



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACIÓN CLAVE 8968-22 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

EVALUACION DE LA MALA PRACTICA DENTAL EN AMERICA 2015-2018
REVISION SISTEMATICA

TESIS:

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ALBERTO ERNESTO LOVERA BLAS
LUIS ENRIQUE SALINAS SANCHEZ

ASESOR DE TESIS

C.D VERÓNICA SOTO DUEÑAS

IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO 2023





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.

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivo	3
3. Materiales y métodos	4
4. Revisión de la literatura	6
4.1. Capítulo 1. Responsabilidad profesional en el área de la salud	6
4.2. Capítulo 2 Situación actual de la responsabilidad del odontólogo en México	23
4.3. Capítulo 3 Relación odontólogo-paciente	32
4.4. Capítulo 4 Errores más comunes en la práctica del odontólogo	43
4.5. Capítulo 5 Normatividad en México	67
4.6. Capítulo 6 Expediente clínico dental	76
4.7. Capítulo 7 Instituciones gubernamentales competentes para la solución de controversia entre usuarios y prestadores de servicios médicos	89
5. Conclusiones	93
6. Referencias	94
7. Anexos	102

1. Introducción

Este trabajo se planteó para informar y motivar a los odontólogos a retomar los valores éticos y profesionales que los maestros nos inculcan a lo largo de toda la licenciatura, esos valores que son el tratar a los pacientes como personas y no como un número, beneficio monetario o valor curricular.

Es necesario dar a conocer cuáles son los procedimientos odontológicos en donde hay más quejas en contra de los dentistas por una mala praxis, realizando una búsqueda de artículos indexados en portales de investigación como son PUBMED, SCIEDIRECT, MEDIAGRAPHIC, libros de texto y revistas científicas con el fin de obtener datos veraces y que lleven a una conclusión sobre cuáles son los errores más comunes en cada rama de la odontología.

La mala praxis se puede definir como el ejercicio errado de una profesión del área de la salud que, por la falta de conocimiento o habilidad, se causa daño a la salud del paciente. El odontólogo como profesional puede incurrir en alguna acción u omisión calificable con "Mala Praxis" de la cual derive eventualmente una responsabilidad penal.

La mala práctica resultado de acciones negativas se encuadra en las modalidades de negligencia, imprudencia e impericia; mismas que derivan en diversos tipos de responsabilidades, que pueden fincárseles a los profesionales de la salud, ya sea de tipo administrativo, civil o penal la cual se determinará en función del daño ocasionado.

Pese a que es difícil obtener los datos sobre los casos que proceden legalmente contra los odontólogos, sobre los riesgos que existen cuando egresen y ejerzan sin título y cédula profesional. Según los datos derivados de estas series, es evidente que la presión legal de los pacientes está incrementando. Así es y así será en el futuro, incluso de forma más acusada.

Es por ello que se debe tener en cuenta que siempre se tiene que hacer una buena historia clínica, notas de evolución en cada tratamiento que se le realice al paciente, que el paciente firme un consentimiento informado al igual que un aviso de privacidad para que el paciente este tranquilo sobre los datos que proporciona y una seguridad para el odontólogo tratante.

2. Objetivo

Esta investigación quiere dar a conocer a los alumnos de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, con base en la literatura odontológica actual la mala práctica dental en América 2015-2018 mediante una revisión sistemática.

3. Materiales y métodos

Esta investigación se realizó acerca de los malos procedimientos realizados en odontología que pudieron llegar a demandas en contra del dentista que los realizó, mediante una búsqueda en línea en dos bases de datos científicas diferentes: PubMed® y Science Direct, Mediagraphic, libros de texto y revistas científicas desde agosto 2015- agosto 2021. Por lo tanto, se desarrolló una cadena de búsqueda de palabras clave a partir de los términos iniciales mal praxis, iatrogenia, negligencia, errores, el término mal praxis generó términos adicionales como responsabilidad, justificación, ética profesional.

Para reducir con precisión los resultados, términos especiales caracterizando los campos de interés como lo son la endodoncia, implantología, cirugía maxilofacial, ortodoncia, se implementaron poblaciones específicas como necrosis dental, infección, accidente, patologías orales.

Criterios de inclusión

- Artículos de texto completo con resúmenes indexados que informan sobre el/la mal praxis en odontología, en un periodo de 2015 a 2021.
- Artículos escritos en inglés, español.
- De acuerdo con el título y la información del resumen, los estudios incluidos se filtraron y seleccionaron siguiendo las recomendaciones del Manual Cochrane para revisiones Sistemáticas.
- Solo artículos de texto completo publicados en revistas de odontología.

Criterios de exclusión

- Informes de casos, revisiones ordinarias y comunicaciones breves y cartas a el editor no fue considerado.

4. Revisión de la literatura

4.1. Capítulo 1. Responsabilidad profesional en el área de la salud

La responsabilidad profesional del médico es un tema bastante importante pues forma parte del día a día del profesional de la salud, abarcando a todos los que estamos en este medio; doctores, enfermeras, odontólogos, nutriólogos, etc. Se habla mucho de responsabilidad médica entre los veteranos que se encuentran dentro de las ramas de salud, que han ejercido y han aprendido de manera autodidacta los riesgos de no acatar las normas que rigen la práctica de esta, pero, a los alumnos que están por comenzar su educación para después ejercer la práctica médica, tienen nociones muy básicas sobre responsabilidad profesional del área que estudian. Antiguamente la responsabilidad profesional médica no tenía gran importancia pues los conocimientos se basaban en su mayoría del método empírico, con el paso del tiempo y la profesionalización de la ciencia médica, fueron creciendo más las responsabilidades que el profesional de la salud tenía con la sociedad y sobre todo con el mismo (1).

Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. Los primeros antecedentes sobre normas de responsabilidad profesional de los médicos se encuentran en el Código de Hammurabi catalogado como uno de los ordenamientos jurídicos más antiguos, el cual data precisamente de la época del rey babilonio Hammurabi en el periodo 2123 a 1686 a. C. y en cuyo contenido se ubican once incisos relativos a la práctica de la medicina, los cuales rezan:

- Si un médico ha tratado a un hombre libre, con un cuchillo metálico, por una herida grave y lo ha curado, o por un tumor, y ha curado su ojo, recibirá diez siclos de plata.
- Si ha tratado al hijo de un plebeyo, recibirá cinco siclos de plata.
- Si ha tratado un esclavo, el amo de éste le entregará dos siclos de plata.
- Si un médico ha tratado a un hombre con un cuchillo metálico, por una herida grave, y le ha causado la muerte o ha abierto un tumor en un hombre, con un cuchillo metálico, y le ha destruido un ojo, se le amputarán las manos.

- Si un médico ha tratado al esclavo de un plebeyo, con un cuchillo metálico, por una herida grave y le ha provocado la muerte, entregará esclavo por esclavo.
- Si le ha abierto un tumor, con un cuchillo metálico, y le ha destruido un ojo, pagará la mitad de su precio, en plata.
- Si el médico ha curado el hueso fracturado de un hombre libre, o ha restaurado la carne enferma, el paciente le entregará al médico cinco siclos de plata.
- Si fuera el esclavo de un hombre, el amo del esclavo entregará al médico, dos siclos de plata (1).

Como se puede entender al ser médico y al ejercer su profesión ganaba derechos, pero de igual manera ganaba obligaciones con aquellos que recibían sus atenciones, y al no seguir los códigos establecidos dentro, como consecuencia debería pagar, en este caso monedas de la época. Esta es una de las primeras evidencias que prueban, que el ser humano siempre buscara un bienestar propio sin dañar como colaterales a otro. Otro de lo más conocido y que más ha influido en la práctica médica actual es el Juramento Hipocrático; más conocido por la frase *primum nil nocere*, que se puede resumir en un aspecto ético principal donde el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, basándose en dos ideas claves no haré daño y actuaré en siempre en beneficio del enfermo. Estas ideas, aun con el paso del tiempo y la profesionalización de la ciencia médica, siguen siendo enseñadas en los primeros años de aquellos que estudian algún área de la salud, aunque muchos consideran que el juramento tiene algunas áreas que requieren de profundizar como la participación del paciente en la toma de decisiones, ni del principio de jurisprudencia, que son complementados con los códigos de ética médica recientes, como son los juicios de Núremberg, las Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, así como las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica. Las antes mencionadas han sido las bases que los diferentes órganos de salud internacional como; la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de Salud, o hablando de Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud, han tomado para aplicar normar que regulen la práctica profesional médica y por tanto

la responsabilidad profesional del prestador de servicios de salud. En México el responsable de formar normas para el buen funcionamiento y que genera responsabilidad del médico es la Secretaría de Salud, apoyándose en organismos nacionales, estatales y municipales que regulen la práctica médica en todos sus aspectos (2).

En cuanto a legislaciones que hablan sobre el tema de salud, tenemos que la población tiene derecho a la protección de la salud, contemplado en nuestra Carta Magna y del Art. 4to nace la Ley General de Salud, la cual convierte al equipo médico, en parte de los prestadores de servicios de salud y a los pacientes en usuarios del mismo, por ello es conveniente delimitar la responsabilidad del equipo de salud, la de las instituciones que prestan servicios de atención médica y la de los pacientes o usuarios (3).

Se deriva del párrafo anterior dos conceptos que regirán la práctica médica, los cuales son responsabilidad y ética; actos morales para ser mejores ciudadanos dependiendo de sus núcleos de convivencia, y para estar al servicio de la humanidad; y que están, en el Juramento de Hipócrates—compromiso moral entre médicos— o en el Código de Núremberg —conjunto de reglas internacionales que relacionan la Ética Médica y los Derechos Humanos—, también en la Declaración de la Asociación Médica Mundial que proclama como principio esencial que hombres y mujeres no pueden ser únicamente objetos de la ciencia. Es por ello que los profesionales de la salud tienen la obligación de asistir y atender a las personas cuyas vidas se encuentren en peligro, teniendo en cuenta que el fin supremo es preservar la vida humana, guiándose de manera ética su quehacer, así mismo se tiene que mencionar que tanto médicos como pacientes tienen derechos que se deben de respetar mutuamente para poder tener una armonía entre médico y el paciente. El objetivo primordial de este capítulo es conocer el panorama de la responsabilidad de los profesionales de la salud en México, y que la responsabilidad que conlleva ostentar el título de prestador de salud, no solo aplica a los médicos y odontólogos, sino a todos aquellos que estén dentro del medio de la salud. Otro

objetivo que busca el capítulo, es dar un punto de vista sobre la ética en la vida humana y como esta conduce de a las diferentes ramas de las ciencias, centrándose en la biomedicina, la bioética, y como el progreso de la tecnología siempre debe de estar favor de la vida humana. Al realizar un análisis cuidadoso de la relación entre ética y medicina se pueden determinar los principios fundamentales: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia (no hacer daño), la confidencialidad, la transparencia y la justicia. Todos ellos están a favor de disminuir las desigualdades entre los individuos, asunto humano que es defendido por la telemedicina, en cuanto a que su uso pretende ampliar la cobertura en el sistema de salud, de tal manera que se reduzca la pobreza y que el derecho a la sanidad no sea el privilegio de unos pocos. La revisión de la literatura que trata sobre la responsabilidad, concepto jurídico proveniente del latín responderé, ha servido de base para la realización de la presente investigación, toda ella permeada por el análisis de textos científicos denominados Lex Artis Médica, conjunto de reglas de la profesión médica contenidas en la literatura generalmente utilizada en la ciencia médica. Comencemos definiendo el termino Responsabilidad Profesional Médica; para esto debemos entender cada palabra para tener el panorama general del significado en conjunto, el diccionario de la Real Academia Española da el significa al término responsabilidad, como “la de deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de un delito, de una culpa de otra causa legal, también podríamos definir el término desde un punto jurídico que se traduciría en la obligación de responder de alguna cosa o por alguna persona.” Como se aprecia, su sentido es recíproco, es decir, para pagar o retribuir a alguien por ciertos delitos (4).

La palabra profesional da como definición al que pertenece a un oficio o empleo. No obstante, en nuestro país el uso al término profesional se entiende como al graduado de enseñanza universitaria, que puede ejercer, dependiendo de su preparación, un puesto para el que está calificado, no solo con habilidades sino con conocimientos para desenvolverse dentro de este. Son precisamente estas condiciones las que convierten a un médico en un profesional apto para ejercer la

Medicina, con la cual se define a la responsabilidad profesional del médico, como obligación de responder por los daños ocasionados en este ejercicio, pero también el médico al graduarse hace un juramento que es su compromiso moral, y asume, por tanto, una responsabilidad moral no menos importante. El concepto de responsabilidad profesional se refiere “a la obligación que tienen de responder por sus actos aquellos que ejercen una profesión determinada, entendiéndose por ésta: “la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión”. Esto nos lleva a los diferentes tipos de responsabilidad como lo son:

- Responsabilidad civil: si el médico obra ilícitamente o cause daño, está obligado a repararlo a menos que se demuestre que el daño se produjo a consecuencia de culpa de la víctima.
- Responsabilidad penal: surge cuando una persona, en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa o culposa alguno de los ilícitos previstos por dichos ordenamientos. Cabe señalar que para reparar el daño en materia penal tiene el carácter de pena pública y se exige un oficio por el ministerio público. Esta reparación del daño comprende, al igual que en la materia civil, la indemnización del daño material y moral causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos en que incurrió la víctima.
- Responsabilidad laboral: Es cuando existe una relación de trabajo o un contrato laboral. Las sanciones dependerán las cláusulas establecidas en el contrato y de las leyes de trabajo y éstas pueden ir desde una llamada de atención hasta desvinculación laboral.
- Responsabilidad administrativa: Este tipo de responsabilidad surge cuando el médico infringe alguno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud. Las sanciones por responsabilidad administrativa son impuestas por las autoridades sanitarias, mismas que, según lo dispone el artículo 417 de la Ley General de Salud, pueden consistir en: 1) Amonestación con apercibimiento, 2) Multa, 3) Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y 4) Arresto hasta por treinta y seis horas (5).

Ahora bien, se ahonda en definir los distintos tipos de responsabilidades al que el prestador de servicio de salud se verá sometido para la correcta práctica de esta. La primera de las responsabilidades que se tiene es, la responsabilidad con uno mismo, hacia su conciencia, pudiéndose definir como la responsabilidad moral, pues es la conciencia la que dicta el actuar de la persona, por lo tanto si el profesional de la salud actúa bien o mal estando al tanto del mal que provoca, responderá únicamente a el mismo lo que generará un sentimiento de culpa. La responsabilidad moral se considera como el pilar de la ética médica profesional, pues la mayor responsabilidad de todo medico es conocer, cumplir y hacer cumplir los principios de la Ética Médica en relación con el paciente y sus familiares, con el resto del equipo de salud y demás trabajadores, con sus educandos y como parte de la sociedad ejerciendo por tanto su responsabilidad como profesional y prestador de servicios de salud, al conocer bien estos principios y llevarlos a la práctica cotidiana, es la mejor manera para no violarlos, pero si por cualquier causa se realizase alguna mala praxis los organismos reguladores del estado del derecho tendrán el deber de investigar los hechos y concluir si existió o no una violación de esos principios, señalando cuál de ellos fue el violado y hasta aquí sus funciones en este aspecto. La responsabilidad profesional médica civil es la obligación de reparar los daños y perjuicios causados al paciente por una conducta ilícita o por la creación de un riesgo. Cuando el daño es ocasionado por una acción que carece de la intención concreta de dañar y no es culpa o negligencia inexcusable del paciente, se habla de responsabilidad objetiva, ya que la profesión médica implica el uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos. La responsabilidad civil se refiere también a bienes inmateriales como son el honor, sentimientos, afectos o reputación, cuyo daño causado es en el ámbito de lo moral por ser derechos de la personalidad. Al comenzar al ejercer la práctica ya se de manera autónoma o para alguna institución pública o privada adquirimos una responsabilidad laboral, esta se verá sujeta al empleado y empleador, pues buscara no perjudicar al que recibirá la atención primaria, el paciente, esta responsabilidad va sobre como el médico debe de comportarse dentro de su espacio de trabajo y que la información que se maneja dentro de la consulta no sea utilizada para otros

fines que no sean dar un diagnóstico y un tratamiento. La siguiente responsabilidad dependerá de la sociedad en la que se deba realizar la práctica médica, siendo la responsabilidad social, es decir, está obligado a responder ante los demás, en virtud de que su actuación u omisión necesariamente tiene determinadas implicaciones en su entorno, en las demás personas con las que se relaciona. Ahora bien, bajo los elementos que ofrecen las definiciones de los diferentes conceptos arriba plasmados, la teoría de la responsabilidad señala que, el poder causal es condición de la responsabilidad. En ese sentido, lo que se señala es que el agente –en este caso el profesional médico– ha de responder de su acto, y llegado el caso, hecho responsable del mismo, de manera tal que se entiende acarreará consecuencias (lesiones, incapacidad, pérdida de la vida) para el sujeto pasivo (paciente) y sanciones para el sujeto activo (profesional médico), de tal suerte que, éstas se determinarán con base en el tipo de responsabilidad en el que se encuadre (6).

Lo que, a contrario, también indica que bajo una actuación con responsabilidad (ya sea de hacer o no hacer) la consecuencia será positiva y en este caso, tanto el agente pasivo como el activo obtendrán el resultado deseado; el primero espera recuperar la salud y el segundo, con la aplicación de sus conocimientos dada su adecuada preparación profesional, espera contribuir a que el paciente recupere su salud. Por lo tanto, una actuación con responsabilidad tendrá resultados positivos. Ahora bien, esta actuación o no actuación podrá a su vez derivar en responsabilidades que se encuadren dentro del ámbito civil, penal, laboral o administrativo, las cuales corresponden al marco jurídico que regula el tema objeto de este trabajo como se verá, más adelante. Todo lo anterior va encaminado a señalar que en México está garantizado el derecho a la salud, el cual deberá ser proporcionado de una manera responsable por el Estado a través de quienes legalmente están autorizados para ello. Por lo tanto, dentro de la teoría general de la responsabilidad, la responsabilidad profesional juega un papel muy importante cuando el profesional por sus actos que pueden ser ocasionados por dolo, imprudencia, negligencia, impericia, etc. provocan un daño en la persona, bienes o intereses de aquellos que han requerido de sus servicios, situaciones que orillan a

todo profesional, y para el caso concreto a los profesionales de la salud a verse involucrados en cuestiones de carácter legal (7).

Por ello, una vez señalados los anteriores conceptos y su relación con la teoría de la responsabilidad, es necesario hacer mención a lo que debe entenderse por éstos últimos conceptos, los cuales se tratan enseguida, en función de la iatrogenia.

Cada precepto que se toca durante este capítulo busca que, más allá de las normas jurídicas que inspiran acciones racionales orientadas al bien del individuo, debemos saber que somos nosotros los que pondremos, o no, en práctica nuestra responsabilidad profesional. Como promulgaba Aristóteles: la ética es un modo de ser de cada hombre, es una costumbre. El concepto de buen profesional, ya no coincide con el que desarrolla sus habilidades de forma precisa, sino con el que, sin desdeñar esa corrección técnica, anexiona a su quehacer las nuevas dimensiones que se reconocen hoy en la atención a la salud. Por tanto, se hace imprescindible la contribución de las disciplinas humanísticas para equilibrar, lo más acertadamente posible, las decisiones que se toman y especialmente la evaluación de sus consecuencias. Existen factores que condicionaran la responsabilidad y el ejercicio de la práctica médica; el primero de ellos y uno de los más importantes es el factor Humano (Relación Médico-Paciente), ya que en el buen entendimiento y en una explicación detallada del procedimiento diagnóstico o terapéutico, se basa esa confianza mutua que se debe tener en esta relación, expresado esto en los códigos deontológicos. El segundo es el Científico ya que con la lectura de artículos y de estudios basados en evidencias, es la mejor forma de estar al día, actualizando los conocimientos, asistencia a cursos y talleres para mejorar los recursos técnicos al servicio de nuestros pacientes, ello también expresado en la ley. El tercero es el jurídico (El médico y la Legislación) aquí se encuentran todas las disposiciones sanitarias y normas jurídicas que encuadran tanto nuestra conducta como nuestro actuar profesional (8).

