya que la responsabilidad del cirujano dentista empieza allí, o sea, tratar de evitar un daño que sabe que puede resultar y que en algunas ocasiones, corre el riesgo de ser permanente.

ESTA TAREA NO DEBE
SALIR LIBRE DE LA BIBLIOTECA

5. CONCLUSIONES

La parestesia del nervio lingual es un riesgo que se corre al realizar extracciones de terceros molares mandibulares. Esto se debe a la cercanía del nervio lingual en la zona en la que se realiza el acto quirúrgico en la boca. La hipoxia o anoxia del axón pueden ser causadas por la anestesia, por daño mecánico y por infecciones.

El conocer estos hechos ha de permitir que el cirujano dentista, valore los riesgos a fin de reducirlos a un mínimo, o bien considere la posibilidad de remitir a su paciente con alguien mas capacitado para hacer la intervención.

Las decisiones que el cirujano dentista toma como profesionalista deben de estar basadas en sus conocimientos y habilidades y en elementos de juicio que proporciona la ética profesional.

La ética es una rama de la filosofía que provee de elementos de juicio para que una persona ejerza su autocritica y actúe con base en principios de comportamiento adecuados y responsables.

La ética médica, en particular proporciona una serie de lineamientos en relación con la actitud del profesional de la salud hacia su paciente. Destacan entre ellos el respeto por la salud, la vida, la integridad, la intimidad y los mejores intereses de su paciente. Por otro lado el respeto a los colegas es fundamental. La superación académica no debe de ser soslayada tampoco.

La bioética proporciona una serie de principios que no tienen un valor absoluto unos sobre los otros y que deben de ser valorados en cada caso particular. Estos principios son el de beneficencia, el de no maleficencia, el de autonomía y el de justicia. El principio de beneficencia resalta una actitud paternalista, en la que el facultativo toma decisiones considerando los mejores intereses de su paciente. El de no maleficencia pondera sobretodo el no hacer daño, prevenirlo, repararlo y promover el bien. El principio de autonomía se refiere a una relación en la que el paciente tiene la opción de decidir sus mejores intereses gracias a la posibilidad de estar bien informado. Esto le permite aceptar o rechazar tratamientos entendiendo lo que representan para él en relación con su salud. Este ultimo principio implica un avance sustancial en la relación médico-paciente que había permanecido casi sin cambios desde la época de Hipócrates. El principio de justicia se maneja más en un ámbito hospitalario que en el consultorio particular, las decisiones involucran al médico, al paciente, a los familiares, a los especialistas en medicina y a las instituciones.

Para realizar cirugías se discute ahora la necesidad de contar con el consentimiento informado del paciente, el cuál debe estar representado por un documento legal firmado por el interesado. El consentimiento informado tiene su origen en los estudios de investigación en los que el humano es usado como sujeto experimental. El concepto de consentimiento informado, implica un conocimiento por parte del paciente, de lo que se hace con él. Esto es diferente del documento de autorización de tratamientos que se ha popularizado en la relación médico-paciente a partir de la segunda mitad del siglo XX.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ DE LA CADENA S, C. 1993. Ética Odontológica. Talleres de la Coordinación del Sistema Universidad Abierta. México.

BEAUCHAMP, T. 1994. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. New York.

BEAUCHAMP, T. Y McCULLOGH. 1984. Ética Medica. Editorial Labor. Barcelona.

BLACKBURN, C.W. 1992. Experiences in lingual nerve repair. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 30(2):72-77.

BLACKBURN, C.W. y P. A. BRAMLEY. 1990 y 1991. Lingual nerve damage associated with the removal of lower third molars. Br. Dent. J. 168(1):5;170(10):365.

BLONDEAU, F. 1994. Paresthesie: resultat suite a L'extraction des 455 molaires incluses mandibulaires. J. Can. Dent. Assoc. 60(11):991-994.

CASTRO, E. 1966. Ética . Impresora Ambris, S. De R. L. México.

CHIAPASCO, M., M. PEDRINAZZI, J. MOTTA, M. CRESCENTINI, Y G. RAMUNDO. 1996. Chirugia dei terzi molari inferiori e lesioni del nervio linguale. Minerva Stomatol. 45(11): 517-522.

DAY, R. H. 1994. Diagnosis and treatment of trigeminal nerve injuries. *J. Calif. Dent. Assoc.* 22(6):48-51;53-54.

ESCOBAR V., G. 1991. Ética. Introducción a su problemática e Historia. McGraw-Hill. México.

EVERS, H. Y G. HAEGERSTAM. 1983. Manual de Anestesia local en Odontología. Salvat Editores, S. A. Barcelona.

FERDOUSI, A. M. Y A. J. MCGREGOR. 1985. The response of the peripheral branches of the trigeminal nerve to trauma. *Int. J. Oral Surg.* 14(1):41-46.

GREENWOOD, D. M., S. G. LANGTON Y J. P. ROOD. 1994. comparison of broad and narrow retractors for lingual nerve protection during lower third molar surgery. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 32(2):114-117.

GUILLON, R. 1994 . Principios Elementales para una ética de Aceptación Universal. *Rev. ILADIBA* 8 (11):38-39.

HAM, A. W. 1983. Tratado de Histología. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C. V. México.

LOPEZ DE LA PEÑA, XAVIER A. 1996.El consentimiento informado en la legislación en salud de México. *Gac. Med. Mex.* 132(5): 551- 557.

MOZSARY, P. G. Y R. A. MIDDLETON. 1984. Microsurgical reconstruction of the lingual nerve. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 42(7):415-420.

PLATTS, m. 1988. La Ética a través de su Historia. *Inst. Invest. Filosóficas. UNAM.* 49: 13-54.

PLATTS, M. 1996. Sida: Aproximaciones Éticas. Fondo de Cultura Económica. México.

RIES CENTENO, G. A. 1991. Cirugía Bucal. Patología, Clínica y Terapéutica. Librería el Ateneo, Editorial. Argentina.

RING, M. E. 1989. Historia Ilustrada de la Odontología. Ediciones Doyma. Barcelona.

ROBBINS, S. L., M. ANGELL Y V. KUMAR. 1987. Patología Humana. Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México.

ROBINSON, R. C. Y C. W. WILLIAMS. 1986. Documentation method for inferior alveolar and lingual nerve paresthesias. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 62(2):128-131.

ROLDAN GONZALEZ, J. 1987. Ética Médica. Edit. L. P. De Clavería. México.

RUIZ AMEZCUA, E. 1976. Ética Médica con Orientación Personalista. Editorial ECA. México.

SCHEUNEMANN, H. Y J. E. HAUSAMEN. 1980. Gutacherliche Erfahrungen bei Verletzungen des Nervus Lingualis in Verbinduna mit Zahnarztlich-chirugischen Eingriffen. Dtsch. Zahnarzl. Z. 35(2):196-198.

SERRANO, G. N. 1961. Ética. El Hombre y la Bondad. Editorial Porrúa. S. A. México.

STACEY, G. C. Y G. HAJJAR. 1994. Barbed needle and inexplicable paresthesias and trismus after dental regional anesthesia. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 78(6):680-681.

THORN, G. W., R.D. ADAMS, E. BRAUNWALD, K. J. ISSELBACHER Y R. G. PETERSDORF. 1977. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw -Hill Book Co. New York.

TO-EW Y F. CHAN. 1994. Lingual nerve retractor. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 32(2):125-126.

TOULMIN, S. E. 1979. El puesto de la razón en la Ética. Alianza Editorial. España.