



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**COMPLICACIONES DURANTE LA PRÁCTICA
ODONTOPEDIÁTRICA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARÍA LILIANA MONTEERRUBIO HERNÁNDEZ

DIRECTOR:

C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA

MÉXICO D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

C.D. Rosa Eugenia Vera Serna.

Por brindarme su ayuda y apoyo para la realización de este trabajo, con el cual concluyo una etapa muy importante de mi vida.

Gracias.

A mis padres.

A ustedes que les debo todo, que me han hecho parte de su vida sin pedir nada a cambio y me otorgan el amor más sincero del universo.

Por brindarme su apoyo incondicional, por estar pendiente de mi educación para convertirme en la mujer que hoy soy, por enseñarme a salir adelante siempre respetando los valores que me inculcaron y hacerme responsable de mi vida.

Por hacer suyos mis éxitos y derrotas, por todo su amor, apoyo, respeto y comprensión.

Gracias.

Gracias por ser los pilares de mi vida, los amo.

A mi hermano.

Gracias por estar a mi lado cuando más te necesito, por apoyarme incondicionalmente y acompañarme por los caminos más difíciles, tendiendo tu mano para ayudarme a levantar de cada tropiezo.

Sigue a mi lado siempre.

Te quiero mucho.

A mis abuelos

Gracias por mostrarme la vida desde otra perspectiva, por amarme con mis defectos y virtudes. Gracias por enseñarme la importancia de la familia y con esto contribuir a mi formación, siempre basada en los valores que me heredaron.

Los quiero mucho.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. COMPLICACIONES DURANTE LA PRÁCTICA ODONTOPEDIÁTRICA	2
1.1. Manejo de conducta	
1.2. Complicaciones durante el manejo de conducta	2
1.3. Complicaciones por anestesia	7
1.4. Complicaciones durante la exodoncia	11
1.5. Lesiones de tejidos blandos	25
1.6. Aspiración o deglución de un cuerpo extraño	33
1.7. Complicaciones durante tratamientos pulpares	37
1.8. Intoxicación aguda por la ingestión de fluoruro	39
2. FACTORES QUE PREDISPONEN UN ACCIDENTE	42
2.1. Fobia a la consulta odontológica	42
2.2. Ansiedad y miedo por parte del paciente	44
2.3. Mal manejo del dolor	45
2.4. Interacción odontólogo-asistente dental	46
2.5. Estímulos negativos	47
2.6. Instrumental inadecuado	50
2.7. Ansiedad por parte del odontólogo	51
2.8. Exceso de confianza por parte del odontólogo	52
3. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	54
3.1. Iatrogenias	57
3.2. Circunstancias profesionales que dan lugar a reclamaciones	
por responsabilidad profesional	60

3.3. Comportamiento del Cirujano Dentista con el paciente ante una complicación	63
3.4. Expediente Clínico	63
3.5. Consentimiento informado	64
3.6. Nota de evolución	66
4. CONCLUSIONES	67
5. BIBLIOGRAFÍA	68

INTRODUCCIÓN.

En odontopediatría se debe estar consiente que tratar pacientes infantiles conlleva una gran responsabilidad tanto con él, como con sus padres. Al dar atención al paciente pediátrico, se debe prever cualquier situación que ponga en riesgo la salud física y psicológica de éste.

El odontólogo debe actuar siempre anticipándose a cualquier riesgo que pueda desencadenar una complicación, y evitar así situaciones desagradables que puedan provocar dificultades innecesarias.

Las complicaciones pueden surgir por un mínimo descuido, ahorrar unos segundos en la duración del tratamiento o costos insignificantes, o simplemente por exceso de confianza. Ejercer nuestra profesión con las normas establecidas, para prevenir complicaciones es un deber con nuestros pacientes y un beneficio para nosotros al trabajar con seguridad y tranquilidad. No obstante una complicación puede presentarse aún tomando las medidas necesarias para prevenirlas, por lo que debemos siempre estar preparados para solucionarlas satisfactoriamente.

Cuando se presente una complicación, el cirujano dentista debe actuar éticamente e informar al paciente y a sus padres la situación y sus consecuencias; así como reparar el daño y asumir su responsabilidad en todos los ámbitos.

Así mismo el odontólogo debe obtener la autorización de los padres a través del consentimiento informado, para llevar acabo el tratamiento, desde la técnica de manejo de conducta que se utilizará, el tratamiento, pronóstico de éste y consecuencias si existen. Siendo este documento parte del expediente clínico y el medio más efectivo para que esté legalmente protegido ante un problema de tipo legal.

1. COMPLICACIONES DURANTE LA PRÁCTICA ODONTOPEDIÁTRICA

1.1. Manejo de conducta.

El éxito en el tratamiento odontopediátrico se relaciona directamente con el conocimiento, por parte del odontólogo de las características psicológicas y necesidades particulares del niño. Mientras mayor sea este conocimiento, mayor la posibilidad de tener buenos resultados en las tres importantes áreas de la conducción del paciente: 1) predicción de conducta en situación clínica, 2) manejo adecuado de problemas conductuales y 3) en caso de menores inadecuadamente tratados anteriormente, mejor habilidad para explicar, racionalizar y modificar circunstancias que motivaron los trastornos.

> Comportamiento del paciente pediátrico en la consulta odontológica.

Los niños pueden clasificarse en tres grupos de acuerdo a su comportamiento:

- a. Cooperadores. Pacientes razonablemente relajados, con un mínimo de temor, entusiastas en ocasiones, estableciendo con el dentista una rápida y fácil comunicación.
- b. Falta de capacidad de cooperación. Pacientes con los cuales no puede establecerse comunicación: niños muy pequeños y niños con retraso mental.
- c. Cooperadores potenciales. Son los niños "problema". Su conducta no es cooperadora, pero puede ser modificada favorablemente.¹ Este tipo de pacientes pueden clasificarse en:

¹ Escobar M, Fernando. Odontología Pediátrica. Editorial Universitaria, 2ª edición, Chile, 1992, pág. 47.

- Conducta incontrolada. Niños menores, entre tres y seis años; reacción en forma de "pataleta". Hay tres acciones que el dentista debe efectuar frente a esta situación: 1) Retirar al niño de la sala de espera, ya que la conducta negativa puede crear reacción en cadena, 2) Detener los movimientos del niño, ya que puede provocarse él mismo daño, 3) Establecer una vía de comunicación.
- Conducta desafiante. Presente en niños de diversas edades, más típica en los de edad escolar. Una actitud firme y clara por parte del odontólogo suele provocar resultados dramáticos.
- Resistencia pasiva. Más frecuente en niños mayores, el paciente sentado en el sillón, tenso, con la boca cerrada evitando la mirada y rehusando a contestar, puede ser un problema difícil. Se requiere comprensión de su conducta y establecer una vía de comunicación.
- Timidez. Forma leve de negativismo, manejada erróneamente puede pasar a una conducta incontrolada.
- Cooperador tenso. Situación limítrofe entre conductas negativas y positivas, los niños aceptan el tratamiento pero hay varios signos corporales que delatan tensión. ²

Control de la conducta del niño.

> Técnicas de comunicación.

La clave para dirigir la conducta del niño es la comunicación. Debe establecerse una comunicación tanto verbal como no verbal. La comunicación no verbal es imprescindible porque el paciente pediátrico es hábil en detectar expresiones faciales, aún durante periodos de silencio.

² Escobar M, Fernando. Op. Cit. pág 48.

- a. Lenguaje pediátrico. Cuando hablamos con un niño, debemos escoger el lenguaje apropiado. Nunca debemos mentir a los niños, debe explicarse las cosas de manera que puedan entenderlas, pero no mintiendo.³ Al seleccionar el lenguaje, debe elegirse objetos y situaciones familiares para el. Debe tenerse precaución de no utilizar lenguaje ofensivo para ellos. Hablarles siempre a su nivel o un nivel ligeramente superior para hacerlo sentir mejor. Pronunciar las palabras despacio y claro es muy importante para que el niño las entienda, así como, dar pocas instrucciones.
- b. "Decir, mostrar, hacer". El propósito de esta técnica es familiarizar al paciente con ambientes, instrumentos y gente nueva. Consiste en: 1) decir y explicar al niño lo que se le va hacer, 2) mostrar al paciente exactamente como se va a realizar la técnica, y 3) efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado. Se tendrá éxito, si se pasa de un estadio a otro sin interrupción.
- c. Control de voz. En esta técnica, el odontólogo adopta una actitud autoritaria, destinada a restablecer la comunicación perdida con el paciente, debido a una conducta no colaboradora. Consiste en un cambio de voz súbita y abruptamente, elevándolo para conseguir la atención del paciente y proyectar que el odontólogo es el que toma las decisiones. Es más importante el tono de voz que lo que se dice; la expresión facial debe acompañar el cambio de tono de voz.⁴

> Técnicas de modificación de la conducta.

Cuando el cirujano dentista se enfrenta a un paciente con características obstructivas para el desarrollo de la comunicación y eventual tratamiento,

³ Barbería E. Odontopediatría. Masson. Barcelona, 1995. pág 128, 129

⁴ Ib. pág. 130

debe intentar modificar esta situación mediante varias técnicas que han sido desarrolladas por psicólogos y psiquiatras.⁵

- a. Refuerzo. Las leyes del refuerzo dicen que la conducta premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la castigada o sin premiar tiende a desaparecer.
- b. Desensibilización. Con la desensibilización proveemos al niño de nuevas y más placenteras asociaciones para relacionarlas con el estímulo que provoca la ansiedad. Se trata de romper vínculos entre el objeto temido y los condicionantes que provocan el miedo.
- c. Imitación. Con esta técnica, el paciente aprende de la situación dental viendo como otros niños reciben tratamiento. Esta técnica es de gran utilidad para mejorar conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.⁶

> Técnicas de enfoque físico.

Son aquellas técnicas que controlan o limitan movimientos de los niños para su protección al realizar tratamientos dentales.

Estas técnicas no se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones perfectamente tipificadas y específicas. Los objetivos de esta técnica son: 1) ganarse la atención del niño, 2) enseñarle la conducta apropiada que se espera de él, 3) darle más seguridad mediante contacto corporal y control de sus movimientos, 4) protegerlo de lesiones y 5) hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo. La técnica de enfoque físico debe practicarse estrechamente con el enfoque psicológico. Las técnicas de enfoque físico son:

⁵ Boj. J. R., Odontopediatría. Masson, Barcelona, 2004. pág. 266

⁶ Ib. pág. 266,267.

- a) Bloques de mordida, abre bocas. Se emplean en el control de abertura de la boca. Existen distintos tamaños que se seleccionan en función con la edad del niño.
- b) Mano sobre boca. Tiene como finalidad restablecer la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse, usarla en niños menores de 3 años o pacientes de bajo coeficiente intelectual está prohibido. En pleno ataque de rabieta con gritos, el odontólogo coloca su mano sobre la boca del niño. La asistente controla manos y piernas para frenar la agitación de estos. En voz baja y suave se le dice al oído que esta actuando de forma inadecuada y que retiraremos la mano en cuanto este dispuesto a cooperar. La técnica no busca asustar al niño, sino que intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo.
- c) Control físico por parte del profesional. Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de brazos y piernas del niño durante el tratamiento dental por parte del odontólogo y su ayudante.
- d) Control físico mediante dispositivos específicos. Cuando ya no se puede controlar los movimientos de los niños, por parte del odontólogo y sus asistentes, se tiene que recurrir a dispositivos de limitación física específicos, para el control de todo el cuerpo. Se incluyen sábanas, toallas, cinturones y dispositivos comerciales como Pedi Wrap o Papoose Board.⁷

⁷ Boj. J. R. Op. Cit. pág 268

1.2. Complicaciones durante manejo de la conducta.

Existen diferentes situaciones durante el control de la conducta en el paciente odontopediátrico, que pueden ser causa de molestia en los padres o tutores si no se tiene la atención de informarles previamente al uso de estos, principalmente en las técnicas de enfoque físico, de ahí la importancia del consentimiento informado.

> Inconformidad de los padres por uso de técnicas de manejo de conducta sin su consentimiento.