La protección Jurídica de la Salud y el respeto a la Dignidad Humana son las coordenadas básicas que regulan las cuestiones comprendidas dentro de la

Responsabilidad Médica. La Salud es un bien jurídico protegido por el Estado. Por lo tanto, todo daño que se produzca en la salud de las personas será sancionado desde el campo del Derecho Penal y reparado o indemnizado en el plano Civil. Daño es la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación y Perjuicio como la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido, con el cumplimiento de la obligación. De ahí que debemos conocer cuáles son las obligaciones como prestadores de servicios de salud, para con los usuarios del mismo, esto está claramente definido en varias disposiciones sanitarias. Empezaremos por definir el objeto de estas obligaciones que es la Atención Médica, como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud, entonces no es solamente el equipo de salud, sino todo un conjunto de servicios que intervienen. La atención médica ha experimentado un cambio paulatino al pasar de un modelo paternalista a un modelo bioético; en el que se conjugan los derechos de las partes en la relación médico paciente, buscando el respeto mutuo, la colaboración y la justicia. Toca al profesional de la medicina ejercer una práctica acorde a la *lex artis*, respetando en todo momento el marco ético, normativo y legal. Es por ello que la relación médico paciente, se ubica como una relación jurídica y por tanto coexisten derechos, obligaciones y cargas recíprocas. En esos términos, el paciente tiene derecho a la protección de la salud, calidad en la atención y medios terapéuticos, así mismo existe bajo el principio de autonomía o permiso, la garantía jurídica de manifestar su aceptación o desaprobación ante los medios, técnicas y procedimientos propuestos. Si hay aceptación hacia el médico es buena le darán la aceptación social “el buen nombre” y la fama, de lo contrario si hay reprobación contra su trabajo su castigo será el “reproche social” el desprestigio o mala fama. La manera en que el paciente ve al prestador de salud ha cambiado gradualmente (9).

Así, el respeto, consideración y confianza que se les profesaba a estos al acudir en busca de sus servicios profesionales si bien, no han desaparecido del todo, si se han transformado radicalmente. Al mismo tiempo, la actitud de algunos médicos se ha alejado de la buena práctica, buscando su beneficio personal antes que el de la

paciente, que les era tan característico en el ejercicio de su profesión, se torna en desencanto y enojo de sus pacientes. No se trata de causar en los médicos una situación de terror que les inhiba en el ejercicio del servicio que prestan, sino simplemente en crearle conciencia legal de lo delicado y trascendental que puede ser el uso y manejo de las sustancias o instrumentos que le son necesarias para la obtención o recuperación de la salud de sus pacientes, pues el tener vocación para ejercer tan honrosa profesión lo debe sensibilizar de las consecuencias legales que implica un error médico. Es cierto que, en el paciente, todavía existen actitudes de confianza y, hasta cierto punto, sumisión ante el médico, debido a que el estado físico y/o psicológico que le produce el quebranto de su salud, si bien lo hace vulnerable, debe reconocerse que en la realidad también impera un cambio en su percepción. Los médicos se sienten amenazados por sus propios pacientes, llegando incluso a solicitar seguros médicos para la práctica de su profesión, situación que no hace mucho tiempo ni siquiera se imaginaba, sin embargo, el mundo está cambiando en todos los aspectos, así los medios de comunicación juegan un papel relevante en el cambio de actitudes, porque permiten a toda persona estar informada de sus derechos para el caso de alguna eventualidad y más presta a ejercerlos, así, ante situaciones que consideren irregulares no dudan en exigir por los medios e instancias legales que tengan a su alcance, la reparación del daño causado, por lo que a su parecer es resultado de una mala práctica médica. La interpretación distorsionada de las emociones del paciente (miedo, ira, negación, sufrimiento, etcétera) interfiere con la apreciación cabal de ellas; en buena parte, en el equilibrio de estos elementos radica la efectividad de la intervención. Con frecuencia se olvida que el componente psicológico y social del paciente puede afectar la recuperación, y que del buen entendimiento nace la confianza para construir una relación humana apropiada. No debe soslayarse: en las condiciones actuales de la práctica médica existen circunstancias externas a la vinculación interpersonal que afectan la confianza de modo significativo, lo que lleva al desprestigio de la práctica médica. En gran medida el ejercicio profesional del médico se regula por la legislación administrativa para conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos, asistencia social y salubridad en general,

ya que en la mayoría de los casos se utiliza procedimientos administrativos en contra del médico. De los derechos y obligaciones se derivan a su vez entre las personas un vínculo de carácter jurídico, uno que tendrá el carácter de acreedor y otro el de deudor. El primero es el sujeto o sujetos que poseen el derecho de exigir la entrega de cosas, o prestaciones de un hecho determinado o su abstención; mientras que el sujeto activo o acreedor puede exigir al Estado la expedita función coactiva de sus órganos con el fin de obtener del deudor el cumplimiento de la obligación, a través de una conducta que podrá consistir en diversos aspectos como son: hacer, que incluye a su vez prestar, reconocer, transferir e incluso, abstenerse de algo y en algunos casos, tolerar (10).

Datos recientes del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos señalan que alrededor de 98,000 pacientes pierden la vida cada año en hospitales de ese país como consecuencia de errores médicos. Investigadores de Harvard mencionan, con respecto a una muestra representativa de personas tratadas en hospitales de Nueva York, que el 1% sufrió lesiones como resultado de negligencia médica, y la cuarta parte de este número perdió la vida por el mismo motivo. A escala nacional, las cifras serían: 234,000 lesionados y 80,000 fallecidos. sensibilizar de las consecuencias legales que implica un error médico.

El antiguo trato pericial y servicial, que hizo de la medicina, desde la perspectiva de los juristas, una disciplina auxiliar de la justicia, se ha visto profundamente alterado —en el sentido de ampliado—, modificado. Esto es fruto del desarrollo de la vida social, que trae novedades generales, y de la práctica profesional de la medicina — más la investigación en torno a la salud y la vida—, que acarrea variaciones específicas cuya consideración culmina, cada vez con mayor frecuencia, en la legislación, la jurisprudencia y la doctrina jurídica, nacionales e internacionales. Otro tanto sucede en las letras médicas, que también analizan desde su propia perspectiva el actual enlace entre el derecho y la medicina. Uno de ellos, entre los más destacados, es la también distinta relación entre el médico y el paciente, que sigue y refleja con naturalidad el cambio en ciertos paradigmas de la vida política y social. Pensemos en el tiempo y el camino que van del modelo de la subordinación

o de la benevolencia, al modelo de la bilateralidad que proviene de sucesivas insurgencias políticas y sociales cuya manifestación puntual es, en síntesis, el derrumbe del autoritarismo —lo mismo el imperioso que el paternal— y el surgimiento de la exigencia, fundada en la razón y en el derecho, que distingue al antiguo súbdito del actual ciudadano. Desde luego, este es un tránsito en curso: el camino no se ha agotado, pero todo hace suponer que lo seguiremos recorriendo y que los viejos tiempos no volverán. Este procedimiento incluye al órgano de control interno de la secretaria de salud, una vez recibida la queja se investiga con el objeto de corroborar los hechos denunciados, en ella se solicitan informes médicos incluyendo el expediente clínico. Posteriormente se lleva una copia certificada a la Conamed con el fin que emita un dictamen al respecto, si se determina que hubo alguna negligencia por parte de medico el órgano interno determina el proceso administrativo en contra del servidor público responsable. Recibida la queja la secretaria de la función pública investiga allegándose de todos los documentos necesarios incluidos expediente clínico, notas del médico acusado, en caso de haber testigos se le llamara a declarar. Esta investigación no deberá de pasar de más de cuarenta y cinco días. Una vez terminado de nuevo se envía el expediente integrado a Conamed para que emita una un dictamen pericial con relación al caso. Si se determina que hubo una mala práctica por parte del servidor público se remite al área de responsabilidades del órgano del control interno. Instituciones administrativas que pueden coadyuvar en la prevención de la responsabilidad profesional médica. Consejos de especialidades médicas: estos pueden ser una ayuda ya que pueden otorgar certificaciones, pueden afiliarte cumpliendo los requisitos establecidos por una especialidad (11).

Colegios profesionales: los colegios pueden ayudar a la superación competitiva entre sus agremiados, así como a la actualización, convivencia e intercambio de experiencias.

Comités hospitalarios de bioética: su objetivo es promover los valores y principios éticos para el ejercicio de la atención médica y la investigación en la salud. Todos los seres humanos, sean ricos o pobres, que en un momento de sus vidas se

conviertan en pacientes, tienen los mismos derechos al consentimiento informado, al respeto a su voluntad y a la información, más aún, a una vida sana como Derecho Fundamental y función social. Además, felicidad y bienestar acompañan a la medicina cuando realiza sus aportes a la salud. Como se observa a lo largo del capítulo existe una estrecha relación entre la ética, la moral y la responsabilidad y como esta relación que, resumida en causa y efecto, busca el favor y el servicio al paciente, buscando siempre el bienestar por encima de cualquier otra actividad. De los preceptos anteriores se infiere que la conducta humana que se realiza al solicitar, recibir u otorgar un servicio en el ámbito de la salud encuadra dentro del ámbito jurídico, y que como consecuencia de ello genera derechos y obligaciones, entendiendo a los primeros como el ejercicio de ciertas facultades y los segundos como el cumplimiento de los deberes, conceptos que se mencionan de manera genérica y que se irán aplicando de manera específica durante el desarrollo del presente artículo y que permitirá una mejor comprensión del tema que nos ocupa. Finalmente, siendo el propósito del presente trabajo el de dar al médico una visión general de lo que comprende el aspecto legal de una de las responsabilidades del médico en el ejercicio de su profesión, se impone la necesidad de otorgar a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico el actual cambio de su naturaleza jurídica para transformarla en Organismo Público Descentralizado. De ponderarse viable esa opción, las reformas y adiciones legales permitirían que los laudos y convenios que emita, tengan carácter de títulos que traen aparejada ejecución, cuya ventaja radica en que como documento base de la acción se acompaña al escrito inicial de demanda y de cumplirse los requisitos legales se dicte de inmediato auto para que en el momento mismo de la diligencia de emplazamiento al demandado se le requiera el pago de la cantidad que ordene el laudo médico y no haciéndose se proceda al embargo de bienes propiedad del responsable. Las reformas que se sugieren en segundo término equivaldrían en su caso a las que se realizaron con relación a los laudos emitidos por la Procuraduría Federal del Consumidor, sin que en nada se le parezca la naturaleza de los servicios que presta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y que van encaminados a salvaguardar el derecho a la protección de la salud. Lo anterior permitiría simplificar los procedimientos

ventilados en esa H. Comisión y con ello cumplir con la necesidad urgente de facilitar y acelerar la solución de problemas que se originan con motivo de la prestación de servicios de Salud, lo que se ha visto obstaculizado en la realidad, por la exigencia legal de homologar los laudos que emite o de promover la vía de apremio para la ejecución de convenios ante la autoridad jurisdiccional. Debemos reflexionar responsable y profundamente sobre el deterioro social de la práctica de la medicina. No se trata de hacer señalamientos particulares acerca del desempeño de los miembros de una rama profesional, pues en general cualquier actividad humana debe apegarse a las obligaciones que le corresponden; sin embargo, dada su relevancia social, la falta cometida por un médico o cualquier otro profesional de la salud muchas veces es duramente criticada. Las recientes reformas constitucionales han propiciado que los ciudadanos conciban sus derechos desde una perspectiva diferente. El nuevo marco jurídico ha tenido un impacto relevante en el ámbito de la salud, lo cual ha transformado la relación entre el personal de salud y el paciente/usuario, ya que este último, con mayor frecuencia, se concibe como una persona con capacidad y derecho de tomar decisiones sobre su cuerpo, su salud y su vida. Si bien este nuevo paradigma denota un avance como sociedad, también ha transformado la regulación de las actividades vinculadas con la protección de la salud. Ello ha hecho inevitable que tengamos que voltear a otros países para comparar y aprender de su experiencia, con el objeto preciso de adecuar el ordenamiento jurídico a las mejores prácticas internacionales vigentes en la materia (7).

La ética, la moral, la responsabilidad y la deontología se ocupan de lo mismo la valoración de lo bueno y lo malo. La consecuencia de ello es que la visión y aplicación de los estomatólogos suele ser poco receptiva a las críticas y generadas ya sea por pacientes o nuestros mismos colegas. Nuestro objetivo como dentistas debe tener como finalidad comprender que cada individuo es único y no solamente nos dedicamos al desempeño clínico y del cuidado de la boca, sino a lograr una mejor calidad de vida en los pacientes, tener en cuenta la responsabilidad y la ética profesional va a repercutir de manera positiva o negativa en nuestros pacientes y a

nuestra vida diaria. Casi todos los dentistas tienen la percepción de que las demandas están incrementando progresivamente. Esto se debe a que los pacientes son cada vez más exigentes y tal vez se deba a los avances tecnológicos, ya que les dan las herramientas para poder conocer más sobre los tratamientos que se les realizaran. También casi todos conocen algún caso de algún compañero, o lo han padecido personalmente prácticamente, todos los dentistas temen que les pase a ellos. Es por ello que como profesionales de la salud debemos seguir las normas y leyes que regulan nuestras actividades y principalmente tener ética y responsabilidad profesional con todos los tratamientos que realicemos. Así que todas las personas dedicadas a la salud bucal, como el asistente, técnico dental y los estudiantes en formación deben estar comprometidos con los principios bioéticos de beneficencia, siempre buscar hacer el bien a los pacientes, no maleficencia, no causar daño, justicia, equidad en la distribución de cargas y beneficios sociales y autonomía (12,13).

Esto nos lleva a saber que como profesionales de salud debemos de tener principios éticos y conducta profesional y sobre todo apegarnos a las leyes que rigen nuestras actividades con el fin de prevenir. En el campo profesional, la cultura y formación profesional del odontólogo determinan el apego hacia todas aquellas normas derivadas, sobre todo de dos artículos Constitucionales: el artículo Cuarto, que nos dice que todo individuo tiene derecho a la preservación de su salud, y el artículo Quinto, que permite el libre ejercicio de la profesión odontológica. Sin embargo, debemos estar conscientes de otro tipo de leyes como lo son el artículo 228 del código penal federal que nos dice que tanto como profesionistas y auxiliares serán los responsables de los delitos que se cometan en el ejercicio de nuestra profesión. En el ámbito civil, el odontólogo puede violar el contrato establecido entre él y su paciente durante la prestación del servicio claro está que con las consecuentes sanciones que derivan de esta acción. Este compromiso de relación odontólogo-paciente se da desde el momento de la apertura de la historia clínica y la expedición de cualquier documento legal como puede ser la receta, el recibo de honorarios o

una factura, estableciéndose así, un contrato de prestación de servicios profesionales, lo cual obliga al odontólogo a realizar los procedimientos diagnósticos terapéuticos requeridos y ofertados por este. Por último, quienes ejercen la profesión odontológica dentro de los sistemas de salud de la administración pública, sea federal o estatal, deben de respetar lo estipulado en la Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Es necesario recalcar que la responsabilidad profesional no es sinónimo de dolo, es decir, de la intencionalidad de causar un daño al paciente, sino que el término hace referencia a la obligación de responder ética y jurídicamente por cada acto odontológico, con esto podemos decir que como sociedad ellos están en todo su derecho de exigirnos tener los más altos estándares de calidad en nuestros servicios así como estar actualizados y preparados en todo momento, y en consecuencia como odontólogos podremos de igual manera exigir la valoración de nuestro trabajo, tanto del pacientes como de otros compañeros profesionistas. Cuando un paciente entra a nuestro consultorio y solicita atención de inmediato se crea un contrato entre el paciente y el odontólogo. Según el artículo 1793 del código civil federal nos dice que un contrato se realiza cuando dos personas llegan a un acuerdo. Y ya que ningún dentista por más experiencia que tenga está exento ante una complicación y en dado caso el paciente puede exigir una solución ante tal problema, es por ello que se debe de llegar a una solución para evitar repercusiones legales. La mayoría de los daños cometidos por dentistas resultan ser culpables y como indica el artículo 1915 del código civil federal el paciente puede elegir la forma de la reparación del daño (tabla 1).

Tabla 1. Tipos de daño que se pueden cometer en contra de un paciente.

Tipos de daño	Características
Material	Perdida de material propia del matrimonio de un tercero.
Físico	Alteración de la salud o vigor vital de la persona afectada.
Moral	Conjunto de alteraciones psicológicas que afectan al individuo desde la perspectiva de su persona.

Fuente: Tíol Carrillo A. Los seguros de responsabilidad civil en Odontología. Rev Mex Ortod. 2017;5(1):6-10.

Siguiendo el tema podemos encontrar dos tipos de responsabilidad civil para el odontólogo, subjetiva y objetiva. La responsabilidad subjetiva es cuando hay hechos lícitos o ilícitos se causa el daño al paciente un ejemplo es dar un mal diagnóstico o actuar con negligencia. Y la responsabilidad objetiva nos especifica que el daño se realiza mediante instrumentos, objetos, aparatos o sustancias peligrosas, un ejemplo podría ser pinchar al paciente con una aguja o picar con el explorador por no colocar lentes de protección. Así que podemos determinar que el dentista puede incurrir en ambos tipos de responsabilidad civil (14-16).

4.2. Capítulo 2 Situación actual de la responsabilidad del odontólogo en México

Hemos hablado sobre la responsabilidad medica enfocándonos en la rama médica general, esto con fin el de crear un panorama sobre la importancia de la responsabilidad y como ambas deben de estar siempre sobre la mesa a la hora de brindar el servicio de salud, este capítulo tratara sobre algunos puntos que distan muy poco de la responsabilidad médica, dándole un enfoque así la odontología.

Como cualquier rama dentro de las ciencias de la salud, la odontología es una ciencia que implica que para su aplicación, es necesario contar con conocimientos científicos y prácticos, sin dejar de lado un punto importante, la ética; estas tres aristas completaran un cuadro, al que el odontólogo debe aspirar a ser. Aun cuando la práctica odontológica como ciencia lleva muchos años de práctica, la innovación se ha quedado estancada desde hace muchos años, hablado de la práctica dental, pero los preceptos para la bioética han evolucionado con la sociedad en la que médico-odontólogo se envuelve, esto ha llevado a que los gobernantes creen organismos no centralizado para regular la actividad médica, generando lazos entre pacientes y sociedad generando leyes que buscan el buen comportamiento de ambas partes. Las normas reflejan el concepto que profesionales, instituciones sanitarias, educativas y distintos sectores sociales tienen sobre la buena práctica; dichas normas son también una estrategia para tratar de homogeneizar el ejercicio profesional en países con tradiciones, formación y regulaciones diferentes en el cuidado médico dentro del Tratado de Libre Comercio (TLC) (17).

Debemos de ver que la creación de organismos reguladores, leyes o normas, no buscan fastidiar al prestador de servicio de salud, más bien, buscan brindar un servicio sanitario de calidad técnica, ética y humana; estos rubros obligan a la reflexión de actitudes por parte de los profesionales sobre el cuidado de la salud, en particular sobre el trato al paciente y el respeto de sus derechos. Esto nos lleva a un término importante, la bioética, antes de definirlo debemos entender que la

creación de la bioética como ciencia fue recientemente creada, utilizada por primera vez 1970, por el oncólogo Van Rensselaer Potter en un artículo llamado “Science of survival”; en el cual proponía que la ética no solamente tendría que limitar su acción a la relación entre los humanos, sino que debería extenderse al cuidado de la biosfera y la sobrevivencia de todos (18).

La bioética, rama de la ética práctica, se aboca a estudiar y a dar respuestas particulares a problemas morales que surgen en la relación clínica, la salud pública, la tecnología aplicada a la medicina, la investigación con sujetos humanos, el uso de animales en la experimentación, la protección del medio ambiente, el respeto a los derechos humanos, entre otros; cuestiones todas urgentes si se quiere desarrollar una cultura de respeto a los seres vivos humanos y no humanos, y preservar el medio ambiente para nosotros y las generaciones futuras (19).

Este concepto engloba, no solo la relación interpersonal con seres humanos, sino también a las relaciones morales con el medio ambiente que rodea a los humanos, animales, plantas, biomas, etc.

El artículo de Van Rensselaer Potter señaló como se debía de utilizar el conocimiento científico en la naturaleza para emprender una cultura de la sobrevivencia basada en cinco principios:

- a) El respeto a las diferentes formas de vida.
- b) La preservación de los recursos naturales.
- c) La aplicación racional de la tecnología.
- d) El desarrollo sustentable de los pueblos.
- e) El respeto entre las personas, pueblos y culturas (20).

También podemos exponer otros principios de la bioética enfocados a la práctica clínica como se observa en el siguiente texto:

Principios de la bioética.

-Proponer modelos de intervención más equilibrados en la relación clínica, epidemiológica.

- Establecer métodos para la toma de decisiones horizontales, participativos, incluyentes y tolerantes.
- Propone un nuevo paradigma suscitado entre el conocimiento biológico, la aplicación de la técnica y los sistemas de valores humanos.
- Propone una nueva moralidad que permite tomar decisiones en un campo no confesional, secular más amplio y conciliador de los intereses diversos, en un marco de deberes y responsabilidades compartidas.
- Pretende resolver los problemas morales que se presentan con el uso de los avances tecnológicos aplicados al campo médico.
- Fomenta una cultura de derecho, entre prestadores de servicio y consumidores, entre investigadores y sujetos de investigación, editores de revistas y agencias financieras.

Como se observa en tabla, existe un marcado cambio de los preceptos de la bioética pues es evidente buscan enfrentar los desafíos de la sociedad actual.

