



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MAL PRAXIS EN TRATAMIENTOS
PERIODONTALES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ITZEL BOLAÑOS MORALES

TUTORA: Esp. MARÍA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GARCÍA

MÉXICO, D.F.

2014



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.

AGRADECIMIENTOS

A mamá y papá, por darme todo sin pedir nada a cambio. Por apoyarme y amarme siempre, tanto como yo a ellos.

A mi hermano, por ser mi guía, mi cómplice y amigo incondicional.

A Johanna, Nayeli, Violeta, Elizabeth, Sandra, Jocelyn, Berenice, Fernanda y Karen, por su amistad y los momentos inolvidables que pasamos juntas. Siempre formaran parte de mi corazón.

A todos mis maestros y a los grandes compañeros, colegas y amigos que conocí durante la carrera.

A mi tutora, Esp. María Concepción Álvarez García, por su paciencia, dedicación y apoyo, de no ser por su ayuda, este trabajo no estaría plasmado.

Al C.D. Juan Medrano, Coordinador del Seminario de Legislación en Odontología, por la orientación y apoyo durante la realización de éste trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por formarme profesionalmente y darme las armas para enfrentar la vida. Por ser mi segundo hogar.

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa.

Mahatma Gandhi.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PROPÓSITO

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ANTECEDENTES	10
Orígenes de la Medicina Legal	10
Conceptos de Medicina Legal	11
CONAMED	12
CAPÍTULO 1. MAL PRAXIS	13
1.1. Iatrogenia	14
1.2. Iatropatogenia	14
CAPÍTULO 2. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	16
2.1. Tipos de Responsabilidad	18
2.1.1. Responsabilidad Moral	18
2.1.2. Responsabilidad Social	18
2.1.3. Responsabilidad Civil	18
2.1.4. Responsabilidad Penal	19
2.2. Dolo	20
2.3. Culpa	20
2.3.1. Negligencia	20
2.3.2. Impericia	21
2.3.3. Imprudencia	21
2.3.4. Ignorancia	22

CAPÍTULO 3. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	23
3.1. Gingivitis.....	24
3.2. Periodontitis Crónica.....	24
3.3. Periodontitis Agresiva.....	25
3.4. CIRUGÍA PERIODONTAL.....	26
3.4.1. Cirugía Resectiva.....	27
3.4.1.1. Raspado Radicular y Curetaje.....	27
3.4.1.2. Gingivectomía.....	28
3.4.1.3. Colgajo Desplazado.....	29
3.4.1.4. Ostectomía.....	29
3.4.1.5. Osteoplastia.....	30
3.4.2. Cirugía Regenerativa.....	31
3.4.2.1. Injertos óseos.....	31
3.4.2.2. Regeneración Tisular Guiada.....	32
3.4.2.3. Cirugía Preprotésica.....	32
3.4.2.4. Cirugía Mucogingival.....	33
CAPÍTULO 4. LEGISLACIÓN EN TRATAMIENTOS PERIODONTALES.....	34
4.1. Elementos Legales de Mal Praxis en Periodoncia.....	35
4.1.1. Estándar de Atención.....	35
4.1.2. Consentimiento Informado.....	36
4.1.3. Beneficencia.....	37
4.1.4. Abandono.....	37
4.1.5. Registros.....	37
CAPÍTULO 5. MAL PRAXIS EN TRATAMIENTOS PERIODONTALES.....	39
5.1. Diagnóstico.....	39
5.2. Plan de Tratamiento.....	41
5.3. Tratamientos Periodontales.....	41

5.3.1. Raspado Radicular y Curetaje.....	41
5.3.2. Cirugía Resectiva.....	43
5.3.3. Cirugía Regenerativa.....	44
5.3.4. Apósito Quirúrgico.....	45
5.4. Complicaciones Primarias en Cirugía Periodontal Causadas por Mal Praxis.....	46
5.4.1. Hemorragia.....	46
5.4.2. Infección.....	47
5.4.3. Dolor.....	50
6. CONCLUSIONES.....	51
7. GLOSARIO.....	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una enfermedad multifactorial con una etiología bacteriana que ocasiona daño tisular, el cual se amplifica por condiciones médicas sistémicas, factores ambientales y antecedentes genéticos.

La OMS considera a la enfermedad periodontal como el proceso de enfermedad crónico que representa el mayor número de afecciones para la salud bucal a nivel mundial.

Un poco más del 5% de los expedientes de quejas ingresadas en la CONAMED indican que estas demandas se derivan de problemas por servicios odontológicos, dentro de las cuales se encuentra la especialidad de Periodoncia.

Periodoncia, de acuerdo a estudios de la CONAMED, es la especialidad en la que hay menos especialistas, sin embargo, gran cantidad de Cirujanos Dentistas ofrecen estas alternativas de tratamiento dentro de la consulta privada.

Los problemas más comunes de mal praxis en la especialidad odontológica de Periodoncia, son la falla en el diagnóstico, así como el intento del Cirujano Dentista por proporcionar un tratamiento más allá de su capacidad.

La responsabilidad civil del Cirujano Dentista es una de las responsabilidades menos estudiadas en el ámbito legal dentro del amplio campo que representa la responsabilidad civil médica.

La responsabilidad jurídica exigida del profesional sanitario, puede ser sistematizada en cinco amplios grupos que son: penal, civil, administrativa, laboral y colegial o corporativa.

La mal praxis en los tratamientos periodontales conlleva numerosas repercusiones legales que afectan el desempeño de nuestra profesión y la salud del paciente, por lo que el Cirujano Dentista debe estar preparado en el aspecto periodontal y legal para evitar resultados insatisfactorios o imprevistos.

PROPÓSITO

Hacer énfasis sobre la importancia de mantener un conocimiento teórico y práctico de los tratamientos periodontales para evitar incurrir en mal praxis, por tratamientos inadecuados causa de repercusiones legales.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Informar sobre mal praxis en tratamientos periodontales causa de controversias legales.

ESPECÍFICOS:

- Recabar información relacionada con las bases jurídico legales que rigen a responsabilidad profesional del Cirujano Dentista, al incurrir en mal praxis por tratamientos periodontales.
- Describir las formas de mal praxis durante el tratamiento de la enfermedad periodontal.
- Mencionar las iatropatogenias en los tejidos, por mal praxis en tratamientos periodontales.

ANTECEDENTES

ORÍGENES DE LA MEDICINA LEGAL

Desde el principio de la historia, los médicos han tenido que responder por las consecuencias dañosas de sus errores. En la antigua Babilonia en el año 1700 a.C., el Código de Hammurabi, que es el conjunto de leyes más antiguo que se conoce, establecía en sus inscripciones en piedra, severas penas al profesional que ocasionara daño a un paciente. Si un cirujano provocaba una herida grave en un hombre notable, se le debían cortar las manos. En caso de daño menor, se debía compensar económicamente al enfermo.^{1,2,3}

En Egipto, la práctica médica estaba fuertemente regulada por la ley. Quienes se apartaban de las reglas profesionales establecidas en el Libro de Toth y provocaban un daño al enfermo, corrían peligro de muerte.^{1,2}

En la Grecia del siglo V a.C., Hipócrates, fundador de la escuela de Kos, sentó sobre bases más racionales las obligaciones de los médicos. Decía que el profesional no incurría en responsabilidad, cualquiera que fuese el daño al paciente, si su actuación había sido conforme a las reglas establecidas. En el caso de apartarse de las mismas, el médico era castigado incluso con la muerte.¹

En el Derecho Romano, la Ley Aquilia protegía a los pacientes de la negligencia o imprudencia por parte de los galenos. En dicha ley se establecían normas básicas sobre el concepto de responsabilidad, definiendo la culpa y haciendo referencia diversos hechos a cargo de los médicos tales como el abandono del enfermo, la no prestación de servicios, impericia y negligencia.³

En la Edad Media en 1140, el rey normando Roger, obligaba a los médicos a realizar un examen de habilitación para el ejercicio de la medicina. Se velaba para que los súbditos no se vieran expuestos a la inexperiencia de los profesionales. Quienes se equivocaban en el tratamiento de su paciente eran condenados a la cárcel.¹

En esta primera etapa histórica de la responsabilidad profesional, la estimación que se tenía de los médicos no era obstáculo para hacerlo responsable por actos contrarios a las reglas de su profesión. Sin embargo, la responsabilidad médica no se traducían generalmente en una remuneración a la víctima sino más bien en una pena para el médico.^{1,2,3}

