

BY

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRABAJO FINAL
DE
LICENCIATURA**

SONIA AGUILERA PEDROSA
BARCELONA
1999

**NO ES PERMÉS LA
REPRODUCCIÓ / FOTOCÒPIES
DE LES TESIS I TESINES EN
SUPORT PAPER**



Odontologia

**ANALISIS DE LA VALORACION
DE LA MALPRAXIS EN
ODONTOESTOMATOLOGIA**

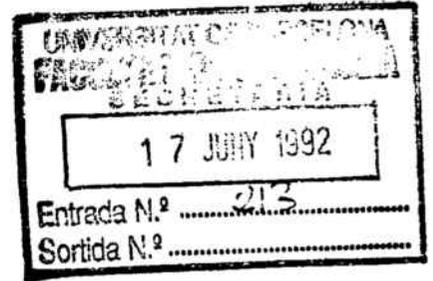
DIRIGIDA POR MARGARITA LUNA DESCALZO



UNIVERSITAT DE BARCELONA Divisió de Ciències de la Salut

Pabelló de Govern 1ª planta
c/ Feixa Llarga, s/n - Hospital de Bellvitge
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Facultat d'Odontologia



Darjanita Luno Osualdo, Professor de
l'assignatura Odontologia Legal,
del Departament Salut Pública
d'acord amb el punt 2.9 de la normativa per a l'obtenció
del Títol de Llicenciat en Odontologia.

FAIG CONSTAR: Que el treball de fi de llicenciatura de
l'alumne Enria Aquilera Pedraza,
de títol Anàlisi de la valoració
de la Dalgmaxii en Odonto-
estruològic...
compleix els requisits per ser presentat i
qualificat davant del Tribunal que oportuna-
ment es nomeni.

L'Hospitalet, 18.6.92

Signatura Professor

D. Luno

Agradecimientos

A mi directora, la Dra. Luna, por su paciencia , dedicación y estímulos sin la cual no me habría sido posible la realización de este trabajo.

Al Dr. Corbella por sus valiosas sugerencias que han servido para enriquecerlo.

A mi familia, que con su constante ánimo y dedicación ha hecho posible que llegue a culminar mis propósitos.

INDICE

I.INTRODUCCION. OBJETIVOS	5
II.MATERIAL Y MÉTODOS	7
III.CONCEPTOS GENERALES	9
1.Responsabilidad. Concepto. Tipos	9
2.Malpraxis	14
2.1.Concepto.Tipos	14
2.2.Malpraxis real	15
3.Dinámica de las reclamaciones	17
4.Mecanismos de defensa	21
5.Ley General de Sanidad	22
IV.RESULTADOS	24
IV.1.RESULTADOS GENERALES	25
1.Comportamiento del dentista	28
2.Mecanismos de defensa	31
2.1.Seguimiento de los estándares	31
2.2.Garantías contractuales	32
2.3.Formación	34
2.4.Documentación clínica	34
2.4.1.La historia clínica	34
2.4.2.El consentimiento informado	39
2.5.Comunicación	47
2.6.Control de los riesgos	48

2.7.Asesoramiento legal	49
3.Una situación especial: las urgencias	53
3.1.Sondeo	54
3.2.Tratamiento clínico	56
4.Abandono y terminación del tratamiento	58
5.Relación patrón-empleado	60
6.Traspaso de la consulta	62
7.Psicología del paciente	64
8.Ante una demanda	66
IV.2.LA MALPRAXIS EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES	69
1.Radiología	73
1.1.Protección y calidad	74
1.2.Prescripción	76
1.3.Diagnóstico	78
1.4.Archivo de registros	81
2.Implantología	83
2.1.Introducción	83
2.2.Fracasos	85
2.3.Errores y omisiones	89
2.4.Punto de vista médico-legal	94
3.Ortodoncia	97
3.1.Inadecuado diagnóstico y plan de tratamiento	97
3.2.Evolución o complicaciones del tratamiento	102
3.2.1.Cooperación	103

3.2.2.Exodoncias	104
3.2.3.Profilaxis antibiótica	105
3.2.4.Impactación de piezas	106
3.2.5.Problemas de ATM	108
3.2.6.Caries	110
3.2.7.Reabsorciones radiculares	111
3.2.8.Patología periodontal	111
3.3.Resultado insatisfactorio	113
3.3.1.Duración y finalización	113
3.3.2.Problemas de ATM	115
3.3.3.Resultado insatisfactorio	116
3.3.4.Complicaciones	117
4.Endodoncia	120
4.1.Causas de fracaso generales	121
4.2.Causas de fracaso odontológicas	122
4.3.Causas de fracaso profesionales	122
4.4.Causas de fracaso locales	122
5.Patología médico-quirúrgica	126
6.Anestesia	131
6.1.Sedación	131
6.2.Anestesia local	132
7.Prótesis	135
7.1.Problemas de sensibilización	137
7.2.Fragilidad de pilares en fija	139