Como es patente la relación de la bioética con la responsabilidad profesional del odontólogo, está implícita desde el momento en que entramos en contacto con el paciente, pues esta brinda ayuda a tanto a médicos y odontólogos, como a quienes buscan el servicio, los pacientes, para resolver los nuevos y complejos problemas que surgen con el constante desarrollo de la ciencia y la tecnología, implicando retos mayores para los médicos y dentistas. Ahora nos enfocaremos en los problemas que se manifiestan comúnmente en la práctica odontológica, podríamos considerar a los odontólogos, entre los muchos profesionales de la salud, exceptuando a los psicólogos, aquellos que tienen una relación médico-paciente íntima, lo cual genera que los preceptos de la bioética estén implícitos al momento de las consultar, y esto puede generar distintas problemáticas entre el paciente y odontólogo; tal es el caso de procedimientos que se consideran de alto riesgo, el consentimiento informado para cualquier procedimiento realizado dentro de la consulta, calidad del servicio brindado, mala praxis odontológica, gastos por atención odontológica general, secreto profesional, y, como se menciona al principio, la relación médico-paciente. Como se observa esto ha generado el nacimiento de un nuevo modelo en la relación

médico-paciente, en donde el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo, y en particular sobre su salud, sean factores de suma importancia a considerar en esta relación.

El rol de la Bioética en estos temas es aportar los elementos necesarios para que se entienda la razón de ser de las normas, de modo que sean asumidas y puestas en práctica no por conveniencia sino por convicción. Además, contribuye como una nueva herramienta en la toma de decisiones responsables dentro del ejercicio de la profesión odontológica, pues la odontología moderna está presionada por una cantidad de cuestiones morales y sociales que están afectando de manera considerable su práctica diaria (19).

Como ya se ha mencionado la bioética es una ciencia relativamente joven al igual que la odontología, pues tradicionalmente, esta ciencia estaba relacionado más con el aspecto técnico del ejercicio de la profesión; pues los primeros proto-odontólogos: los barberos, ejercían la práctica empírica de algunos tratamientos dentales durante el siglo XVI y principios del siglo XVII, esto cambio con la publicación del primer libro escrito en español que trata exclusivamente de afecciones de la cavidad oral, sus causas y tratamientos. El autor fue el médico Francisco Martínez del Castrillo, quien escribió esta obra preocupado por la práctica tan deficiente de los cirujanos y barberos flebotomianos sacamuelas y la rivalidad que existía entre éstos y los médicos con título universitario. En la obra el autor vierte innovadores conceptos sobre: anatomía, función de los dientes, caries y enfermedades del periodonto, prótesis y sorprendentes ideas sobre prevención (21).

Con este acontecimiento comienza odontología científica, basada en hechos comprobables, y por lo tanto adquiriendo un carácter formal, en donde se tienen que aplicar los conceptos de la bioética. Aun cuando la odontología actual está conformada como una profesión científica, no se ha considerado tan relevante la enseñanza de valores dentro de una disciplina que tiene muchos rasgos mercantiles y artísticos que morales, y se ha olvidado que al practicar la odontología muchos dentistas olvidan que se trabaja directamente sobre un ser humano, con muchas facetas que implican ser un humano.

El Informe Belmont publicado en 1978 (Informe de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, creada en los EU para definir los principios básicos de la investigación biomédica en 1974) donde aparecen claramente definidos tres principios fundamentales para la investigación biomédica: la beneficencia, la justicia y el respeto como se resumen en seguida (22).

Principios Éticos Básicos según el informe Belmont:

- I. Respeto: respeto a la autonomía de las personas.
- II. Beneficencia: máxima el beneficio, minimizar el riesgo.
- III. Justicia: distribución social equitativa de cargas y beneficios
maleficiencia: primim non nocere.

Es evidente que el estudiante de odontología, como el veterano con años de servicio suele desconocer el ámbito ético-legal de responsabilidad, así como la forma en la que se encuentra dentro de este. Su compromiso no solamente es para con el que busca sus servicios, sino que, en primer lugar, debe de ser para el mismo, pues este debe apegar su conducta no solo a su inteligencia y voluntad, sino a los valores fundamentales inculcado en el núcleo familiar y los años que este paso formándose como profesional de la salud.

La falta de tratamiento específico del tema se debe a que, históricamente, se han ignorado las implicaciones que representa trabajar directamente sobre el paciente y la aplicación, también directa sobre él, de los instrumentos y la tecnología necesarios para el desarrollo de cualquier tratamiento estomatológico; siendo que, como principio constitucional, el cuidado de la salud es uno de los temas sociales prioritarios y se inscribe en el marco más amplio de la protección a la persona, por ser uno de sus derechos fundamentales (23).

Esto no da una idea importante pues es factible que, durante el ejercicio de la profesión, el odontólogo debe afrontar situación con un gran contenido ético, en la mayoría de las veces los tratamientos dentales involucran diagnósticos y pericia en

las técnicas aplicadas, esto conlleva a que el juicio del especialista siempre este presente al aplicar criterios éticos. Cada consulta que genera una recomendación hacia el paciente lleva impregnado el juicio y la ética del odontólogo y esto puede generar la satisfacción del paciente, pudiendo, en algunas ocasiones, generar inconformidad en el paciente; también se considera la relación médico-paciente un factor muy importante para que el paciente exprese su conformidad y como la exprese. En estas circunstancias, la ética sería de gran ayuda para tomar decisiones correctas. Desafortunadamente, mientras los avances tecnológicos y los cambios en las perspectivas sociales han incrementado los retos éticos inherentes a la odontología en los últimos veinte años, la respuesta por parte de las escuelas ha sido relativamente reciente (24).

La sociedad actual ha cambiado vertiginosamente por lo que manera en que el odontólogo se relacionaba con el paciente también, el cambio de un modelo paternalista con el paciente a un ejercicio de la profesión donde la relación es contractual, y donde el paciente puede y realiza un seguimiento de la labor asistencial e incluso exige resultados satisfactorios o bien demanda ante las expectativas no satisfechas; donde el paciente considera al odontólogo como un simple proveedor de servicios al que puede llegar a demandar si no se encuentran satisfechos, lo cual genera que se evalúe al profesional meramente por una variable cualitativa, desprotegiéndolo de pacientes que buscan aprovecharse de algunos odontólogos, por lo que muchos dentistas vuelcan su actitud y su práctica de forma defensiva. Con esto se forja el término de responsabilidad para guiar cualquier situación que involucre al paciente, al dentista o a la propeuéutica aplicada.

En el primer capítulo definimos el término responsabilidad como una deuda o la obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de culpa o de otra causa legal. Así, adaptando esta definición y la definición clásica de responsabilidad profesional médica, también ya mencionada con anterioridad, al ámbito odontológico, podemos definir la responsabilidad profesional como la: obligación que tiene el odontólogo de reparar, responder y resarcir los daños que

hayan producido a los pacientes como consecuencia de actos u omisiones, voluntarias o involuntarias, cometidos durante el ejercicio de la odontología.

La responsabilidad civil del odontólogo es una de las responsabilidades especiales menos estudiada en la doctrina (legal) dentro del amplio campo que presenta la responsabilidad civil de los galenos (médicos). Se viene observando por la generalidad de los autores el constante incremento de los litigios en los que, de una manera u otra se debaten cuestiones relacionadas con el “Consentimiento informado”, que si hace quince años era cuestión que había pasado prácticamente desapercibida, en la actualidad se discute en la mayoría de las reclamaciones. La responsabilidad jurídica exigida del profesional sanitario puede ser sistematizada en cinco amplios grupos: Penal, civil, administrativa, laboral y colegial o corporativa. En el caso del profesional odontólogo, en la inmensa mayoría de las situaciones en las que se les pide responsabilidad, se trata de responsabilidad civil o penal, teniendo las otras menos relevancias (25).

Es muy importante resaltar que, aunque no se consideren de importancia las responsabilidades administrativas, laborales y corporativas, siempre deben estar presentes al ejercer la profesión dental. Casi todos los organismos, normas o leyes, ya sean nacionales o internacionales, buscan ser competentes en asuntos relacionados con la responsabilidad profesional odontológica. En general, para que exista responsabilidad profesional en la odontología, tanto en el ámbito penal como en el civil (los más relevantes) es necesario que se den los siguientes requisitos: existencia de obligación de asistencia, existencia de daño, existencia de falta profesional, y relación de causalidad entre la falta y el daño. Sin embargo, existen ciertas diferencias entre la responsabilidad profesional médica y la responsabilidad profesional odontológica motivadas por las diferencias en la asistencia al paciente.

Entre el odontólogo y el paciente debe haber un contrato de asistencia que suele ser verbal. En general, el contrato establecido entre el dentista y el paciente, como en casi todo el resto de las profesiones sanitarias, es un contrato de arrendamiento de servicios. El profesional se compromete a poner todos sus conocimientos y medios técnicos para curar o aliviar la dolencia del paciente. No se pueden

comprometer resultados ya que la odontología no es una ciencia exacta y no cabe exigir responsabilidad por no haber obtenido los resultados que el paciente esperaba, salvo que el profesional se hubiese comprometido a ello. No obstante, existe una creciente tendencia de los tribunales a considerar como contrato de «resultados» determinados actos odontológicos. Esta tendencia se plasmó en una serie de sentencias de la Sala Civil del Tribunal Supremo que defienden la «obligación de resultados» en odontología, cirugía estética y cirugía de la esterilización (ligaduras de trompas y vasectomías). Bien es cierto, que las más recientes sentencias del Tribunal Supremo tienden a «suavizar» esta obligación de resultados. La relación contractual que se establece entre el odontólogo y el paciente puede provenir de distintos orígenes:

- Habitualmente, es un contrato tácito por el que el profesional acepta libremente tratar determinado problema del paciente y este se compromete a abonar una contraprestación económica.
- Para los profesionales que trabajan para las administraciones públicas o para determinadas entidades privadas, el contrato establecido con ellas les obliga a tratar determinados pacientes (de un cupo, zona, etc.).

Evidentemente no se podrá exigir responsabilidad ni habrá que resarcir los daños que no se hayan producido. Por daño entendemos varios conceptos:

- Generación de lesiones.
- Aparición de complicaciones.
- Agravamiento de procesos patológicos preexistentes.
- Contagio de enfermedades.
- Prolongación de un proceso patológico.

Aunque en odontología, habitualmente, el daño afecta al paciente, en ocasiones los perjudicados son otros, como la familia o el Sistema Nacional de Salud, que han de hacer frente al incremento de los gastos.

Para que se pueda exigir responsabilidad ha de haber una relación cierta, directa y total entre la falta cometida y el daño originado. Debe estar claro que de no mediar

una acción u omisión del profesional el daño no se habría producido. Habitualmente, en la odontología el establecimiento del nexo de causalidad es sencillo, porque la gran mayoría de las lesiones se manifiestan inmediatamente. No obstante, algunos daños son diferidos, y establecer el nexo de causalidad puede ser muy problemático. Por ejemplo, ante la transmisión de enfermedades infecciosas, problemas oclusales o articulares por prótesis mal diseñadas, problemas gingivales por coronas sobre contorneadas, etc. En estos casos se precisa de una investigación pericial muy minuciosa para establecer o descartar el nexo causal. Los criterios clásicos de determinación de la causalidad son 5 y ayudan a establecer o negar el nexo causal en casos complicados en los que existen varias concausas: criterio, cronológico, criterio topográfico, criterio cuantitativo, criterio de continuidad sintomática y criterio de exclusión.

4.3. Capítulo 3 Relación odontólogo-paciente

Este capítulo retratará como la relación médico – paciente es importante para la terapéutica del paciente y que con ella podemos generar Rapport, estableciendo la base para un buen entendimiento entre el prestador de salud y el paciente. La relación médico-paciente deberá de implicar vulnerabilidad y confianza, entiéndase que estos dos factores deben ser de las dos partes que se involucran en el proceso de comunicación. Es considerada una de las experiencias más conmovedoras, significativas e íntima que comparten los seres humanos. Sin embargo, esta relación y los encuentros que surgen de ella no siempre son perfectos; como es evidente, muchas veces se obvia que la relación debe ser implícita, y que esta inicia desde que el paciente acude a la consulta en busca de un consejo de salud para mejorar o aliviar situaciones que deterioran el bienestar de este; lo cual con el tiempo se ha degenerado, definiendo al paciente por la enfermedad que padece y no por el conjunto de lo que lo define como ser humano, hoy por hoy, el servidor de la salud presta más atención a la información de su computadora, que a los ojos llenos de ansiedad de su angustiado paciente, lo cual genera un conflicto con la formación del médico u odontólogo, el punto al que se quiere llegar es la importancia de una saludable relación médico paciente y como esta puede evitar llegar a un conflicto con este.

La relación entre los médicos y sus pacientes ha recibido atención filosófica, sociológica y literaria desde Hipócrates, y es el tema de unos 8,000 artículos, monografías, capítulos y libros en la literatura médica moderna. Una ciencia sólida del encuentro y la relación médico-paciente puede guiar la toma de decisiones en los planes de atención médica. Sabemos mucho acerca de las habilidades y conocimientos del médico promedio en esta área, y cómo enseñar a los médicos a relacionarse de manera más efectiva y eficiente (26).

La relación médico-paciente se ha definido como "una relación consensuada en la que el paciente busca a sabiendas la asistencia del médico y en el que el médico acepta a sabiendas a la persona como paciente". En esencia, la relación médico-paciente representa una relación fiduciaria en la que, al entrar en la relación, el

médico acepta respetar la autonomía del paciente, mantener la confidencialidad, explicar las opciones de tratamiento, obtener el consentimiento informado, proporcionar el más alto nivel de atención y comprometerse a no abandonar al paciente sin darle el tiempo adecuado para encontrar un nuevo médico (27).

Aquí se observa que si tratamos de dar una definición más resumida no se podrán observar los matices, ni retratar la naturaleza inmensa y profunda de la relación médico-paciente. Muchas veces los pacientes revelan secretos, preocupaciones y temores a los servidores de la salud que aún no han revelado a amigos o familiares, esto genera una confianza en un médico y les ayuda a mantener o recuperar su salud y bienestar. Esta relación única abarca 4 elementos clave: conocimiento mutuo, confianza, lealtad y respeto. El conocimiento se refiere al conocimiento del paciente por parte del médico, así como al conocimiento del paciente por el médico. La confianza implica la fe del paciente en la competencia y el cuidado del médico, así como la confianza del médico en el paciente y sus creencias e informe de síntomas. La lealtad se refiere a la voluntad del paciente de perdonar a un médico por cualquier inconveniente o error y al compromiso del médico de no abandonar a un paciente. La consideración implica que los pacientes sienten que al médico le gustan como individuos y que están "de su lado". Estos 4 elementos constituyen la base de la relación médico-paciente (28).

Ahora bien, podemos definir 3 modelos en que los pacientes se relacionan con los médicos:

Modelo activo-pasivo

El modelo activo-pasivo es el más antiguo de los 3 modelos. Se basa en el médico que actúa sobre el paciente, que es tratado como un objeto inanimado. Este modelo puede ser apropiado durante una emergencia cuando el paciente puede estar inconsciente o cuando un retraso en el tratamiento puede causar un daño irreparable. En tales situaciones, se renuncia al consentimiento (y conversaciones complicadas).

Modelo de orientación y cooperación

En el modelo de orientación y cooperación, un médico se coloca en una posición de poder debido a que tiene el conocimiento médico que el paciente carece. Se espera que el médico decida qué es lo mejor para el paciente y haga las recomendaciones correspondientes. Se espera que el paciente cumpla con estas recomendaciones.

Modelo de participación mutua

El modelo de participación mutua se basa en una asociación equitativa entre el médico y el paciente. El paciente es visto como un experto en sus experiencias y objetivos de vida, lo que hace que la participación del paciente sea esencial para diseñar el tratamiento. El papel del médico es obtener los objetivos de un paciente y ayudar a alcanzar estos objetivos. Este modelo requiere que ambas partes tengan el mismo poder, sean mutuamente interdependientes y participen en actividades que sean igualmente satisfactorias para ambas partes (29).

Cada modelo se podría considerar que es aplicado dependiendo de la edad de los pacientes y como estos pueden participar de manera activa con su salud, y como el médico estudia al paciente, como se puede observar en la tabla (tabla 2):

Tabla 2: Modelos de participación mutua

MODELO	ROL DEL MEDICO	ROL DEL PACIENTE	aplicación DEL MODELO	Prototipo del modelo
Activo - pasivo	Hacer algo por el paciente	Destinataria (incapaz de responder o inerte)	Anestesia, trauma agudo, coma, delirio, etc.	Padres- infantes
Orientación y cooperación	Decir al paciente que hacer	Cooperador (Obedece)	Procesos Infecciosos Agudos, etc.	Padres- Adolescentes

Participación mutua	Ayudar al paciente a ayudarse	Participante en la "asociación" (utiliza ayuda experta)	Enfermedades crónicas, psicoanálisis, etc.	Adulto- adulto
---------------------	-------------------------------	---	--	----------------

Fuente: Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* 2005;56(2):139-46.

Un determinante importante de accesibilidad para el cuidado de la salud es la calidad de la comunicación entre el paciente y sus proveedores de atención médica. La comunicación entre paciente y médico tiene una fuerte influencia en la satisfacción y el cumplimiento del paciente, si se observa de manera detenida el impacto de los componentes del comportamiento de los médicos durante la consulta, ya sea verbal, el comportamiento y el comportamiento no verbal parecen correlacionarse positivamente con satisfacción del paciente. Cada parte dentro de la relación médico – paciente genera una plática positiva, empática y un aumento en el estilo participativo del paciente con su salud. Una mejor comunicación como por ejemplo; más preguntas del médico al paciente, y recíprocamente, genera más información, lo cual lleva a la toma de decisiones compartidas, más comportamiento afectivo, etc., parece tener una influencia positiva (30).

El inicio de la relación médico-paciente inicia con la entrevista, el arte de entrevistar es un factor de vital importancia, y ha sido el tema más abordado en varios libros, artículos, etc. Esto se debe a que muchos médicos o dentistas con una larga trayectoria se denominan expertos y le quitan importancia a la toma de la historia clínica, al trato con el paciente. Se descubrió que los médicos hablan más, pero muestran menos emoción que los pacientes a los que tratan. Casi dos tercios de la comunicación que el médico o dentista tiene con el paciente van encaminado a la anamnesis del historial médico, discutiendo sobre el historial de salud y el tratamiento, lo cual puede derivar en poca atención a la causa, el pronóstico y la gravedad. En general, el resultado de una consulta médica buena se ve influenciado por tener un médico que fuera amable, expresara solidaridad, se tomara un tiempo

para hablar sobre temas sociales no médicos y que dé la impresión de ofrecer información libremente sin que los pacientes tengan que solicitarlo o se sientan excesivamente cuestionados (31).

La enseñanza en las escuelas de medicina es dada por médicos más experimentados, y algunos de los consejos para el médico-entrevistador inexperto tienden a enfatizar en la importancia de crear una atmósfera amigable, tomar el tiempo necesario para establecer rapport con el paciente, no ser demasiado directo y autoritario, sino estar dispuesto a escuchar las preocupaciones del paciente. Todos estos consejos parecen principios razonables cuando se observa bajo el lente del sentido común, el humanismo y la experiencia clínica, pero muchos médicos se hacen la pregunta que se ha vuelto muy común con respecto al resto del conocimiento médico, llamada, "¿Cuál es la evidencia?" como se sabe que estos enfoques utilizados durante la anamnesis, conducen a la atención médica más efectiva. Como se señala Existen descripciones que son suficientemente claras para que se puedan hacer comparaciones entre diferentes tipos de comunicación (31).

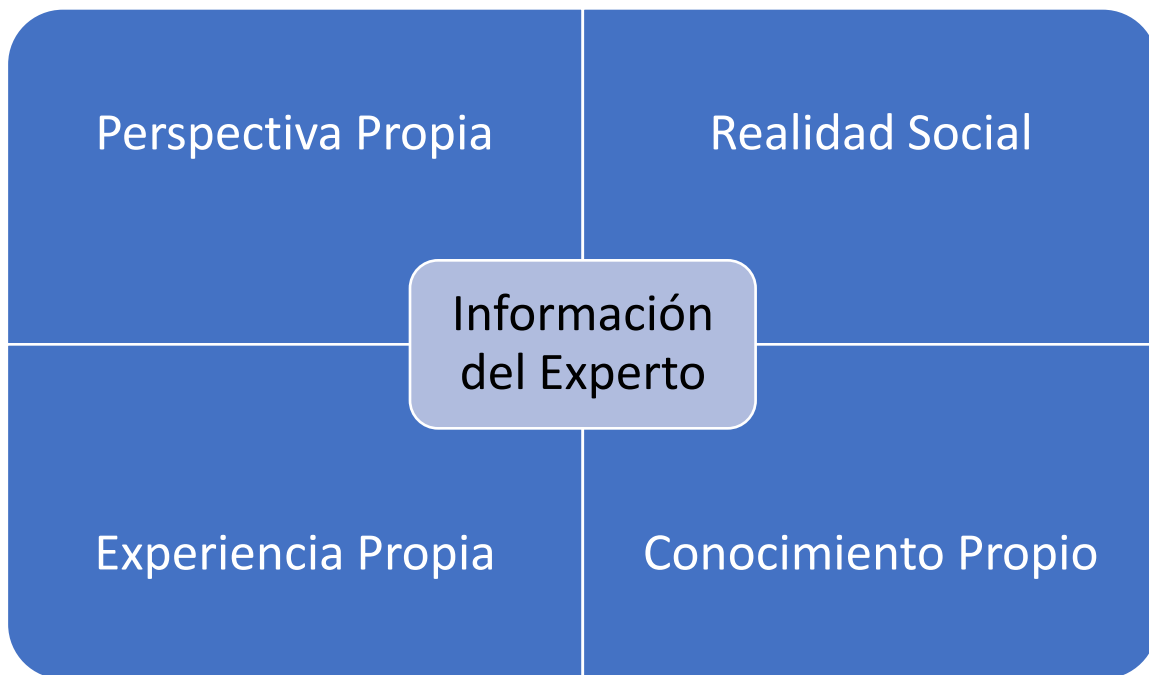
La comunicación médico- paciente debe de ser multipropósito ya que con ella se busca generar un ambiente seguro, de confianza y que motive al paciente a cuidar su salud, además de crear una buena relación médico, un intercambio de información preciso que lleve a la toma de decisiones de manera bilateral. Crear una buena relación interpersonal entre médicos y pacientes puede verse como un propósito importante de la comunicación, ya hablar es el principal ingrediente en la atención médica y es el instrumento fundamental por el cual se construye la relación médico-paciente y por el cual los objetivos terapéuticos se logran (32).