El uso de técnicas de manejo de conducta, es un procedimiento cotidiano en la consulta odontopediátrica. Aún cuando este procedimiento sea cotidiano, no se debe realizar sin informar anticipadamente a los padres en que consiste cada técnica y en que situación será utilizada. Existen técnicas como control de voz y restricción física, que no son muy aceptadas por los padres, y utilizarlas sin su consentimiento podría confundirse con una agresión hacia el paciente.

Es importante emplear el tiempo necesario para explicar a los padres que las técnicas de manejo de la conducta, sobre todo las de enfoque físico, tienen fundamentos científicos; así cómo el porqué de la necesidad de utilizar estas técnicas y el modo de empleo de estas. Siempre recordando a los padres que las técnicas son utilizadas para la seguridad del niño y como necesidad del tratamiento, y no para herirlo.⁸

Actualmente hay una mayor participación por parte de los padres durante el tratamiento dental, con mayor énfasis en el consentimiento informado, pues el profesional no puede por si solo asumir la responsabilidad de aplicar determinadas técnicas de control de conducta. Es evidente que

⁸ Barbería E. Op. Cit. pág. 136.

ante la aplicación de técnicas de enfoque físico hay que obtener consentimiento por parte de los padres.

Existe el consentimiento implícito que conlleva la autorización para realizar todas aquellas técnicas necesarias para el bien del paciente y para realizar los tratamientos. Este consentimiento debe obtenerse sobretodo en el uso de técnicas de enfoque físico.⁹

En los últimos años han incrementado el numero de demandas a odontólogos en México, por lo que cada vez resulta más importante el uso del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual.¹⁰

El odontopediátra toma ciertas acciones en el manejo de niños con falta de capacidad de cooperación o cooperadores potenciales, para proteger su integridad física. Algunas actitudes por parte del odontólogo pueden ser opuestas, algunas protegen y otras dañan con abuso de autoridad y maltrato.¹¹

> Caídas del sillón dental.

En un paciente con falta de capacidad de cooperación es necesario utilizar en la mayoría de los casos aditamentos de restricción física para evitar movimientos bruscos y causa de estos, lesiones o accidentes como una caída del sillón dental, sobre todo en niños menores, cuando intentan evitar ser atendidos.

⁹ Barbería E. Op. Cit. pág. 136

¹⁰ Alcántara Suárez V. Utilización del consentimiento informado por odontopediátras en la ciudad de México. Revista ADM. Vol. XLI, No.1. Enero – Febrero, 2004, pág. 37.

¹¹ Basso Martha Lourdes, Puesta de Límites en Odontopediatría. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol.85. .No 1. Enero/Marzo 1997. pág 42.

Esta complicación puede presentarse también cuando el paciente se duerme en el sillón dental y no se tiene la precaución de vigilarlo y en un movimiento puede desbalancear y caer de este; o bien en cualquier niño la curiosidad puede hacer que intente levantarse del sillón y caer de este accidentalmente.

Una caída del sillón dental puede provocar traumatismos craneoencefálicos y como consecuencia laceraciones, hematomas o en el peor de los casos fracturas, así como lesiones en codos y rodillas; o no traer ninguna consecuencia grave, pero es responsabilidad del odontopediatra prevenir cualquier situación que ponga en riesgo innecesario al paciente.

En la consulta odontopediátrica no debe descuidarse al paciente un solo segundo, de ahí la importancia de trabajar siempre con un asistente dental, un descuido del odontólogo al dejar solo al niño puede concluir en una accidente que pudo prevenirse.

> Marcas en el cuerpo por restricción física.

El uso de aditamentos de restricción física puede provocar algunas marcas en el paciente odontopediátrico si no se realizan correctamente y con las medidas necesarias.

- Abrebocas.

El abre bocas es considerado un aditamento de restricción, aunque su uso es cotidiano para mayor comodidad del paciente y también para evitar un gran número de accidentes provocados por el cierre intempestivo de la boca por parte del paciente.

Al utilizar el abre bocas debe colocarse un pañuelo entre este y la mejilla para evitar que provoque marcas por presión en la piel del paciente. Así como informar a los padres de su uso y las ventajas de éste.

- Control físico por parte del personal.

Cuando el asistente dental controla manos y piernas para frenar la agitación de estas debe actuar con firmeza pero con cuidado de no realizar una presión dactilar intensa, para evitar dejar huella de la acción en la piel del paciente. Lo mismo puede sucederle al odontólogo al mantener el control de movimientos de la cabeza, pero en la zona de cara y cuello.

Es importante utilizar este tipo de restricción hasta donde nos sea posible, ya que si debemos utilizar una fuerza excesiva que pueda lastimar al paciente para poderlo controlar, es mejor auxiliarnos de los aditamentos de restricción física.

- Control físico mediante dispositivos específicos.

Al utilizar dispositivos específicos para el control físico debemos tener varias precauciones para evitar que estos dejen indicios de su uso en el cuerpo del paciente.

Debemos pedir al responsable del paciente, que el niño asista a la cita con ropa ligera, pero de mangas largas, para evitar que la presión de los aditamentos por la presión marquen el cuerpo.

Al colocar el aditamento debemos colocarlo hasta los hombros, liberando el cuello para evitar lesiones en este. Colocar las manos a los costados, ya que si las colocamos sobre el pecho el aditamento ejercerá mayor presión sobre ellas marcándolas.

1.3. Complicaciones por anestesia.

Los anestésicos en odontología se usan tanto que no es posible ignorar los riesgos potenciales de su empleo.

> Reacciones locales a tópicos.

Se manifiestan comúnmente en forma de descamación epitelial. Este trastorno se debe a una aplicación demasiado prolongada del anestésico tópico, pero también puede ser por hipersensibilidad.

Debe cuidarse el tiempo de uso del anestésico tópico y cambiar anestésico de diferente estructura para evitar situaciones de riesgo.¹²

> Necrosis Palatina.

La necrosis de la mucosa del paladar duro puede presentarse si se inyecta un anestésico local con demasiada presión y rapidez dentro de sus tejidos, especialmente en la región de los premolares y molares, es decir, en la zona media de la bóveda palatina.¹³

En este caso, la zona isquémica blanquecina de la mucosa infiltrada se torna violácea y esfacelada, y al desprenderse deja una úlcera de bordes

¹² Mccarthy M. F. Emergencias en odontología. Ateneo. México, 1973. pág 294

¹³ Sadner Olaf M. Accidentes en la práctica odontológica. 1ª ed. Amolca. Colombia, 2002. pág 77

cortantes, al principio muy dolorosa. Cuando es muy profunda, en ocasiones afecta el hueso.

La infiltración anestésica en esta zona debe realizarse cuidadosamente, evitando la presión excesiva e infiltrando pequeñas cantidades del anestésico.

> Ruptura de la aguja anestésica.

Es una complicación poco común, generalmente se presenta por defecto del material, técnica defectuosa o por una reacción brusca de defensa por parte del paciente.¹⁴

Para reducir y prevenir riesgos la aguja nunca debe introducirse a los tejidos hasta la profundidad de su adaptador, sino solo tres cuartas partes de su largo, ya que la fractura suele producirse a nivel de la unión con la jeringa.

La técnica de anestesia debe realizarse correctamente, sin realizar movimientos laterales y bruscos de la aguja dentro de los tejidos. No debe forzarse la aguja si el tejido opone resistencia.

Cuando la aguja sufrió deformación no debe utilizarse nuevamente, ni intentar devolver su forma original manualmente, es decir, si se anestesia y la aguja se deforma, y es necesario reforzar, debe cambiarse la aguja y no tratar de enderezarla y utilizarla nuevamente, porque es probable que se fracture.

La reacción de defensa del paciente no siempre se puede evitar, sin embargo, ante pacientes nerviosos, sobre todo infantiles, se deben tomar las debidas precauciones. Hay que recordar que los pacientes pediátricos pueden cerrar la boca en cualquier momento, y la sensación del proceso de

¹⁴Sadner Olaf M. Op. Cit. pág. 81

anestesia, puede provocar que cierre intempestivamente y se fracture la aguja, por lo que siempre debemos tener la precaución de colocar el abrebocas o bloques de mordida.

Si a pesar de tomar las mejores precauciones se produce este accidente, con la pérdida de la aguja en la profundidad de los tejidos, el odontólogo está obligado a explicarles al paciente y a sus padres lo sucedido, tranquilizarlo eventualmente y remitirlo a un cirujano maxilofacial para retirar la aguja.

En caso de que exista alguna parte expuesta a simple vista de la aguja, debe retirarse con unas pinzas de Mosco con mucha precaución, pidiéndole al paciente que no cierre o preferentemente colocar el abrebocas, para evitar movimientos involuntarios musculares que introduzcan más el fragmento de aguja.

> Mordedura postanestésica.

Complicación muy común en pediatría, por el uso de anestésicos locales de duración prolongada. Las consecuencias suelen ser muy desagradables para el paciente, los padres y el cirujano dentista. Estas lesiones parecen muy alarmantes al principio, pero suele producir poca incomodidad y solamente hinchazón del tejido blando por pocos días.



Ilustración 1. Lesión por mordedura postanestesia troncular inferior izquierda.¹⁵

¹⁵ Boj. J. R. Op. Cit. pág 487.



Ilustración 2. Mordedura postanestésica¹⁶

El mayor riesgo de traumatismos masticatorios se produce inmediatamente después de la inyección, antes de que el niño se habitue a la sensación de adormecimiento, de entumecimiento y rigidez de tejidos blandos. Los sitios más comunes son labios, mejillas y lengua.

Debe colocarse un trozo de gasa entre los labios del niño si la anestesia persiste cuando éste se retira del consultorio. Se debe advertir al paciente y a los padres, de los peligros de morder el tejido blando mientras está anestesiado, recomendar vigilancia y dieta blanda hasta que pase el efecto de la anestesia, especialmente en niños pequeños.

Indicaciones para el paciente después de la anestesia:

- Nunca dejar solo al paciente pediátrico mientras esté anestesiado.
- Informar al paciente que hablará diferente o "raro" después del bloqueo.
- Indicar al paciente que el borde y punta de la lengua están anestesiados y por eso se siente "gorda, grande o dormida"
- Informar al niño y al padre que no debe morderse los tejidos blandos o la lengua.

¹⁶ Boj. J. R. Op. Cit. pág. 291

¹⁷ Osorno Carmen. Manual de actividades clínicas en odontopediatría. 1ª edición. Trillas. México, 1990. pág. 55

- Manejar dieta líquida hasta que termine la acción del anestésico, evitar que coma dieta sólida para evitar que se muera.¹⁷

> Quemadura postanestésica.

Este tipo de quemaduras ocurre al ingerir bebidas o alimentos a temperaturas muy altas. Generalmente se presentan en la lengua y paladar. Las quemaduras leves presentan ligero eritema y las graves desprendimiento del epitelio, dejando al descubierto una zona eritematosa e hipersensible.

Para evitarlas, se debe indicar a los padres y al paciente que no debe ingerir alimentos muy calientes después de un tratamiento bajo anestesia local, antes de recuperar la sensibilidad normal, ya que al no tener percepción de la temperatura, puede provocar este tipo de lesiones.

> Traumatismos por infiltración.

Este tipo de complicación es de poca importancia cuando se presentan en la técnica supraperióstica y consiste en edema, dolor y a veces una pequeña ulceración en el sitio del pinchazo. Las dos primeras características pueden deberse a la administración de un gran volumen de anestésico o a infiltraciones muy rápidas, por lo que se recomienda infiltrar lentamente el anestésico, casi a un cartucho por minuto. Las molestias suelen remitir en pocos días.

> Hematomas.

La colocación cuidadosa de la aguja evitará rupturas innecesarias de vasos capilares, sobretodo en el segmento posterior del maxilar superior. La

mayoría de los hematomas son resultado de inyecciones en la mejilla, en lugar de ubicarlas cerca del hueso.¹⁸

La punción de una vena o arteria durante la aplicación de la anestesia local puede producir un hematoma más o menos extenso. La formación de este hematoma no es un accidente grave, cediendo la tumefacción generalmente después de una semana, dejando por algunos días ciertas manchas verdes-amarillentas en la piel o mucosa, manchas que pueden descender progresivamente hacia el cuello y el pecho si el hematoma ha sido muy grande.