7.3.Problemas con la colocación	140
7.4.Desprendimiento de la prótesis	141
7.5.Prótesis dolorosas	141
7.6.Duración de las prótesis	141
7.7.La PPR	142
8.Periodoncia	146
V.CONCLUSIONES	148
VI.BIBLIOGRAFIA	153

I. INTRODUCCION. OBJETIVOS.

Clásicamente y desde la antigüedad se ha tenido en cuenta el concepto de la responsabilidad del médico en el ejercicio de su profesión, tanto en su vertiente moral como jurídica. Esta responsabilidad médica (en nuestro caso odontoestomatológica) lleva fácilmente al concepto de malpraxis, o "mala práctica" y con ella a las necesarias consecuencias para el profesional de asumir el resultado de sus actos y responder de ellos.

A pesar de los antiguos antecedentes del tema, las repercusiones legales no se han extendido hasta los últimos decenios, en los que han aumentado de forma importante los procesos judiciales contra profesionales sanitarios. Estos procesos además se han divulgado gracias al desarrollo de los medios de comunicación. En otros países, sobre todo en Estados Unidos, el tema está mucho más estudiado debido a la frecuencia de demandas por responsabilidad que se están presentando. Se prevee que en nuestro país llegaremos a una situación similar.

Ha parecido importante realizar un análisis de situación, revisando el estado actual del tema, pues a pesar de que es importante y tiene repercusiones diarias en el ejercicio de nuestra profesión, los trabajos en nuestro país son todavía escasos.

En este trabajo se recopilarán los riesgos, complicaciones, precauciones y métodos de prevención tanto en las distintas áreas odontoestomatológicas como en el

ejercicio de la profesión en general. También se presentarán aquellas demandas que han entrado en proceso legal y han sido publicadas. El material bibliográfico en su mayoría es de procedencia norteamericana o anglosajona. No aparecen apenas sentencias ya que la búsqueda se ha realizado en revistas médicas.

Para todo ello se pretende alcanzar unos objetivos:

- * Revisar los conceptos de responsabilidad del profesional y los riesgos que existen en el tratamiento diario de sus pacientes para poder llevar a cabo un control y prevención de los mismos.
- * Conocer las causas y actos que han llevado a distintos pacientes a presentar sus quejas y llevarlas a los tribunales.
- * Dar a conocer el estado actual del tema, respaldado por la situación en otros países, ya que en el nuestro no existe una bibliografía suficiente; así se deberán extrapolar resultados.
- * Presentar y analizar los riesgos en cada una de las subespecialidades odontoestomatológicas, resaltando aquellas áreas que parecen por el número de casos recopilados las más peligrosas.

II. MATERIAL Y METODOS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados que aparecen en el Med-line de 1986 a 1991. Las palabras claves utilizadas donde se ha encontrado material han sido malpraxis y responsabilidad profesional (se investigó "malpractice, liability, litigation, responsibility professional, risk management"). El número de artículos hallados así es muy grande (unos 100 por año como media) pero se han tenido que descartar muchos por pertenecer a publicaciones muy difíciles de obtener por su procedencia. Tras la búsqueda informatizada se han recopilado y clasificado los distintos artículos en áreas realizando un fichero, para después exponerlos de una forma ordenada.

A pesar de esto, muchos de ellos enfocaban el tema de forma general, analizando los riesgos y precauciones que afectan al odontoestomatólogo general y a los subespecialistas por igual, y que se refieren a su práctica diaria en el manejo del paciente. Sobre los aspectos jurídicos sólo se ha hecho referencia en el capítulo de conceptos generales y basándose en tratados de medicina legal. Esto es debido a que no han aparecido en los artículos ya que se ha revisado la literatura médica. La literatura española también se ha estudiado pero han aparecido muy pocos artículos y ninguno de ellos concretando ningún caso de demanda por responsabilidad.

Se ha utilizado material sobre el tema de responsabilidad legal en tratados de Medicina y Odontología legal(1,2). Otros conocimientos expuestos corresponden a las asignaturas de Odontología legal, Patología y Terapéutica Dental I y Oclusión y Prostodoncia, impartidas en la licenciatura de Odontología.

El tema es extenso y se puede ampliar revisando fuentes jurídicas y poniéndose en contacto con el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos y con el Colegio de Médicos, ya que a éstos organismos llegan un gran número de demandas. A pesar de ello la intención de este trabajo no es tratar de forma tan precisa el tema sino formar unas bases que posteriormente puedan ser investigadas más a fondo.