Desde este punto de vista, una buena relación interpersonal puede considerarse como un requisito previo para una atención médica óptima. Los investigadores en comunicación tienen diferentes opiniones sobre cómo definir una buena interrelación. Algunos autores se refieren a esta relación principalmente como una relación social donde los "buenos modales" son más importante (33).

En este artículo se refieren a algunos requisitos o 'ingredientes' necesarios para iniciar con el pie derecho el proceso de comunicación optima los cuales son: reír o hacer bromas, hacer comentarios personales, dar cumplidos, ser pacientes, transmitir interés, amabilidad, honestidad, un deseo de ayudar, devoción, no juzgar actitud y orientar al paciente. Como se observa la comunicación es la base de toda relación, y podemos observar dos tipos de comunicación dentro del proceso comunicativo; comunicación verbal y no verbal, Los elementos verbales dentro de la comunicación se puede dividir en instrumental o comportamiento relacionado con la tarea (por ejemplo, preguntas, información dar, etc.) y comportamiento afectivo o socioemocional (asesoramiento, charlas positivas y negativas, etc.), reflejando el distinción entre cura y cuidado (30).

En la siguiente gráfica 1 mostramos un ejemplo sobre como los pacientes tienen en cuenta al tomar los consejos de un experto en salud:

Gráfica 1



Fuente propia.

La mayor parte del encuentro médico se dedica a la discusión entre el profesional y el paciente. La entrevista tiene tres funciones y 14 elementos estructurales (26).

En la siguiente tabla 3 se enumeran las funciones y esos elementos:

Tabla 3 Funciones y Elementos de la Entrevista Medica

Funciones
1. Determinar y monitorear la naturaleza del problema.
2. Desarrollar, mantener y concluir la relación terapéutica
3. Llevar a cabo la educación del paciente y la implementación de planes de tratamiento.
Elementos Estructurales
1. Preparar un ambiente adecuado
2. Disponerse
3. Observar al paciente
4. Saludar al paciente
5. Comenzar la entrevista
6. Detectar y superar barreras comunicativas
7. Estudiar los problemas
8. Detectar prioridades
9. Desarrollar un hilo narrativo
10. Establecer el contexto de la vida del paciente
11. Establecer una red de seguridad
12. Presentar hallazgos y opciones
13. Negociar el plan
14. Terminar la entrevista

Fuente: propia

Cómo se observa cada función y elemento dentro de la entrevista médica, si se usa efectivamente esta tendrá un efecto favorable en la relación terapéutica y tendrá un impacto importante en la calidad de vida, el aspecto psicosocial, además del cumplimiento de la terapéutica y la satisfacción del paciente, ya que si se integran de manera efectiva todos los elementos dentro de la entrevista, le dará al paciente la sensación de ser escuchados, lo que permitirá que el paciente exprese sus preocupaciones, genere respeto, empatía y congruencia. Ahora bien, hemos

hablado de la comunicación efectiva en relación, y como podemos optimizarla, pero también muchos profesionales tienen barreras para generar una buena comunicación en la relación médico paciente, que incluyen la ansiedad y miedo que pueda generar hacia los pacientes, la carga de trabajo, miedo a enfrentar cargos legales por la práctica de la medicina, abuso psicológico o verbal y las expectativas poco realistas del paciente.

Deterioro de las habilidades de la comunicativas del doctor.

Se ha observado que las habilidades de comunicación tienden a disminuir a medida que los estudiantes de medicina progresan en su educación médica y, con el tiempo, médicos tienden a perder su enfoque holístico en cuidado del paciente. Además, lo emocional, lo físico y la brutalidad de la formación médica, particularmente durante la pasantía y residencia, suprime la empatía, sustituye técnicas y procedimientos para hablar, y pueden incluso dar lugar a la burla dirigida a los pacientes.

No divulgar información

La interacción médico-paciente es un proceso complejo, y la falta de comunicación es un peligro potencial, especialmente en los términos que el paciente pueda comprender su pronóstico, el propósito de la atención, las expectativas y la participación en el tratamiento. Estos factores importantes pueden afectar las elecciones que hacen los pacientes con respecto a su tratamiento y atención al final de su vida, lo que puede tener una influencia significativa en la enfermedad. Las habilidades de comunicación óptimas practicadas por los médicos permitieran a los pacientes percibirse como un participante completo durante discusiones relacionadas con su salud. Esta experiencia subjetiva influye en la biología del paciente que podríamos referirnos como "Biología de la confianza en uno mismo" descrita por Sobel, que enfatizo el papel crítico de los pacientes en la percepción de su proceso de curación.

Comportamiento de evasión del médico.

Existen evidencias de que médicos evitan hablar sobre temas que tenga impacto emocional y social de problemas de los pacientes, porque los angustiaba cuando

no podían manejar estos problemas o no lo tuvieron tiempo para hacerlo adecuadamente. Esta situación afectaba negativamente y emocionalmente al médico y lo que provocó la angustia de los pacientes. Este comportamiento evasivo puede resultar en que los pacientes no estén dispuestos a revelar problemas que podrían retrasar e impactar negativamente su recuperación.

Desaliento a la colaboración entre el paciente y el médico.

Se ha observado que los médicos desaniman a los pacientes a expresar sus preocupaciones y expectativas, así como evitar solicitar más información. Esto se traduce en una influencia negativa en el comportamiento de los médicos y por lo cual, resulta en que la comunicación médico-paciente disuada a los pacientes a obtener información y explicaciones sobre su terapéutica. Los pacientes pueden sentirse sin poder y puede ser incapaz de alcanzar sus objetivos de salud. La falta de una suficiente explicación resulta en una pobre comprensión del paciente, y una falta de consenso entre el médico y el paciente que puede conducir al fracaso terapéutico.

Resistencia del Paciente

Hoy, los pacientes han reconocido que no son receptores pasivos y que pueden resistir el poder y la autoridad experta que la sociedad otorga a los médicos. Pueden resistir implícita y explícitamente el monólogo de la transferencia de información de los médicos mediante la reconstrucción activa de información experta para afirmar sus propios cuerpos y experiencia, así como las realidades sociales de sus vidas. Estar atento a las relaciones sociales y los contextos asegurará que esta información se reciba y, lo que es más importante, se actúe sobre ella (34).

La relación que debe tener el odontólogo con su paciente es fundamental desde la primera vez que llega el paciente ya que en ese primer contacto se puede ganar o perder la confianza, el odontólogo siempre debe mostrar seguridad desde el momento en que se presenta y como se le explica el padecimiento que tiene el paciente, por eso es importante siempre hablar con firmeza, sin titubear y siempre

siendo claro y directo con lo que se le quiere decir al paciente. Hablando de satisfacción del paciente atendido por un odontólogo siempre será un tema de debate y más cuando se trata de la boca ya que hoy en día la sociedad siempre quiere juzga más la parte estética, es por ellos que la mayoría de los pacientes buscan algún tratamiento estético, por razones económicas este tipo de tratamientos son más caros que otro tipo de tratamientos, alguno de estos son los tratamientos de ortodoncia, y aquí es donde muchos odontólogos caen en malos tratamientos, porque no cuentan con la especialidad o con los conocimientos necesarios y en consecuencia la satisfacción de los pacientes es mala y en consecuencia muchos de estos casos llegan a demandas en contra de los odontólogos. Por otra parte, existe varios casos en donde los pacientes llegan a instituciones educativas ya que por razones económicas no pueden costear a un odontólogo privado, y este tipo de pacientes se van con una gran satisfacción para sus dentistas a pesar de ser apenas estudiantes, como lo podemos mencionar en algunos artículos casi la mayor parte de los pacientes son mujeres mayores de entre 15 a 55 años, dentro de los datos obtenidos se pudo observar que el 89% quedo satisfechos con los tratamientos, el 94% considero que los precios fueron accesibles y un 88% estuvo de acuerdo en el tiempo en que duraron sus tratamientos. Existen diversos factores que nos pueden ayudar a evaluar la satisfacción de la atención odontológica como lo podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 4 Factores que afectan en la satisfacción de los pacientes atendidos en escuelas de odontología.

FACTORES PREVIOS AL INGRESO	
FACULTAD	PACIENTE
Forma de ingreso	Capacidad de pago
Tiempo en acceder al servicio	Compatibilidad horaria
Acceso a la atención	Prestigio

	Fobias
--	--------

Fuente: Portacio AB, Simancas AG, Franco KI, Caballero AD. Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. Duazary. 2009;6(2):95–101.

Así mismo debemos tener en cuenta otro tipo de factores como lo son:

- Fortalezas del servicio: amable atención a los pacientes, tratamientos de buena calidad, forma de pago, tratamientos integrales.
- Debilidades del servicio: cambio periódico de estudiantes, puentes o vacaciones en las escuelas, incompatibilidad de horarios (35,36).

Dadas las condiciones actuales en México la relación de los odontólogos con sus pacientes es cada vez más limitada debido a errores cometidos anteriormente, causando no solo fallas en la atención clínica si no también en la atención humana que todos los pacientes requieren.

4.4. Capítulo 4 Errores más comunes en la práctica del odontólogo

- Análisis de la Queja Médica en el servicio de Odontología en México.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), a través de la Dirección General de Difusión e Investigación se ha dado a la tarea de emprender un proyecto de análisis de información estadística sobre la queja médica, con énfasis en las principales ramas de medicina, y para el periodo 2002-2017. Su objetivo es la presentación de toda aquella información factible de obtenerse de las bases de datos generadas en el periodo de referencia por el Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED).

Es en este sentido el presente trabajo puede justificarse a través de los siguientes planteamientos:

- El trabajo que realiza la CONAMED es fundamental para el proceso de mejora de los servicios de salud en el ámbito de calidad y seguridad del paciente.
- El contar con información estadística permite dar cumplimiento a lo manifestado en el reglamento interno de la CONAMED.
- La integración de los expedientes de la queja médica, su seguimiento y resolución representa mucho trabajo social acumulado.
- La información estadística resultante de los procesos que sigue la CONAMED representan un bien público, siendo un asunto de transparencia Y acceso para todos.
- Los datos estadísticos constituyen un insumo necesario para toda actividad: desde la planeación hasta la evaluación del otorgamiento de servicios.

- La queja en odontología

Es importante enfatizar y destacar, que en nuestro país se cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, que deben difundirse

entre el gremio estomatológico institucional y privado, para que cada vez más y más compañeros ejerzan la profesión con apego a lo que establece el marco regulatorio para el ejercicio de la Odontología.

La Ley General de Salud manifiesta en el Artículo 51 de la que “Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia”

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica en el artículo 51 establece que “Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.”

A partir de una revisión bibliográfica se han identificado algunos otros, tales como la prescripción de medicamentos, entendida como una de las áreas donde se detectan mayor número de problemas clínicos, relacionados con los errores en la prescripción de un fármaco, ya sea por la dosis, la duración o la vía, esto puede incluso, generar reacciones adversas a medicamentos, por una pobre anamnesis registradas en la historia clínica.

Las dosis erróneas de medicamentos se encuentran en mayor proporción en pacientes menores y pueden ocasionar alteraciones en el metabolismo. Se ha identificado que los procedimientos quirúrgicos producen eventos adversos relacionados con errores en la planificación del tratamiento, errores relacionados con el tipo de procedimiento a realizar y con la zona en la que se va a intervenir, derivados de distracciones o interpretación inadecuada de los estudios de laboratorio o de gabinete que apoyan al procedimiento quirúrgico, pero uno de los más comunes, pueden ser los errores con la profilaxis preoperatoria en pacientes médicamente comprometido y también en el seguimiento y control de los pacientes intervenidos, no estando exentos de la presentación de infecciones del sitio quirúrgico, que no son detectadas oportunamente.

Para evitar estos incidentes debemos considerar cuales son los que nunca deberían ocurrir, siempre que se hayan tomado todas las medidas preventivas necesarias. Ya sea porque tienen graves consecuencias para los pacientes y generalmente se consideran errores evitables. En medicina incluso en cirugía, ya existe una comprensión en este sentido en odontología, hasta ahora no se ha encontrado. Finalmente, cabe enfatizar que el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, y que son las razones que sustentan el existir de la profesión odontológica. (tabla 5)

Tabla 5. Evolución del total de quejas concluidas y del servicio de odontología según año y su proporción respecto al 2002-2020.

Año	Total de quejas	Quejas de odontología	%
2002	1113	79	7.1
2003	1309	90	6.9
2004	1510	112	7.4
2005	1607	109	6.8
2006	1544	107	6.9
2007	1665	125	7.5
2008	1734	113	6.5
2009	1748	125	7.2
2010	1670	124	7.4
2011	1792	137	7.6
2012	1696	178	10.5
2013	1774	120	6.8
2014	1653	148	9.0
2015	2022	161	8.0
2016	1972	230	11.7
2017	1964	180	9.2
2018	2124	198	10.7

2019	4575	246	18.6
2020	3932	335	14.3

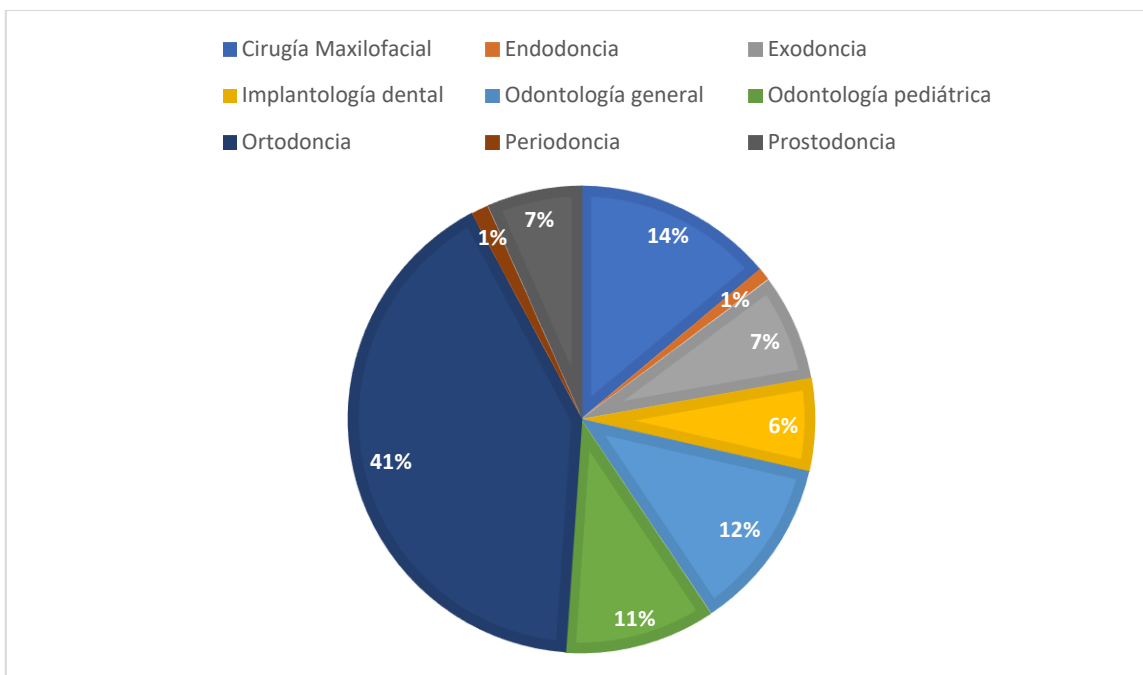
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

Como podemos observar, odontología se encuentra entre las primeras cinco áreas médicas en las que más quejas se presentan, únicamente superada por Traumatología y Ortopedia, Urgencias, Cirugía general, y ginecoobstetricia; de ahí es que deriva la importancia de analizar a estas ramas de la medicina.

Más de las 77 quejas de cada cien que son presentadas contra las especialidades del ámbito de la odontología se presentan por problemas originados con prostodoncia, ortodoncia, odontología general, y endodoncia.

Por el contrario, las 23 quejas complementarias provienen de inconformidades cuyo origen de la controversia se originó en las ramas correspondientes a la odontología pediátrica, la periodoncia, la implantología dental, la cirugía maxilofacial y la exodoncia. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de quejas presentadas por rama odontológica.



Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

Las quejas en odontología ocupan el 5° lugar a nivel nacional solo por detrás de traumatología, urgencias, cirugía general, y ginecología (tabla 6, 7).

Tabla 6 Quejas presentadas según ramas de la odontología en México

Año	CMF	ENDO.	EXO.	IMPL.	OD GEN.	PEDIA.	ORTO.	PERIO.	PROSTO
2015	7	14	17	9	35	1	27	2	49
2016	13	21	19	25	24	1	22	3	102
2017	4	16	12	22	38	2	18	1	67
2018	A partir de este año la Conamed dejó de informar exactamente por especialidad odontológica y lo informa en forma general								

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Medicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

Tabla 7 Quejas presentadas según género

HOMBRES	MUJERES	AÑO
47	114	2015
66	164	2016
69	111	2017
55	144	2018
55	383	2019
60	382	2020

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Medicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

De las siguientes quejas el 53.9% se ubica entre los 35 y 64 años de edad, el 22.5% entre los 15 y 34 años y el 4.2% menores de 15 años y el 19.4% 65 años y más.

En la siguiente tabla mostraremos las entidades federativas con más porcentaje de quejas en odontología siendo la ciudad de México con mayor afluencia.

Tabla 8 Entidades con más quejas

Ciudad de México	87.6%
Estado de México	4.5%
Chihuahua	1.4%
Quintana Roo	0.7%

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Medicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

Tabla 9 Quejas en odontología por subsector involucrado

Sector privado	86.5%
Sin seguridad social	1.2%
Seguridad social	12.3%

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Medicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

Como se muestra en la tabla anterior el mayor número de quejas contra odontólogos es en la práctica privada, esto se puede justificar ya que es muy poca la atención a nivel público que se brinda en México, ya que como se sabe no existen recursos para odontología por parte del gobierno (37) (tabla 10).

Tabla 10 Motivos de queja.

		Hombres	Mujeres
Tratamiento médico	30.5%	5	13
Relación médico-paciente	25.8%	22	62

Problemas con el diagnostico	20.5%	57	123
Tratamiento quirúrgico	16.8%	275	634
Deficiencias administrativas o institucionales	4.1%	325	821
Auxiliares de diagnostico	1.9%	384	970
Accidente e incidente	0.4%	214	531

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Medicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED

COMPLICACIONES MÁS COMUNES EN ORTODONCIA

La odontología ha pasado más tiempo investigando, innovando en la rama de la odontología estética que en crear nuevos procedimientos dentales o nuevos materiales, debido al cambio de ideología en la sociedad moderna. Esto nos ha llevado al incremento de los odontólogos que se decantan por especializarse en la Ortodoncia, o la Odontología Estética, y ha llevado a que su preparación se vea sesgada o que no cuenten con los suficientes conocimientos para llevar un tratamiento completo de ortodoncia.

Como cualquier tratamiento de ortodoncia, el paciente buscara el tratamiento por una cuestión estética, en algunos casos puede ser mínima o también severa, que afecten tejidos bucodentales, funcionalidad de la boca o cuestiones de autoestima, lo que conllevara que las expectativas del paciente serán altas.

La necesidad de tratar la enfermedad ha demostrado que la ortodoncia está avanzando considerablemente, con el fin de diagnosticar y brindar tratamientos más eficaces y cortos, es un procedimiento que corrige las irregularidades y defectos de la posición dental, mejorar la función, la estética y todo lo relacionado con la salud oral (38).