CONCEPTOS DE MEDICINA LEGAL

La medicina legal constituye una serie de conocimientos médicos y de ciencias conexas, bioquímicas, físicas y psicológicas, aplicables en las distintas áreas de Derecho, de manera que se facilite la aplicación de la justicia.⁴

Su aplicación se considera en el Derecho Penal y otro aspecto médico social en lo que concierne a la criminalidad, su prevención y el tratamiento adecuado del delincuente.⁴

En Derecho Civil se estipula como estimación de la capacidad mental, como en los casos de herencia, administración de bienes y validez de diversas actividades del individuo en su vida ordinaria.⁵

En Derecho del Trabajo se valorizan los riesgos y enfermedades profesionales. Se dice que es una ciencia y un arte en virtud de que proporciona principios técnicos para concluir aspectos médico legales de difícil solución.⁵

Las quejas médicas y odontológicas, son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con mal praxis médica.⁶

En México se ha descrito un perfil general de las quejas médicas para periodos cortos de tiempo, así como su relación con la mala práctica médica. A través de estudios de otros países se conocen las causas de quejas y reclamos de pacientes por mal praxis y eventos adversos.⁶

Por otra parte, se sabe que las quejas médicas no sólo ocasionan daño a los pacientes, sino que también afectan la salud del personal médico al producirle estrés y preocupación, además de que disminuyen su satisfacción en el trabajo e interfieren con su vida personal. Estudios sobre la reacción emocional de los médicos refieren que pasan por tres etapas: impacto inicial, conflicto y resolución del conflicto.^{4,5,6}

CONAMED

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico nace por decreto en 1996 con el propósito de resolver los conflictos que se presenten entre los usuarios y prestadores de servicios de salud de carácter público y privado, así como de contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en nuestro país.

La CONAMED permite dilucidar en forma amigable los posibles conflictos derivados de la prestación de servicios odontológicos, evitando cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales.³⁹

CAPÍTULO 1. MAL PRAXIS

La mal praxis se puede definir como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte de un médico u otro profesional de la salud, causando un daño a la salud o al buen estado del paciente.

Se compone de tres fuentes principales:

- El azar.
- La Ignorancia del médico o de la institución, según sea el caso.
- La irresponsabilidad.^{5,7}

A su vez, la mal praxis se clasifica en:

- Mal praxis deliberada, cuando el profesional realiza un procedimiento que sabe pondrá en peligro la salud o integridad del paciente.
- Mal praxis por negligencia, que comprende los casos en los que no hay un objetivo criminal, pero si una negligencia obvia respecto a las necesidades del paciente.
- Mal praxis por ignorancia, en la que por falta de conocimiento de los procedimientos o protocolos en la atención al paciente se atenta contra su salud.^{5,7}

1.1. IATROGENIA

Del griego iatrós, médico, ígeno e íco, se define como toda alteración positiva o negativa del estado del paciente producida por el médico.⁷

Las iatrogenias pueden clasificarse en:

- Iatrogenia clínica: Puede producirse en cualquier nivel de la práctica profesional por acción médica suficiente, excesiva o imprevista efectuada por ignorancia, negligencia, precipitación o criterio insuficiente.
- Iatrogenia social: Es la pérdida de capacidad de adaptación a la enfermedad o autocuración, es la dependencia a la medicina, para asegurar la salud, generada por la administración de medicamentos en la vida, esto como subproducto de una sociedad superindustrializada donde el médico tiene injerencia en los estratos sociales.
- Iatrogenia estructural: Consiste en la negación de aceptar el dolor, la enfermedad y la muerte, está relacionada con la cultura.
- Iatrogenia positiva: Son todos los tratamientos realizados exitosamente tanto en la investigación, en la clínica, en la tecnología y en lo académico.^{5,7}

1.2. IATROPATOGENIA

Los efectos nocivos o dañinos ocasionados al paciente por el profesional, se conocen como iatropatogenia.

Las iatropatogenias pueden ser necesarias, conscientes, con riesgo calculado o efecto secundario, pero se realiza con pleno conocimiento de sus riesgos y posibles efectos, esto debido a que no se puede ofrecer un tratamiento mejor.⁵

Sin embargo, se pueden realizar intervenciones u omisiones en el paciente ya que el daño producido será menor a un daño que pudiera tener el paciente sino que se tomara esta decisión.

Las iatropatogenias innecesarias se realizan de forma inconsciente por ignorancia, éticamente inadmisibles e imperdonables.

Desde el punto de vista legal se interpreta como el desorden, alteración o daño en el cuerpo del paciente ocasionado por la mala actuación del Cirujano Dentista. Pueden originarse por una mala acción, omisión, descuido, olvido, inadvertencias, distracciones, imprevistos, morosidad, apatía, precipitación, imprudencia, entre otras acciones negativas, principalmente negligencia, impericia e imprudencia.^{5,7}

CAPÍTULO 2. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El concepto de responsabilidad conlleva la necesidad de asumir los resultados de la acción profesional, obligando a reparar y resarcir al paciente si se le ha causado perjuicio. Una persona que acude a un consultorio no puede renunciar a su condición de sujeto responsable de su propia vida y su propia existencia, el médico por su parte, debe situarse como profesionista competente, asesor experimentado que busca como objetivo el bien del paciente y debe ofrecerle caminos y opciones para mejorar su salud, reconociendo sus limitaciones.

La responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder por sus propios actos, y en algunos casos, de los ajenos. A su vez conlleva la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de actos perjudiciales para terceros.⁸

La responsabilidad del médico puede ser por:

- Acción, en el caso de una intervención quirúrgica innecesaria.
- Impericia manifiesta.
- Omisión, dejar de intervenir en un caso urgente.
- Errores graves en posología.
- Exámenes incompletos.
- Ignorancia médica manifiesta.⁹

Respecto a la responsabilidad profesional, el Código Penal Federal, en su artículo 228, dice:

- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que comentan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional en su caso.²¹
- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva. En caso de reincidencia, y estarán obligados a la reparación del daño por sus propios actos y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.²¹

En tanto la Ley de Profesiones, en su artículo 71, dice que:

- Los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que cometan los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección en el desempeño de trabajos profesionales, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o sus instrucciones hubieran sido causa del daño.²⁶

2.1. TIPOS DE RESPONSABILIDAD

2.1.1. RESPONSABILIDAD MORAL

La responsabilidad moral implica para el Cirujano Dentista asumir la obligación personal y profesional de buscar el bien para el paciente. Éste compromiso es reconocido por la familia, los amigos, la sociedad y especialmente por el paciente, como parte de un contrato entre el profesional de salud y el enfermo. Cabe mencionar que todo procedimiento diagnóstico o terapéutica tiene el riesgo de provocar un daño, principalmente la terapéutica, ya que son varios los factores que influyen en su eficacia y en sus efectos secundarios, como son los aspectos técnicos cuyos resultados dependen de la confiabilidad de la información disponible. Los aspectos económicos, que obligan a buscar mayor calidad con el menor costo. Sin embargo son los aspectos éticos los que exigen al Cirujano Dentista la obligación moral de ofrecer al paciente la mejor alternativa posible.¹¹

2.1.2. RESPONSABILIDAD SOCIAL

La responsabilidad con la sociedad supone el procurar una distribución justa de los recursos. El compromiso, significa que quienes ingresan a la profesión deben consagrar su vida laboral al servicio de los pacientes.¹¹

2.1.3. RESPONSABILIDAD CIVIL

La responsabilidad médica civil es la obligación de reparar los daños y perjuicios causados al paciente por una conducta o por la creación de un riesgo.¹²

El Código Civil conceptúa el daño como la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de alguna obligación, y considera como perjuicio la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido por el cumplimiento de la obligación. El resarcimiento es la obligación de reparar el daño a cargo de quien lo produjo, así, este concepto implica daños, perjuicios, lesiones personales y menoscabo de la propiedad. La indemnización es la reparación del daño proporcionada por el Estado u otro fondo establecido para tal fin.

La responsabilidad civil tiene dos fuentes:

- La conducta jurídica culpable y dañosa conocida como el hecho ilícito.
- El riesgo creado, que corresponde a la conducta lícita de usar un objeto peligroso.¹²

2.1.4. RESPONSABILIDAD PENAL

Para que surja una responsabilidad a cargo de cierta persona, es preciso que la conducta de ésta (acto u omisión) sea indebida (ilícita, ilegal o antijurídica), que ocasione una consecuencia perjudicial (lesión de un bien jurídico), y que entre esa conducta activa u omisiva y el resultado dañoso exista cierta relación.