III. CONCEPTOS GENERALES.

1. Responsabilidad. Concepto. Tipos.

La responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e incluso involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. En último extremo el acto médico responde a un contrato jurídico de prestación de servicios, de donde puede nacer el derecho a la reclamación.

Los orígenes tanto éticos como jurídicos se remontan siglos. En el siglo V a.C. con el juramento hipocrático se sientan las bases éticas de la conducta del médico. En el siglo XVIII a.C aparece el primer texto legal que se refiere a las profesiones sanitarias: el Código de Hammurabi de las culturas mesopotámicas. En evolución la influencia ética ha disminuido llegando en la actualidad a una sociedad en la que aumentan las reclamaciones jurídicas, sobre todo en los países capitalistas. Esto es debido a un aumento del riesgo en las terapéuticas, a la existencia de mayor información para el paciente y al alejamiento de la relación médico-enfermo por la masificación.

Según Gisbert Calabuig(1) las razones de este incremento en las reclamaciones son:

1. La medicina ha logrado perfeccionamientos que dan lugar a que el enfermo considere su curación como un derecho.
2. El hedonismo de la sociedad induce a que el hombre rechace la idea del sufrimiento y el dolor. Si aparece la enfermedad hace responsable de ello al médico.
3. Mercantilismo. Una oportunidad de ganancias ya que los litigios por responsabilidad profesional se traducen en indemnización.

El enfermo puede comprender los objetivos y el resultado final de la actuación médica pero es difícil que pueda valorar si se ha realizado bien o mal la técnica. Por ello cuando existe un resultado negativo se supone una asistencia médica deficiente aunque es evidente que un mal resultado no es por sí mismo una prueba de malpraxis.

Así pues, en la valoración influyen, muchas veces de forma decisiva, el modo en que el paciente se ha sentido tratado.

La responsabilidad médica puede dar lugar a responsabilidad penal, cuando el hecho incriminado constituye una infracción voluntaria o imprudente, tipificada como delito o falta. El profesional será penalmente responsable cuando:

1. Actuando como hombre, independientemente de su profesión que le podría servir como medio de realizar el delito.
2. No siguiendo imposiciones de la ley relativas al ejercicio de la profesión (certificados, fármacos, etc).
3. La circunstancia jurídica más frecuente: imprudencia punible.

La responsabilidad civil es una obligación que nace de la ley, de los contratos y cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos o en los que intervenga cualquier género de culpa o negligencia. Esta responsabilidad se concreta en la indemnización de los daños y perjuicios a la que quedan sujetos los que fueren causa de aquéllos(1).

En la responsabilidad civil pueden diferenciarse tres tipos según su origen:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL(1).

La responsabilidad civil del médico es esencialmente contractual, por cuanto nace del incumplimiento del contrato tácito o cuasi contrato de prestación de servicios. Si el enfermo o sus derechohabientes estiman que tal incumplimiento ha sido el origen de un perjuicio, pueden reclamar ante los tribunales la indemnización económica pertinente.

Este contrato presenta ciertas peculiaridades, según doctrina del Tribunal Supremo, y entre ellas de forma destacada está el que no se trata de un contrato de resultado, ya que no engendra más que una obligación de medios, que consisten en prestar los cuidados que precise la salud del paciente, asentados por los principios científicos y deontológicos vigentes.

La obligación de indemnizar no surgirá porque el enfermo o sus familiares se hayan sentido frustrados al no haberse conseguido los resultados terapéuticos, sino cuando se demuestre que haya habido incumplimiento de la obligación del médico de realizar todos los actos exploratorios, diagnósticos, terapéuticos, etc que el estado actual de la ciencia exige en el tratamiento de la enfermedad concreta.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL(1).

Se refiere al artículo 1902 del Código civil, que dice: "El que con acción u omisión causa daño a otro, interviniendo con negligencia, está obligado a reparar el daño causado". Es evidente que para que pueda hablarse de responsabilidad civil pura, es imprescindible que el médico y odontólogo presunto responsable no haya tenido intención de producir el perjuicio ocasionado, es decir que hablamos de imprudencia o negligencia simple.

3. RESPONSABILIDAD CIVIL DE ORIGEN DELICTIVO(1).

Los hechos delictivos producen en muchas ocasiones daños personales y perjuicios económicos que no pueden quedar saldados con el cumplimiento por el autor de la penalidad impuesta por los tribunales. El artículo 1 del Código civil refleja este hecho al establecer que las obligaciones civiles que nazcan de los delitos o faltas regirán por las disposiciones del Código penal.

De hecho en la responsabilidad sanitaria tenemos que considerar tres niveles: la responsabilidad del médico, de las instituciones y de las autoridades sanitarias(2). La primera es el enfoque más clásico y el que nos afecta directamente en nuestra profesión.