Por todo lo mencionado es importante tener en consideración que, previamente a planificar algún tratamiento de ortodoncia, el profesional especializado debe comprobar el estado actual de los tejidos de soporte y anticipar las consecuencias, esto con el fin de conseguir el tratamiento adecuado para el paciente, además se

deber considerar la preservación de la salud de los tejidos blandos periodontales, ya que es un elemento esencial para garantizar la eficacia del tratamiento.

La Junta Estadounidense de Ortodoncia ha desarrollado herramientas que le permitieron observar algunos errores más comunes en la práctica de la Ortodoncia, recabados por un formulario, he incluyo los resultados en un artículo publicado en 2017. El formulario de gestión de casos es una evaluación estructurada de tratamiento neutral de los objetivos y resultados de ortodoncia asociados con el tratamiento de un paciente (39).

Entre ellos se encuentra:

1. Objetivos Inadecuados del Tratamiento de Ortodoncia.
2. Pro-inclinación excesiva de los incisivos mandibulares.
3. Expansión excesiva del ancho intercanino.
4. Mecánica vertical inadecuada para cerrar mordidas abiertas anteriores esqueléticas.
5. Control deficiente de la dimensión vertical.
6. Trazados cefalométricos erróneos.

Otra cuestión que está ligada a un problema que puede presentarse durante el tratamiento de ortodoncia son las enfermedades periodontales pues, a pesar de producir una estética dentofacial y oclusión funcional muy agradable, el tratamiento de ortodoncia tiene efectos indeseables, ya que dicho tratamiento tiende a alterar el equilibrio de los microorganismos orales, incrementa la retención bacteriana y dificulta la higiene del paciente, desencadenando problemas estéticos y periodontales (40).

Varios investigadores han recogido diversas pruebas en la que existe una relación de problemas periodontales después o durante el tratamiento de Ortodoncia, pues al ser un material que se encuentra en un medio húmedo y con una forma irregular y con bordes pequeños, generan retención de placa dentobacteriana y por la tanto generar gingivitis. Los tratamientos dentro de la rama de la Ortodoncia basan el tratamiento utilizando fuerzas para provocar movimientos en los dientes que, desde

el comienzo de este y la aplicación de estas fuerzas, aplicar cambio dentro del Periodonto.

La terapia de ortodoncia conduce a un mejor estado periodontal en los casos de previos apiñamientos o interferencias oclusales corregidas por la ortodoncia, gracias a su mayor facilidad en la eliminación de placa y reducción del trauma oclusal. Otras veces, dicha terapia puede dañar los tejidos periodontales durante el tratamiento, dificultando la higiene oral durante el mismo, facilitando así la acumulación de placa e inflamación (41).

Como es evidente existen muchos problemas periodontales que podrán complicar el tratamiento de ortodoncias como:

1. Gingivitis Asociada a Placa Dentobacteriana

El tratamiento de ortodoncia predispone a una mayor acumulación de placa supra gingival, considerado este efecto, primer agente etiológico de la inflamación gingival y las enfermedades periodontales. Placa que, a su vez, altera las condiciones normales del medio oral, provocando cambios en la composición de la flora bacteriana (42).

2. Enfermedad Periodontal

La Periodontitis no es una complicación primaria del tratamiento de ortodoncia, esta está más ligada a la higiene del paciente y como él influye en la aparición de movilidad por el incremento de microorganismos que propician esta. Durante el tratamiento de ortodoncia, la evaluación periodontal clínica, incluyendo el sondaje periodontal, se debe realizar cada 6 meses. Si se encuentra una bolsa patológica se requerirá mayor evaluación radiográfica y remisión a un periodoncista (43).

3. Hiperplasia Gingival

Como se menciona el tratamiento de ortodoncia genera acumulación de placa por los aparatos utilizados en ortodoncia, lo cual provoca la aparición de hiperplasia gingival. Esto se presentará en un porcentaje mayor, según algunas investigaciones, por tratamientos de mayor duración, y solo podrá ser corregido por un periodoncista.

4. Recesión Gingival

Como se mostró en los resultados, el movimiento dental inducido no causa ningún daño a los tejidos gingivales, es decir, la mayoría de las formas de tratamiento ortodóntico son inocuas para el periodonto, siendo los cambios gingivales generados durante el tratamiento de ortodoncia, transitorios sin daño permanente a los tejidos de soporte periodontales, a pesar que, algunos pacientes responden al movimiento frontal de los incisivos y caninos, y a los movimientos laterales de los dientes posteriores, con recesiones gingivales y pérdida de inserción (44).

5. Reabsorción de ligamento periodontal y radicular

Considerada entonces como uno de los efectos indeseables más frecuentes que acontecen cuando se hacen tratamientos de ortodoncia, aunque algunos estudios han relacionado determinados movimientos dentarios con un mayor grado de este problema que, en algunos casos, es inevitable ya que también se relaciona con la predisposición individual de cada paciente.

Estas complicaciones generalmente se pueden dar durante el tratamiento además de otras situaciones que pueden generar molestia en el paciente y que deben de evitarse. Los efectos colaterales en el tratamiento de ortodoncia se han convertido en la principal preocupación por parte del ortodoncista, ya que durante el tratamiento nos encontramos con distintos efectos indeseados, siendo indispensable contar con los conocimientos acerca de ellos para su respectivo tratamiento y/o prevención, así optar por un plan de tratamiento viable para el paciente.

Complicaciones más comunes en Endodoncia

Los tratamientos dentales requieren de una base científica y una base práctica para poder funcionar, la base científica ha sido comprobada por años de investigación y es aplicada sin excepciones, la base práctica es, en la mayoría de las veces, la que provocará errores durante el tratamiento realizado, debido a que influye la habilidad del operador y el paciente, esto podrá generar el éxito o fracaso del paciente.

El tratamiento de conductos requiere por parte del odontólogo general y el especialista, contar con el conocimiento necesario sobre el tratamiento y saber cómo solucionar las complicaciones que puedan ocurrir durante el tratamiento, prudencia, paciencia y cuidado para concluir con satisfacción el tratamiento, aunque pueden ocurrir situaciones que complique el tratamiento de conductos.

Se debe prestar gran atención a los factores que nos ayude a la prevención, tratamiento y pronóstico de los accidentes, por lo tanto la primer fase de prevención en el tratamiento de conductos a considerar será la calidad en la toma e interpretación radiográfica, las condiciones anatómicas del diente a tratar, contar con el material e instrumental necesario, así como que este debe estar en óptimas condiciones y por último la experiencia del odontólogo, pues esta determinara que tan exitoso será el tratamiento, es necesario considerar factor del conocimiento como algo importante para resolver los accidentes y complicaciones en la terapia endodóntica, este conocimiento de las bases biológicas nos dará un acercamiento preventivo al diagnóstico y al tratamiento. Estos son los factores esenciales del éxito para proveer un alto nivel de cuidado al paciente.

La clasificación propuesta por Ingle de los percances endodónticos incluye a los relacionados con la instrumentación, dentro de los cuales están las perforaciones en la porción cervical del conducto y los percances que se presentan relacionados con la obturación, entre las cuales están las obturaciones de los conductos radiculares sobreextendidas o subextendidas (45).

Aunque es frecuente que se presenten errores durante el procedimiento endodóntico, no existen datos estadísticos reportados con lo que este capítulo busca recabar algunos errores que van desde el inicio hasta el final del tratamiento, esto no con la finalidad de exponer al operado, sino de concientizar, al estudiante de o al odontólogo de la práctica general para que su ejercicio del tratamiento endodóntico sea más práctico y certero en cuanto a pronóstico del tratamiento a largo plazo.

Cuando se realiza una técnica adecuada y meticulosa, se ha demostrado que la tasa de éxito del tratamiento endodóntico puede ser tan alta como 94%. A su vez,

una técnica deficiente que implique errores de procedimiento puede producir un impacto negativo en el resultado final, reduciendo la tasa de éxito a un 68 % en el caso de sub-obturaciones y 76% en las sobre-obturaciones (46).

Esto implica que para que el tratamiento sea considerado con éxito se deben seguir meticulosamente los pasos durante todo el tratamiento, esto se refiere debido a que bastantes operadores eluden los pasos provocando errores que pondrán en riesgo la permanencia del órgano dentario dentro de la boca.

La importancia de reconocer un error dentro del procedimiento será el primer paso para tratarlo, aquí radica la importancia de la radiografía dento-alveolar, importantes la toma de ella y la interpretación radiográfica. La toma de radiografía preoperatoria es muy importante, Gutmann recomiendan el realizar la evaluación preoperatoria con dos radiografías para el diagnóstico, una en dirección ortoradial y otra con una angulación de 15° mesio o distoradial, adicionalmente una radiografía coronal para los dientes posteriores provee mayor información de la dimensión vertical de la cámara pulpar (47).

Como es evidente la importancia de la toma radiográfica en el tratamiento de conductos será uno de los mayores aliados durante el diagnóstico, ya que nos permitirá la visualización del órgano dentario más precisa, algo que clínicamente no es observable, pero, en algunas situaciones, esa imagen no muestra lo que se necesita, porque la radiografía tiene una limitación principal: solo se observan dos dimensiones, alto y ancho, faltando la tercera dimensión, la profundidad del órgano dentario.

Una buena radiografía mostrará el grado de constricción cervical, la asimetría coronal, las diferencias entre el eje longitudinal de la raíz y la corona, la presencia de raíces y/o conductos adicionales y las mal posiciones dentarias.

El conocimiento de los diseños anatómicos y la integración de esta información con las imágenes radiográficas pueden prevenir los problemas durante la preparación de la cámara de acceso y la localización de los conductos radiculares

Agrega, que mientras más paralela sea la toma de la radiografía, más precisa será la información que ayudará a prevenir accidentes durante la terapia endodóntica.

Entre los puntos más importantes tenemos:

1. Longitud de trabajo aproximada.
2. Ancho mesiodistal del conducto radicular.
3. Posición del orificio del conducto.
4. Curvatura mesial o distal de la raíz.
5. Presencia de áreas radiolúcidas.
6. Defectos periodontales.
7. Número de raíces.
8. Número de conductos.
9. Presencia de curvaturas en el conducto.

La toma de radiografías periapicales siempre ha constituido un problema para el clínico debido a diversos factores, entre ellos: la colocación del equipo de rayos-x (cono), colocación de la placa, tiempo de exposición entre otros. La inaccesibilidad del diente que quiere estudiarse también constituye un factor que influye en la calidad de la imagen radiográfica obtenida, por las distorsiones que podrían originarse.

Los dientes anteriores, en especial los incisivos son los que, por su ubicación minimizan los errores por distorsión, conforme los dientes son más posteriores estos se hacen más inaccesibles para la colocación de la placa radiográfica y para la correcta colocación del cono del equipo de rayos-x, sin considerar las incomodidades que pueda causarle al paciente, reflejo nauseoso y salivación excesiva, lo que conllevaría a que no colabore adecuadamente.

En los tratamientos de conductos este problema se agrava por la presencia del clamp y sobre todo por la incomodidad que le pueda causar al paciente al momento de colocar la placa radiográfica en la boca, sino se hace una buena toma, pueden generar interpretaciones erróneas, repeticiones del examen, mayor tiempo de exposición a la radiación por el paciente, aumento del tiempo clínico y de los costos del tratamiento.

Complicaciones más comunes en Periodoncia

Como es bien sabido todo tratamiento de cualquier enfermedad para considerarse exitosa debe tener como base un buen diagnóstico, como se ha hecho evidente la falta de este puede generar una terapéutica pobre o inadecuada que tendrá repercusión en la salud del paciente.

Una de las enfermedades infecciosas más prevalentes en el ser humano es la enfermedad periodontal, debido a los múltiples factores de riesgo que pueden causarla (48).

A) Factores Locales:

Mala Higiene bucal, restauraciones dentales incorrectas, Maloclusiones que vuelven los espacios interdentes más retentivos.

B) Factores del Medio

Consumo del tabaco, estrés, enfermedades sistémicas, así como factores sociales.

La Periodoncia será la encargada de evaluar la salud periodontal de todos los tejidos que en ella conforman, y que su optimización deberá regir a todas las otras disciplinas de la odontología, como ejemplo se tiene que una prótesis correctamente diseñada y elaborada, deberá estar en perfecta armonía con la función de los tejidos sanos, para mantener una salud gingival y periodontal duradera y ese recurso mecánico permanecerá en la boca en un relación orgánica entre la prótesis y los tejidos periodontales.

Los errores que generan afecciones en los tejidos periodontales inician con algo simple como un procedimiento de operatoria, pues se puede agredir los tejidos periodontales sin querer. Desde el punto de vista biológico, este traumatismo no tiene gran repercusión debido a la capacidad de reparación de tejido gingival, que permite su curación en poco tiempo (49).

Como es evidente que, a pesar de la reparación debemos de respetar los tejidos dentro de la boca pues con los tiempos, estos presentaran diferentes estados de enfermedades periodontales.

Principales Problemas durante Procedimientos que afecten:

1. Daño al tejido gingival que se encuentra alrededor de los dientes tratados.

Todo odontólogo restaurador debe considerar que existe una estrecha e inseparable relación entre salud periodontal y Odontología restauradora, cuyos procedimientos incluyen Periodoncia, Endodoncia, Operatoria, Coronas y Puentes y Dentaduras Parciales Removibles. Los objetivos de las restauraciones están enmarcados en salud, función y estética; para cumplirlos es indispensable comprender la función del Ancho Biológico en la preservación de la salud de los tejidos gingivales y el control de la forma gingival de la restauración, con lo cual se determinará la ubicación de los márgenes de la restauración. Por esta razón se describen los aspectos más relevantes a tomar en cuenta en los procedimientos restauradores para evitar la agresión a los tejidos periodontales y garantizar el pronóstico a largo plazo (50).

2. Infecciones posoperatorias, con complicaciones mayores, como endocarditis bacteriana en pacientes comprometidos sistémicamente.

Este aumento del riesgo de infección estaría explicado por un aumento de la exposición a patógenos y el trauma de los tejidos. Pero existen otros factores que deberían ser estudiados en detalle, como el tipo de enfermo, la destreza o experiencia del cirujano, la presencia de cirujanos en formación, la cirugía de urgencias, etc.

Las heridas se consideraron infectadas cuando el paciente presentó al menos una de las siguientes características:

- Drenaje purulento de la incisión.
- Aislado de microorganismos patógenos en un cultivo de líquido o tejido del sitio quirúrgico.

- Dehiscencia espontánea en el sitio de la incisión o cuando fue deliberadamente abierta por un cirujano, en pacientes que manifestaron por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas:

1. Fiebre (más de 38 °C).
2. Dolor espontáneo o a la palpación.
3. Tumefacción localizada.
4. Eritema o calor (51).

3. Sensibilidad dentaria

Para que haya hipersensibilidad tiene que haber exposición de la dentina la cual puede ser debida a pérdida del esmalte/cemento o a pérdida de tejidos periodontales. La pérdida del esmalte puede ocurrir por atrición debida a hábitos de actividad parafuncional como el bruxismo, puede aparecer por abrasión asociada a la dieta o al cepillado dental y puede surgir por erosión debida a factores relacionados con la dieta, particularmente ácidos, o también por la combinación de algunos factores expuestos anteriormente.

La hipersensibilidad dentinaria se determinó por pruebas de estimulación al frío y al sondaje. La prevalencia de hipersensibilidad en pacientes con periodontitis fue de 38%. De 38 casos con hipersensibilidad prequirúrgica, 26(68.4%) no la presentó en la evaluación post quirúrgica; y de 62 casos sin hipersensibilidad prequirúrgica, sólo 5(8.1%) la presentó en la evaluación post quirúrgica (52).

4. Exposición radicular por migración apical de la encía, y generación de recesiones gingivales

La recesión gingival describe la localización del margen gingival libre apical a la unión cemento esmalte; está asociada a estética indeseable, abrasión superficial radicular, sensibilidad y caries radicular. Reportes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en diferentes poblaciones, incrementándose significativamente después de la quinta década. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el

resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. En poblaciones que presentan buenas medidas de higiene oral las recesiones marginales son más frecuentes en las superficies bucales y parece ser más común en dientes unirradiculares que en molares (53).

5. Reabsorción Ósea.

Durante la fase inicial de cicatrización casi siempre ocurre una reabsorción ósea de grado variado en el área de la cresta del hueso alveolar. La magnitud de la reducción de la altura de hueso alveolar, resultante de esta resorción, está relacionada con el espesor de hueso en cada localización específica. Existió una alta correlación entre la cantidad del incremento de las DPD y la aceleración de la reabsorción ósea después de la cirugía de implantes orales en los sujetos mayores de 56 años (54).

Complicaciones más comunes en implantología.

El éxito de la inserción y de la posterior rehabilitación de los implantes depende principalmente de una correcta planificación, la cual se realiza a partir de una predeterminación; en pacientes parcialmente edéntulos, la predeterminación se basa en un encerado diagnóstico y en pacientes totalmente edéntulos en un enfilado o una réplica de la prótesis que está usando, si esta cumple con criterios funcionales y estéticos adecuados.

Ahora bien para poder saber sobre cuáles son los fracasos debemos saber también cuáles son los criterios de Éxito en los implantes el doctor Albrekson determino los siguientes éxitos a nivel internacional: un implante individual debe ser inmóvil cuando se prueba clínicamente, en la radiografía no se debe de ver ninguna zona radiolúcida alrededor del implante, la pérdida ósea vertical anual debe de ser menor a 0.22mm después del primer año en función, cualquier implante debe estar libre de síntomas persistentes y/o irreversibles. Con estos criterios se debe esperar un mínimo del 85% de éxito al periodo final de observación 5 años y del 80% al final del periodo de 10 años. Ahora bien, los fracasos en implantología los podemos dividir en fracasos quirúrgicos y protésicos.

Fracasos quirúrgicos

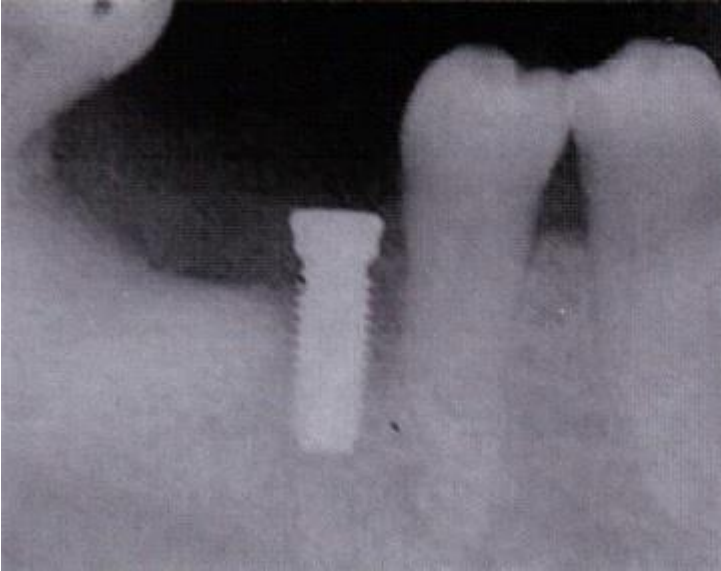
En esta etapa debemos considerar 3 aspectos, estabilidad, recalentamiento y contaminación. La estabilidad era un requisito para poder tener una osteointegración adecuada en el implante y ahora con el paso de los años se sabe que un implante puede tener una estabilidad secundaria en implantes móviles y así poder lograr la osteointegración. Por lo que ahora se considera que la estabilidad primaria es fundamental en un implante para lograr la osteointegración, pero no indispensable. El recalentamiento es un problema para los implantólogos ya que no deben llegar entre los 42° y 47° ya que si llegan a esa temperatura las células óseas mueren es por ellos que deben usar fresas (Fig. 1) nuevas entre cada paciente para evitar el recalentamiento y usar una velocidad en el pieza de mano de 1000 a 1200 RPM ya que a mayor velocidad los periodos de entrada y salida son más cortos y así no elevar la temperatura (Fig.2), también deben de tener una buena irrigación con agua salina (55).

Fig. 1 En esta imagen podemos observar la secuencia de fresas para un implante



Fuente: Harpenau LA, Kao RT, Lundergan WP. Periodoncia e implantología dental de Hall: Toma de decisiones. Editorial El Manual Moderno; 2014.

Fig. 2 Necrosis ósea por recalentamiento



Fuente: Harpenau LA, Kao RT, Lundergan WP. Periodoncia e implantología dental de Hall: Toma de decisiones. Editorial El Manual Moderno; 2014.

La contaminación de un implante principalmente por una mala asepsia o alguna zona contaminada del implante. Una infección quirúrgica para evitarla es necesario lograr condiciones de asepsia optimas y poder combinarlo con una buena prescripción de antibióticos para evitar infecciones en caso de no lograr la asepsia adecuada durante el procedimiento.

Fracasos protésicos

La principal causa de fracaso protésico de implante se debe a la sobrecarga o estrés excesivo que se ejerce en él, como lo son, contactos prematuros, interferencia intercuspideas, bruxismo, tramos largos (grandes brechas desdentadas, relación corona implante desfavorable. Este tipo de factores conllevan a que tengas varios problemas como lo son, el aflojamiento de tornillos, fractura de tornillos, fractura de implantes y pérdida ósea marginal rápida (3mm por año) cuando en condiciones normales el implante pierde de 1 a 1.5mm en el primer año posterior a la colocación y después de 0.005 a 0.1 mm por año.