Es necesario precisar si el sujeto actúa con el ánimo de causar los resultados que en efecto ocasiona, produciendo ciertas consecuencias que el autor no ha deseado, y también que una persona cree condiciones de riesgo por las que deba responder objetivamente. Los dos primeros interesan particularmente al derecho penal, que se eleva sobre las nociones de dolo y de la culpa.¹²

2.2. DOLO

Se debe entender como toda maquinación o artificio realizado con alevosía y ventaja para engañar al paciente o afectar la salud. Si se realiza una inadecuada valoración al paciente, hay indebido manejo de métodos y técnicas e instrumental y material, si existe la falta de cuidado durante y después de los procedimientos a realizar, es decir, el hecho en que el autor material está consciente del daño que va a causar y sus consecuencias, sin embargo, no desiste en su actuación.¹³

2.3. CULPA

Junto al obrar doloso se encuentra el obrar culposo, en el cual no existe dolo ni mala fe, pero se tiene la previsibilidad del daño causado, por lo que la culpa se ubica entre el dolo y el caso fortuito. Entonces, se entiende por culpa al incumplimiento de una obligación sin dolo o mala fe, por alguna causa previsible y evitable, o también, la acción u omisión que por negligencia, impericia, imprudencia o ignorancia cause daño a otro.¹³

2.3.1. NEGLIGENCIA

Esta forma de responsabilidad es la que comete el Cirujano Dentista que realiza los procedimientos con el incumplimiento de los principios éticos de su profesión, es decir, el Cirujano Dentista tiene los conocimientos y destreza suficientes en la materia del procedimiento que realiza o de la especialidad desempeñada. Sin embargo, al presentarse el incidente durante el procedimiento, no lo resuelve de manera satisfactoria.

Por lo tanto, equivale al descuido y omisión, que puede interpretarse como la falta de la debida diligencia o del cuidado indispensable en la ejecución de un acto determinado.

2.3.2. IMPERICIA

La comete aquel Cirujano Dentista que realiza actos o procedimientos, afrontando un riesgo sin haber tomado las precauciones para evitarlo. Es el tipo de procedimiento con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de la acción. Lo que se refiere a la falta de habilidad, experiencia o práctica y conocimientos (teóricos, técnicos y profesionales) suficientes para desempeñar el procedimiento.

Es importante destacar la necesidad de cada profesional de autoevaluarse, saber sus limitaciones para hacer frente a una situación y no ser complaciente con el paciente y caer indebidamente en una falta.¹³

2.3.3. IMPRUDENCIA

Se entiende por imprudencia a la ausencia de sindéresis, cordura y moderación en las acciones, o el descuido en la atención requerida para la realización de las acciones y en la previsión de sus consecuencias.

La falta de prudencia puede ocasionar daños en las personas y en las cosas, que exijan reparación e indemnización por la responsabilidad civil que implican; siempre y cuando:

- Se produzca un daño o perjuicio.
- Que no exista dolo ni mala fe.
- Que no exista cordura ni moderación adecuada.
- Que se constituya un delito, aun cuando pueda ser una falta administrativa.¹³

2.3.4. IGNORANCIA

Implica el desconocimiento de algún hecho, técnica u oficios en particular. A ella se refiere el derecho positivo en el caso de obrar culposo por ignorancia injustificada, como es la del profesionista respecto de las materias propias de su profesión o especialidad.

La ignorancia específica, no sólo provoca la configuración de un delito, sino también da lugar a la responsabilidad civil de los profesionistas en general, cuando su actuación pone de manifiesto el desconocimiento de los principios fundamentales de la profesión o especialidad a que se dedica.

La ignorancia se diferencia del error del cálculo en que puede incurrir el profesionista, no por desconocimiento de los principios fundamentales de la profesión, sino por una mala o equivocada interpretación o aplicación de los mismos.¹³

CAPÍTULO 3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal se define como, una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes que es provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos y que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal, el hueso alveolar, cemento radicular y tejido, así como la formación de bolsas periodontales (Fig.1).¹³

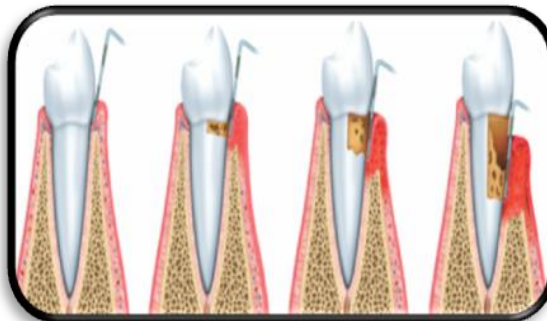


Figura 1. Esquema del avance de la enfermedad periodontal.²⁷

Está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que produce lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva.^{13,14,15}

Los factores que inducen y favorecen la enfermedad periodontal son la placa y cálculo dental, agentes irritantes locales (químicos o mecánicos), materiales porosos de restauración, detritos y la respiración bucal. La encía responde a estos irritantes mediante una inflamación provocando una hiperemia que provoca cambios de color, forma y textura del tejido gingival.^{13,16}

La enfermedad periodontal es la causa más frecuente de extracción de órganos dentales en personas mayores de 35 años y el 80% de las exodoncias en estos pacientes se relaciona con este padecimiento.¹⁶

3.1. GINGIVITIS

La enfermedad gingival es el resultado de una interacción entre los microorganismos que se encuentran en la biopelícula de la placa dental, tejidos y células inflamatorias del huésped. Esta interacción placa-huésped se modifica mediante los efectos locales, sistémicos, medicamentos y malnutrición.^{13,17}

La característica de la enfermedad gingival son los signos clínicos de inflamación, sangrado y cambio de color, así como la presencia de placa dentobacteriana, estos signos y síntomas se limitan a la encía y son reversibles mediante la eliminación del factor etiológico (Fig.2).¹⁵

El nivel de inserción en presencia de enfermedad gingival debe ser estable, sin embargo, puede presentarse en un periodonto que no ha perdido inserción ni hueso alveolar o en un periodonto estable pero reducido.¹³



Figura 2. Típica gingivitis marginal generalizada en las papilas.²⁸

3.2. PERIODONTITIS CRÓNICA

La periodontitis crónica es la forma más común de periodontitis. Su prevalencia es en adultos aunque puede llegar a presentarse en niños.

En la periodontitis crónica la cantidad de destrucción de tejido es consistente con los factores etiológicos locales de placa y cálculo dental, y se relaciona con un patrón microbiano variable (Fig. 3).¹³

La gravedad de la periodontitis crónica, se puede clasificar de acuerdo al grado de pérdida de inserción clínica como leve (1-2 mm), moderada (3-4 mm) y severa (≥ 5 mm).¹⁵

Tiene un rango de avance de lento a moderado, pero se pueden observar periodos de destrucción más rápida. Este aumento puede ser provocado por factores locales sistémicos o ambientales que influyen en la interacción normal entre el huésped y las bacterias.^{13,15,17}

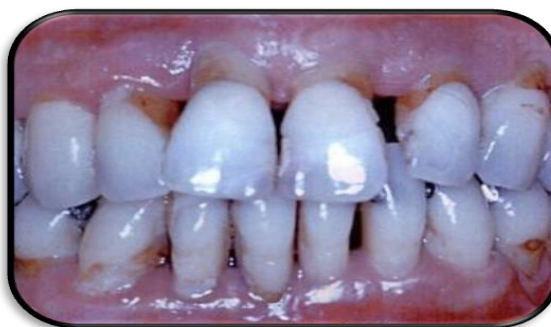


Figura 3. Paciente con Periodontitis crónica.²⁸

3.3. PERIODONTITIS AGRESIVA

La principal característica que la diferencia de la Periodontitis Crónica es el progreso rápido de pérdida ósea y de inserción.