La terapia del hematoma de la mejilla consiste en una presión aplicada sobre ella, siendo recomendable en algunos casos aplicar una venda elástica. Se debe administrar algún antiinflamatorio acompañado con antibiótico para evitar infecciones.¹⁹ Los hematomas de la región pterigomaxilar, de producirse un trismo, requieren ejercicios de apertura y cierre.

> Lesión de troncos nerviosos

Las lesiones mecánicas de los nervios se producen por efecto de punción directa de un tronco, principalmente durante la aplicación de la inyección para la anestesia regional del nervio dentario inferior o del nervio lingual.

A consecuencia de la herida de un nervio se producen parestesias (hormigueo, ardor de quemada, sensación anestésica, etc.) o bien dolores neuralgiformes que se manifiestan después de algunas horas o días.²⁰

¹⁸ Osorno Carmen. Op. Cit. pág 52.

¹⁹ Sadner Olaf M. Op. Cit. pág 78.

²⁰ Ib. pág. 79.

> Parálisis facial.

Las parálisis faciales producidas a consecuencia de una anestesia local se pueden presentar si durante la aplicación de la inyección a nivel del nervio dentario inferior se sobrepasa el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula. Se evita este accidente si se cuida mantener contacto óseo durante la instalación.

La paresia de la musculatura facial producida por anestesia local es un accidente de naturaleza inocua que desaparece sin tratamiento a las pocas horas de haberse producido. Es importante darles tanto al paciente, como a sus padres la debida explicación.²¹

> Trismo.

El trismo es una alteración que se presenta con frecuencia, pero pocas veces es reportado por el paciente. Se presenta después de una inadecuada técnica de anestesia o por haber punzado varias veces el mismo tejido y el resultado es la limitación en los movimientos de apertura y cierre de la boca por contractura de la musculatura mandibular.²²

Después de la anestesia a nivel de foramen mandibular, se puede presentar un trismo, este accidente suele ser motivado por un hematoma, una infección o por una infiltración de anestesia dentro del músculo pterigoideo interno.²³

Para prevenir el trismo debe infiltrarse lentamente y con cuidado el anestésico. Este trismo suele desaparecer en un lapso de 1 a 2 semanas. Si

²¹ Sadner Olaf M. Op. Cit. pág. 79.

²² Osorno Carmen Op. Cit. pág. 51.

²³ Ib. pág 80

es muy intenso o persiste pasado este tiempo, se recomienda la aplicación de medicación antiinflamatoria.

> Complicaciones anestésicas provocadas por el paciente.

Es importante adoptar una posición correcta para contrarrestar de inmediato cualquier movimiento del niño. Si intenta tomar la jeringa durante la administración del anestésico, se debe decir suave, pero firmemente, que no lo haga.

Un movimiento inesperado por parte del paciente y una mala técnica de restricción de movimientos sobre todo de cabeza, cuello y extremidades por parte del odontólogo y el asistente dental, puede traer como consecuencia una punción en un lugar no deseado y peligroso, por ejemplo, ojos, nariz, oídos, cara o cuello.

Si esta complicación se presentara debe informarse de inmediato a los padres y remitir al especialista indicado para evaluar la lesión, sobre todo si esta se presento en órganos muy sensibles como ojos, nariz u oído.

1.4. Complicaciones durante la exodoncia

Durante la exodoncia pueden presentarse diferentes complicaciones, ocasionadas por maniobras mal efectuadas, o bien, por condiciones anatómicas imprevistas.

Es necesario planear adecuadamente la técnica de exodoncia, antes de realizarla se debe contar con el estudio radiográfico necesario, así como con el instrumental que se utilizara.

> Lesiones a estructuras adyacentes.

Una maniobra inadecuada en que se desliza el instrumental de exodoncia, ya sean fórceps o elevadores, pueden provocar lesiones que pueden llegar al fondo vestibular o al piso de boca, como también a producir un desgarro del mucoperiostio palatino.

Ante un suceso así, se adaptan bien los bordes de la herida, previa escisión de las partes laceradas, y se fijan por medio de sutura, efectuando controles postoperatorios.

Para prevenir lesiones con los instrumentos de exodoncia, el odontólogo deberá emplear la mano contraria a la del instrumento para proteger las partes blandas que rodean el diente, utilizar instrumentos adecuados para la atención pediátrica, así como controlar siempre los movimientos indeseables del niño.



Ilustración 3. Posición de las manos del odontólogo para evitar lesiones en tejidos adyacentes.²⁴

Cuando los dientes temporales se encuentran restituidos mediante una corona preformada, principalmente los molares, es frecuente el deslizamiento de los fórceps sobre la corona de acero durante las maniobras de luxación y aumentan el riesgo de una lesión a tejidos blandos. Durante esta situación el fórceps debe ser insertado en la parte más apical de la corona o descubrir la zona debajo de la corona con ayuda del elevador y

²⁴ Boj. J. R. Op. Cit. pág 326

colocar ahí los fórceps para facilitar la extracción. Se tiene también la opción de eliminar la corona, como un paso previo a la extracción.

Otro tipo de lesiones son las heridas de la mucosa inmediata al diente que se ésta extrayendo que son provocadas por una sindemostomia deficiente o cuando esta es lesionada por hueso alveolar desprendido durante la exodoncia.²⁵

Al realizar extracción de dientes temporales inferiores, sobre todo de posteriores debe tenerse un mayor cuidado de realizar maniobras bruscas que puedan causar secuelas en la articulación temporomandibular.²⁶

> Lesiones de órganos dentarios adyacentes.

El mal uso de fórceps y elevadores puede luxar, extraer o fracturar los órganos dentarios adyacentes del órgano dentario a extraer. Los movimientos rotatorios que el cirujano dentista realiza con el fórceps pueden lesionar dientes vecinos, sacándolos de su posición habitual.

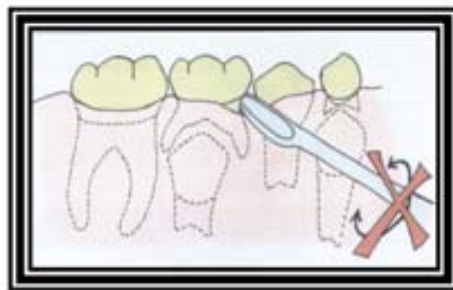


Ilustración 4. Debe cuidarse el apoyo del elevador en maniobras de luxación, para evitar avulsión o movilización de órganos dentarios vecinos.²⁷

²⁵ Sadner Olaf M. Op. Cit. pág 79.

²⁶ Boj. J. R. Op. Cit. pág 327

²⁷ Ib. pág. 324

Estas complicaciones pueden prevenirse mediante un análisis radiográfico preoperatorio, evitando presión sobre los dientes adyacentes.²⁸

El tratamiento de cualquier lesión de los dientes vecinos depende de la importancia del traumatismo. Si se presenta una avulsión del órgano dentario permanente adyacente se debe ferulizar y llevar un control radiográfico de este. Si la avulsión se presenta en un órgano temporal, seguramente la complicación se debe a que ya estaba cerca de la exfoliación, se debe valorar la colocación de un mantenedor de espacio.

> Extracción equivocada del órgano dentario.

La extracción equivocada de un órgano dentario es una situación lamentable. Si el diente ha sido extraído por error, debe intentarse el reimplante y ferulización de 8 a 15 días máximo y vigilar constantemente. Si el tratamiento no da resultado debe enfrentarse el problema con el mejor criterio posible y evitar un problema legal.²⁹

Afortunadamente este tipo de accidentes puede evitarse si el cirujano dentista se mantiene alerta, tiene un buen plan de tratamiento y lo sigue.

> Fractura de raíces.

Las raíces de órganos dentarios temporales son más susceptibles a fracturarse al realizar la extracción. Las raíces fracturadas y retenidas en el alveolo pueden crear procesos patológicos, infecciones, etc. Cuando se presenta una fractura de raíz, ésta debe extraerse, siempre cuidando no lastimar el germen dentario del diente permanente. Si no es posible retirar el resto radicular del órgano dental temporal se puede dejar y esperar su

²⁸ Mccarthy. Op. Cit. pág 355

²⁹ Ib. pág 357,358

resorción, siempre manteniendo un control radiográfico para evitar complicaciones posteriores.

La fractura de raíz es un riesgo normal de la exodoncia que no debe contemplarse como falla de técnica ni falta de habilidad.

Requieren especial atención los molares con reabsorción atípica o erupción ectópica, ya que son más susceptibles a una fractura radicular; la alteración anatómica que presente el molar, modifica la técnica en numerosas ocasiones, esto siempre y cuando contemos con el estudio radiográfico necesario. Para prevenir la fractura radicular podemos realizar la odontosección del molar para facilitar la luxación y extracción independiente de cada raíz.³⁰

Se pueden prever complicaciones como: presencia de curvaturas radiculares excesivas, anquilosis, estado de reabsorción radicular, simetría o asimetría radicular, longitud radicular y cualquier otro dato que colabore a un mejor planteamiento de la extracción; si se cuenta con un estudio radiográfico previo al procedimiento.

> Extracción y lesión del germen dentario permanente

Generalmente esta complicación se presenta en la luxación de órganos dentarios posteriores temporales. Existen casos en que el germen dentario permanente se encuentra rodeado por las raíces de un molar temporal, al realizar la extracción de éste, el germen puede ser extraído accidentalmente.³¹

³⁰ Boj. J. R. Op. Cit. pág 327

³¹ Göran Koch, Odontopediatría Enfoque Clínico. Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1994. pág 242



Ilustración 5. Extracción accidental de un germen dentario permanente.³²

Si se presenta esta situación el germen debe reimplantarse de inmediato en el alveolo, en su posición correcta, si es necesario suturar. Debe mantenerse en control radiográfico, para evaluar la terminación de la maduración del germen y la consiguiente erupción o el fracaso del reimplante.³³

Cuando encontramos un germen dentario rodeado por las raíces de un molar temporal, de tal manera que existe la probabilidad de desalojar el germen de su alveolo al extraer el diente temporal, podemos realizar la odontosección y extraer cada raíz independientemente, evitando así esta complicación.

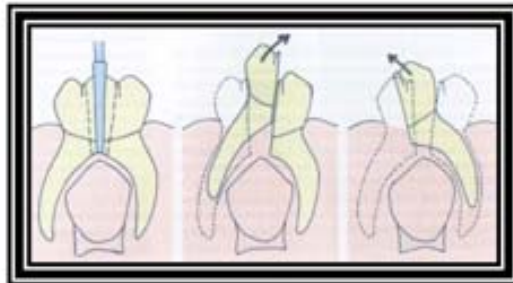


Ilustración 6. Imagen de odontosección de un molar inferior para extracción independiente de las porciones mesial y distal, previniendo la extracción del germen del órgano dentario temporal.³⁴

³² Waes. Op. Cit. pág 233.

³³ Boj. J. R. Op. Cit. pág 329

³⁴ Ib. pág. 329

Al realizar extracciones en el sector anterosuperior, se debe tener la precaución de no realizar maniobras bruscas o intempestivas al luxar el diente temporal, ya que en esta zona puede dañarse la correcta odontogénesis dentaria del germen del diente permanente, causando secuelas similares a las generadas por accidentes traumáticos en dentición temporal. Así mismo cuando exista una fractura apical de raíz, o en caso de extracción de dientes con fractura múltiple radicular alta, se debe sopesar el riesgo de lastimar el germen dentario permanente al realizar la extracción del resto radicular próximo a este. En estos casos se recomienda seguir la evolución del caso, observando la reabsorción radicular durante la erupción del permanente.³⁵

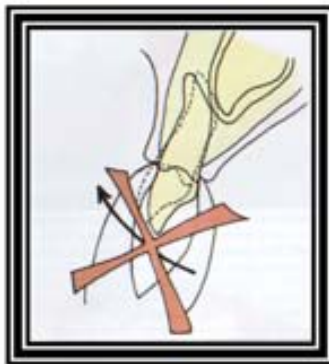


Ilustración 7. Presencia de germen del diente permanente en zona palatina apical, obliga a realizar movimientos de luxación hacia lingual o rotatorios en aras de impedir génesis de secuelas en el diente permanente.³⁶

Cuando se realiza una extracción de dientes temporales con desarrollo de absceso o granuloma apical, no es aconsejable utilizar curetas para limpiar la zona, porque puede dañarse el germen del diente sucesor. En este caso se recomienda lavar con suero varias veces y limpiar introduciendo con precaución una gasa en el alveolo y lavar nuevamente, hasta observar que el alveolo se encuentre limpio.