Periimplantitis

La periimplantitis es la pérdida ósea alrededor del implante con presencia bacteriana, esta también puede ser ocasionada por sobrecarga oclusal en el implante, para el tratamiento de la periimplantitis es necesario realizar un curetaje, farmacoterapia, eliminar la sobrecarga oclusal y si es necesario injerto ósea (56-58).

Complicaciones más comunes en cirugía bucal

Toda intervención quirúrgica consta de tres tiempos operatorios básicos:

- a) Diéresis o incisión de los tejidos.
- b) Intervención quirúrgica propiamente dicha.
- c) Síntesis, sinéresis o sutura de los tejidos.

No obstante, en su aplicación en Cirugía Bucal distinguiremos los siguientes tiempos:

- Incisión o Diéresis.
- Despegamiento mucoso o mucoperióstico para preparar un colgajo.
- Osteotomía y Ostectomía.
- Gesto o maniobra quirúrgica especializada o técnica operatoria propiamente dicha.
- Restauración, limpieza y tratamiento de la zona operatoria.
- Sutura.
- Extracción de los puntos de sutura.

Estos tiempos operatorios y los principios básicos de la técnica quirúrgica no pueden modificarse y deben seguirse estrictamente. No obstante, el cirujano poseerá la habilidad y el conocimiento necesarios para modificar de forma adecuada cualquiera de estos procedimientos ante una eventualidad que así lo exija.

No hay que improvisar, pero es bueno tener la capacitación necesaria para que, ante un accidente, imprevisto podamos responder con certeza y rapidez.

Cirugía de terceros molares

La odontosección consiste en la sección del diente a diferentes niveles y en distintos fragmentos para facilitar su extracción y prevenir una de las complicaciones más frecuentes: la fractura radicular. La odontosección puede efectuarse dentro de una secuencia de extracción quirúrgica con ostectomía o llevarse a cabo sin la preparación de un colgajo previo y sin ostectomía, aunque en este último caso se prefiere preparar un pequeño colgajo gingival vestibular a fin de no lesionar la encía adherida.

La cirugía del tercer molar inferior retenido es un procedimiento de rutina en la práctica de la cirugía bucal. Debido a la complejidad del acto quirúrgico y a las características anatómicas de la región mandibular y no obstante haber tomado precauciones y realizado una técnica quirúrgica lo más cuidadosa posible, la extracción a colgajo del tercer molar inferior retenido no está exenta de complicaciones tanto transoperatorias como postoperatorias. Entre estas últimas se encuentran: dolor, parestesia y osteitis alveolar, inflamación y trismo, infección, sangrado moderado o hemorragia, enfisema, parálisis del nervio facial, o incluso trastornos de mayor gravedad como neumotórax, neumomediastinitis o neumopericarditis. La mayoría de las complicaciones son temporales pero pueden ser incapacitantes para llevar a cabo una vida social activa(59, 60).

El término incluido se aplica cuando el diente no ha erupcionado a la posición correcta mientras está en formación y todavía se encuentra dentro de su cronograma de erupción.

Retenido se refiere al diente cuando no se encuentra en su posición en la arcada una vez que ha concluido su periodo de erupción. Impactado se utiliza cuando hay un mecanismo físico que impide la correcta posición del diente independiente de su etapa de erupción. Germen: órgano dental en formación que no supera la formación radicular de un tercio. Se recomienda la germenectomía en pacientes con clase III, y mordida abierta. Lo considera un factor etiopatogénico que generará que el cuadro

clínico se agrave, o que su corrección sea más dificultosa. La germenectomía evita un aumento de la divergencia posterior por un apoyo más posterior del plano oclusal. En el caso de prognatismo mandibular se considera que el retiro de terceros molares mandibulares disminuye el estímulo de crecimiento y permite realizar una verticalización de los órganos dentales para llevarlos a una mejor posición en su base ósea.

El manejo de las inclusiones dentarias constituye hoy en día un hecho que podemos calificar de normal dentro de la práctica clínica ortodóncica. La frecuencia de retención de los incisivos, sobre todo centrales superiores, varía entre el 0,06% y el 2% de la población general. En cuanto a su etiopatogenia la revisión de la literatura muestra que, paradójicamente, los mecanismos responsables de la erupción dentaria son relativamente desconocidos, orientándose hacia una concepción multifactorial (desplazamiento del folículo dentario, aumento de la presión intravascular dentro del germen dentario, fibroblastos del ligamento periodontal, alargamiento radicular, formación ósea apical, etc.) Existen diferentes sistemas de anclaje adaptables en función de la situación, grado de inclusión, así como la anatomía de la retención dentaria. El protocolo de adhesión de los elementos de anclaje en los dientes incluidos, tanto si empleamos la técnica quirúrgica cerrada o submucosa, como la técnica abierta, ya sea fenestración o colgajo de reposición, es muy similar al del cementado convencional de brackets sobre dientes erupcionados, siendo fundamental realizar una buena exposición visual del diente incluido en per-operatorio, con el objeto de poder realizar la adhesión del sistema de anclaje en las mejores condiciones posibles. (61- 63)

Los terceros molares heterotópicos son órganos dentarios que se encuentran en un sitio anatómico fuera de lo habitual, pueden ser supernumerarios, deciduos o un diente permanente, el cual ha sido reportado en diferentes posiciones, incluyendo la región coronoidea, cavidad nasal, seno maxilar, región orbitaria, palatina, cóndilo mandibular. La etiología de la erupción heterotópica/ectópica es desconocida, aunque hay varias teorías como la discrepancia óseo-dentaria por la evolución. Los

órganos dentarios heterotópicos/ectópicos son comunes en la mandíbula y en el género femenino y pueden ocurrir en ambas denticiones. Algunos terceros molares heterotópicos/ectópicos son asintomáticos durante el periodo de vida y son usualmente detectados en hallazgos clínicos y radiográficos de manera incidental (51, 64, 65).

Dientes supernumerarios

Un diente supernumerario es aquel diente adicional a la fórmula normal de la dentición temporal (20 dientes) o permanente (32 dientes).

Los dientes supernumerarios son una variación tanto de la fórmula dental como morfológica, cuya etiología aún no se encuentra entendida completamente. Su ubicación involucra cualquier zona del maxilar y mandíbula, así como regiones ectópicas dificultando la realización del diagnóstico y tratamiento.

Se puede clasificar un diente supernumerario según su cantidad o número en aislado o múltiples (más de 1-5 dientes).

Según la ubicación respecto la línea media, los supernumerarios pueden clasificarse como unilaterales o bilaterales, los supernumerarios en zona de premolares han sido encontrados en un 75% de los casos en la mandíbula, A su vez, los supernumerarios han sido clasificados como mesiodens, cuando son encontrados cerca de la línea media en el maxilar. Según su capacidad de erupcionar; se pueden clasificar como: erupcionados, ya que realizaron su proceso de erupción activa y pasiva; incluidos, ya que no realizaron proceso de erupción activa ni pasiva e impactados por causa de una obstrucción mecánica. Basados en su morfología se ha clasificado los dientes supernumerarios en seis formas: Forma cónica; tuberculado; forma de incisivo; suplementarios (forma similar a los dientes cercanos); odontoma; rudimentarios (forma es cónica y pequeña).

Los dientes supernumerarios tienen una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 3,8%. Es clasificado como una anomalía de número, caracterizada por la presencia de una o más piezas dentarias en exceso con respecto a la cantidad normal.

Cuando la región afectada está ubicada en la línea media del paladar entre los dos incisivos centrales superiores es llamado mesiodens y este presenta una

prevalencia de 0,15 a 1,9% en la población general. Aunque esta anomalía tiene una prevalencia significativa, su etiología no está definida. Hay tres teorías que tratan de explicar esta anomalía dental: dicotomía del germen dentario, hiperactividad de la lámina dentaria y la combinación de factores genéticos y ambientales; esto puede ocurrir como un diente único, múltiple, unilateral o bilateral y también asociado con síndromes, como el síndrome de Down y la displasia cleidocraneal. Esta alteración es más común en hombres que en mujeres y es menos frecuente en la dentición primaria. Los dientes mesiodens son asintomáticos, se pueden descubrir durante un examen radiológico de rutina o por un aumento de volumen, y cuando entran en erupción en la cavidad oral. Sin embargo, en algunos puede traer una variedad de complicaciones, como retención, retraso en la erupción, erupción ectópica, diastemas, rotación axial y reabsorción radicular de los dientes adyacentes. También pueden causar apiñamiento y pueden asociarse con patologías, como quistes. Entre las complicaciones que afectan a los incisivos permanentes se encuentran las dilaceraciones de las raíces en desarrollo y la pérdida de la vitalidad (51, 66).

Tomografía

La tomografía computarizada de haz cónico, en inglés, Cone Beam Computed Tomography (CBCT), o tomografía digital volumétrica fue desarrollada a finales de los años noventa con el fin de obtener escáneres tridimensionales del esqueleto maxilofacial con una dosis de radiación menor que la TC, revolucionando la imagen del complejo craneofacial y ofreciendo una alternativa a la imagen convencional intraoral y panorámica, que elude la superposición y los problemas de distorsión de imágenes.

A pesar de que su utilización se centra principalmente en implantología, cirugía oral y maxilofacial y ortodoncia, la tecnología CBCT tiene potenciales ventajas en el diagnóstico y manejo clínico de las alteraciones dentales comunes en otros campos, como en endodoncia, periodoncia y cirugía bucal.

A fines de la década de 1990 se incorporó a la odontología la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT, del inglés cone-beam computed tomography), con aplicaciones en distintas especialidades, incluyendo la implantología. Entre las múltiples ventajas de la CBCT destaca su menor dosis de radiación en comparación con la tomografía computarizada médica, pero a la vez esta dosis es mayor que la utilizada en técnicas radiográficas convencionales (67).

4.5. Capítulo 5 Normatividad en México

En México existen varias normas oficiales que tienen como finalidad establecer características que deben reunir los odontólogos en el ejercicio de su profesión, estas normas son aprobadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE) y posteriormente son publicadas en el Diario Oficial de la Federación, por tratarse de materia de salud una vez publicadas entran en vigor al siguiente día. Así mismo son revisadas cada 5 años para su reevaluación y así poder hacer alguna modificación y si es necesario su ratificación o cancelación de la misma. Las normas que más usamos los odontólogos son: **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2013**, del expediente clínico, esta norma nos habla que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la protección de la salud, se trata de un conjunto de información de datos personales de los pacientes que atendemos en nuestros consultorios y esta puede estar conformado por materiales escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías. En su marco del ejercicio de los derechos de los pacientes garantiza la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos. El expediente clínico por norma debe estar conformado por una ficha de identificación, donde se recaba la información personal del paciente como es su nombre completo, domicilio, edad, sexo, estado civil, número telefónico donde se le pueda localizar. Antecedentes heredofamiliares donde se le pregunta si algún familiar directo en este caso se resume a padre, madre, hermanos, hijos y abuelos padecen o padecieron alguna enfermedad, esto es para poder saber si él puede en algún momento de su vida tener alguna enfermedad hereditaria o si es propenso a alguna enfermedad sistémica como lo es

la diabetes o hipertensión. Antecedentes personales no patológicos, aquí se realizan preguntas sobre hábitos de higiene al paciente, así como si tiene algún hábito como onicofagia o de succión por nombrar algunos. Antecedentes personales patológicos, aquí se recaban información sobre las enfermedades que padece el paciente como lo son enfermedades sistémicas, trastornos renales, hepáticos, cardíacos, sanguíneos o alguna alergia, así como antecedentes de cáncer. Padecimiento actual, se resume al motivo de consulta por la cual acude el paciente, de igual manera sobre el estado de salud del paciente si tiene alguna enfermedad en ese momento. Interrogatorio por aparatos y sistema, se realiza una serie de preguntas al paciente sobre su estado actual de salud en general. Estudios de laboratorio o gabinete, aquí se colocan estudios que se le hayan pedido al paciente hacer, así como radiografías o tomografías. Terapéutica empleada, son los medicamentos que toma el paciente (vía, dosis, periodicidad). Diagnóstico, es el resultado de toda la anamnesis que se realizó anteriormente. Nombre y firma del paciente y del odontólogo tratante a este último se le puede también pedir cedula profesional. Notas de evolución, en ella se escribe todo lo que se le realizó al paciente en ella también debe ir anotados los signos vitales del paciente, si se ocupó anestesia la cantidad de cartuchos, así como el tipo de anestésico administrado, en caso de mandar fármacos deben ir anotados por último debe ir la firma del paciente y del odontólogo tratante. Consentimiento informado y aviso de privacidad, estos últimos son documentos sobre los datos que se recabaron del paciente y él tenga la seguridad que serán tratados conforme a la ley en el caso del aviso de privacidad y el consentimiento informado es sobre que el está conforme con lo explicado por el odontólogo sobre el tratamiento que se le realizara (68).

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de enfermedades bucales, esta norma nos habla sobre métodos, técnicas y criterios que deben seguir los odontólogos para la prevención, control y vigilancia de enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población como lo son la caries y la enfermedad periodontal que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las principales a nivel mundial. Esta norma también nos habla sobre como los odontólogos deben de crear una “Cultura de la Salud” en la población. Así mismo el

odontólogo debe orientar con base en la prevención y acciones de promoción de la salud a sus pacientes como mejorar la calidad de salud de los pacientes y así informar con un lenguaje claro y sencillo el diagnóstico y posibles alternativas en sus tratamientos (69).

Norma Oficial Mexicana NOM- 005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios. Está norma aplica para todos los establecimientos de atención medica denominados consultorios. En el caso de los odontólogos se le liga a esta norma por los servicios que ofrecen ya sea preventivo, curativas o de rehabilitación en salud bucal de las personas. Cualquier consultorio dental debe contar con diversas especificaciones como lo son, aviso de funcionalidad a la Secretaria de Salud, un responsable sanitario, facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades medicas propias, si el consultorio se encuentra en una localidad donde el riesgo se ciclones, sismos o inundaciones deberá establecer condiciones de seguridad en el diseño de la infraestructura y en los materiales de construcción, deberán llevar un control de erradicación de fauna nociva al menos una vez al año, asegurar el suministro de recursos energéticos y de consumo indispensables para el funcionamiento del consultorio, asegurar el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos, contar con espacio para el sillón dental así como para la preparación y esterilización del instrumental, puede contar con un área para entrevista y otro para el aparato de rayos x, en cuanto a la instalación eléctrica deberá contar con contactos bien distribuidos y suficientes para los equipos instalados, la instalación hidráulica deberá contar con un sistema de filtración de agua para aquella que utilice la jeringa triple y en las piezas de mano, la compresora deberá ser libre de aceite, con filtros y purga de condensados. En cuanto al equipamiento de un consultorio odontológico la norma nos indica que deberá contar cierto inmobiliario básico, como un asiento para el odontólogo, asiento para el paciente y acompañantes, cubeta o cesto de basura, bolsa roja para residuos peligros bilógicos-infecciosos, así como un contenedor rígido para objetos punzocortantes, guarda de materiales, instrumental o equipo, mesa con tarja,

mueble para escribir, mueble con cajonera, sistema para guardar expedientes clínicos (Fig. 3).

Figura. 3 Consultorio dental con todas las especificaciones requeridas por la norma.



Fuente Nom-005-SSA3-21010.

Abrir un consultorio dental es un gran reto para los estudiantes que van saliendo de la carrera principalmente si no saben todas las normas que se deben tener en cuenta y esto se convierte en un gran problema ya que según la CONAMED el 67% de las quejas que obtuvieron, los odontólogos no contaban con la documentación requerida (70, 71).

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental Salud Ambiental, Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos, clasificación y especificaciones de manejo. Esta norma nos habla sobre cómo deben clasificarse al igual que los cuidados que hay que tener para los residuos biológicos infecciosos y objetos punzocortantes que manejan los odontólogos en su

consultorio. Ya que por sus características pueden ser desde corrosivos, tóxicos y biológico-infeccioso para el medio ambiente y la salud de la población. Esta norma es de carácter obligatoria para todos los establecimientos que generen residuos biológico-infecciosos. Para los odontólogos el manejo de estos residuos se puede reducir al bote rojo donde se colocan objetos punzocortantes y la bolsa roja donde van residuos que contengan fluidos como la sangre u objetos solitos como son los dientes. Los odontólogos deben tener a una empresa que lleven sus residuos ya que por ley pueden ser multados por no hacer un buen manejo de estos. Aun así, es importante que como odontólogos sepan todo sobre el manejo de estos residuos. La norma clasifica a los establecimientos en 3 niveles de acuerdo los procedimientos que realicen o al nivel de pacientes que atiendan.

Tabla 11. Niveles de cómo son divididos los establecimientos de acuerdo a cada una de sus funciones.

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
Unidades hospitalarias de 1 a 5 camas e instituciones de investigación con excepción de los señalados en el nivel III. Laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis de 1 a 50 muestras diarias.	Unidades hospitalarias de 6 hasta 60 camas. Laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis de 51 a 200 muestras diarias.	Unidades hospitalarias con más de 60 camas. Establecimientos que generen más de 100 kilogramos al mes de RPBI

Fuente. Norma Oficial Mexicana 087.

De igual manera hay diferentes colores para poder distinguir cada residuo en el consultorio dental por norma pide que tengamos bolsa roja y bote rígido rojo.

Tabla 12 Tipo de residuos infectocontagiosos

TIPO DE RESIDUOS	ESTADO FISICO	ENVASADO	COLORO
Sangre	Líquidos	Recipientes Herméticos	Rojo
Cultivos y cepas de agentes infecciosos	Solidos	Bolsas de Polietileno	Rojo
Patológicos	Solidos	Bolsas de polietileno	Amarillo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Amarillo
Residuos no anatómicos	Solidos	Bolsas de polietileno	Rojo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
Objetos punzocortantes	Solidos	Recipientes rígidos polipropileno	Rojo

Fuente: Norma Oficial Mexicana 087. En esta tabla muestra cómo deben ir envasados cada uno de los residuos para no mezclarlos con la basura municipal.

Ya sabiendo todo lo anterior por último debemos mencionar que en el consultorio se deben tener señalamientos específicos de la ruta de RPBI para que los empleados del consultorio o los de la empresa contratada para llevarse los residuos sepan en donde es su lugar y el camino que deben de tomar y así evitar accidentes con pacientes. El odontólogo por su ejercicio profesional es los que produce mayor

cantidad de desechos biológicos que son muy contaminantes para el medio ambiente tal es el caso de los líquidos reveladores de radiografías que en muchos casos los odontólogos tiran al desagüe, la cual debe de ser almacenado por separado ya que contiene iones de sulfuro, ion de bromuro, sulfato, ion de plata, etilenglicol, hidroquinona y ácido acético que son sustancias altamente peligrosas para el ser humano y el medio ambiente, así que estos residuos deben ser guardados en recipientes o galones mismos que deberán ser recolectadas por empresas recolectoras de desechos industriales. En el caso del mercurio utilizado en las amalgamas que a pesar de que cada vez se colocan menos incluso a nivel sector público la COFEPRIS da algunas recomendaciones como son colocar trampas en los eyectores de las unidades dentales para evitar que llegue al desagüe, así como usar capsulas en lugar de tabletas para evitar un remanente de mercurio. En el caso de los materiales dentales caducados como tal no hay una legislación que indique como manejarlos lo más adecuado es colocarlos con los desechos biológicos y que la empresa recolectora lo incinere, ya que no se puede tirar con la basura municipal (72, 73).

Receta médica

Todas estas normas son esenciales que como odontólogos las tengan presentes ya que como se sabe las instituciones reguladoras de salud realizan inspecciones en donde revisan que todos los requisitos estén en orden y conforme lo pide la ley. En este caso es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), que realiza visitas de verificación y fomentos sanitarios las cuales sigue por procedimientos administrativos, como lo son por oficio o por querrela de parte de algún paciente. Las visitas que realiza la COFEPRIS pueden ser de dos tipos, para promover mejorar las prácticas sanitarias mediante asesorías o capacitaciones, o de verificación sanitaria que es una inspección para verificar que se lleven a cabo los requisitos legales y reglamentarios de las instalaciones, servicios y actividades. El inspector que realizará la inspección deberá portar una

identificación vigente expedida por la autoridad sanitaria. Algo que también debe de tener en cuenta el odontólogo y es en algo en donde se cometen muchos errores, es la receta médica ya que muchas veces no saben cómo prescribirla o el hecho que recetan mal, las partes de una receta son las siguientes: como tal no hay una norma que regule las recetas médicas pero existen varios documentos donde indican como deben ser llenadas, ya que hay al ser un documento legal pueden hacer mal uso de esta, con los medicamentos controlados. (Fig. 4)

Figura 4. caracteres obligatorios que debe llevar una receta médica.