La periodontitis agresiva se observa en individuos sanos, con ausencia de acumulaciones grandes de placa y cálculo dental. La forma agresiva de periodontitis suele afectar a individuos de entre 10 y 30 años de edad y presenta periodos de remisión y exacerbación.^{13,15}

Tiene una presentación localizada en el primer molar y los incisivos con una pérdida de inserción al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar; no afecta más de dos dientes que no sean incisivos ni primeros molares.¹⁵

La periodontitis agresiva generalizada, afecta casi siempre a personas menores de 30 años, la pérdida de inserción interproximal generalizada afecta al menos a tres dientes permanentes que no son primeros molares ni incisivos (Fig. 4).¹⁵

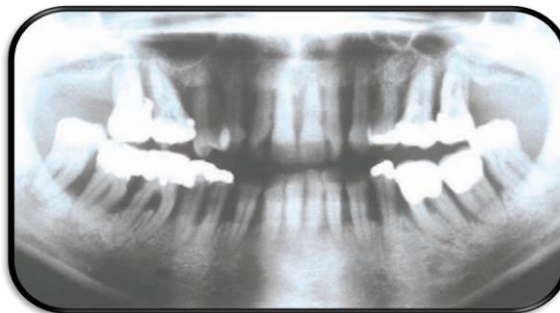


Figura 4. Periodontitis agresiva generalizada en paciente de 30 años de edad.²⁹

3.4. CIRUGÍA PERIODONTAL

Se refiere a todas las técnicas quirúrgicas que involucran los tejidos periodontales.



Figura 5. Cirugía periodontal por colgajo.³⁰

El objetivo de la cirugía periodontal es lograr accesibilidad a los tejidos involucrados en la enfermedad, para poder limpiar la superficie radicular, además de modificar la morfología ósea y gingival, para así restablecer la capacidad funcional y a su vez crear las condiciones para la regeneración del tejido perdido.¹⁸

3.4.1. CIRUGÍA RESECTIVA

Son aquellas técnicas en las que el principal objetivo es la eliminación de la pared blanda y dura de la bolsa periodontal, estas pueden ser gingivales como la gingivectomía y el colgajo desplazado, y óseas, como la ostectomía y la osteoplastia.¹⁹

3.4.1.1. RASPADO RADICULAR Y CURETAJE

El raspado es un proceso por medio del cual se elimina la placa y el cálculo de la superficie dentales supragingival y subgingivales. El alisado radicular es el proceso en el que se elimina cálculo y porciones de cementos residuales adheridas de las raíces para crear una superficie lisa y limpia.¹³ El objetivo principal del raspado radicular y del curetaje es, restablecer la salud gingival, por medio de la eliminación completa de los elementos presentes en la superficie dental, que producen la inflamación gingival.¹³

Este procedimiento se realiza con hoces, curetas e instrumentos ultrasónicos (Fig. 6). La instrumentación reduce de manera importante el número de microorganismos subgingivales y produce un cambio en la composición de la placa subgingival, la cual está compuesta principalmente por bacterias anaerobias gramnegativas, a una placa dentobacteriana en donde predominan las bacterias facultativas grampositivas.^{13,15}



Figura 6. Curetaje abierto.³¹

3.4.1.2. GINGIVECTOMÍA

La gingivectomía significa escisión de la encía (Fig. 7,8), es una técnica quirúrgica simple y rápida, en general, se pueden tratar áreas pequeñas, pero puede presentar una mayor molestia así como la probabilidad de hemorragia postoperatoria.¹⁸



Figura 7. Hiperplasia gingival de 33-43.



Figura 8. Gingivectomía de la zona.²⁹

Al remover la pared de la bolsa la gingivectomía proporciona visibilidad y accesibilidad para la eliminación completa del cálculo, y un alisado minucioso de la superficie radicular.^{13,15,18}

3.4.1.3. COLGAJO DESPLAZADO

Este colgajo se coloca en sentido apical (Fig.9), coronal o lateral con respecto a su posición original. Tanto los colgajos de espesor total como los de espesor parcial pueden desplazarse, pero para lograrlo, la encía insertada debe separarse por completo del hueso, permitiendo mover la porción no insertada de la encía.^{13,15,18}



Figura 9. Incisión semilunar apical.³²

3.4.1.4. OSTECTOMÍA

La ostectomía es la remoción del hueso que proporciona adherencia a las fibras del ligamento periodontal (Fig. 10). El hueso alveolar de soporte es la porción de proceso alveolar con lámina dura intacta y el ligamento periodontal del tejido conectivo insertado al diente.¹³

El objetivo de esta cirugía es restablecer el periodonto para que sea fácil de limpiar por medio de técnicas de higiene bucal del paciente.^{13,20}



Figura 10. Reconstitución de ancho biológico mediante ostectomía.³³

Las indicaciones para este procedimiento incluyen alargamiento de corona por estética, la exposición de la dentina apical a un proceso carioso o a un margen fracturado de un diente que va a restaurarse, y a la abertura de espacios interradiculares para el tratamiento de furcaciones afectadas.¹³

3.4.1.5. OSTEOPLASTIA

Se le conoce como osteoplastia al modelado de las deformidades en el hueso alveolar que rodea a los dientes (Fig. 11).¹³ Ese procedimiento se indica para ayudar a la cicatrización de la herida por primera intención o a la adaptación de colgajo por medio de la remoción de exostosis o bordes alveolares marginales, también se indica para contornear las crestas alveolares, para dar lugar a púnticos en prótesis, así como para remover los bordes óseos extensos.^{13,19}



Figura 11. Remodelación de cresta alveolar.²⁹

3.4.2. CIRUGÍA REGENERATIVA

Los procedimientos quirúrgicos regenerativos tienen por objeto promover la regeneración de los tejidos periodontales que se han perdido a través de la enfermedad periodontal. El objetivo de la cirugía regenerativa es promover la formación de cemento, ligamento periodontal y el hueso alveolar.^{13,18,20}

3.4.2.1. INJERTOS ÓSEOS

Un injerto es un tejido viable que después de su remoción de un sitio donante, es implantado en un tejido huésped (Fig. 12). Existen diferentes modalidades en cuanto a injertos terapéuticos para la restauración de los defectos óseos periodontales. Los materiales utilizados en injertos óseos se evalúan con base a su potencial osteogénico, osteoconductor y osteoinductor.^{13,15,20}



Figura 12. Colocación de injerto óseo en defecto alveolar.³⁴

Estos pueden ser:

- Autoinjertos: Del propio paciente, algunas fuentes de hueso incluyen rebordes desdentados y mentón.
- Aloinjertos: Hueso proveniente de un individuo de la misma especie, genéticamente diferente.

- Xenoinjertos: Partículas de mineral óseo bovino o porcino.
- Aloplásticos: Son injertos sintéticos compuestos principalmente de hidroxapatita, principal componente mineral cristalino del hueso.^{19,20}

3.4.2.2. REGENERACIÓN TISULAR GUIADA

La regeneración tisular guiada incluye la colocación de diferentes tipos de barreras para crear un espacio entre la superficie del cemento y el tejido epitelial, separándolos de manera temporal del epitelio gingival, evitando así la migración epitelial hacia el defecto y favorece la repoblación del área con osteoblastos, cementoblastos y fibroblastos (Fig. 13).^{13,18}



Figura 13. Adaptación de membrana.²⁹

3.4.2.3. CIRUGÍA PREPROTÉSICA

El objetivo de la cirugía preprotésica es lograr una ubicación de las estructuras protésicas, preservando el espacio biológico necesario para la salud del periodonto.¹⁸

El Alargamiento de Corona, consiste en la eliminación de los tejidos periodontales para exponer la corona clínica. Puede limitarse a los tejidos blandos, cuando el espesor del tejido es excesivo (Fig. 14).^{13,17}

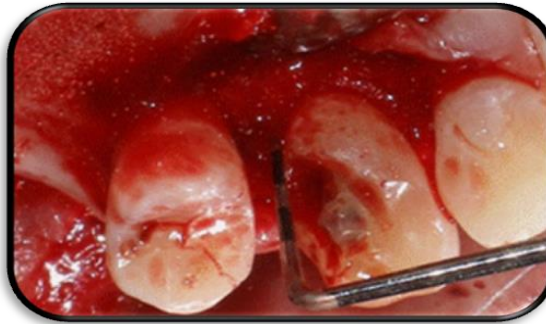


Figura 14. Alargamiento de corona preprotésico.³⁴

3.4.2.4. CIRUGÍA MUCOGINGIVAL

Son los procedimientos quirúrgicos relacionados con la corrección de las relaciones entre la encía y la mucosa bucal con referencia a tres áreas específicas: encía insertada, el frenillo que interfería con la encía marginal y los vestíbulos superficiales.¹⁸

Frenilectomía es la técnica de cirugía mucogingival en la cual se elimina completamente el frenillo, incluida su inserción al hueso subyacente.¹⁸

Los injertos gingivales libres, para lograr un aumento de encía insertada, se colocan en un lecho receptor en la zona de la recesión (Fig. 15).¹



Figura 15. Injerto de tejido conectivo.²⁹

CAPÍTULO 4. LEGISLACIÓN EN TRATAMIENTOS PERIODONTALES

En la práctica de la Periodoncia, la mejor recomendación es que los Cirujanos Dentistas reconozcan sus limitaciones en cuanto a los tratamientos que requiere el paciente, por ello, deben ser referidos con el especialista apropiado cuando haya incertidumbre.¹³

Uno de los problemas más comunes en la mala práctica periodontal es la falla en el diagnóstico, tratamiento o referencia de los procesos de la enfermedad periodontal. La mayoría de los casos de mala práctica se centran en este problema. Para evitarlos es esencial reconocer y documentar el proceso de la enfermedad periodontal de la siguiente manera:

- Se deben obtener registros escrupulosos, incluidas fichas y radiografías, para recomendar y realizar el tratamiento apropiado.
- Se debe remitir con un especialista periodontal, si no se tiene la habilidad para realizar un tratamiento cuidadoso y conservador.
- Monitoreo de los pacientes que reciben tratamiento.