En un principio la conducta del médico se medía con su propia conciencia. Con el tiempo aparecieron algunas limitaciones: el secreto médico, la declaración obligatoria de enfermedades infecciosas, aquellas patologías por actos delictivos, y el problema de la revelación de una patología que se conociera de una persona concreta a una tercera, la cual podía recibir las consecuencias. Así se fueron creando los códigos deontológicos.

2. Malpraxis.

2.1 Concepto. Tipos.

En el sentido estricto, malpraxis significa "mala práctica". El término surge de "malpractice" con el que se conocen en los países anglosajones las cuestiones relacionadas con la responsabilidad profesional.

La malpraxis puede ser de distintos tipos(2):

- * Malpraxis real. Es aquella en la que una actuación deficiente ha dado lugar a resultados negativos.
- * Malpraxis aparente. La actuación del profesional es correcta aunque el resultado no. Aquí tendrá mucho valor que el dentista pueda demostrar que las cosas se han hecho bien, así pues entra en escena toda la documentación que constituye la historia clínica.
- * Doctrina del riesgo conocido. Se constituye cuando el resultado es negativo pero se preveía por la existencia de distintos factores.

Las repercusiones jurídicas de la malpraxis son muy frecuentemente económicas y en escasas ocasiones de inhabilitación subsidiaria. Hay que tener en cuenta que aunque la valoración del paciente se basa en los resultados obtenidos, la jurídica lo hará en la actuación del profesional. Jurídicamente se podrá haber cometido negligencia, imprudencia o imprudencia temeraria.

2.2. Malpraxis real.

La malpraxis real se constituye cuando una actuación médica deficiente lleva a resultados negativos con perjuicio para el enfermo. Según Corbella(2) podríamos tipificar los casos más importantes o frecuentes:

1. Incompetencia. El profesional no sabe realmente lo que hace porque tiene una formación o experiencia insuficiente. Son los casos de carencia de titulación válida, trabajo deficiente o trabajo en equipo en los que se facilita que el especialista en formación realice tareas que exceden sus conocimientos.
2. Impericia. En teoría el profesional domina la técnica pero le sale mal. Aquí deben valorarse la frecuencia de los errores y los factores que pueden contribuir: cansancio con bajada de atención, infravaloración del riesgo y trabajo de rutina.
3. Falta de asistencia. Las situaciones en que se producen son más propias de medicina de urgencia y hospitalaria.
4. Trabajo de rutina. Es una forma de imprudencia que puede afectar a cualquiera que realice una tarea habitual para él y en la que a veces no toma todas las precauciones debidas.

5. Infravaloración del riesgo. El trabajo se hace sin valorar el riesgo real, y por lo tanto sin tomar todas las medidas adecuadas para controlar la intensidad de la acción o para tratar las complicaciones que pueden presentarse. La infravaloración del riesgo se presenta especialmente en la terapéutica farmacológica (no valorar efectos de asociación, no tener en cuenta patologías previas, no tener en cuenta antecedentes alérgicos,...); en la terapéutica quirúrgica (no valorar el riesgo de infecciones, realizar técnicas en lugar poco adecuado, no valorar el estado previo,...); en la terapéutica radiológica (protección insuficiente, aislamiento insuficiente del local, aparatos viejos mal protegidos,...); en el riesgo de los tóxicos y en el riesgo de las infecciones (hepatitis, SIDA,...).

3. Dinámica de las reclamaciones.

La reclamación del paciente puede llegar a distintos niveles. En cada nivel la queja puede estacionarse o subir al siguiente. Los distintos escalones que nos atañen a nosotros serían:

- * Ante el propio especialista en la consulta.
- * En un escrito público en la prensa.
- * Ante el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos.
- * Ante la autoridad judicial.

La dinámica de las reclamaciones por malpraxis se constituye en cuatro fases.

1ª fase. Aparece un resultado negativo que lleva al paciente a reclamar. En la acción de esta reclamación influyen ciertos factores como son una información insuficiente, una sensación de trato humano deficiente y posibles aspectos económicos. Otros factores nos disminuirán las reclamaciones. Estos son realizar una información del diagnóstico, una praxis correcta y un buen trato humano.

2ª fase. Va desde la reclamación a la denuncia.

La denuncia puede llegar a un enfrentamiento verbal ante el profesional, el Colegio o ante los medios de comunicación. Para que se verifique la denuncia influyen

factores tanto del acto médico como del propio enfermo o familiares.

- * Acto médico: resultado negativo
 incertidumbre sobre la evolución
 trato personal deficiente
- * enfermo o familia: personalidad conflictiva
 desconfianza de familiares
 exigencia excesiva de derechos
 inconformismo excesivo

Es importante captar la expresión de descontento en forma de desconfianza en la terapéutica, valoración excesiva de pequeñas incomodidades, quejas ante el estamento de enfermería o una queja inicial.