³⁵Boj. J. R. Op. Cit. pág 325.

³⁶ Ib. pág. 325.

Deben prevenirse este tipo de complicaciones, y un factor muy importante para esto es contar con un estudio radiográfico previo a la extracción.

> Hematoma postextracción.

El hematoma es una complicación postoperatoria de la extracción, este se produce por la difusión y depósito de sangre en tejidos vecinos al lugar de la intervención. Entre las causas que se pueden considerar en la formación de hematomas se encuentra no haber tomado las medidas locales necesarias para evitarlos. Se recomienda aplicación de frío local para disminuirlo y antibiótico si se cree que puede existir infección.

1.5. Lesiones de tejidos blandos.

Los traumatismos de los tejidos blandos estén o no asociados con fracturas óseas deben ser tratados adecuadamente para evitar infecciones en las heridas.

> Abrasiones.

Las abrasiones pueden ser provocadas dentro de la consulta odontológica por fricción sobre la mucosa con un objeto áspero (aparatoología, coronas, etc.). La herida es superficial, sangra fácilmente.³⁷

Un tipo de lesión de la mucosa oral se produce en pacientes en que se realiza aislamiento con rollos de algodón, puede generar una lesión erosiva, laceración o muchas veces ulceraciones. Se ubican siempre en el fondo del vestíbulo tanto superior como inferior y en la mucosa yugal, por ser esta la zona para colocar rollos de algodón. Esta entidad se origina debido a la

³⁷ Malagon, Urgencias Odontológicas. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana, Bogota, Colombia, pág 269

deseccación celular que produce este material y el traumatismo mecánico en la mucosa al desprenderlo. Respetar la mucosa gingival que por estar queratinizada es más resistente a este tipo de traumatismos³⁸. Debemos humedecer los rollos de algodón antes de retirarlos de la boca.



Ilustración 8. Al realizar aislado relativo con algodón, este debe retirarse cuidadosamente para evitar abrasiones en la mucosa.³⁹

La presión negativa que ejerce el aspirador de saliva sobre los tejidos blandos, genera desprendimiento de parte del epitelio. Este se cubre rápidamente de un exudado blanco amarillento. La intensidad de dolor es variable.⁴⁰ El tratamiento es la eliminación de la causa.

> Laceraciones.

Pueden producirse por golpes, mordeduras durante la masticación o como resultado de un accidente en el consultorio dental con diferentes instrumentos como fresas o elevadores.

El cirujano dentista puede lesionar la lengua inadvertidamente con un instrumento cortante durante los tratamientos, generalmente se produce una

² Ingrassia Tonelli María Eugenia, Lesiones de la mucosa oral ocasionadas por material de uso odontológico. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol. 91. .No 4. Agosto/Septiembre 2003. pág 314.

³⁹ Waes. Atlas de odontología pediátrica. Masson. Barcelona, 2002. pág. 175

⁴⁰ Ingrassia Tonelli María Eugenia. Op. Cit. pág 314.

hemorragia, que en laceraciones profundas de requieren sutura para controlarla.⁴¹

En laceraciones de la mucosa debe controlarse la hemorragia siempre y cuando exista, la cual generalmente cede por presión, y en casos graves debe suturarse. Pueden utilizarse analgésicos suaves y colutorios de agua oxigenada diluida para disminuir las molestias.

> Úlceras traumáticas

Son provocadas por cualquier lesión de causa mecánica producida en cualquier zona de mucosas de cavidad oral.⁴²

Es una lesión de aspecto ulceroso, bordes eritematosos y muy dolorosa. Su evolución se dirige la curación espontánea, pero si persiste el agente que la produce puede originar una lesión neoplásica.

Pueden ser producidas por mordeduras postanestésicas, al retirar los rollos de algodón bruscamente de una zona que sufrió una gran desecación, roce de aparatología. Su tratamiento es sintomático.

El odontólogo debe evitar provocarlas, por ejemplo, humedeciendo los rollos de algodón antes de retirarlos cuidadosamente, avisar a los padres de que el niño aun se encuentra anestesiado y necesita ser supervisado y vigilar que los aparatos que coloca no lastimen la mucosa oral del paciente.

⁴¹ Macdonald. Odontología pediátrica y adolescente. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1990. pág 159

⁴²Boj. J. R. Op. Cit. pág 373



Ilustración 9. Úlcera traumática en labio inferior por roce con aparatología ortodóncica.⁴³

> Glositis atrófica traumática.

Se localiza con frecuencia en el vértice anterior de la lengua y bordes laterales, extendiéndose a las superficies dorsales.

Generalmente se observa en pacientes con restauraciones recientes u otro cambio en su cavidad oral. Estos pacientes hiperutilizan su lengua de manera compulsiva para explorar restauraciones recientes o mal pulidas, obturaciones rotas, cúspides desprendidas. Las lesiones de los bordes laterales son secundarias al amplio movimiento de la porción anterior de la lengua sobre coronas de caninos y molares o premolares.⁴⁴

Otra causa de esta lesión son prótesis superiores mal adaptadas, teniendo el paciente la necesidad de sostenerla o acomodarla con la lengua constantemente. Se generan así áreas focales eritematosas e hipersensibles, por pérdida de papilas filiformes y adelgazamiento del epitelio.

> Enclavamiento o pinzamiento gingival.

⁴³Boj. J. R. Op. Cit. pág 373

⁴⁴ Sapp, Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed. Mosby, España, 1998, pág 364.

Son alteraciones gingivales que conllevan dolor y/o sangrado pueden derivar de una mala adaptación de coronas preformadas. El daño gingival se presenta por el enclavamiento gingival de coronas excesivamente altas, o por pinzamiento gingival producido por coronas excesivamente anchas.



Ilustración 10. Inflamación gingival y exudado purulento en surco gingival por enclavamiento de una corona preformada colocada una semana antes.⁴⁵

Debe eliminarse el factor irritativo, en este caso la corona y colocar una muy bien adaptada.

Esta situación más que una complicación puede manejarse como una iatrogenia, ya que pueden evitarse estas molestias al paciente realizando un buen tratamiento. No deben cementarse coronas sin una radiografía y sin marcar la corona para comprobar que se encuentra solo 1 milímetro debajo de la encía.⁴⁶

> Lesiones producidas por aparatología.

Los niños portadores de aparatología fija o removible pueden ver lesionada su mucosa oral. Generalmente son ulceraciones a consecuencia de mordeduras, roces o inadaptación de aparatos: prótesis infantiles, mantenedores de espacio fijos o removibles o aparatología ortodóncica.

⁴⁵ Boj. J. R. Op. Cit. pág 487

⁴⁶ Ib. pág. 486

Esta complicación requiere el tratamiento causal junto con medidas higiénicas y tópicas.⁴⁷



Ilustración 11. Izquierda enclavamiento del asa de un mantenedor fijo; derecha laceración lingual producida por un quadhélix.⁴⁸

> Quemaduras.

- Quemaduras químicas.

Las quemaduras se deben a sustancias químicas como formocresol, tras tratamiento pulpar en dientes temporales o drogas usadas en procedimientos odontológicos, cuando accidentalmente entran en contacto con la mucosa.



Ilustración 12. Lesión gingival de una semana de evolución después de tratamiento Pulpar con formocresol en primer molar primario superior derecho.⁴⁹

⁴⁷ Boj. J. R. Op. Cit . pág. 488

⁴⁸ Ib. pág 487

⁴⁹ Ib. pág.487

Estas quemaduras pueden considerarse de primer o segundo grado y no producen alteración en el estado general del paciente. Después de la quemadura la mucosa se desprende, dejando una superficie cruenta y dolorosa.⁵⁰

El ácido fosfórico al 37% es utilizado en la preparación del diente para adhesión de restauraciones directas de materiales resinosos. Al exceder los límites de este, y tener contacto con los tejidos blandos, provoca una erosión superficial que se cubre de una pseudomembrana blanco-amarillenta.

El fluoruro diamino plata es un cariostático muy difundido en odontopediátria, al entrar en contacto con los tejidos blandos tiene un efecto rápido de necrosis sobre tejido superficial, con coagulación de proteínas.

La mucosa responde con la aparición en la zona afectada de una película blanquecina constituida de restos del epitelio alterados y desprendidos, por lo que pueden eliminarse y dejar al descubierto zonas denudadas. El dolor es leve.⁵¹

Estas lesiones pueden prevenirse fácilmente al utilizar el dique de hule durante los procedimientos odontológicos. El tratamiento consiste en el alivio del dolor con sustancias anestésicas y control de infecciones con antisépticos.

- Quemaduras térmicas.

Los instrumentos rotatorios que generan calor pueden provocar quemaduras frecuentemente en los labios, especialmente en

⁵⁰ Malagon, Op. Cit. pág 173

⁵¹ Ingrassia Tonelli María Eugenia. Op. Cit. pág 316.

comisuras, donde provocan desde dolor intenso hasta verdaderas cicatrices en la mucosa bucal. Por lo que estos instrumentos deben ocuparse con mucha precaución.

Este tipo de lesiones tardan dos semanas aproximadamente en sanar. Si existe dolor, puede ser aliviado cubriendo la herida con una capa protectora, por ejemplo, de tintura de benzoína, también pueden indicarse sedantes, analgésicos suaves, dieta blanda y poco irritante.

La cera es un material utilizado para la toma de registros de mordida, a veces se coloca en cavidad oral a altas temperaturas. Esto provoca lesiones circunscriptas, muy bien delimitadas, que ocasionan eritema, con gran dolor, y hasta necrosis superficial.⁵²

El uso del dique de goma es un método de prevención que protege al paciente de lesiones en la mucosa bucal, al retraer los tejidos blandos los protege de posibles lesiones inferidas por los instrumentos manuales o rotatorios, así como de medicamentos o sustancias químicas.



Ilustración 13. El uso del dique de hule es una de las medidas más importantes para evitar complicaciones en la consulta odontopediátrica.⁵³

⁵² Ingrassia Tonelli María Eugenia. Op. Cit. pág 316.

⁵³ Waes. Op. Cit. pág. 181.

1.6. Aspiración o deglución de un cuerpo extraño.

Los objetos implicados con mayor frecuencia son los dientes extraídos; sin embargo cualquier cuerpo (fragmentos de raíces, tapones de gasa, coronas, etc.) pueden ser aspirados o deglutidos. El problema se presenta cuando existe alguna caída repentina e inesperada a la faringe, de algún objeto.

Quando el cuerpo extraño cae a la garganta, el paciente intentará expulsarlo tosiendo y generalmente lo conseguirá. Si esto no ocurre se debe inclinar el cuerpo del paciente hacia delante, con la cabeza hacia abajo y entre las piernas para facilitar la salida del cuerpo extraño. Si el paciente continua tosiendo, se debe visualizar directamente la faringe y extraer el objeto con los dedos o instrumentos apropiados. Cualquier cuerpo extraño que pase a la faringe y no sea expulsado caerá en el aparato respiratorio o tubo digestivo.⁵⁴

Los cuerpos extraños pueden alojarse en la laringe y producir una obstrucción respiratoria aguda. La complicación se reconoce por los cambios que se originan en la fisiología respiratoria, que se manifiesta por cianosis, disnea, estridor laringeo, asfixia y síncope. Si esto ocurre el odontólogo debe tomar la lengua del paciente, tirarla hacia delante, despejando a continuación la faringe con los dedos o el aspirador.

Una complicación distinta surge cuando el cuerpo extraño desaparece en la garganta y no puede ser expulsado por el paciente o extraído por otros medios mecánicos. Si el paciente no presenta síntomas respiratorios, habrá pasado al pulmón o al aparato digestivo. Si pasa a éste último no existe mayor complicación, pero si está en pulmón debe ser extraído por un especialista.