Otra de las causas recurrentes de mala práctica se debe principalmente al intento del Cirujano Dentista General por dar un tratamiento más allá de su nivel de competencia. Es importante que los Cirujanos Dentistas sean capaces de discriminar entre los procedimientos quirúrgicos para los que están capacitados y para los que no, evitando que se presenten problemas o consecuencias, para ello un especialista puede salvar un caso o evitar una demanda posterior por mala práctica.^{13,17}

4.1. ELEMENTOS LEGALES DE MAL PRAXIS EN PERIODONCIA

Determinar una mal praxis depende de elementos legales. Estos factores actuarán como señales en el sistema legal.^{13,17}

4.1.1. ESTÁNDAR DE ATENCIÓN

Es el principal elemento que determinará una demanda por incurrir en mal praxis. Se debe considerar:

- La atención a un paciente debe darse con la misma habilidad, experiencia y amplitud que usaría un clínico comparable en la comunidad dental.
- Los resultados del tratamiento deben ser equivalentes, dadas las limitaciones del caso.

La atención dada a los pacientes cuya enfermedad periodontal está siendo tratada debe abarcar diferentes áreas, por lo que es importante la interconsulta. Es esencial un diagnóstico preciso, para así formular un plan de tratamiento apropiado que incluya etiología, pronóstico y plan de tratamiento.

El tratamiento periodontal se divide en tres fases: no quirúrgica, quirúrgica y de mantenimiento. Estas fases deben realizarse de manera satisfactoria y en el estándar citado, si está por debajo de ese estándar es considerado como negligencia.^{13,17}

4.1.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se considera de suma importancia dentro de las demandas de mal praxis.

La razón para obtener éste es el concepto de que los pacientes son partes activas junto con el clínico de su propio tratamiento. Deben sentirse satisfechos y seguros con su elección de tratamiento después de recibir la información del Cirujano Dentista.

El consentimiento informado cuenta con cinco áreas:

- 1.- Es necesario la comprensión del problema; un diagnóstico.
- 2.- Se debe explicar por completo el tratamiento propuesto y cualquier tratamiento alternativo.
- 3.- No se hacen promesas ni se da garantía.
- 4.- La autorización debe permitir un cambio en el plan, si surgen circunstancias imprevistas.
- 5.- Se deben analizar todas las secuelas y efectos secundarios.

El consentimiento puede ser verbal o escrito, pero es primordial que el paciente lo comprenda por completo.^{13,17}

La falta de un consentimiento informado es causa de una acción por mal praxis y realizar una operación quirúrgica sin autorización El Código Penal del Distrito Federal en su ART. 326, lo sanciona de 2 a 6 años de prisión o de 200 a 400 días de multa.²¹

4.1.3. BENEFICENCIA

Es el concepto legal que se relaciona con la práctica odontológica porque busca brindar al paciente la mejor atención posible. Cuando el Cirujano Dentista no es totalmente capaz de cumplir con este concepto, debe remitir al paciente con un especialista.¹³

4.1.4. ABANDONO

En algunas ocasiones el paciente y el Cirujano Dentista no pueden llegar a un acuerdo sobre las estrategias y objetivos del tratamiento, pero no se puede dejar de atender a los pacientes durante el proceso del tratamiento activo.

Cuando se deja de tratar a un paciente se debe hacer por escrito y documentarlo en el expediente.^{13,21}

El Código Penal del Distrito Federal sanciona este hecho de 1 a 4 años de prisión o de 100 a 300 días de multa de acuerdo a su ART. 324.²¹

4.1.5. REGISTROS

Los antecedentes médicos y dentales, notas de evolución, interconsulta, consentimiento informado y registro de pagos, además de radiografías, fotografías y modelos, son el único apoyo disponible para deliberar en una demanda por mal praxis.

Todos estos registros deben ser contemporáneos, estar firmados y tener fecha ya que en el aspecto legal, los registros escritos de un profesional tienen más peso que los recuerdos del paciente acusante. Debe ser documentado todo lo que ocurre durante los procedimientos. A su vez cualquier alteración de los registros puede tener como resultado un veredicto desfavorable.^{13,17}

Las radiografías son registros importantes ya que son necesarias para diagnosticar la pérdida ósea en la enfermedad periodontal y documentar el caso de manera correcta. La US Food and Drug Administration (FDA) publicó lineamientos que recomendaban la serie radiográfica completa y una radiografía panorámica cada 5 años. Las radiografías de aleta mordible tomadas cada 12 a 18 meses para poder ilustrar los cambios de la enfermedad periodontal.^{13,17}

CAPÍTULO 5. MAL PRAXIS EN TRATAMIENTOS PERIODONTALES

Existen muchos factores que pueden propiciar una mal praxis dentro de la práctica de los tratamientos periodontales, estos pueden ir desde el momento en que realiza el diagnóstico, hasta el tratamiento quirúrgico.

5.1. DIAGNÓSTICO

Como en cualquier enfermedad, el manejo adecuado de ésta, comienza con un diagnóstico correcto. Los pacientes que asisten a una revisión dental tienen el derecho de exigir un examen completo de su cavidad oral; dientes y estructuras de apoyo, no sólo de la condición dental.¹⁷

A pesar de que el número de diagnósticos dentales exclusivamente es limitado, el establecimiento de un diagnóstico se convierte en un reto, tanto para los nuevos practicantes como para el Cirujano Dentista experimentado.

Un porcentaje alto de los estudiantes de Odontología y Cirujanos Dentistas en la práctica privada, tienen dificultades para diagnosticar la enfermedad periodontal y suelen hacer diagnósticos excesivos de ésta. Por el contrario algunos practicantes experimentados suelen pasar por alto sutilezas de la enfermedad, realizando diagnósticos insuficientes. Por ello, una buena decisión clínica comienza con la recolección completa de los antecedentes y parámetros, un examen clínico completo y las pruebas diagnósticas apropiadas, en este caso las radiografías juegan uno de los papeles más importantes. Realizar un tratamiento antes de emitir un diagnóstico errado suele llevar a malas decisiones, y en última instancia, a resultados desfavorables.^{17,22}

La NOM-013-SSA2-2006, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, menciona en sus numerales que:

- “5.1. La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención, a través de acciones de promoción de la salud y protección específica a nivel masivo, grupal e individual, diagnóstico, limitación del daño, rehabilitación, detección y control de factores de riesgo de las enfermedades bucales.

- 5.2. El estomatólogo debe informar al paciente sobre el diagnóstico y posibles alternativas de tratamiento con un lenguaje claro y sencillo, así como sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

- 5.3. La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como al consentimiento bajo información, deben ser firmados por el paciente y en el caso de pacientes menores de edad o personas discapacitadas, por algún familiar, tutor o representante legal y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

- 5.3.1. El consentimiento válidamente informado, debe ser actualizado cada vez que se modifique el plan de tratamiento establecido, siempre en beneficio de la salud del paciente.