Fuente: Revista Cofepri Protección y Salud. NO. 11, abril 2018, año 3

Estos son algunos requisitos que la CONAMED pide en una receta médica:
 Nombre completo del paciente, sexo, edad, alergias, peso, talla, temperatura, presión arterial. En cuanto a la descripción del medicamento debe ir nombre genérico del medicamento, forma farmacéutica, dosis, presentación (tabletas, capsulas, suspensión, solución inyectable, grageas, etc.), frecuencia, vía de administración, duración del tratamiento, indicaciones para el uso. Así como

también deben anotar los datos del médico como su nombre completo, número de cédula profesional, institución que emite el título, fecha, domicilio del consultorio, teléfono y firma.

Así mismo hay documentación que debe tener el odontólogo en su consultorio como es el aviso de funcionamiento y responsable sanitario ya que si no cuenta con estos documentos puede ser acreedor a una multa, ya que son indispensables, este tipo de documentos son totalmente gratuitos y se puede hacer el trámite en línea o presencialmente. En caso de incumplimiento por no tener estos documentos las multas pueden variar dependiendo si los verificadores encuentran otros incumplimientos dentro del consultorio dental, es por ello que deben verificar desde la caducidad de los medicamentos, en este caso la Cofepris recomienda realizar una semaforización para así poder saber cuáles son los próximos a caducar (74)

Tabla 13 Semaforización de los medicamentos

VERDE	Medicamentos que su caducidad aún falta más de 1 año para caducarse.
NARANJA	Medicamentos que su fecha de caducidad es próxima (1 mes).
ROJO	Medicamentos caducos estos deben estar almacenados en otro sitio y envueltos en una bolsa, se recomienda ir a lugares donde hay algún depósito para medicamentos caducos.

Fuente propia.

4.6. Capítulo 6 Expediente clínico dental

La idea principal de la investigación es proporcionar al estudiante de odontología, como se puede evitar incidir en errores comunes dentro del campo de trabajo, hemos repasado temas que como idea general buscan guiar dentro de la burocracia que conlleva ser un prestador de salud, pues el odontólogo, que es aun estudiante, está bajo el escrutinio constante de profesores, compañeros y el paciente en sí, pues es visto como aquel que busca aprender, siendo un principiante, sobre una persona que pone su confianza en él, esto genera que el odontólogo se apegue a las directrices que la escuela quiere, pero, qué sucede cuando el estudiante se convierte en un odontólogo formal, como lleve su logística dentro de su consultorio tendrá algunos matices de lo ha aprendido dentro de su formación, pero no del todo, esto ha llevado que muchos odontólogos de la práctica privada no tengan lo necesario para estar dentro de lo que se espera por la normas dadas por las organizaciones gubernamentales, y por tanto sean víctimas constantes de las denuncias por parte de los pacientes.

Entre los más importante que un practicante de la odontología debe tener es un expediente clínico dental, no solo para ser el escudo para las denuncias legales del paciente, sino también para formar una idea clara del estado del paciente, tanto en su salud general, como en su salud bucal, buscando encontrar un camino más llevadero para la atención del paciente.

La jurisprudencia mexicana sienta las bases del expediente médico dentro su diario oficial en la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, aquí el expediente es conceptualizado como: Un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información

y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (75).

Como es evidente el expediente médico busca brindar las herramientas necesarias para la comprensión del paciente en todas sus esferas, y no solo verlo dentro de una de ellas. Aquí es importante hacer hincapié en la responsabilidad social, funcional y moral que recae sobre cada prestador de salud, clínica u organización gubernamental, es de alta importancia, pues cada parte dentro del expediente clínico está dirigido a preservar puntos inestimables, como la vida, la salud y el bienestar del paciente.

En este contexto, es indispensable mencionar, que el expediente clínico es el documento esencial para evaluar el acto médico, de manera particular, en casos médico-legales, en los cuales este documental tiene fuerte valor probatorio, pues en la mayoría de las ocasiones, determina las decisiones de quien tiene a su cargo la resolución del conflicto (76).

El expediente clínico, es un documento que forja a las actividades médicas y busca ser el reflejo por escrito, objetivamente, sobre el curso de la enfermedad del paciente y como fue la participación del médico para su atención. El expediente médico como documento médico legal busca ser una guía de gran importancia durante el proceso de atención, y es tal su estimación que varias leyes alrededor del mundo hacen patente la necesidad de su elaboración, la cual es avalada por sustentos legales; leyes, normas oficiales, etc., y está dirigido al análisis y juzgamiento de la conducta profesional del médico.

En la relación médico-paciente, tanto el médico como el enfermo, deben generar un vínculo, pues siempre se ha considerado al prestador de salud, un historiador y biógrafo, cuyo fin sea el restablecimiento del estado de salud del paciente; siendo

indispensable la comunicación entre ellos, pues en la medida en que la información médica sobre las características del plan diagnóstico y terapéutico, sean comprendidas por el paciente, se reforzará la relación y se atenderá el deber jurídico de informar. Hoy en día cualquier odontólogo en cualquier ámbito donde se desenvuelva se debe regir bajo un nuevo modelo de la relación médico-paciente, de lo cual ya se ha hablado en capítulos anteriores, y como deber hacer frente al nuevo papel que reclaman los pacientes, lo cual ha generado nuevos desafíos y complejidades para la atención médica. Ahora el derecho al acceso del paciente a información clínica sobre su estado de salud es uno de sus derechos como pacientes y para poder brindar esta información se debe tener un expediente clínico, el cual ha sido, en los últimos años, motivo de discusión en todo el mundo. Al discutir a quién pertenece el expediente clínico y los datos que se encuentran contenidos, debe centrarse en el contexto de los principios éticos que guían el proceder médico y en lo que marca la Ley.

El expediente clínico, es el documento resultante de la entrevista médico-paciente, y la bitácora de cada individuo hospitalizado; el expediente guarda los datos clínicos ordenados, y es una especie de “inventario” contenido en una minuta, de cada caso clínico que llega al hospital, o de cada paciente al ingresar en un consultorio, y en él, se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración (77).

El valor que tiene cada expediente clínico es vitalísimo para la atención y formalización de la práctica médica, pues este suele contener datos confidenciales y, como es ya de conocimiento de cualquier practicante de salud, es un documento médico-legal y la base para la asistencia, docencia e investigación en medicina.

Por lo anterior, no puede ser sólo un papel más en la burocracia institucional, ni un mero trámite administrativo. La importancia del expediente clínico es tal, que trasciende la relación médico-paciente, y exige de todos, quienes intervienen en su elaboración, integración, manejo y custodia, lo hagan siempre con esmero, veracidad y pleno sentido de responsabilidad (77).

Para el paciente, el tener un expediente, significa confianza en la institución; denota, además, que se le pone atención. El aquejado se da cuenta de que existe un carácter formal en las acciones que se toman contra la enfermedad.

La aplicación del término de expediente clínico, así como historia clínica, ha generado diversas opiniones, pues se cree que debido a que el documento no sólo debe recoger una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada, situaciones sociales, psicológicas, etc. Este documento en algunos aspectos puede ser comparado con la libreta de notas del científico, pero a diferencia de éste, el tipo de anotaciones e información almacenada deben cumplir determinadas exigencias metodológicas en todos los casos. El científico experimental observa, anota y tabula utilizando un lenguaje fundamentalmente simbólico y a la hora del informe final es que convierte estos símbolos en lenguaje expresivo comprensible para todos (78).

El odontólogo pone en práctica el método de investigación científico: observando, anotando y tabulando, pero cambiado su objeto de estudio, un ser humano con todas las complicaciones que conlleva su atención, por tanto, se deben reflejar las interacciones recíprocas que se establecen con cada enfermo; también el trabajo en equipos multi e interdisciplinarios de los tiempos actuales obliga a que la información obtenida de cada paciente sea igualmente comprensible para todos sus miembros, sobre todo para el personal no médico que lo compone, en esta caso, el paciente y abogados.

La realización del expediente clínico también es muy importante para una rama del derecho que busca generar buenas relaciones entre el médico y el paciente, uno de los conceptos de mayor importancia y de mayor problematicidad para el Derecho Sanitario definida como: la disciplina jurídica especial que define las relaciones entre los usuarios o pacientes y los sistemas nacionales de salud ha sido el de acto médico. En ese contexto, en el ámbito doctrinario se han esbozado diversas definiciones entre ellas destaca la aportada por José Caballero quien lo define de la siguiente manera: Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los

servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud (79).

El expediente clínico no es exclusivo del médico general, quien típicamente lo realiza, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de la salud llámese odontólogo, enfermera, o practicante de la salud. En el derecho mexicano, la referencia normativa por antonomasia la encontramos en el artículo 32 de la Ley General de Salud: Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud(80). Siguiendo la definición anterior, la ley general de salud es la que por primera vez en el ámbito de las leyes ha definido qué ha de entenderse por acto médico, pues se trata de un acto que está regida por leyes y por tanto genera responsabilidades sobre el medico u odontólogo. Otras jurisprudencia que contiene puntos sobre la definición del acto médicos es el Reglamento general de atención médica de los Estados Unidos Mexicanos, el cual lo define de la siguiente manera: Toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud o bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considerará por su naturaleza acto mercantil (81).

Las leyes que hablan sobre el expediente clínico buscan evitar discrepancias surgidas en la relación médico paciente, además de esto debido al aumento de quejas por los paciente en la última década, también buscan determinar la calidad de los servicios médicos, siendo varias las razones que generan el interés, siendo el Sistema de Salud Nacional, entre las que sobresalen, la elevación de gastos secundarios a deficiencias en la atención de los pacientes y, el aumento en las demandas de orden legal, producto de errores al establecer el diagnóstico o instaurar la terapéutica.

La evaluación del expediente clínico fue muy utilizada como la principal herramienta para medir la calidad de la atención médica, actualmente esto ha cambiado, pero no podemos ignorar el hecho de que, para aplicar los métodos de evaluación de la

calidad, se requieren fuentes de información e instrumentos precisos y confiables, que permitan analizar adecuadamente la calidad del servicio médico (82).

Todo lo anterior va encaminado nuevamente a la relación y la atención hacia el expediente clínico, como el principal registro de todas las acciones que los prestadores de salud llevan a cabo durante la atención del paciente. La CONAMED ha registrado varios datos estadísticos que nos dan un bosquejo sobre como el expediente médico- dental es sobreestimado por bastantes colegas, los cuales son:

- Se triplicó el número de quejas recibidas del segundo semestre de 1996 a diciembre del año 2000.
- El 95.2% de las quejas correspondió a servicios privados, el 2.3% a los proporcionados en el ISSSTE, 1.2% en el IMSS y 1.2% en el DIF.
- Las especialidades odontológicas con mayor número de quejas fueron prótesis (43.5%), ortodoncia (22.4%), cirugía (9.5%), operatoria dental (8.3%), endodoncia (5.8%) y prostodoncia (5.8%).
- El 67.0% de las quejas se pudieron conciliar, en el 16.5% no se alcanzó acuerdo entre las partes y 5.8% se sometió a arbitraje.
- Sólo el 5% de los expedientes tenía historia clínica.
- En ningún caso se contó con el consentimiento informado del paciente.(83).

Sin embargo, la investigación de calidad en expedientes clínicos, a la fecha, en todo el mundo es muy pobre, la investigación que privilegia el mundo biomédico sigue siendo predominante, México no es la excepción en esta pobreza de investigación sobre los expedientes médicos; parte que explica esto, y que tiene que ver con alguna clase de regulación, es que la destrucción de los expedientes médicos ha sido una de las mayores tragedias para incrementar el conocimiento médico en estas áreas clínicas, independientemente de cuáles sean las explicaciones que pudiera haber en este sentido.

Por otra parte, los expedientes clínicos son muy deficientes como una herramienta de investigación porque no se construye el expediente para eso. Hay expedientes buenos en nuestro país, hay honrosas excepciones, hay algunas instituciones que

tienen una larga tradición de tener expedientes de excelencia, en donde la revisión de la literatura médica está hincada a una de las notas médicas que se escriben, pero también tenemos muchos expedientes muy deficientes.

Así mismo, con el advenimiento en la actividad médica del consentimiento bajo información, el paciente tiene derecho a que el médico le brinde información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. De igual forma, el paciente debe expresar su consentimiento por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o tratamiento a procedimientos que impliquen riesgo, para lo cual previamente deberá ser informado de los beneficios, complicaciones o aspectos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

En realidad, la adecuada integración de un expediente clínico va mucho más allá del cumplimiento de la Norma y tiene relevancia en distintos ámbitos. Si bien el expediente clínico es un documento que tiene tres finalidades principales –a saber, la clínica, la jurídica y la estadística–, también es una herramienta de gran relevancia para otras actividades relacionadas con la materia de salud.

Los registros clínicos contienen información que permite a las organizaciones crecer y fortalecerse, al generar datos que se convierten en decisiones de inversión en recursos humanos, materiales, de crecimiento y de posibles nuevos proyectos en salud. También contribuyen a la formación y desarrollo de las capacidades del médico y del personal de salud. A través de la historia clínica, se les brinda la oportunidad de conocer mejor a quien atiende y, de esta forma, abrir el camino hacia «una relación de confianza y apoyo con el paciente, al compartir sus inquietudes, temores y esperanzas»

Por tanto, es importante que los médicos conozcan los beneficios que acarrea el integrar adecuadamente un expediente clínico, tanto en la parte médica como en otros aspectos.

Seguridad del paciente

Le permite al paciente titular de la información que se cuente con una constancia escrita sobre su estado de salud en el momento en que se brinda la atención y en

futuros eventos para una mejor atención médica, más precisa y dirigida hacia sus propias necesidades, con altos estándares de calidad y seguridad, pues le otorga la posibilidad de contar con información correcta y actualizada; por supuesto, el tener un expediente clínico completo y de calidad refleja, en cierto modo, la buena atención brindada y ésta, sin duda repercute en la satisfacción del individuo.

El registro de la relación médico-paciente en las notas clínicas, de las decisiones consensuadas y de las indicaciones al personal que apoya al médico garantiza la continuidad en la atención al brindar un referente para todos aquellos involucrados en la atención del enfermo. Permite que no pierdan de vista el estado actual del paciente, así como la evolución del tratamiento y las posibles complicaciones que pudieran afectarlo, posibilitando, inclusive, educarlo paralelamente con sus familiares y seres queridos que lo acompañan.

Seguridad del médico

En una época en la cual la relación médico-paciente se ha modificado, derivando en prácticas defensivas por parte del personal de salud al estar expuesto a procedimientos médico-legales, no existe otra evidencia de que el médico actúa basado en principios científicos y trabaja guiando al equipo de apoyo, que los registros clínicos. En los procedimientos médico legales, una de las principales causas de controversia es la falta, omisión o error en los registros.

El expediente clínico se integra conforme se proporciona atención al paciente, debiendo integrarse por:

- Historia clínica.
- Interrogatorio.
- Exploración física.
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Notas médicas.
- Notas de interconsulta (en caso de que se realicen).

- Notas de referencia/traslado (en caso de que se realicen).

La historia clínica es el estudio inicial que se efectúa para conocer el estado y problemas clínicos del paciente para poder esbozar un diagnóstico y plan de tratamiento. Conforme se amplían los estudios y/o desarrolla el tratamiento, éste se documenta en el expediente clínico a través de las notas médicas, cuyas principales características se transcriben textualmente de la NOM:

- 5.8 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo, y en su caso, número de cama o expediente.
- 5.9 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.
- 5.10 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- 5.11 El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.
- 6.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el dentista cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio. Describirá lo siguiente:
 1. Evolución y actualización del cuadro clínico.
 2. Signos vitales.
 3. Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
 4. Diagnósticos y tratamiento e indicaciones médicas, en caso de medicamentos, señalar como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

Es muy conveniente que estas notas de evolución se elaboren también cuando el paciente no acude a sus citas, para que, ante una eventual queja o demanda, el dentista tenga elementos que permitan una evaluación más objetiva por parte de las autoridades competentes.

- Consentimiento informado

Hoy en día es importante tener la historia clínica completa como lo piden la norma oficial 004, ya que ante una demanda de algún paciente este documento puede ayudar a los dentistas como defensa, una parte esencial en la historia clínica es el consentimiento informado, ya que en este el paciente está aceptando el tratamiento que se le realizara y está informado sobre los beneficios y riesgos que conllevan durante el tratamiento. De acuerdo a la norma oficial 004 del expediente clínico el consentimiento informado debe contener ciertos criterios como lo son: Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso; Nombre, razón o denominación social del establecimiento, título del documento, lugar y fecha en que se emite, acto autorizado, señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado atendiendo el principio de libertad prescriptiva, nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vinculo que se encuentre presente, del tutor o representante legal, esto mismo aplica con menores de edad este documento lo tendrá que firmar sus padres o tutores; nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante, y por último, nombre completo y firma de dos testigos. Es importante mencionar que se debe llenar un consentimiento por cada tratamiento dental que se haga y que se llene antes de realizar dicho tratamiento. Así mismo por las circunstancias que está pasando el país por la pandemia de COVID-19 es importante también llenar otro consentimiento informado pero con las especificaciones sobre las posibles consecuencias principalmente al

realizar procedimientos quirúrgicos o farmacoterapias, así como los riesgos que significa el salir de casa, a pesar de que se tomen las medidas de seguridad mencionadas por el gobierno (68).

Este es un ejemplo de consentimiento informado por pandemia de COVID-19.

YO _____ IDENTIFICADO
TAL COMO APARCE ABAJO, POR VOLUNTAD PROPIA Y DEBIDAMENTE
INFORMADO (A) AUTORIZO A RECIBIR EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO
DE EMERGENCIA/URGENCIA A SER REALIZADO DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19.

ENTIENDO QUE EL VIRUS COVID-19 TIENE UN PERIODO LARGO DE
INCUBACION DURANTE EL CUAL SUS PORTADORES PUEDEN ESTAR
ASINTOMÁTICOS, SIENDO ALTAMENTE CONTAGIOSOS.

ENTIENDO QUE, AL MOMENTO, DEBIDO A LAS LIMITACIONES PARA LA
REALIZACION DE LAS PRUEBAS VIRALES, ES IMPOSIBLE DETERMINAR
QUIEN ES PORTADOR DEL VIRUS Y QUIEN NO.

ENTIENDO QUE LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS SON DIVERSOS
Y EN SU MAYORIA DE ELLOS SE PUEDEN GENERAR AEROSOLES QUE
PERMITEN LA DISEMINACION DE LA ENFERMEDAD YA QUE LA NATURALEZA
ULTRAFINA DEL AEROSOL QUE PRODUCEN LOS EQUIPOS LE PERMITE
PERMANECER SUSPENDIDO EN EL AIRE POR MINUTOS O HASTA HORAS,
LO CUAL PUEDE TRANSMITIR EL VIRUS COVID-19.

1.- QUEDO EN EL ENTENDIDO QUE AUN TENIENDO LA SEGURIDAD Y EL
SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO
ODONTOLOGICO, DEBIDO A LA PRECENCIA DE DIFERENTES PACIENTES,
LAS CARACTERÍSTICAS MAS IMPORTANTES DEL VIRUS Y DE LOS DIVERSOS
PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS EXISTE UN RIESGO ELEVADO DE
PODER CONTRAER EL VIRUS POR EL SOLO HECHO DE PERMANECER EN EL
CONSULTORIO ODONTOLOGICO. _____ (INICIALES)

2.- EN EL PLENO USO DE MIS FACULTADES SE ME HA INFORMADO QUE LAS VERTIENTES DE LAS DIVERSAS INSTITUCIONES DE SALUD NACIONALES E INTERNACIONALES ANTE LA PANDEMIA ACTUAL RECOMIENDAN LA SUSPENSIÓN DE LA REALIZACION DE TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS.

_____ (INICIALES)

3.- AUTORIZO BAJO MI RIESGO QUE EL TRATAMIENTO QUE SOLICITO IMPLICA UNA CONDICION CLINICA INCLUIDA EN LOS CRITERIOS ANTERIORES Y SE INTERPRETAN COMO URGENCIA. _____ (INICIALES)

4.- CONFIRMO QUE EN LOS ULTIMOS 14 DIAS NO EH PRESENTADO NINGUNO DE LOS SINTOMAS RELACIONADOS AL COVID-19, TALES COMO FIEBRE, SECRECION NASAL, TOS SECA, COMPLICACIONES RESPIRATORIAS O DIFICULTAD AL RESPIRAR, DOLOR DE GARGANTA; SALPULLIDO. _____ (INICIALES)

5.- BAJO MIS RESPONSABILIDAD ENTIENDO QUE NO HE SALIDO DEL PAÍS NI HE TENIDO CONTACTO CON PERSONAS QUE LO HAYAN HECHO FUERA DE MEXICO POR TRANSPORTE AEREO POR LOS ULTIMOS 14 DÍAS. _____ (INICIALES)

6.- COMPRENDO QUE LOS DIFERENTES ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SALUD ECOMINEDAN EN DISTANCIAMIENTO DE PERSONA A PERSONA DE MINIMO 1.8 METROS LO CUAL ES IMPOSIBLE MANTENER DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DE URGENCIA QUE ESTOY AUTORIZANDO. _____ (INICIALES)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

ODONTOLOGO TRATANTE: _____

FIRMA: _____

TESTIGO 1: _____

TESTIGO 2: _____

FIRMA: _____

LUGAR: _____

FECHA: _____

La presentación de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud se deben a diversas causas. Se pueden clasificar de manera general en dos grupos: las que se originan en una relación interpersonal, médico-paciente, inadecuada y aquellas relacionadas a deficiencias en aspectos técnicos científicos. No todas las quejas son sinónimo de mala práctica, ya que juega un papel fundamental la percepción que tiene el paciente respecto a los procesos de atención médica y la percepción es una apreciación subjetiva de los eventos sucedidos.