⁵⁴ Mccarthy. Op. Cit. pág 381

El odontólogo siempre debe tener presente que existe una posibilidad que cuerpos extraños caigan accidentalmente, y tomar todas las precauciones necesarias como:

- Es importante trabajar con dique de goma, ya que con su uso previene la ingestión o inhalación de cuerpos extraños.
- Al utilizar grapas, debe anudarse con un trozo de hilo dental a su arco posterior, para recuperarla rápidamente en caso de que se suelte antes o durante el acto operatorio, y evitar así su ingestión o aspiración. Nunca deben probarse grapas antes de colocar el dique de hule o sin que tengan anudado el hilo dental.

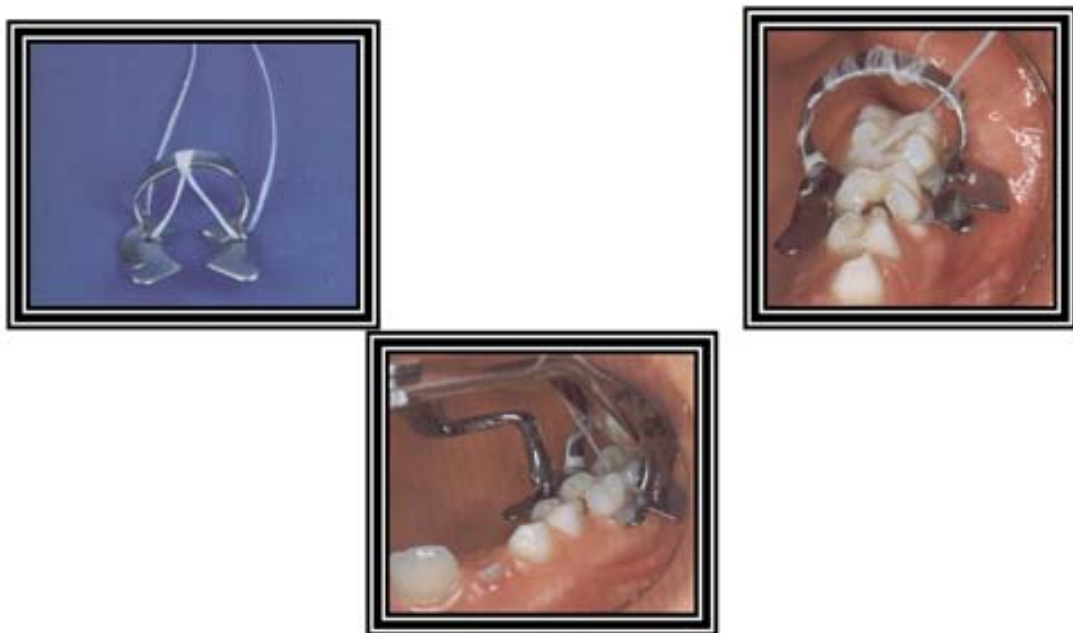


Ilustración 14. Izquierda. Durante el tratamiento deben asegurarse las grapas con hilo dental, para evitar su aspiración si esta se desgancha accidentalmente.⁵⁵ Derecha. No se debe probar la grapa sin asegurarla con el hilo dental.⁵⁶

⁵⁵ Waes. Op. Cit. pág 178

⁵⁶ Ib. Pág. 180

- Al utilizar bloques de mordida se recomienda atar un hilo dental como dispositivo de seguridad por si es necesario sacar súbitamente de la boca. Puede recomendarse para evitar esta complicación el uso de abre bocas en vez del bloque de mordida.
- Al utilizar limas y tiranervios para realizar pulpectomias, deben anudarse con un trozo de hilo dental, para recuperarla rápidamente en caso de que perdamos el control de éstas antes o durante el acto operatorio, y evitar así su ingestión o aspiración, aún cuando coloquemos dique de goma.
- Al colocar las coronas se recomienda efectuar todas las maniobras que se puedan con dique de hule puesto y retirarlo solo para la comprobación de la oclusión y cementado, con el niño casi sentado en el sillón; para evitar la inhalación o ingestión de éstas. Afortunadamente esta complicación no es muy común, pero de presentarse debe remitirse al niño para localización radiológica, ya que si la corona se inhaló debe recuperarse por broncoscopio, pero si se ingirió se eliminará espontáneamente en pocos días.⁵⁷
- Durante la extracción puede ocurrir la deglución o aspiración del órgano dentario extraído, deben tomarse ciertas precauciones. Si se está trabajando por cuadrantes y se tiene un aislado con dique de goma, antes de retirar el aislado debe realizarse la extracción, esto evitará un accidente. Cuando no se tiene esta oportunidad, debe colocarse una gasa en la cavidad oral, la cual ayudará a retener los restos dentarios o dientes que puedan perderse.

⁵⁷ Boj. J. R. Op. Cit. pág 165

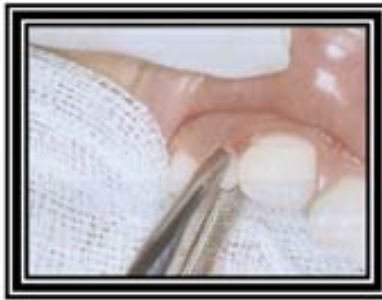


Ilustración 15. Colocación de una gasa intraoral para impedir que el diente extraído pueda ser accidentalmente aspirado.⁵⁸

La posición del paciente semiincorporada al sillón evitará el paso rápido del diente a la zona posterior bucal y el consiguiente riesgo.

Otra precaución importante es que previo al movimiento de luxación, debemos comprobar que los bocados de los fórceps se adapten a la convexidad anatómica vestibulolingual del diente temporal, ya que de no tener un buen alojamiento del diente en los fórceps añade el riesgo de deslizamiento y posible aspiración o deglución dentaria.⁵⁹

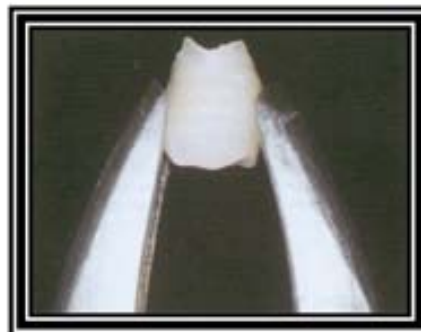


Ilustración 16. Se puede observar como el fórceps se adapta al órgano dentario.⁶⁰

- Cuando se coloca un apósito o gasa para controlar la hemorragia, deben darse las indicaciones pertinentes a los padres para evitar

⁵⁸Boj. J. R. Op. Cit. pág. 321.

⁵⁹ Ib. pág. 321

⁶⁰ Ib. pág. 321

su aspiración. Deben considerarse ciertos factores antes de colocar el apósito, tales como: niños en condiciones especiales, padres con limitaciones de comprensión a indicaciones postextracción, pacientes con poca supervisión y excesiva salivación.

Cuando existe uno de los factores anteriores, se recomienda que el paciente espere en el consultorio hasta observar una hemostasia adecuada y colocar un taponamiento mayor, para evitar así su aspiración y facilitar su retiro.⁶¹

1.7. Complicaciones durante tratamientos pulpares.

Este tipo de complicaciones pueden presentarse tanto en dentición temporal, como permanente.

> Sobreinstrumentación.

Al realizar una sobreinstrumentación accidental, se daña el órgano dentario que se está realizando el tratamiento pulpar, el periodonto y podría dañarse el germen del órgano dentario permanente.⁶²



Ilustración 17. Destrucción local de dentina en un germen de un diente permanente debido a tratamiento del temporal, debido a sobreinstrumentación.⁶³

⁶¹ Boj. J. R. Op. Cit. pág 487

⁶² Waes. Op. Cit. pág 220

⁶³ Ib. pág. 220.

> Perforación de furca.

La pulpotomía es un tratamiento muy común en dientes temporales, y la complicación más frecuente que se presenta es la perforación del piso de la cámara pulpar en área de furca.

En este caso está indicada la extracción del molar y reconsiderar el problema del espacio. ⁶⁴



Ilustración 18. Izquierda. Al amputar la pulpa con instrumentos rotatorios se debe procurar que la fresa se encuentre centrada para evitar perforación. Derecha. En la radiografía se observa una perforación en el suelo de la cavidad pulpar.⁶⁵

> Perforaciones.

Las perforaciones pueden provocarse durante la realización del acceso con la fresa en la zona coronal debido a una mala ubicación, esta debe sellarse con hidróxido de calcio para evitar contaminación de los conductos y no continuar el tratamiento hasta estar seguros que esta evolucione satisfactoriamente, vigilando radiográficamente la lesión, de no ser así debe realizarse la extracción dental.

⁶⁴ Boj. J. R. Op. Cit 485

⁶⁵ Waes. Op. Cit. pág 221.

Las perforaciones con apertura hacia el periodonto se presentan al realizar limpieza de los conductos, al sobrepasar la longitud radicular y el ápice radiológico.

> Rotura de instrumental.

El instrumental utilizado en la preparación de los conductos radiculares, como limas o tiranervios, si no es manejado correctamente puede fracturarse. Debe intentarse la extracción del fragmento de instrumento cuidadosamente, de no ser posible remitir a un especialista, sobretodo en dientes permanentes.⁶⁶



Ilustración 19. Este molar temporal, fue extraído por ser el origen de trastornos agudos, se encontró una punta para nerviconductos que evitaba la reabsorción fisiológica.⁶⁷

1.8. Intoxicación aguda por la ingestión de fluoruro.

El uso de fluoruros en la clínica odontológica presenta riesgos mínimos de toxicidad, siempre y cuando se tengan los cuidados apropiados en su aplicación tópica o en la prescripción de suplementos. No obstante, el número de accidentes atribuidos a la ingestión de dosis tóxicas de fluoruro ha aumentado específicamente en niños.

⁶⁶Boj. J. R. Op. Cit 485.

⁶⁷ Waes. Op. Cit. pág 222.

Los datos sobre dosis tóxicas varían considerablemente por falta de investigación que especifiquen este tema y por el gran número de respuestas individuales de los pacientes. En general, los síntomas gastrointestinales moderados se asocian a dosis próximas a 5 mg del ión fluoruro por Kg. de peso, y una toxicidad sistémica sería, con dosis superiores a esta. La dosis letal de flúor está estimada de 32 a 64 mg de flúor/Kg.

Cuando es deglutido, el ión fluoruro (F) alcanza el estómago donde se transforma en ácido fluorhídrico (HF). El efecto irritante del HF en mucosa gástrica es responsable de los síntomas gastrointestinales de la intoxicación aguda por F, como náusea, vómito, diarrea y dolor abdominal.

La consecuencia más seria de la dosis excesiva de F es la caída abrupta de los niveles de calcio en sangre (hipokalcemia), con síntomas como parestesia, fibrilación muscular, tetania, convulsiones, disminución de contractilidad de miocardio y posiblemente colapso cardiovascular.

Esta intoxicación también puede asociarse al aumento de potasio en sangre (hiperkalemia), causando arritmia ventricular y paro cardíaco.⁶⁸

Se reportan casos de fallecimiento por intoxicación por la ingestión de fluoruro, dos casos reportados por el autor, se debieron al mal uso de flúor en aplicaciones tópicas en el consultorio dental.

En el consultorio debemos tener los siguientes cuidados al realizar una aplicación tópica de flúor en forma de gel, para prevenir intoxicación:

- Colocar al niño sentado, con la cabeza inclinada levemente hacia delante.
- No exceder el volumen de 4 ml de gel para cada aplicación.

⁶⁸ Dias de Andrade Eduardo. Emergencias Médicas en odontología, Editora Artes Medicas Latinoamérica, Brasil, 2004, pag 132.

- Utilizar cucharillas para su aplicación.
- Usar el eyector de saliva en cada aplicación.
- Instruir al niño para escupir el exceso de gel por 30 segundos como mínimo después de la aplicación, siendo esta medida la más importante.
- Mantener recipientes de fluoruro lejos del alcance de los niños.
- Informar a los padres de este peligro e indicarles la supervisión de los productos que lo contienen, sobretodo si se va a indicar por parte del odontólogo aplicaciones de flúor en presentación enjuague de uso diario o semanal, comprimidos, dentífricos, chicles.