- 5.4. El estomatólogo es el único responsable y autorizado, para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control de enfermedades bucales, así como de la terapéutica farmacológica. El pasante de estomatología en servicio social, podrá realizar estas actividades bajo supervisión periódica del estomatólogo.”²³

5.2. PLAN DE TRATAMIENTO

Los errores en la planeación del tratamiento llevan a malas decisiones clínicas. Es un ejemplo común el intento por rehabilitar dientes muy afectados por una enfermedad, salvar dientes que no sirven como soportes en casos de reconstrucción y el uso de diseños deficientes de prótesis.¹³

Ciertos aspectos del tratamiento pueden sesgar las decisiones clínicas en la práctica privada. Por ejemplo, una forma de sesgo, se da a partir de la comodidad, familiaridad y la satisfacción derivada de dar un tipo de tratamiento en particular. Otro tipo de sesgo se da de manera financiera, cuando la compensación de tipos de procedimientos más lucrativos influye en el proceso de toma de decisión.^{23,17,22}

5.3. TRATAMIENTOS PERIODONTALES

La enfermedad periodontal puede ser tratada por medio de procedimientos quirúrgicos y de control de la placa dentobacteriana del paciente. Estas técnicas requieren conocimiento y habilidad para poder ser llevadas a cabo de manera eficiente sin caer en la mal praxis.

De acuerdo al Código Penal del Distrito Federal en el Art. 289 del Capítulo I de Lesiones, al que infiera una lesión y tarde en sanar menos de 15 días, se le impondrán de 3 a 8 meses de prisión o de 30 a 50 días de multa, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de 15 días, se le impondrán de 4 meses a 2 años de prisión y de 60 a 270 días de multa.²¹

5.3.1. RASPADO RADICULAR Y CURETAJE

Al momento de realizar raspado y alisado radicular o curetaje el extremo puntiagudo de los instrumentos puede lacerar con facilidad el tejido marginal o rayar las superficies radiculares expuestas, por lo que la adaptación cuidadosa es muy importante.^{13,15}



Figura 16. Lesión de tejidos blandos al realizar raspado y alisado radicular.³⁵

Las hoces, limas y puntas ultrasónicas grandes son más peligrosas que la cureta en lo que se refiere a trauma de la superficie radicular y tejidos circundantes (Fig.16). Al momento de realizar el curetaje, es necesaria una técnica adecuada para evitar crear rugosidades en las que las bacterias de la placa dentobacteriana se alojen, propiciando la inflamación de la encía.

Las complicaciones de una técnica inadecuada pueden ser:

- Dolor
- Dañar la adherencia epitelial.
- Inflamación.
- Absceso periodontal.^{13,24,25}

5.3.2. CIRUGÍA RESECTIVA

Los fracasos totales o parciales en tratamientos quirúrgicos periodontales como la gingivectomía o gingivoplastía, pueden estar causados por factores externos al Cirujano Dentista o por acciones que derivan en su totalidad por la impericia, negligencia o dolo por parte de éste.

Es de suma importancia el conocimiento de la técnica quirúrgica al igual que la pericia por parte del Cirujano Dentista.

Algunas de las situaciones que propician el fracaso incluyen:

- Sondeo de la bolsa pobre e inexacto, que conducen a la incompleta eliminación de la bolsa.
- Falta de firmeza en la marcación de las incisiones iniciales y subsiguientes, de modo tal que quedan algunas bolsas profundas.
- Fracaso al crear el bisel, dejando márgenes gingivales abultados.
- Crear un festoneado inadecuado (Fig. 17).
- Cuando no es lograda una forma escalonada mesiodistal, el margen gingival producido puede ser horizontal, esto significa que las papilas interdentes se pierden, o peor aún, se crea una arquitectura inversa, en la que los tejidos interdentes son más bajos que los márgenes gingivales, vestibulares y linguales. Si este defecto es especialmente marcado, pueden producirse defectos interdentes que dificultaran la higiene bucal.
- Fracaso en la técnica.

- Si son utilizados instrumentos desafilados, los tejidos comienzan a ser lacerados, provocando a formación de restos de tejidos que deben ser removidos en el momento de la operación, provocando un aumento de tiempo no deseado quirúrgicamente.
- Selección de un método quirúrgico inadecuado, debido a que en algunas ocasiones no se lleva a cabo un protocolo adecuado en el diagnóstico de la enfermedad.^{13,20}



Figura 17. Festoneado inadecuado en gingivoplastia.³⁴

5.3.3. CIRUGÍA REGENERATIVA

La mal praxis en procedimientos periodontales de cirugía regenerativa, tales como la cirugía ósea, conllevan al fracaso durante la cirugía tanto como en el resultado esperado (Fig.18).



Figura 18. Secuestro óseo por trauma quirúrgico.³⁶

Las principales causas de este fracaso son:

- Un control de placa post-operatorio pobre.
- Eliminación incompleta de la bolsa.
- Fallar al momento de crear la forma ósea ideal.
- Manejo inadecuado del colgajo.
- Secuestro o reabsorción del hueso causado por excesivo trauma quirúrgico.
- Manejo inadecuado del apósito.
- Exposición de lámina ósea delgada, dehiscencias alveolares, fenestraciones durante la cirugía.
- Exposición post-quirúrgica de márgenes óseos adelgazados.
- Infección post-quirúrgica.
- Remoción incompleta de cálculos.²⁰

5.3.4. APÓSITO QUIRÚRGICO

Si el Cirujano Dentista se comporta de manera negligente en cuanto a los cuidados postoperatorios, puede provocar iatropatogénias en los tejidos o un resultado desfavorable de la cirugía.

Si el apósito no es mezclado de manera correcta no podrá ser colocado adecuadamente, provocando que se afloje e irrite el tejido (Fig. 19). Cuando el apósito no puede ser colocado firmemente sobre el tejido, en ocasiones forma coágulos.

Cuando el apósito no es cambiado a tiempo, los fluidos tisulares como las células descamadas, la saliva y las bacterias debajo del apósito, pueden entrar en un estado de putrefacción. Esta situación puede conducir a una proliferación lateral o coronaria del tejido de granulación, restableciendo la bolsa profunda.^{13,20}



Figura 19. Apósito quirúrgico colocado de forma inadecuada.³⁷

5.4. COMPLICACIONES PRIMARIAS EN CIRUGÍA PERIODONTAL CAUSADAS POR MAL PRAXIS

Al incurrir en mal praxis durante los tratamientos periodontales pueden presentarse complicaciones que afecten los tejidos periodontales y la salud del paciente. Se reconocen tres complicaciones primarias, hemorragia, infección y dolor.

5.4.1. HEMORRAGIA

Al momento de realizar una cirugía periodontal, si no se conoce la anatomía del área quirúrgica de manera minuciosa, se corre el riesgo de traumatizar grandes arterias o sus ramas (Fig.20).

Sin embargo es frecuente y a veces es inevitable involucrar pequeñas arteriolas y capilares sangrantes durante la cirugía periodontal.

Durante la realización de la cirugía periodontal en la superficie lingual de la mandíbula, puede traumatizarse el nervio y la arteria lingual, que descansan cerca de la superficie mucosa en la región de los segundos y terceros molares. Esto debido a que se desconoce que debe utilizarse un colgajo mucoperióstico de espesor total y emplear la disección roma en vez de la aguda. Sin embargo la falta de experiencia o impericia puede ser la causa de mal praxis en este caso.^{13,19,20}



Figura20. Fuente Directa (cortesía Esp. María Concepción Álvarez G.)

5.4.2. INFECCIÓN

Se considera negligencia por parte del Cirujano Dentista el no esterilizar y/o desinfectar el material que utiliza para las cirugías periodontales ya que es un proceso que los establece la norma oficial NOM-013-SSA2-2006, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, en sus numerales:

- “8.2.4. Emplear agujas estériles nuevas y cartuchos de anestesia nuevos con cada paciente; y en caso de sufrir contaminación deberán sustituirse.

- 8.2.7. Envolver en paquetes el instrumental y material para su esterilización de acuerdo con las técnicas y equipo a utilizar.
- 8.2.8. Esterilizar para su uso todo instrumental material o equipo que penetre tejidos blandos o duros. Así como aquel que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal. Los desinfectantes con actividad tuberculocida no sirven para tal fin.
- 8.2.9. Esterilizar y no solamente desinfectar las piezas de mano de alta, baja velocidad, así como los contra-ángulos, ya que contaminan internamente. Del mismo modo se deberán esterilizar o desechar las puntas de la jeringa triple, cureta ultrasónica, fresas y piedras rotatorias, después de utilizarlas con cada paciente. La esterilización debe ser mediante vapor a presión.
- 8.2.10. Todas las técnicas de esterilización son falibles; por lo que se deben aplicar mensualmente testigos biológicos como control de calidad de los ciclos de esterilización, de acuerdo con la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- 8.2.11. Depositar los desechos punzocortantes potencialmente contaminados como agujas, hojas de bisturí y alambre de ortodoncia en un recipiente de polipropileno color rojo, con separador de agujas, abertura para depósito y tapa que cierre con seguridad; resistente a la fractura y punción, así como a pérdida de contenidos al caerse. Deben poder ser destruidos por métodos físicos; contar con la leyenda “RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO-INFECCIOSOS” y el símbolo universal de riesgo biológico. Estos depósitos se llenarán hasta el 80% de su capacidad.