Existen además factores externos de descontento que pueden llevar a que la demanda sea un hecho. Estos son una desconfianza previa en los profesionales sanitarios por previos encuentros, una captación de un posible beneficio económico y la mención frecuente de hechos de malpraxis en los medios de comunicación.

Los mecanismos de defensa en este momento serán atender la reclamación dando una información extensa y un buen trato personal.

La reclamación ante el Colegio profesional no es excepcional, ya que el paciente supone que así ejerce un castigo moral. En este organismo llegan a la Comisión deontológica, formada por profesionales especializados, donde generalmente

se frena. Si se cree que realmente hubo error, el Colegio intenta una negociación privada con una indemnización mediante el seguro de responsabilidad civil.

Las reclamaciones ante la prensa suelen ser más queja de una institución que no de profesionales concretos y suelen expresar un funcionamiento deficiente.

3ª fase. Esta fase se constituye desde la denuncia al procesamiento. Pueden realizarse ante el Juzgado de Guardia o por medio de un asesor (entonces son más elaboradas y más serias). Si se admite a trámite se iniciarán las diligencias solicitándose mayor información. Se pedirán declaraciones a los afectados, los cuales recibirán una citación. En principio sólo se pide declaración bajo promesa o juramento de decir verdad, pero también se pueden aportar documentos al final. Es muy importante estar bien asesorado ya que nos dará una idea clara del enfoque real, una opinión técnica y nos ayudará a presentar los problemas.

Los mecanismos de defensa en esta fase serán pues un buen asesoramiento, una documentación correcta y suficiente y una posible indemnización.

Si se archivan las diligencias significa que no hay indicios de delito ni de falta, por lo tanto la demanda irá vía civil.

4ª fase. Esta fase va desde el procesamiento a la condena. Significa que hay indicios suficientes de culpa y supone ya un riesgo claro de condena. Existe una petición de pena por la acusación que puede consistir en privación de libertad (es

frecuente aunque suele ser menor de 1 año, por lo que la primera vez no se efectúa), en indemnización (es constante) o en inhabilitación subsidiaria (se suele pedir además).

Los mecanismos de defensa en esta fase serán conseguir un buen abogado, procurar testimonios favorables y poseer una documentación suficiente y demostrativa con unos informes técnicos favorables.

La sentencia puede ser absolutoria o condenatoria. Se pueden interponer recursos por ambas partes en un apelación al Tribunal de Instancia superior o por una casación al Tribunal superior.

4. Mecanismos de defensa.

Los mecanismos de defensa ante todo tipo de demandas se basarán en la acreditación del profesional, la información que se le dé al paciente y la documentación clínica.

El profesional debe seguir una formación continuada y tener la titulación para lo que ejerce. Debe tener cuidado y no realizar actos por rutina.

El capítulo de la información será ampliamente tratada más tarde, aquí solo decir que se debe dar antes, durante y al final del tratamiento.

En cuanto a la documentación clínica también se tratará en un capítulo monográfico indicando cómo debe ser y qué debe contener.

5. Ley General de Sanidad.

La ley General de Sanidad es del 25 de abril de 1986. Remodela la estructura sanitaria basándose en las ideas filosóficas de la Convención de Alma-Ata.

Consta de un preámbulo, 7 títulos más un preliminar y 113 artículos.

Nos interesan remarcar aquí los artículos que se refieren a los derechos de los enfermos. El artículo 10 tiene más de 15 puntos sobre los derechos del usuario:

- Derecho al respeto de la personalidad, dignidad e intimidad.
- Derecho a la no existencia de discriminación por sexo, raza o motivos de otro tipo como políticos.
- Derecho a recibir información sobre servicios sanitarios.
- Derecho a la confidencialidad.
- Derecho a la advertencia cuando se lleven a cabo proyectos de investigación.
- Derecho a la elección entre diversas opciones.
- Derecho a utilizar el consentimiento escrito en las intervenciones.
- Derecho a tener asignado un médico interlocutor.
- Derecho a obtener certificación de su estado.
- Derecho a negarse al tratamiento.
- Derecho a participar en actividades sanitarias.
- Derecho a que quede constancia escrita de su proceso.
- Derecho a recibir un informe de alta.
- Derecho a utilizar las vías de reclamación.
- Derecho a elegir médico.
- Derecho a la obtención de medicamentos.

En el apartado 6 del artículo 10, se nombra que es preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los casos de riesgo para la salud pública, que el individuo no esté capacitado o que exista una razón de urgencia. En el apartado 9 del artículo 10 aparece el derecho del paciente a negarse al tratamiento excepto en los casos señalados anteriormente, debiendo entonces solicitar el alta voluntaria.

En el artículo 11.4 se nombra que serán obligaciones de los ciudadanos firmar un documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento.