El tratamiento inmediato de la intoxicación aguda (ingestión mayor a 5 mg/Kg.) tiene como objetivo disminuir la cantidad de F disponible de absorción a través de tracto digestivo. Debe estimularse el vómito. Esta acción debe realizarse de 30 a 45 minutos después de la ingesta como tiempo máximo, porque comienza a absorberse en el estomago pasando a nivel circulatorio. Si no hay éxito en la inducción del vomito, debe administrarse sustancias que se conjugan con el F, como leche, hidróxido de aluminio, que disminuyen absorción del F a la corriente sanguínea.⁶⁹

⁶⁹ Días de Andrade Eduardo. Op. Cit. pág. 136.

2. FACTORES QUE PREDISPONEN UN ACCIDENTE.

Existen variados factores que pueden conjugarse para que exista un accidente dentro de la práctica odontológica. Pero todos estos pueden prevenirse por parte del odontólogo.

2.1. Fobia a la consulta odontológica.

Fobia. "Un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables".

En el niño las fobias son muy comunes, para Freud "la fobia era la neurosis normal de la infancia". El miedo es parte del desarrollo infantil normal, afectando más a niñas que a niños, habitualmente es transitorio. Los niños más pequeños temen a lo desconocido, los que bordean la adolescencia sienten miedo a la mutilación y muerte, es decir ya definieron su temor.⁷⁰

La etiología de la fobia al dentista ha recibido numerosas interpretaciones. Sin embargo se han analizado posibles factores que podrían diferenciar un grupo de pacientes normales a un grupo de fóbicos y se encontraron dos diferencias: los pacientes fóbicos habían sufrido con mayor frecuencia experiencias odontológicas desagradables y sus familias mostraban actitudes desfavorables hacia los odontólogos.

Una fobia leve puede tratarse solo dando la oportunidad al niño de afrontar un ambiente seguro y sin olvidar que las conductas no cooperadoras se sustentan en el miedo. Tomar en cuenta que en el niño es típica la variación de expresión del temor, así que un día puede controlarlo y otro desbordarse en descontrol.

⁷⁰ Varela Margarita. Problemas bucodentales en pediatría. Ergón, Madrid, 1999. pág 260

- Actitudes que promueven una "orientación preventiva" de fobia.
 - a) Creación de un ambiente clínico seguro y familiar. Decoración adecuada.
 - b) Establecer empatía y confianza. Comunicación no verbal.
 - c) Dar impresión que la cooperación del niño es voluntaria y no forzada.
 - d) Hacer citas preoperatorias, sin realizar procedimientos invasivos.
 - e) Utilizar técnicas de modificación de la conducta, como refuerzo.⁷¹



Ilustración 1. Acondicionamiento de la sala de espera.⁷²

- Actitudes que deben evitarse con niños fóbicos.
 - a) Mostrar un comportamiento demasiado permisivo.
 - b) Amenazar con castigos ante actitudes poco cooperadoras.
 - c) Emplear preguntas retóricas.
 - d) Humillar, ignorar o negar conductas relacionadas con miedo.
 - e) Interrumpir el procedimiento sin refuerzos⁷³

⁷¹ Varela Margarita. Op. Cit. pág. 261

⁷² Waes. Op. Cit. pág 152.

2.2. Ansiedad y miedo por parte del paciente.

El miedo y ansiedad durante la consulta dental impiden que el paciente pueda cooperar plenamente, esto implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y resultados no satisfactorios.

Al existir conductas no cooperativas, no sólo son mayores las dificultades para el profesional, sino el riesgo de sufrir incomodidades y lesiones por parte del paciente.

El miedo y la ansiedad son dos entidades distintas.

El miedo es una reacción frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física del dolor. Muchas veces el miedo está relacionado con experiencias médicas anteriores y dentales traumáticas, las cuales fueron dolorosas. Por lo que es de esperarse esta reacción en estos niños.

La ansiedad es un estado emocional originado de fantasías y expectativas no reales. La ansiedad puede considerarse como una reacción normal hacia la odontología por parte del niño. Pero un aumento de ansiedad más allá de cierto punto producirá un problema de interacción en la consulta o incluso una situación peligrosa para el niño y el odontólogo.

Cuando la respuesta del paciente hacia la ansiedad en vez de ser adaptativa se convierte en exagerada o problemática, se habla de una ansiedad patológica. Este tipo de ansiedad no guarda relación con el peligro que según la provoca, y continúa aun desaparecido el peligro. Este tipo de ansiedad es una barrera en los tratamientos odontológicos, y se considera

⁷³ Varela Margarita. Op. Cit pág. 262

necesario eliminarla. Hay posibilidad de que el niño maneje su ansiedad negativamente, manipulando a sus padres. Estos niños saben que gritando, llorando, desobedeciendo o pateando despiertan sentimientos de compasión, frustración o fracaso en los padres y escapan al tratamiento.⁷⁴

El profesional deberá educar y ayudar a sus pacientes para manejar la ansiedad, la manera en que el paciente aprenda a hacerlo en la consulta dental será decisiva para el tratamiento. Un arma importante para realizar el tratamiento en pacientes que presentan ansiedad y no logran manejarla, son los ansiolíticos. Estos nos ayudaran a disminuir la ansiedad notablemente.

2.3. Mal manejo del dolor.

Un aspecto muy importante al realizar tratamientos odontológicos en niños es el control del dolor. Gran parte de los tratamientos dentales implica cierto grado de dolor, por lo que el uso de anestésicos locales está indicado. Tratar de evitar la anestesia local es un error que implica una pérdida de colaboración y confianza del niño ante el odontólogo, debido a la percepción dolorosa.

Una de las causas más evidentes de un fracaso total en el tratamiento dental, es que se produzcan procedimientos dolorosos. Para evitarlo el odontólogo debe usar todas las técnicas a su alcance para anular los estímulos dolorosos.⁷⁵

Cuando el odontólogo provoque dolor en el paciente, debe controlar de inmediato la situación, además de pedir disculpas para evitar perder la confianza del niño.⁷⁶

⁷⁴ Boj. J. R. Op. Cit. pág 259

⁷⁵ Ib. pág 285

⁷⁶ Escobar M, Fernando. Op. Cit. pág 40.

El objetivo del uso de anestésicos locales es evitar la percepción de molestias durante los tratamientos dentales y en consecuencia reducir la ansiedad del paciente pediátrico.

Una técnica anestésica defectuosa, es un lujo que no puede tomarse con pacientes infantiles, así como tampoco debe realizarse un tratamiento más largo que la duración del anestésico. La administración del anestésico debe ser lenta y a temperatura ambiente para disminuir la sensación dolorosa.

Durante el tratamiento odontológico siempre debe existir la comunicación con el paciente. Debemos explicarles hasta el más mínimo detalle, para evitar situaciones negativas.

Después de anestesiar, es necesario comentar a los niños las sensaciones que lejos de ser dolorosas pueden negativizar su comportamiento. Explicarle que sensaciones como la presión son inevitables y que cualquier procedimiento que realicemos lo sentirá pero no le molestará.

2.4. Interacción odontólogo – asistente dental

La presencia de un asistente dental capacitado es indispensable en la consulta pediátrica, ya que con su apoyo, podremos reducir significativamente el tiempo de trabajo, nos ayudará a controlar muchas veces la conducta de los niños y muchas otras situaciones de riesgo.

La posición del odontólogo y del auxiliar dental es muy importante para poder controlar los movimientos del niño y frenar una posible acción negativa. Al realizar cualquier tratamiento dental, pero sobre todo procedimientos que puedan provocar algún movimiento intempestivo del paciente, como anestesiar, extracciones, colocación del dique de hule, entre otras, el odontólogo debe siempre estabilizar la cabeza del niño con el

costado y el antebrazo, para evitar movimientos bruscos. El auxiliar pasará discretamente el instrumental y detendrá el cuerpo del paciente para evitar movimientos bruscos y por lo tanto una complicación.



Ilustración 2. Interacción odontólogo – asistente dental.⁷⁷

2.5. Estímulos negativos.

Pueden considerarse estímulos negativos todas aquellas situaciones que por descuido o imprudencia por parte del odontólogo provocan la pérdida de cooperación por parte del paciente.

> Duración de la cita.

Se aconseja que las citas no sean demasiado largas, sobretodo en los niños más pequeños. El tiempo de atención debe ser realmente corto, para no perder la cooperación del paciente. Así mismo deben ser el menor número de citas posibles, se recomienda trabajar por cuadrantes para un avance más rápido.

Aun cuando exista cooperación por parte del paciente y se trabaje eficazmente, no se deben realizar tratamientos, que no corresponden a la cita, porque podríamos provocar una situación negativa por parte del niño.

⁷⁷ Waes. Op. Cit. pág 152,153.

Antes de que el paciente llegue a la cita, tenemos en nuestro plan de tratamiento el procedimiento a seguir, por lo tanto antes de que el paciente esté en el sillón dental, debemos contar con todo el instrumental y material necesario para evitar demoras que alarguen el proceso, y por lo tanto, provoquen alteraciones en la motivación del paciente.

> Lenguaje.

El odontólogo siempre debe utilizar un lenguaje positivo y que se adapte al nivel de comprensión del niño. Jamás debemos mentirle al niño, y se aconseja describir la situación con palabras tranquilizadoras.

No debemos utilizar palabras que puedan alterarlos, como; dolor, anestesia, aguja, sangre, etc. Sino debemos cambiarlos por palabras que comprendan y no los estresen como: molestia, hormiguelo, agua roja, etc.

Deben responderse a sus preguntas, pero no permitir que con ellas retrasen el tratamiento, así como darles pocas instrucciones pero concretas y razonables. Es necesario pronunciar las palabras despacio y claramente, así como usar un tono que capte su atención.

> Maniobras por parte del odontólogo.

El odontopediatra debe realizar cada movimiento discretamente, con rapidez pero sin precipitación, para evitar reacciones de reflejo de alarma por parte del paciente, sobretodo si este presenta cierto grado de ansiedad. Se debe ser discreto pero no dejar de comunicar al paciente las sensaciones que pueden presentarse.

Deben evitarse estímulos negativos como movimientos bruscos, ruidos estrepitosos y luces abruptas sin antes advertir al paciente.

Debemos manejar la luz de tal manera de no deslumbrar al paciente, siempre encenderla y llevarla del cuello a la boca y no de los ojos a la boca, para evitar alterar al paciente.⁷⁸

Así como avisar antes de utilizar la pieza de alta o baja velocidad, para que el ruido no cause sorpresa al paciente.

No deben realizarse procedimientos que demoren el inicio del tratamiento, sobretodo la aplicación del anestésico local; como puede ser el uso de anestesia tópica que por su sabor desagradable y lentitud de efecto, origina aumento de ansiedad y de conducta negativa por parte del paciente.⁷⁹

El uso correcto de los instrumentos es un factor importante en la comodidad y seguridad del paciente. Los instrumentos no son bien tolerados por el niño si no se da una explicación sencilla sobre su propósito mientras se están utilizando.⁸⁰

Durante el tratamiento dental, no debe permitirse que el paciente vea aquel instrumental, que pudiera provocar una conducta negativa, como es, la jeringa de anestesia, jeringas para irrigar, elevadores por mencionar algunos.



Ilustración 3. El tamaño del instrumental nos da la ventaja de evitar que el niño lo observe.⁸¹

⁷⁸ Macdonald. Op. Cit. pág 573.

⁷⁹ Osorno Carmen Op. Cit. pág 57

⁸⁰ Holloway. Salud dental infantil. Editorial Mundi. Argentina, 1979. pág 38.

⁸¹ Waes. Op. Cit. pág 228.

El asistente dental debe tener la precaución de pasar el instrumental al odontólogo discretamente fuera del campo de visión del niño, así como el odontólogo no debe pedir el instrumental por el nombre.

2.6. Instrumental inadecuado.

Al atender un paciente pediátrico debe contarse con el instrumental adecuado para ello.

Hay que recordar que la cavidad bucal del niño es un campo muy pequeño, en que se realizan procedimientos complicados. Las acciones y visión del odontólogo se limitan debido a esto, pero si además se usan instrumentos no indicados para niños, la situación se complica aún más.