- 8.2.12. Separar en la unidad médica o consultorio los residuos peligrosos biológico-infecciosos de acuerdo a su potencial infeccioso conforme a la NOM-087-ECOL-SSA1-2000.
- 8.3.1. Guardar el mercurio residual en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente. Para el destino final referirse a la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y a su Reglamento.
- 8.4. Limpiar y desinfectar los materiales de laboratorio y otros elementos que hayan sido utilizados en el paciente como impresiones, registro de mordida, aparatos protésicos u ortodóncicos, antes de ser manipulados.
- 8.4.1. Limpiar y desinfectar el mobiliario, equipo y accesorios que entren en contacto con los tejidos del paciente antes de enviarlos a mantenimiento o reparación.²³

A pesar del hecho de que la cirugía periodontal se lleva a cabo en un medio no esterilizado la prevalencia de infección postquirúrgica es alta cuando no se llevan a cabo las acciones necesarias de desinfección (Fig.21).



Figura 21. Fuente Directa (cortesía Esp. María Concepción Álvarez G.)

5.4.3. DOLOR

La severidad y prevalencia de dolor después de una cirugía depende de ciertos factores que pueden ser la localización, duración y extensión de la cirugía, así como la pericia con la que manipularon los tejidos óseos y blandos durante la cirugía.

En algunas ocasiones por la inexperiencia y miedo al momento de realizar un colgajo se tiende a crear incisiones o colgajos más amplios, facilitando el desgarre. Esto provocara un mayor tiempo de cicatrización y dolor postoperatorio (Fig 22).



Figura 22. Fuente Directa (cortesía Esp. María Concepción Álvarez G.)

Cuando no se conoce el área en que se realizará la cirugía, se tiende a crear incisiones o colgajos más amplios.

Se espera algún grado de malestar después de un procedimiento de cirugía periodontal, pero disminuye si se utiliza una técnica quirúrgica impecable así como una sincera preocupación por el malestar del paciente.^{19,20}

6. CONCLUSIONES

En este trabajo, constatare en su revisión las formas de mal praxis durante el tratamiento periodontal, así como sus repercusiones clínicas y legales.

La enfermedad periodontal es considerada por las instituciones de salud odontológica como uno de los padecimientos más frecuentes en la población mundial, por ello es importante reconocer los riesgos que conlleva el tratamiento de ésta enfermedad. Estos riesgos, como en cualquier especialidad quirúrgica pueden ser exacerbados cuando el Cirujano Dentista no tiene los conocimientos necesarios, la habilidad y la experiencia para realizarlos. Cuando estos factores coinciden, es más fácil incurrir en mal praxis perjudicando la salud del paciente y llevando al profesional a conflictos legales adversos, como demandas o quejas ante las instituciones de salud.

Nos podemos dar cuenta que la mal praxis dentro de los tratamientos periodontales así como en cualquier área odontológica resulta común, pero es difícil admitirlo por parte de los Cirujanos Dentistas, ya que implica reconocer los errores y límites propios. Muchas veces consideramos ser capaces de realizar cualquier tratamiento, por miedo a perder la confianza del paciente o la remuneración económica y no se remite con el especialista, el cual está capacitado para atender estos casos específicos.

Es de vital importancia estar involucrados en Legislación dentro de la especialidad de Periodoncia, para conocer el marco jurídico que compete a esta profesión y a su vez poder actuar con responsabilidad profesional y ética.

Siempre se debe buscar mejorar la calidad de atención de los pacientes con enfermedad periodontal, con la seguridad de estar actuando lo más responsable y éticamente posible.

7. GLOSARIO

Abandono: Deserción deliberada de un paciente.

Acto: Manifestación de la voluntad de alguien, que puede tener efectos jurídicos; acto administrativo, acto de gobierno, acto de comercio.

Agravio: Daño lesión o mala acción deliberados, negligentes o en una situación que incluye “responsabilidad estricta” (p. ej., productos peligrosos o defectuosos que produzcan una lesión).

Agresión: Cuando una persona toca a otra de forma ilegal y no deseada, con la intención de generar un contacto dañino.

Alevosía: Consiste en sorprender intencionalmente a alguien de improviso, o empleando asechanza u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer.

Antijurídico: Es uno de los elementos considerados por la teoría del delito para la configuración de un delito o falta. Es aquel desvalor que posee un hecho típico que es contrario a las normas del Derecho en general.

Apatía: hace referencia a la desidia, el desgano, la indiferencia y la falta de fuerza. Se trata del estado de ánimo impasible que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo.

Apósito quirúrgico: Cualquier producto sanitario empleado para cubrir una herida. Es un método de cicatrización quirúrgica, después de la Cirugía periodontal.

Artificio: Vehículo mediante el cual se engaña o evita un engaño.

Beneficencia: Práctica del bien; un acto para beneficiar al paciente.

Bien jurídico: Es aquel que está equivalentemente protegido por el Derecho.

Cálculo dental: Es la acumulación de sales de calcio y fósforo sobre la superficie dental. Se trata del resultado de la mineralización de la placa bacteriana.

Cemento radicular: Es un tejido conectivo especializado calcificado no vascularizado que cubre las superficies radiculares de los órganos dentarios.

Colgajo: Es una porción de tejido separado parcialmente de su lugar de origen y que mantiene la comunicación a este por una porción llamada pedículo.

Compensación de daños: Compensación para reemplazar la pérdida provocada por un mal o una lesión.

Conflicto: Define al conjunto de dos o más hipotéticas situaciones que son excluyentes; esto quiere decir que no pueden darse en forma simultánea.

Consentimiento informado: Acuerdo del paciente para someterse a un procedimiento médico o dental después de entender los hechos, beneficios y riesgos relevantes en la realización de ese procedimiento.

Contravención: Es una conducta antijurídica que pone en peligro algún bien jurídico protegible, pero que es considerado de menor gravedad y que, por tanto, no es tipificada como un delito.

Daño: Pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por falta de cumplimiento de una obligación.

Daños reales: Compensación por pérdidas que se puede probar que han ocurrido y por los cuales la parte afectada tiene el derecho de recuperar una cantidad dada por la pérdida o lesión real.

Declaración: Testimonio bajo juramento, pero no en una corte abierta, de una parte o testigo como respuesta al examen de la cavidad oral o registrado por un redactor de la corte.

Demanda: Es el acto procesal por el cual una persona, que se constituye por el mismo en parte actora demandante, inicia el ejercicio de la acción y formula su pretensión ante un órgano jurisdiccional.

Demandante: La parte que instituye o introduce una acción o queja legal.

Descubrimiento: Métodos utilizados por las partes en una acción civil o criminal para obtener información o evidencia que tiene la otra parte, y que es relevante para la acción.

Diligencia: Cuidado en la ejecución de algo, la prontitud o la prisa.

Ética: Estudio o disciplina que se interesa en los juicios de aprobación o desaprobación, lo correcto o lo incorrecto, virtud o vicio, bondad o maldad, de las acciones fines y disposiciones que se relacionan con el bienestar profesional.

Etiología: Es la ciencia que estudia las causas de las cosas. Se refiere al origen de la enfermedad.

Estándar de atención: Grado de capacidad que se espera en una situación en particular, de manera específica en el desempeño de cuestiones médicas, dentales y legales en la comunidad. Si la conducta de un profesional cae por debajo de éste nivel, la persona es responsable de cualquier daño o lesión resultante.

Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagen lógico o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Festoneado: Que se da forma a los bordes a manera de festón o de onda.

Historia clínica: Relación ordenada detallada de los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirva como base para el juicio acabado de la enfermedad actual.

Iatropatogenia: Toda persona que requiera u obtenga servicios médicos.

Ignorancia: Se conoce como la falta de conocimientos en particular o de cultura general.