La guía de autoevaluación ha sido concebida como un ejercicio a través del cual cada cirujano dentista puede valorar el grado en que sus expedientes cumplen con los requerimientos que exigen las leyes, identificando en este proceso los puntos que debe incluir en su práctica profesional.

El formato que se presenta contiene las instrucciones y puntos que deben cotejarse, para la evaluación, el cirujano dentista procurará la mayor objetividad posible que permita una mejoría real en este importante documento. Se sugiere iniciar la autoevaluación de algunos expedientes clínicos elaborados por el cirujano dentista en fechas recientes, a efecto de identificar los puntos que ha omitido por desconocimiento de la normativa. Posterior a esta evaluación inicial el dentista podrá actualizar el formato de sus expedientes clínicos o adicionar los que le hicieren falta (por ejemplo, el de notas médicas o la autorización del paciente al plan de tratamiento). Se recomienda dedicar unos minutos durante los días siguientes para aplicar la cédula de autoevaluación a uno o dos expedientes clínicos hasta lograr su adecuada integración y uso, para finalmente espaciar la autoevaluación y aplicarla solamente una vez a la semana o al mes con el propósito de consolidar este cambio.

Esta inversión de tiempo y mínimos recursos podrá parecer una carga adicional al trabajo clínico; pero sin duda alguna retribuirá importantes beneficios, como son una mayor certeza en los tratamientos que realiza, la tranquilidad profesional para afrontar posibles demandas penales, civiles o ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico e incluso en la imagen profesional que aprecian los pacientes de sus dentistas.

4.7. Capítulo 7 Instituciones gubernamentales competentes para la solución de controversia entre usuarios y prestadores de servicios médicos

En el plan de desarrollo 2019-2024 del actual gobierno de México quiere ofrecer salud para todos los mexicanos, siendo esto todo un reto ya que en muchas localidades no se cuentan con los principales medios para atender a los pacientes y más hablando en cuestión de salud bucal, ya que lo dejan en segundo término. Para lograr este objetivo desde años atrás fue creada la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) esta es la principal institución que regula la actividad de los profesionales de salud es la Secretaría de Salud que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. De la Secretaría de Salud se desprenden varias instituciones como por ejemplo la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) que es un organismo creado para atender las quejas derivadas de la atención médica. Poco más del 5% de las quejas ingresadas en la CONAMED indican que son problemas por atención odontológica por lo cual se debe considerar un análisis más a fondo para poder detectar cual es el verdadero problema que están cometiendo los odontólogos para presentar estas cifras.

DECRETO POR EL CUAL SE CREA LA COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO.

- Artículo 1: se crea como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones y acuerdos.

- Artículo 2: su objetivo será contribuir a resolver los conflictos entre los usuarios de servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.
- Artículo 3: en términos del Título tercero de la Ley General de Salud, se consideran prestadores de salud todo aquel que ejerza cualquier tipo de práctica médica, así mismo las instituciones públicas y privadas.
- Artículo 4: la comisión nacional de arbitraje médico tendrá las siguientes atribuciones:
 - I. Brindará asesorías e información sobre los derechos y obligaciones a los usuarios y a los prestadores de servicios médicos.
 - II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o la negativa de prestación de servicios a que se refiere el artículo 3° de este derecho.
 - III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación a las quejas presentadas.
 - IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.
 - V. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que corresponde cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
 - VI. Emitir opiniones sobre las quejas que tenga conocimiento, así como intervenir de oficio en cualquier otra situación que considere de interés en la esfera de su competencia.
 - VII. Hacer conocimiento del órgano de control competente la negativa expresa de un servidor público de proporcionar la información que la hubiera solicitado la Comisión Nacional.
 - VIII. Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades de la procuración e impartición de justicia.
 - IX. Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional (84).



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Otra institución que regula este tipo de problemas es la Cofepris (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) esta institución es la encargada de realizar las auditorias directamente a todos los establecimientos que prestes atención médica, así mismos existen organismos descentralizados, en el caso del Estado de México es el Coprisem (Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México) esta institución se define a sí misma como conjunto de acciones preventivas del estado para poder controlar las condiciones sanitarias de los establecimientos que ofrecen algún tipo de servicio alimenticio, médico o cualquiera que conlleve un riesgo para la salud de las personas. Es por ello que muchas de las quejas odontológicas llegan a este tipo de instituciones, que posteriormente son remitidas a la Comisión de Arbitraje Médico cuando se trata de alguna demanda en contra del odontólogo, ya sea por alguna iatrogenia o por otra situación que demande el paciente (85, 86).

Consejo Mexicano de arbitraje médico.

En abril de 2002 se conformó el Consejo Mexicano de Arbitraje médico (CMAM) este se encuentra integrado por todas las comisiones de arbitraje médico del país y tiene como objetivo promover las acciones que permitan mejorar la práctica de la medicina y elevar los estándares de calidad, con las siguientes funciones:

1. Coordinar acciones para fortalecer el Modelo de Arbitraje Médico en el país, con apego a la legislación aplicable en cada una de las entidades federativas.
2. Unificar criterios, ajustándose a una metodología estandarizada que permita mejorar continuamente el servicio prestado.

3. . Concertar acciones para unificar criterios en la emisión de dictámenes médicos que coadyuven en forma efectiva con las tareas de las autoridades de procuración y administración de justicia, así como órganos internos de control.
4. Promover acciones conjuntas que favorezcan la mejoría de la práctica de la medicina, así como el respeto de los derechos de pacientes y profesionales de la salud.
5. Analizar la viabilidad de emitir recomendaciones.
6. Proponer criterios de difusión de resultados operativos de las Comisiones Estatales y de promoción de las mismas en el ámbito nacional, con el propósito de efficientar y consolidar los criterios de aceptación ciudadana sobre el Modelo de Arbitraje Médico.
7. Revisar las disposiciones jurídicas en arbitraje médico y, en su caso, promover las reformas o adiciones.
8. Impulsar acciones para la promoción y estudio de temas vinculados con el arbitraje médico, así como realizar eventos conjuntos en la materia.

5. Conclusiones

El proceso de investigación realizado en este trabajo ha evidenciado que la práctica odontológica requiere además de los conocimientos de esta ciencia, aspectos para el trato del paciente, esto nos da como conclusión que para el paciente al ser un ser humano requiere dar un trato más humano, quitando las cuestiones sociales, económicas y otras más, tener en cuenta que el paciente busca nuestra ayuda porque se siente mal y quiere regresar a un estado de bienestar.

En el cálculo de riesgo quirúrgico es preciso considerar que la impasividad (aun la mínima necesaria como acceso al cuerpo) implica una lesión que puede causar perturbación de la función, incapacidad total o permanente.

Es importante hacer una distinción entre cálculo de riesgo, una herramienta tecnológica de evaluación, y los juicios intuitivos de la mayoría de las personas, denominados percepciones de riesgo, que suelen venir de su entorno social o de los medios, más que de fuentes documentadas a fondo.

En términos generales, el riesgo que nosotros elegimos parece menos grave que el que nos elige otro. Podemos pensar el miedo del paciente de sufrir daño contra el miedo de fallar del cirujano; el miedo del paciente a no tener control de su enfermedad contra el miedo del cirujano de perder ese control, lo que en buena medida explica su renuencia al consenso y a la toma de decisiones compartida.

La relación costo/beneficio es el principal factor que determina mayor o menor miedo a una amenaza. Afecta tanto al paciente como al cirujano. En el acto quirúrgico el paciente tiene más en juego que el cirujano, y se da entonces una tensión entre la confianza en el profesional a cargo y la desconfianza en las complicaciones del procedimiento. Se da también un intercambio de miedos potenciados por experiencias anecdóticas del entorno social y los medios.

6. Referencias

1. Rivero SO, DURANTE I. Tratado de Bioética Médica. México: Trillas,. 2013;
2. García Colorado G. Normativa en bioética, derechos humanos, salud y vida. 2009.
3. Introducción SUI, El II. LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO COMO SERVIDOR PÚBLICO EN MÉXICO María Teresa A. :497–532.
4. Martín Fumadó C. Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal. TDX (Tesis Doctoral en Xarxa). 2012;
5. Montoya C. Responsabilidad civil médica. 1995;
6. Fabela CAF, Reyna LM. , Luz María Reyna,. 2007;979–89.
7. Arbolea, Montes de Oca R. Acto Médico Y Responsabilidad Profesional : Reflexiones En Torno a Las Diferencias Entre Las Jurisdicciones Mexicana Y Estadounidense. :1–21. Available from:
[http://207.249.17.176/Transparencia/Lists/Becarios/Attachments/307/RODRIGO MONTES DE OCA.pdf](http://207.249.17.176/Transparencia/Lists/Becarios/Attachments/307/RODRIGO%20MONTES%20DE%20OCA.pdf)
8. Luis J, Mariñelarena M. Responsabilidad profesional médica. 2011;33:160–

- 3.
9. Marqu HU. Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. 2007;17(2):56–62.
10. Herrera-villalobos JE. Legal aspects of medical error in Mexico. 2014;19:32–6.
11. G.Lee CT. Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. 2003. 161 p.
12. Review ADER. La bioética desde la perspectiva odontológica. 2019;76(5):282–6.
13. Castellanos jose luis, Diaz laura maria, Lee enrique armando. medicina en odontologia.
14. de las Mercedes Rodríguez L. La Cultura de la Legalidad y la prevención de casos de responsabilidad profesional en odontología. Rev CONAMED. 2016;21(2).
15. Tiol Carrillo A. Los seguros de responsabilidad civil en Odontología. Rev Mex Ortod. 2017;5(1):6–10.
16. Vigente T. Código civil federal. 2010;1–310.
17. Luengas Aguirre MI de F. La bioética en la relación clínica en odontología. Rev la Asoc Dent Mex. 2003;60(6):231–9.
18. Flórez ÁMW. La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. Opcion. 2012;27(66):70–84.
19. Torres Quintana MA, Miranda V M, Romo O F. Bioética y Odontología General. Rev Dent Chile. 2009;2(100):32–7.
20. Potter VR. Bioethics, the science of survival. Perspect Biol Med. 1970;14(1):127–53.
21. Gómez MD. Los barberos flebotomianos y el Quijote. Rev Odontológica Mex. 2016;20(4):230–2.

22. Services USD of H and H. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research.(1979). Belmont Rep Ethical Princ Guidel Prot Hum Subj Res. 2013;45.
23. Weingarter C. Responsabilidad por prestaciones odontológicas: contrato paciente-odontólogo, el deber de información, hospitales, clínicas, obras sociales, sistemas prepagos, especialistas, reparación de daños, dependientes... Astrea; 1997.
24. Triana Estrada J. La Ética: Un Problema Para El Odontólogo. Acta Bioeth. 2006;12(1):75–80.
25. Manuel J, Cerda B. La responsabilidad profesional en odontología. 2006;LXIII(3):111–8.
26. Goold SD, Lipkin M. The Doctor – Patient Relationship Challenges , Opportunities , and Strategies. 1997;(MI):26–33.
27. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. Prim care companion CNS Disord [Internet]. 2015 Oct 22;17(5):10.4088/PCC.15f01840. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26835164>
28. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. Br J Gen Pr. 2009;59(561):e116–33.
29. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch Intern Med. 1956;97(5):585–92.
30. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns. 2005;56(2):139–46.
31. Fremon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. Pediatr Res.

1971;5(7):298–311.

32. Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903–18.
33. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care*. 1990;19–28.
34. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* [Internet]. 2010;10(1):38–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21603354>
35. Portacio AB, Simancas AG, Franco KI, Caballero AD. Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. *Duazary*. 2009;6(2):95–101.
36. López-Portilla JE, Pilataxi-Sánchez S, Rodríguez-Escobar LD, Velásquez-Rivera AC, López-Blandón MA, Martínez-Delgado CM, et al. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2013;12(24):209–25.
37. CONAMED. Analisis de la queja medica en el servicio de odontologia.
38. Tondelli P. Tratamiento de ortodoncia como complemento de la terapia periodontal. *Prensa Dent J Orthod*. 2019;24(4).
39. Chung C-H, Tadlock LP, Barone N, Pangrazio-Kulbersh V, Sabott DG, Foley PF, et al. Common errors observed at the American Board of Orthodontics clinical examination. Elsevier; 2017.
40. Calle JFC, Mallqui JA, Palacios MA. Efecto del tratamiento ortodóncico en los tejidos periodontales: revisión de literatura. *Rev Estomatológica Hered*. 2010;20(4):216–20.
41. Bollen A-M, Cunha-Cruz J, Bakko DW, Huang GJ, Hujoel PP. The effects of

- orthodontic therapy on periodontal health: a systematic review of controlled evidence. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(4):413–22.
42. Cacciola D, Gómez GM. Relación entre periodoncia y ortodoncia: complicaciones gingivales y efectos del tratamiento ortodóncico en el periodonto. *Biociencias.* 2018;13(2).
 43. Levin L, Einy S, Zigdon H, Aizenbud D, Machtei EE. Guidelines for periodontal care and follow-up during orthodontic treatment in adolescents and young adults. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(4):399–403.
 44. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental Press J Orthod.* 2016;21(3):18–29.
 45. Ríos TAT, Pérez GG, Fernández ML, Villagómez MO. Accidentes de procedimiento endodóntico. Presentación de un caso. *Rev odontológica Mex.* 2011;15(3):183–8.
 46. Yousuf W, Khan M, Mehdi H. Endodontic procedural errors: frequency, type of error, and the most frequently treated tooth. *Int J Dent.* 2015;2015.
 47. Gutmann JL, Lovdahl PE. Problems encountered in tooth isolation and access to the pulp chamber space. *Probl solving Endod Prev Identif Manag* 3rd edn St Louis Mosby-Year B Inc. 1997;47–68.
 48. González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Nazco Ríos C. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. *Rev Cubana Estomatol.* 2002;39(3):374–95.
 49. Sánchez Ysmayel AE, Villarroel Orrego M. Evaluación de la condición periodontal en individuos tratados con prótesis parciales removibles y su relación con el diseño aplicado. *Acta odontol venez.* 2013;
 50. Mooney JB, Barrancos PJ. *Operatoria Dental/Dental Operation: Integracion Clinica/Clinical Integration.* Ed. Médica Panamericana; 2006.

51. Raspall G. Cirugía oral e implantología. Ed. Médica Panamericana; 2006.
52. Cuenca García AJ. Tratamiento periodontal e hipersensibilidad dentinaria. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2020.
53. Medina A. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av en periodoncia e Implantol oral. 2009;21(1):35–43.
54. Quintanilla DS, Hevia J, Fernández N, Pazos MTA. Correlación entre daño periodontal, movimiento dentario y reabsorción radicular: estudio clínico y microscópico. Arch Odontoestomatol. 1994;10(1):1–9.
55. Harpenau LA, Kao RT, Lundergan WP. Periodoncia e implantología dental de Hall: Toma de decisiones. Editorial El Manual Moderno; 2014.
56. Fernando P. Implantología oral alternativas para prótesis exitosa. 2008.
57. Eley BM, Soory M, Manson JD. Periodontia. Elsevier Health Sciences; 2012.
58. Odontología PUJF de. Fundamentos de la odontología: Periodoncia. Pontificia Universidad Javeriana; 2007.
59. Investigación ADE. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía del tercer molar inferior retenido. 2015;72(6):314–9.
60. Treviño JAM. Cirugía oral y maxilofacial. Editorial El Manual Moderno; 2009.
61. Vivar DEP, Serantes ML, Lumbreras ASC, Aguilar EYP, Tenesaca+ DGP. Predicción del tercer molar e indicaciones de germenectomía. Reporte de un caso. Rev la Asoc Dent Mex. 2018;75(5):283–9.
62. De F, Honor C De. Abordaje ortodóncico quirúrgico de las inclusiones dentarias. 2005;10:69–82.
63. JoséMedeiros P. Cirugía de dientes incluidos-Extracción del tercer molar. Edición año. 2006;
64. Clínico C, Case C. Reporte de un caso y revisión de literatura . 2019;76(5):287–93.

65. Chiapasco M. Cirugía oral: texto y atlas en color. Masson Elsevier; 2004.
66. Report MAC. The prevalence of supernumerary teeth varies tooth . When located in the midline palate between and is less frequent in the primary dentition . during routine radiological examination , when they. 2016;28:210–9.
67. Silva L, Leticia A. Aplicaciones clínicas en odontología ; comparación con otras técnicas. 2010;7:147–59.
68. Clínico NOME. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México, México, México.
69. Mexicana NO. NOM-013-SSA2-2006. D Of la Fed Available online <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR A>. 70.
70. de Integración S, del Sector Salud D. Diario Oficial de la Federación (México) Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 2010;
71. ADM R. Requisitos para la apertura de un consultorio odontológico en México. Rev ADM. 2019;76(1):38–43.
72. Residuos A, Clasificación PB, Nom--semarnat-ssa- NOM, Salud A, Residuos A, Clasificación I, et al. Norma oficial mexicana nom-087-semarnat-ssa1-2002, protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo. 2003;1–17.
73. Tiol-Carrillo A, Gutiérrez-Ospina I. Manejo de residuos peligrosos en el consultorio dental. Rev Odontológica Mex. 2018;22(3):126–7.
74. Weinberg M, Froum SJ. Fármacos en odontología. Editorial El Manual Moderno; 2013.
75. SALUD S DE. Secretaria De Salud Mexico. Secr Salud Mex. 2020;3(1):1–3.
76. Dubón C. La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo

información en las controversias médico-paciente. Confiabilidad y validez
Constr una escala para evaluar las actitudes y Opin hacia las prácticas
Anticoncept en 14 países América Lat. 2010;53(004):15–20.

77. Elizalde RO. La importancia del expediente clínico. 2001;68(2):95–103.
78. Peni B. LA HISTORIA CLÍNICA : DOCUMENTO CIENTÍFICO DEL MÉDICO. 2000;1(1).
79. Sanitario D. Régimen jurídico del acto médico. 2004;1–3.
80. Vigente T. Ley general de salud. 2020;
81. Oficial D. Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud. 2014;1–39.
82. Navarrete-navarro S, López-garcía GA, Hernández-sierra JF. Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico. 2000;(March 2016).
83. Gómez R, Triana J. Guía de autoevaluación del expediente clínico odontológico. Rev la Asoc Dent Mex. 2001;58(6):233–6.
84. Federal PE. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. D Of la Fed. :78–81.
85. Espinosa Carbajal A. Análisis de expedientes de queja del área de odontología. Rev CONAMED. 2018;5(4):5–7.
86. Tiol-Carrillo A. COFEPRIS: las auditorías de establecimientos de atención odontológica. Rev Mex Ortod. 2017;5(4):202–4.



Formato de avance de proyecto de tesis (Revisión de la literatura)

Título del proyecto: EVALUACION DE LA MALA PRÁCTICA DENTAL EN AMERICA 2015-2018 REVISION SISTEMATICA

Alumno(s): LOVERA BLAS ALBERTO ERNESTO, SALINAS SANCHEZ LUIS ENRIQUE

Asesor de tesis: C.D. VERONICA SOTO DUENAS

Asesor Metodológico: M. EN C.O. PIERRE GONZALEZ DIAZ

1er revisor: C.D Emmanuel Mejía Rodríguez

2do revisor: MCO. Leopoldo Javier Diaz Arzemandi C.D. Gloria Romero Doula

3er revisor: C.D Ilse Suarez Suarez

4to revisor: C.D Julio Cesar Bermudez Barajas

Aparatos	Asesor de tesis		Asesor metodológico		1er Revisor		2do Revisor		3er Revisor		4to revisor	
	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Fecha	Firma	Fecha	Firma
1. Introducción					28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
2. Objetivos					28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
3. Métodos					28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
Tipos: -No sistemática -Sistemática -Sistemática Cualitativa -Sistemática Cuantitativa					28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
4. Revisión de la literatura	3-02-2021		11-02-2021		28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
5. Conclusiones	3-02-2021		11-02-2021		28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
6. Referencias (Mínimo 50, no mayor a 5 años, idioma inglés)	3-02-2021		11-02-2021		28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
7. Anexos	3-02-2021		11-02-2021		28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	
Tesis finalizada	3-02-2021		11-02-2021		28-Ago-22		8-Sep-22		28-Oct-22		28/Oct/22	

VPO [Signature] 3-02-2021

V.B. UCO [Signature] No. B. UCO [Signature]