IV. RESULTADOS

En total se han conseguido 107 artículos sobre el tema. La distribución por años es equitativa en cuanto a número de publicaciones. El área española se ha intentado cubrir, aunque no ha aparecido apenas material. La información es fundamentalmente médica, de tipo odontológico, ya que ésta es la bibliografía que se ha investigado. Las publicaciones más frecuentemente utilizadas han sido la Dent Manage, Dent Pract Manage, Dent Econ, y la Am J Orthod Dentofac Orthop. Estas revistas tenían dedicado en cada número un artículo sobre el tema de demandas de responsabilidad, prevención, precauciones a tener,...

Tras la revisión de los artículos, en muchos de ellos ha aparecido una idea que todos tenemos presente: el aumento de demandas para el profesional odontoestomatológico. Este hecho es ahora mucho más importante en Estados Unidos, pero se vislumbra una clara influencia en nuestro país.

IV.I RESULTADOS GENERALES

Algunos autores(3) hablan de que uno de cada 10 dentistas tendrán demandas por malpraxis en el próximo año, y esto era lo previsto para 1989. A nivel de ortodoncia las predicciones son de uno de cada doce(4) y nos dan cifras del progreso en los últimos años: de 1978 a 1982 aumentaron en un 200% el número de casos en las Cortes por responsabilidad profesional; la ADA en el 1986 incrementó 67 millones de dólares para compensar las pérdidas de su programa de seguros.

En definitiva para Douglas(4) en 1986 ya las previsiones eran de un aumento del 100% de casos de malpraxis para la media de los dentistas. Más recientemente, en 1989, Machen(5) nos habla de un pleito por cada ortodoncista. Así, resalta el incremento que se presenta en la ortodoncia, y concuerda con la cantidad de información hallada en la revisión, más abundante en esta especialidad.

La JCO(6) realizó una encuesta en el 1990 a sus lectores interrogándoles acerca de los puntos que más les preocupaban. Se seleccionaron 500 ortodoncistas randomizados de los cuales respondieron 90. El tercer grupo más importante de respuestas (18%) correspondía a interferencias externas en su práctica, de ellas 31 ortodoncistas se referían a responsabilidad por malpraxis, informe de consentimiento firmado y pleitos. Las típicas referencias eran: "aumento de la vulnerabilidad a los pleitos", "práctica defensiva para defendernos de los pleitos", "estamos viviendo con el temor de las extracciones y los síntomas de ATM". Si nos basamos en puntos

específicos, el grupo que se preocupa por malpraxis es el segundo, sólo superado por los de "no ortodoncistas que practican ortodoncia".

En resumen el hecho es que el número de demandas profesionales ha aumentado y está en aumento. La potencial responsabilidad legal existe en todos los aspectos de la práctica, para ello los credenciales y la educación contribuye a obtener el cuidado y prevenir los riesgos legales. Esta crisis de demandas en América está haciendo cambiar y aumentar los niveles de educación y competencia profesional(7). La sociedad se está volviendo más litigante(8,9), y ello por diversos factores: un incremento de la agresividad y una disminución de la confianza en la relación médico-paciente (que no se compensa con el avance tecnológico), por un mejor conocimiento de los derechos del paciente (va desapareciendo el conformismo) y en muchos casos por el conocimiento de la recompensa económica. Influye así mismo el progreso técnico adquirido que permite obtener resultados más eficaces pero empleando técnicas a menudo más agresivas que hacen que exista mayor riesgo. El paciente cada día más va tomando conciencia de la importancia de una buena dentadura y de la necesaria integridad estético-funcional. Los medios de comunicación también tienen mucho que ver en esta progresión, pues a parte de la información explotan los asuntos concernientes a la sanidad.

En todo esto tiene mucho que decir el propio odontólogo siguiendo correcta y prudentemente los procedimientos profesionales y evitando así pleitos serios. El Dr. Burton Pollack(3), dentista y abogado, revisó 400 casos de malpraxis y halló que el 80% (el 20% de ellos con negligencia) no era defendible por falta de documentación

y notas ilegibles; y esto es porque el profesional se resiste a mejorar la documentación por el tiempo necesario para ello.

1. No sólo como defensa sino como principios éticos en sí, EL DENTISTA DEBE SEGUIR UN DETERMINADO COMPORTAMIENTO, inspirado en el Juramento Hipocrático:

1.1. Respecto a sus pacientes está obligado a:

1.1.1. Ejercer su profesión concienzudamente y con el máximo de su habilidad profesional sin ningún condicionamiento de raza, nacionalidad o nivel social.

1.1.2. Mantener el secreto profesional excepto cuando la ley le exija lo contrario.

1.1.3. Exceptuando urgencias o cuando se considere incapaz tiene derecho de rehusar el tratamiento, no debe interrumpir el curso de un tratamiento ya iniciado y si hay para ello razones excepcionales debe buscar medidas alternativas.