Deben utilizarse instrumentos dentro de una gama de tamaños que faciliten el acceso cómodo al área de trabajo desde las bocas más pequeñas y asegurarse la conclusión exitosa del tratamiento, existen desde espejos hasta fórceps, buscar una pieza de mano con cabeza pequeña, limas y tiranervios indicados, etcétera. El equipo debe acomodarse al niño y no a la inversa.⁸² Si se cuenta con el instrumental necesario, pueden evitarse muchas complicaciones innecesarias.



Ilustración 4. Fórceps infantil.⁸³

⁸² Braham R. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana, Buenos aires, 1984. pág. 458.

⁸³ Waes. Op. Cit. pág 228.

2.7. Ansiedad por parte del odontólogo.

El odontólogo puede sentir comúnmente un nivel mayor de ansiedad al esperar la visita de un niño pequeño. Los niños pequeños sin saberlo pueden intimidar a los adultos. Esta preocupación, tal vez sea por un potencial de fracaso al atender niños, para algunos puede constituir una situación embarazosa si no tienen éxito en una cita.

La ansiedad por parte del odontólogo influirá sobre el grado de seguridad de sí mismo que sea capaz de demostrar, y esta a su vez influirá sobre quienes lo rodean.⁸⁴

Es contraproducente que el odontólogo muestre frustración ante la actitud temerosa y no cooperadora del niño mediante ruegos y falta de autoridad. El modelo de relación debe ser siempre del tipo "guía-cooperación", siendo el odontólogo quien tenga el control en todo momento, aunque se permitan algunas consideraciones con el paciente.⁸⁵

Un requisito indispensable para el éxito del tratamiento es que el paciente esté confiado y relajado. Pero si el odontólogo se muestra angustiado, presionado, ansioso o irritado, aun cuando el niño sea el mejor paciente, este transmitirá al niño sus sentimientos y entonces fracasará en el tratamiento.

Un odontólogo confiado en sí mismo estimulará a que su personal auxiliar confíe en el mismo, en cambio si el odontólogo le transmite su ansiedad al personal, éste se mostrara indeciso e inseguro al abordar pacientes pediátricos.

⁸⁴ Braham R. Op. Cit. pág. 452.

⁸⁵ Varela Margarita. Op. Cit pág 261

La ansiedad puede influir sobre todos los participantes en la experiencia odontológica para que actúen y reaccionen de una manera por debajo de lo ideal. Pertenece al odontólogo establecer una atmósfera para que el nivel de ansiedad se reduzca.

Existen diversas situaciones que pueden provocar ansiedad o tensión en el odontólogo, como:

- Niños con ataques de ansiedad y miedo, que comienzan a gritar y patear, evitando a toda costa el tratamiento dental.
- Cansancio por parte del odontólogo y por lo tanto menos preparado para enfrentarse a conductas negativas.
- Falta de experiencia en atención pediátrica.
- Presencia de los padres durante el tratamiento odontológico, sobre todo en acciones complejas o si los padres intervienen en la comunicación del paciente con el odontólogo.⁸⁶
- Falta de cooperación y comprensión de los padres en las técnicas de manejo de conducta.

2.8. Exceso de confianza por parte del odontólogo.

Muchas ocasiones el odontólogo cae en exceso de confianza con pacientes que se portan adecuadamente un par de citas. En ocasiones existen pacientes que se portan perfectamente, es entonces cuando el odontólogo, deja de tomar precauciones como: no utilizar el abrebocas, atender sin ayuda del asistente dental, dejar de comunicarse con él durante la cita, no estabilizar la cabeza del paciente, etcétera.

⁸⁶ Escobar M, Fernando. Op. Cit. pág 38, 39.

Los pacientes pediátricos son impredecibles, nunca debe seguirse el mismo protocolo de atención, ya que puede presentarse un factor que provoque una conducta negativa y ésta a su vez una complicación.

El odontólogo nunca debe dejar solo en el sillón dental al paciente pediátrico, siempre debe estar pendiente de él, porque el niño puede atemorizarse al encontrarse solo o comenzar a jugar en el sillón o con los instrumentos y lesionarse.

Tanto el odontólogo como el asistente dental no deben distraerse o conversar entre ellos y no tomar en cuenta al niño porque daría un estímulo negativo que podría desencadenar ansiedad o temor y consecutivamente una conducta negativa.

3. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

Responsabilidad.

Cualidad y condición de la persona libre y consciente de su conducta y sus actos, que como autor o causa de ellos está obligado a responder ante su conciencia y ante los demás como parte integrante de una sociedad.

Responsabilidad profesional médica.

Obligación que tienen los médicos, su personal auxiliar y técnico de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.⁸⁷

La profesión del cirujano dentista, personal auxiliar y técnico, el que cometa o realice una falta o hecho ilícito en el ejercicio de su profesión estará obligado a responder: con su conciencia (responsabilidad moral), ante los demás (responsabilidad social) y en el momento que infrinja las normas morales y jurídicas o que dicha falta constituya un delito deberá responder civil, penal y administrativamente. Existen dos maneras de aplicar la responsabilidad:

Responsabilidad Subjetiva o por Culpa.

En esta la aplicación de sanciones al individuo o persona considerada responsable supone una culpa por parte del autor, en donde las consecuencias de sanción se aplican al autor del hecho ilícito que no tuvo la intención de cometerlo (riesgo inherente), o bien si se produce un resultado

⁸⁷ Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Paquete didáctico Aspectos Ético-Jurídicos en la Odontología, Seminario de titulación, Facultad de Odontología, UNAM, Inédito, México. 2005.

que no previó, siendo este previsible, en virtud de la violación de un deber de cuidado (negligencia), que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales.

Responsabilidad objetiva.

En esta no importa la culpa del autor; basta que el hecho ilícito se realice de modo intencional (premeditado), para que se apliquen las consecuencias de sanción al individuo responsable.

En general los hechos ilícitos y delitos cometidos en el ejercicio de la profesión médica y estomatológica suponen son de tipo culposo, dado que no se considera posible que un profesional de la salud pretenda causar daño de manera intencional, sin embargo se han dado casos donde si existe la intencionalidad de realizarlo (doloso) para ello las consecuencias de sanción son mayores en su aplicación.

La responsabilidad en el ejercicio de la estomatología y odontología, no se limita a la responsabilidad profesional en materia civil, comprende otras esferas jurídicas como penal, fiscal y administrativa.

Responsabilidad profesional moral.

Es auto impuesta o de compromiso, se origina de principios éticos, valores morales, familiares, religiosos y sobre todo del pensamiento filosófico personal.⁸⁸

Responsabilidad Profesional Legal.

Impuesta por la ley, señala a las personas la forma de actuar en determinadas circunstancias, la ley impone obligaciones al personal de salud

⁸⁸ Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Op. Cit

respecto a la atención primaria de una persona accidentada o en riesgo inminentes; siempre y cuando no pasen de sus capacidades, formación científico-técnico y límites de su entrenamiento.

Responsabilidad Profesional Civil.

Es la obligación de reparar los daños y perjuicios que se hallan producido como consecuencia de actos ilícitos civiles (económico, acuerdos por escrito, contratos) en el ejercicio de la profesión.

Las consecuencias generalmente son de tipo económico; no incluyen privación de la libertad, ni suspensión en el ejercicio de la profesión, como el caso de sanciones complementarias de otras disposiciones jurídicas.

Existen dos tipos de responsabilidad civil; Contractual.- Es cuando existe un acuerdo de voluntades de quien da y recibe la prestación de un servicio, sea verbal o escrito. Extracontractual.- se da cuando la prestación de servicios se da por medio e un intermediario: hospitales, clínicas, etc.

Responsabilidad profesional penal.

Obligación de responder de los delitos y faltas que se llegarán a producir en el ejercicio de la profesión y las cuales están tipificadas como actos u omisiones que sancionan las leyes penales.⁸⁹

La responsabilidad profesional penal en su aplicación se contempla en dos orígenes:

Culposo. Se desconoce la intención o malicia profesional para cometer un delito y precisamente en este se incluyen la mayoría de los casos en que se enmarcan la responsabilidad del personal de salud. Se trata de

⁸⁹ Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Op. Cit

situaciones en las que el profesional o su personal auxiliar y técnico han realizado un acto imprudente; por impericia, negligencia, falta de prevención, debiendo responder por las consecuencias de o los actos realizados.

Doloso. En este caso existe la intención y malicia para cometer el delito en el ejercicio de la profesión.

En la práctica de la estomatología, odontología y sus especializaciones, la manera de incurrir en un delito, suele ser por falta de conciencia, como consecuencia de exceso de confianza, falta de prevención y superficialidad en el actuar.

En el menor de los casos un delito ocurre por una verdadera negligencia del profesional o del personal auxiliar.⁹⁰

3.1. Iatrogenia.

Este término ha sido mal utilizado por todo el personal de salud, ocasionando confusión, en su aplicación; ya que toda acción medica es una iatrogenia, está puede ser positiva o negativa.

Iatrogenia, viene de *iatros* = médico, *geno* = ico; que significa producido por el médico y los medicamentos: se dice toda alteración del estado del paciente producida por el médico.

Problema ocasionado por el odontólogo por descuido, desconocimiento, falta de preocupación, mala práctica.

⁹⁰ Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Op. Cit.

Iatrogenia positiva.

Se refiere a los éxitos, a los logros de la medicina en todos sus terrenos. Este tipo de iatrogenias son para el médico o el profesional de la salud una satisfacción personal.

Iatrogenia negativa o Iatropatogenia; se subdividen en:

- clínicas.
- Médico-legales.
- Clínicas.
- Iatrogenia Negativa necesaria.

Es cuando se está consiente del riesgo o efecto secundario; se refiere al daño que las acciones médicas le causan al enfermo, pero que se realizan con pleno conocimiento de sus riesgos y posibles efectos, simplemente porque no hay algo mejor que ofrecer.⁹¹

- Iatrogenia negativa innecesaria.

A este tipo de iatrogenia, también se le conoce como inconsciente, estúpida o criminal; se refiere al daño innecesario que las acciones practicadas le causan al enfermo, como producto de la ignorancia del médico.

⁹¹ Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Op. Cit

➤ Iatrogenias médico-legales

- Negligencia.

Es el incumplimiento de los elementos inherentes a la profesión, esto es, que sabiendo lo que debe realizarse, no se hace, o a la inversa, sabiendo lo que no debe realizarse se hace; que teniendo los conocimientos y la capacidad necesaria no se pongan al servicio en el momento que se necesitan. Negligencia es lo contrario al sentido del deber.

- Impericia.

Es la falta de conocimientos técnicos, básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada profesión. Es cuando el médico no actúa como lo haría cualquier otro de sus colegas, en igualdad de condiciones con los conocimientos, habilidades y cuidados exigidos.

- Imprudencia.

Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión.

Errores y complicaciones.

Aunque un error es un hecho totalmente evitable poniendo el suficiente cuidado y una complicación es una eventualidad que no se puede eliminar

del todo porque muchas veces es intrínseca al tratamiento, es casi imposible separar estos términos dentro de la práctica odontológica.⁹²

3.2. Circunstancias profesionales que dan lugar a reclamaciones por responsabilidad profesional.

Casi cualquier acto odontológico es susceptible de provocar una demanda si concurren las circunstancias suficientes. Aunque toda circunstancia clínica puede complicarse y dar lugar a problemas, la experiencia clínica indica que hay maniobras que son "legalmente" más peligrosas.

- El Dr. Perea Pérez, reporta que en España los motivos de reclamaciones son:⁹³
 - Complicaciones. 44%
 - Accidentes. 16 %
 - Error de diagnóstico. 2%
 - Insatisfacción. 32%

- En cuanto a quejas producidas por cada área de actividad profesional son:
 - Ortodoncia 25.6%
 - Prótesis 24.4%
 - Endodoncia 13.3%

 - Exodoncia 12.2 %
 - Cirugía 7.8%

⁹² Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Op. Cit

⁹³ Perea Pérez B. Circunstancias profesionales que dan lugar a reclamaciones por responsabilidad profesional. www.infomed/colpont/revista10/cientifico.html. España.