Illegal: Lo ilícito o contrario a la ley.

Impericia: Se manifiesta cuando el profesional, técnico o auxiliar, prestador de servicios de atención médica, o el perito médico, carecen de los conocimientos científicos o técnicos y/o de la destreza necesaria para realizar un procedimiento determinado o para emitir una opinión, respectivamente.

Imprudencia: Infracción de las normas de cuidado o de la diligencia debida que produce un resultado típico objetivamente imputable.

Inadvertencia: Se le conoce como al conjunto de la distracción, ignorancia e imprevisión.

Indemnización: Es la reparación que en dinero o en especie hacen los Entes Públicos, por la lesión a la esfera jurídica-patrimonial de la persona afectada como consecuencia de su actividad irregular.

Jurídico: Concerniente al derecho, ajustado a él, legal,

Jurisprudencia: La filosofía o la ciencia de las leyes; el conocimiento de las leyes, costumbres y los derechos de los ciudadanos en un estado o comunidad.

Lesión: Se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Ligamento periodontal: Es un componente del periodonto, y es el conjunto de fibras colágenas, que se encargan de unir los dientes al sistema nervioso.

Litigación: Acción legal, incluidos todos los procedimientos; proceso en la corte para determinar y hacer cumplir los derechos legales.

Mal praxis: Mala conducta profesional o falla del deber que genera una lesión o daño al individuo.

Mediador: Profesional que interviene entre dos partes en desacuerdo con el fin de reconciliarlos; funge como negociador.

Menoscabo: se refiere a deteriorar o deslustrar algo al quitarle parte de la estimación que antes tenía; disminuir algo al reducirlo o acortarlo, o causar descrédito en la fama o en la honra.

Morosidad: Es el retraso culpable o deliberado en el cumplimiento de una obligación o deber.

Negligencia: No utilizar el grado de atención que se considera razonable bajo las circunstancias, lo que produce una lesión no intencional. Una conducta negligente implica un riesgo para uno mismo o para terceros y se produce por la omisión del cálculo de las consecuencias previsibles y posibles de la propia acción.

Norma: Proposición que impone el cumplimiento de un deber mandato o una regla de conducta que ha de seguirse, la cual dependerá del tipo de circunstancia en la que el sujeto se encuentre.

Norma oficial: Documento público que contiene disposiciones de orden sanitario, expedido por la Secretaría de Salud, y que es de observancia obligatoria.

Olvido: Se trata de una acción involuntaria que supone dejar de conservar en la mente información que ya había sido adquirida. Suele estar asociado con la falta de atención o de concentración y la gravedad de sus consecuencias es muy variable.

Omisión: Es una renuncia a realizar o expresar algo. Una persona que omite realizar una cierta acción ha decidido no cumplir con algo que, por algún motivo, debería haber hecho.

Paciente: Beneficiario directo de la atención médica.

Patrimonio: Es el conjunto de bienes y derechos pertenecientes a una persona, física o jurídica.

Pericia: Sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte.

Periodoncia: Es la rama de la Odontología que se estudia los tejidos de protección y soporte de los dientes y las enfermedades que los afectan, así como su prevención y tratamiento.

Perjuicio: Se refiere a las consecuencias de provocar un detrimento a alguien o algo. Es lo que sufre una persona o una entidad cuando es víctima de un daño.

Posología: Rama de la Farmacología que estudia la dosificación de fármacos.

Profesión: Capacidad calificada con la que la persona, a través de su actividad, realiza su vocación dentro de un trabajo libremente elegido.

Queja: Expresión o manifestación de molestia, enojo e inseguridad de una persona contra otra ante una autoridad moral o jurídica.

Resarcimiento: Es la acción de reparar, compensar o indemnizar un daño o perjuicio.

Resolución: Se conoce como resolución al acto y consecuencia de resolver o resolverse; es decir, encontrar una solución para una dificultad o tomar una determinación decisiva.

Responsabilidad: Obligación de rendir cuenta de los actos propios y en ocasiones de los un tercero a nuestra tutela.

Riesgo: Probabilidad de que se produzca un incidente.

Sesgo: Hace referencia a torcer o atravesar algo hacia uno de sus lados.

Sindéresis: Es el sentido moral que informa la conciencia y el obrar humano.

Tratamiento: Es el conjunto de medios de toda clase que se pone en práctica para la curación o alivio de enfermedades.

Tuberculocida: Que destruye el bacilo de la tuberculosis.

Veredicto: Dictamen o juicio que es emitido reflexiva y autorizadamente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Pérez, T. De la magia primitiva a la medicina moderna. 2ª edición. Fondo de cultura económica. México; 2003.
- 2.- Gispert, C. Conceptos de bioética y su responsabilidad médica. 3ª edición. Manual moderno. México. 2005.
- 3.- Alcocer, A. Medicina legal. 1ª edición. México. Limusa; 2010
- 4.- Jiménez-Corona ME, Ponce-de-León RS, Rangel FS, Mohar BA. Epidemiology of medical complaints in Mexico: identifying a general profile. *Int J Qual Health Care* 2006; 18:220-223.
- 5.- Tena-Tamayo C, Sotelo J. Malpractice in Mexico: arbitration no litigation. *Br Med J* 2005; 331:448-451.
- 6.- Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Serie histórica de datos 1996-2006.
- 7.- Tamayo, J. La relación médico paciente y la mala praxis médica. *Revista de novedades jurídicas*. 2004. Pág. 12-23.
- 8.- González O., La bioética y los servicios médicos, *Rev. CONAMED (México)* 1998; año 2 (7) abril-junio. Pág. 18.
- 9.- Tenorio F., *CONAMED: Responsabilidad Profesional del Médico*, 2ª ed., México, 1999. Pág. 9.
- 10.- Alcocer, J. y Alva M., *Medicina Legal Conceptos Básicos*, Ed. Limusa, México, D. F., 1993. Pág. 32.

- 11.- Vargas, F, La Responsabilidad Civil Objetiva del Médico y Daño Moral, Rev. CONAMED (México) 2004; vol. 9 (2), abriljunio. Pág. 17, 18.
- 12.- García S.; CONAMED: Responsabilidad Profesional del Médico, 2ª ed., México, 1999. Pág. 31-33.
- 13.- Carranza, Newman, Takei. Periodontología Clínica. 10ª ed. McGraw Hill. México. 2010.
- 14.- Carranza. Sznajder., Compendio de Periodoncia. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana. México. 2009.
- 15.- Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª ed. Tomo 1. Editorial Medica Panamericana. México. 2008.
- 16.- Raspall, G. Cirugía Oral e Implantología. 2ª ed. Editorial Médica Panamericana. México. 2007.
- 17.- British Society of Periodontology. Periodontology in general dental practice in the United Kingdom. A policy statement. British Society of Periodontology. 2012; 2nd version. Pages 1-36.
- 18.- Romanelli. Fundamentos de Cirugía Periodontal. AMOLCA. México. 2004.
- 19.- Genco, Goldman, Cohen. Periodoncia. Interamericana McGraw Hill. México. 2004.
- 20.- Grant, D. Periodoncia. En la tradición de Orban y Gottlieb. 5ª ed. Editorial Mundi. Argentina. 1990.

- 21.- Código Penal para el Distrito Federal. Última reforma DOF 14-03-2014
- 22.- Baker, Needleman. Risk Management in Clinical Practice. Part 10. Periodontology. British Dental Journal. 2010; Volume: 209. Pages 1-9.
- 23.- NOM-013.SSA2-2006, Para la Prevención y Control de Enfermedades.
- 24.- Axelsson, P. Diagnosis and Risk Prediction of Periodontal Diseases Vol. 3. Quintessence. U.S.A. 2002.
- 25.- Nabers, Stalker. Periodontal Therapy. McGraw Hill. México. 1990.
- 26.- Ley de Profesiones. Legislación en Materia de Educación y Profesiones. D.O.F. 26 de mayo de 1945. PAC, S.A. de CV. México 2004.
- 27.- www.abandentistas.com
- 28.- www.books.google.com.mx/Lindhe
- 29.- www.bsperio.org.uk
- 30.- www.gestoma.es
- 31.- www.odontica.es
- 32.- www.universoodontologico.com.ar
- 33.- www.acataodontologica.com

34.- www.infomed.es

35.- www.intramed.net

36.- www.scielo.isciii.es

37.- www.odontologia-online.com

38.- www.diccionariojuridico.mx

39.- www.conamed.gob.mx