1.1.4. Tratar las necesidades del paciente con consideración humana y plantear los honorarios de forma correcta.

1.2. Con el público:

1.2.1. En todas las circunstancias debe comportarse de forma que engrandezca el prestigio, honor y dignidad de la profesión.

1.2.2. La publicidad, las placas exteriores y las limitaciones exclusivas respecto a especialidades se deben adaptar a la normativa de cada país.

1.3. Con sus colegas:

1.3.1. Deberá siempre estar dispuesto a ayudar al colega que solicite su consejo o ayuda.

1.3.2. No debe apropiarse de los pacientes de sus colegas.

1.3.3. No debe implicarse en la crítica adversa sobre tratamientos u honorarios de otros.

1.4. Ejercicio de la profesión:

1.4.1. Debe asegurarse que su instalación, equipamiento y personal auxiliar ofrecen un alto nivel de servicios.

1.4.2. Debe estar preparado para referir a colegas más cualificados cuando considere que el problema excede su competencia y aceptar la responsabilidad plena de aquellos tratamientos que realiza.

- 1.4.3. Debe mantener su competencia procurando estar al corriente de los avances científicos y el progreso tecnológico.
- 1.4.4. Debe pertenecer al Colegio profesional y no emplear o asociarse de quien sepa o sospeche que ejerce ilegalmente.
- 1.4.5. No emitir certificaciones falsas, manifestaciones engañosas y defender los derechos fundamentales de la profesión incluyendo la libertad para prescribir y tratar.
- 1.4.6. Protegerse de reclamaciones por medio de una póliza de seguros (por ejemplo).
- 1.4.7. El empleo de auxiliar, las asociaciones profesionales, y las compra-venta de consultas deben estar de acuerdo a las normas nacionales.

2. MECANISMOS DE DEFENSA DEL PROFESIONAL.

Este punto es muy extenso y el dentista debe tener en cuenta una larga lista de factores que influyen en la demanda por malpraxis y su progreso. Por ello lo desarrollaré por partes.

2.1. Seguimiento de los estándares profesionales.

En cualquier demanda se intenta mostrar que el dentista o la plantilla han fallado en seguir los estándares medios(10) con respecto a cualquier parte de un tratamiento dental. Para ello se utilizarán expertos, textos, literatura y cualquier standard publicado por cuerpos profesionales como competente, razonable y medio; además de mostrar el daño y aportar testigos que digan lo que no se ha llevado a cabo. El problema es mostrar los estándares que existen y cómo se aplican, ya que hay varios métodos aceptados y el hecho de estar en desacuerdo con esas medidas en particular no significa que el dentista sea negligente; además hay que demostrar que la causa del daño es directamente haber omitido el cumplimiento de estos estándares.

La única opción válida para evitar estos conflictos es realizar una revista regular de los estándares profesionales y estar al día de los desarrollos recientes llevando a cabo recordatorios acerca de lo que se hace y no

(recomendaciones, acciones) lo que será una evidencia valiosa para la defensa. Siempre teniendo en cuenta, claro, que cada consulta tiene una política designada por sus circunstancias particulares.

2.2. Garantías contractuales.

Por lo general se considera el contrato como un documento escrito, aunque en muchas situaciones se forma uno legal oralmente. En casi todo aspecto de la relación entre dentista-paciente existe un contrato oral implícito (la oferta de tratar y la aceptación de la tarifa). Un contrato es por definición un acuerdo entre dos o más personas que crea una obligación por hacer o no una cosa en particular. Aunque esto puede parecer muy sencillo tiene ramificaciones legales(11). En Francia desde el 20 de Mayo de 1936 en la Corte de Casación, la jurisprudencia admite que existe entre médico y paciente una relación contractual que obliga al médico a dar a su paciente asistencia concienzuda, conforme a los conocimientos adquiridos de la ciencia(12). Pero la ley no impone el deber de garantizar resultados ciertos.

En la Medicina la obligación de resultado es excepcional: no se puede exigir al médico que garantice algo que depende de muchos puntos y así cada uno es libre de obligarse más o menos formando con ello una responsabilidad legal en el contrato. El dentista deberá compensar al paciente por fallar en haber logrado lo garantizado.