- Operatoria dental 7.8%
 - Implantes 6.7%
 - Parodoncia 2.2%
- Según los grupos de edad, el 5.7 % de las quejas corresponden a niños de 1 a 14 años de edad, siendo estas quejas para el área de pediatría. Pero no las reportan específicamente como odontopediatría, si no que las distribuyen según el tratamiento.⁹⁴

En las quejas de odontología se identifican problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal y el paciente, como:

- Maltrato del paciente.
- El profesional no explica con términos accesibles para el paciente.
- No se enfatiza el alcance y limitaciones del tratamiento en cuestión.
- No se informa el costo y riesgo/beneficio de la atención.
- Modificación del convenio en cuanto modo, tiempo y costo.

Problemas relacionados con el consentimiento informado.

Paulatinamente, los errores en la obtención del consentimiento informado o sus defectos van cobrando importancia como causa de queja o demanda. En la mayoría de quejas judiciales contra el profesional de salud se discute falta de consentimiento informado.

Este consentimiento debe basarse en la información para elegir. El odontoestomatologo debe tener claro que no pedir el consentimiento informado del paciente para un acto odontológico es una ruptura de la "lex artis" por omisión y puede dar lugar a una condena por responsabilidad.

⁹⁴ González Barrón S. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Rev. CONAMED, Vol. 8, No 1, Edición trimestral, 2003. pág. 31,33.

Este consentimiento ha de ser obligatorio y mucho más si el tratamiento implica riesgos de complicación o fracaso.

Accidentes durante el tratamiento.

Los accidentes son sucesos de origen fortuito que ocurren durante el tratamiento odontoestomatológico. Pueden dar lugar a procesos de responsabilidad profesional dependiendo esencialmente de dos factores: que se haya producido daño al paciente y que se haya omitido las precauciones mínimas por parte del profesional para evitar el accidente.

La posibilidad de accidentes durante diagnóstico y tratamiento odontológico son inabarcables. Casi cualquier procedimiento puede dar lugar a daños si no se realiza con cuidado, incluso algunos aunque se tenga cuidado. Basado en experiencia clínica y legal los más probables son:

- Cortes por mal uso de instrumental rotatorio.
- Quemaduras térmicas o químicas.
- Ingestión o aspiración de pequeño material odontológico.

Errores y complicaciones durante el tratamiento.

Es muy difícil separar las complicaciones que se deben a errores del odontólogo de las que se deben a una mala evolución no provocada por profesional. Las complicaciones que podrían dar lugar a quejas o demandas son:

- Durante los procedimientos anestésicos.
- Producidos durante la exodoncia y otros procedimientos quirúrgicos.
- Durante los procedimientos operatorios.

3.3. Comportamiento del Cirujano Dentista con el paciente ante una complicación.

Si cometemos iatrogenia, ya sea por descuido, ignorancia o por accidente, lo menos que podemos hacer, en justicia para nuestros pacientes, es que el producto de este error no les cueste, al menos en el aspecto económico.⁹⁵

El cirujano dentista debe responder individualmente por sus actos que con motivo del ejercicio profesional dañen o perjudiquen a terceros. En caso de iatropatogenias el profesional de la salud debe asumir el costo de éstas.

El cirujano dentista debe ser honesto, leal y hablar con veracidad ante sus pacientes, en todo momento salvaguardar los intereses de éste e informarle acerca de los riesgos cuando existan.

El hecho de tener un consentimiento informado por un paciente de ninguna manera avala la mala praxis producida cuando los procedimientos operatorios se alejan de las normas estándar de atención.⁹⁶

Después de informar al paciente y a su responsable de la complicación que se presente, asumir su responsabilidad y reparar el daño, debe realizar la nota de evolución, describiendo en ella, la complicación, la causa de está, la solución y la reacción del paciente y sus tutores ante esta.

3.4. Expediente clínico.

Es un conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole con los que se identifica el paciente y se registra su estado clínico, el informe de estudios de laboratorio y gabinete, diagnósticos

⁹⁵ Álvarez de la Cadena S. C. Ética odontológica. 2ª. Edición. México. Facultad de Odontología, 2002. pág 153.

⁹⁶ Hilu Rodolfo. La mala praxis y el consentimiento informado. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol. 81. No. 1. Enero/Marzo, 1993. pág. 32

y tratamientos a los que será (es o fue) sometido, así como la evolución y pronóstico de su padecimiento.

La elaboración, integración y manejo del expediente clínico tiene gran importancia en la atención de la salud bucal, investigación y actividad médico legal, es un elemento que auxilia en caso de problemas en la relación profesional con el paciente, ante autoridades competentes y sanitarias, o para conocer las probables causas de muerte o patología presente, en un caso particular.⁹⁷

3.5. Consentimiento informado.

El consentimiento informado es, ante todo, una necesidad ética, ya que al paciente y a su familia o tutor se les debe facilitar información, verbalmente y por escrito, pero siempre con términos comprensibles. El paciente es quien acata consecuencias del tratamiento y afronta los gastos, por lo que tiene derecho a conocer los pormenores del procedimiento que se realizará, riesgos del tratamiento, posibilidades de éxito, alternativas de tratamiento y las consecuencias de no sujetarse a éste.

El consentimiento informado es un soporte documental gradual y continuo dentro de la relación médico-paciente; su nombre implica dos características: información (cirujano dentista) y voluntad de consentir (paciente, familiar, tutor o representante legal). El consentimiento informado debe aplicarse tanto a nivel privado como público e institucional, impidiendo el fraude al forzar una decisión y protege a los pacientes como sujetos sometidos, además, de ser un incentivo de autonomía del paciente y puede ser útil ante un conflicto o controversia y posible demanda por negligencia al no realizar el tratamiento indicado.

⁹⁷ Medrano Morales J. Expediente clínico odontológico. 1ª ed, Trillas, México, 2005. pág. 21.

En el documento del consentimiento informado deben figurar los siguientes apartados:

- Datos del paciente.
- Datos del facultativo.
- Nombre del procedimiento terapéutico.
- Descripción de riesgos.
- Descripción de consecuencias de la intervención.
- Descripción de molestias probables.
- Alternativas de procedimiento.
- Declaración del paciente o familiar de haber recibido la información.
- Declaración del paciente o familiar satisfecho con ellas y de haber aclarado sus dudas.
- Fecha y firma del facultativo y del paciente.⁹⁸

El consentimiento debe darlo el paciente que va a recibir la intervención; sólo cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones deberá realizarlo algún familiar. En odontopediátria, el consentimiento informado deberá ser firmado siempre por los padres, tutores o representante legal del paciente, pero cuando el niño (paciente) tenga suficiente juicio se debe pedir también que lo firme.

Al realizar cualquier tratamiento en odontopediátria el padre debe firmar el consentimiento informado después de que esté enterado de todos los procedimientos por mínimos que sean, así como de cualquier complicación que pueda presentarse. Debemos estar seguros de que los padres nos comprendieron cada situación comenzando por el manejo de conducta, sobre todo si será utilizada la restricción física, así como de la importancia de los tratamientos.

⁹⁸ Medrano Moralas J. Op. Cit. pág 153

Si el odontólogo no tiene el consentimiento informado por el paciente o sus padres o tutores, será culpable de negligencia profesional y responsable de cualquier lesión resultante de realizar un tratamiento no autorizado.

En odontopediátria el consentimiento informado debe incluir la autorización de los padres del paciente, para el uso de las técnicas de control de conducta, ya que estos procedimientos pueden causar cierta confusión en los padres sino se les explica detalladamente cada método utilizado y el porque de este.

Un estudio realizado en México por Alcántara Suárez en 1999 reporta que de 150 odontopediátras encuestados solo el 51% utiliza el consentimiento informado, el 28% de los encuestados reportan que han tenido problemas con los padres por utilizar técnicas de control de conducta y no haber obtenido el consentimiento de estos antes.⁹⁹

3.6. Nota de evolución.

Este se define como la información narrativa que proporciona datos sistemáticos y cronológicos sobre la evolución del proceso salud-enfermedad del paciente en tratamiento estomatológico u odontológico.

En la nota clínica se registran los tratamientos realizados y la evolución del cuadro clínico cada vez que el paciente acuda a recibir atención odontológica, y deberá ser elaborada por el cirujano dentista tratante, anotando fechas y firmas del padre o tutor y del cirujano dentista.¹⁰⁰

⁹⁹ Alcántara Suárez V. Op. Cit. pág. 37.

¹⁰⁰ Medrano Morales J. Op. Cit. pág. 45.

4. CONCLUSIONES

El principio básico en la atención es una buena relación paciente odontólogo, ya que una adecuada comunicación puede evitar complicaciones por falta de información. Cada decisión terapéutica en odontopediatría debe anteponer el objetivo de no dañar física ni emocionalmente al paciente.

Para realizar un tratamiento, por más simple que parezca, se debe realizar una historia clínica, diagnóstico a través de todos los métodos necesarios, plan de tratamiento y pronóstico de este. Así como para realizar el tratamiento seguir todas las normas de seguridad estandarizadas para evitar cualquier complicación.

Ningún paciente merece ser atendido en forma descuidada cuando la situación es prevenible.

Sería imposible que no se presentara ninguna complicación durante la práctica odontopediátrica, pero es posible prevenir la mayoría de estas. Si se presenta una complicación durante la consulta odontopediátrica, el odontólogo debe asumir sus responsabilidades y siempre manejar de forma ética la situación.

Después de cada tratamiento debe realizarse la nota de evolución, describiendo detalladamente todo el procedimiento, sobretodo si existió una complicación.

Es de suma importancia utilizar el consentimiento informado para evitar problemas legales, ya que si el padre del paciente no firma este documento, cualquier complicación en un tratamiento no autorizado, será nuestra responsabilidad.

5. Bibliografía

- Alcántara Suárez V. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México. Revista ADM. Vol. XLI, No.1. Enero – Febrero, 2004. pp. 35-38.
- Álvarez de la Cadena S. C. Ética odontológica. 2ª. Edición. México. Facultad de Odontología, 2002. 259 p.
- Álvarez de la Cadena Sandoval C, Espinoza, Medrano, Villanueva. Paquete didáctico Aspectos Ético-Jurídicos en la Odontología, Seminario de titulación, Facultad de Odontología, UNAM, Inédito, México. 2005.
- Barbería E. Odontopediatría. Masson. Barcelona, 1995. 432 p.
- Basso Martha Lourdes, Puesta de Límites en Odontopediatría. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol.85. .No 1. Enero/Marzo,1997. pp. 40-45.
- Boj. J. R., Odontopediatría. Masson, Barcelona, 2004. 515 p.
- Braham R. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana, Buenos aires, 1984. 647 p.
- Días de Andrade Eduardo. Emergencias Médicas en odontología, Editora Artes Medicas Latinoamérica, Brasil, 2004.164 p.
- Escobar M, Fernando. Odontología Pediátrica. Editorial Universitaria, 2ª edición, Chile. 455 p.
- González Barrón S. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Rev. CONAMED, Vol. 8, No 1, Edición trimestral, 2003. pp. 29-37.

- Göran Koch, Odontopediatría Enfoque Clínico. Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1994. 281 p.
- Hilu Rodolfo. La mala praxis y el consentimiento informado. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol. 81. No. 1. Enero/Marzo, 1993. pp. 31-32.
- Holloway. Salud dental infantil. Editorial Mundi. Argentina, 1979. 221 p.
- Ingrassia Tonelli María Eugenia, Lesiones de la mucosa oral ocasionadas por material de uso odontológico. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol. 91. No 4. Agosto/Septiembre, 2003. pp. 314-318
- Maccdonald. Odontología pediátrica y adolescente. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1990. 831 p.
- Mccarthy M. F. Emergencias en odontología. Ateneo. México, 1973. 372 p.
- Medrano Morales J. Expediente clínico odontológico. Trillas, México. 208 p.
- Perea Pérez B. Circunstancias profesionales que dan lugar a reclamaciones por responsabilidad profesional.
www.infomed/colpont/revista10/cientifico.html. España.
- Sadner Olaf M. Accidentes en la práctica odontológica. Amolca. Colombia, 2002. 151 p.
- Varela Margarita. Problemas bucodentales en pediatría. Ergón, Madrid, 1999. 257 p.
- Waes. Atlas de odontología pediátrica. Masson. Barcelona, 2002. 388 p.