La mejor forma de actuar consiste en ser muy cautelosos en las conversaciones con los pacientes, no prometiendo nada e informando de los posibles riesgos pues muchas veces es oralmente cuando se garantizan o afirman más resultados(11). Ante una obturación podemos advertir de la posible fractura o endodoncia; ante una prótesis completa hay que explicar que algunas personas no llegan a acostumbrarse y que es necesaria la cooperación; ante una endodoncia mencionaremos los porcentajes de fracaso; ante un tratamiento periodontal pediremos la cooperación, indicando que intentaremos salvar los dientes pero que puede fracasar,... Hay que resaltar en global que la odontología no es para siempre y que ofrecemos mejoría y no perfección. El dentista debe tratar de no admitir faltas cuando surjan problemas y pensar con mucho cuidado antes de no cobrar por otro procedimiento que se pueda necesitar, ya que esto puede hacer denotar que algo se ha hecho mal. Hay que instruir al personal para que siga la misma política y sepa de la importancia de no hacer promesas.

Todo esto nos engarza con la necesidad de un documento que establezca el acuerdo entre las partes objetivamente y que refleje las realidades en cuanto a expectativas, complicaciones dando esencialmente información. Este documento es el consentimiento informado del que hablaremos extensamente en otro punto.

2.3. Formación.

Por supuesto el demostrar una correcta formación y el seguimiento de una educación continuada que acredita el interés por estar al día en los conocimientos de la especialidad es uno de los factores que influyen en la prevención y la defensa de los problemas legales(11).

2.4. Documentación clínica.

Es obvio que se deben de realizar procedimientos correctos, pero aquí no vamos a analizar esto sino cómo demostrar que se han realizado, que es lo que se nos exigirá en una defensa.

Una evidencia de ello serán los resultados del tratamiento y para ello se realizará una valoración clínica, que incluya las secuelas si las hubo y cómo quedó el paciente. Pero otra vertiente no más importante pero sí más dependiente de nuestra prevención es la jurídica que abarca la documentación clínica.

2.4.1. LA HISTORIA CLINICA.

La mayoría de los artículos revisados hacen hincapié en la importancia de recoger y anotar todos los datos y tratamientos que hacemos a un paciente, para, tanto evitar, como defenderse de las

demandas por malpraxis. La historia clínica es un elemento importante en el procedimiento judicial ya que permite documentar el nivel asistencial. Pollack(3) revisó 400 casos por malpraxis y halló que el 80% de ellos no eran defendibles por falta de documentación correcta.

Por definición la historia clínica es en conjunto de documentos que contienen información de tipo sanitario acerca de un enfermo concreto. Debe de reunir clásicamente la anamnesis, la inspección y las exploraciones complementarias y todo ello justifica que se ha visto al enfermo, que se le ha dedicado tiempo y también justifican la calidad asistencial.

La historia debe contener mucha información(13):

- los antecedentes médicos y dentales
- medicaciones
- diagnóstico
- resultados de las pruebas complementarias
- consentimiento informado
- plan de tratamiento
- visitas, fecha y tratamiento efectuado
- instrucciones dadas al paciente
- progreso y complicaciones

- comentarios y consultas del paciente
- referencias a otros especialistas y resultados

Para facilitar todas estas anotaciones Massad(3) crea las CAPTNS ("comprehensive attachable patient treatment note system") que consiste en minihojas en papel adhesivo, preimprimidas, con todas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de distintos procedimientos. Cada hoja tiene una lista de los distintos tratamientos y los distintos materiales que se pueden utilizar en cada caso. Este método reduce el gasto de tiempo y el estrés y con ello la vulnerabilidad de malpraxis. Se estima que se tarda en revisar las historias de 1 a 1 hora y 1/2 y que este tiempo se reduce a 25 minutos. Además el sistema se está adaptando a la informática.

La historia, valorada de forma médico legal, puede ser correcta o deficiente por múltiples causas: demasiado escuetas, incompletas, falta de material complementario y significan un funcionamiento deficiente generalmente por rutina en el trabajo (hay prisa, exceso de trabajo o se creen que los datos son poco interesantes).

Otra situación es la historia fraudulenta porque se ha reconstruido o se han cambiado hojas; esto constituye falsedad y es un problema legal importante en el que no se debe incurrir aunque por

una demanda de malpraxis nos viéramos en la necesidad. Todas las notas de la historia deben ser legibles, fechadas y firmadas y evitar el uso de abreviaturas y notas recortadas.

La custodia de la historia clínica es un tema discutido, el sanitario es el autor intelectual pero siempre hay que respetar que el enfermo tiene derecho a cualquier copia que precise y a un informe suficiente. Un punto claro es que la historia de un paciente en nuestro país se debe conservar un mínimo de cinco años. En Nueva York se deben retener seis años y en menores de edad 1 año después de llegar a los 21(11).

Con la custodia aparece un problema en nuestro medio privado. Es tradicional al traspasar la consulta traspasar los documentos; ésta es la mejor razón de los pacientes para seleccionar al nuevo dentista y una de las consideraciones más importantes por las que el comprador paga. Pero al vender la consulta se violan estas normas y además se revela información confidencial(14). Hay que confiar en la amabilidad del nuevo dentista y en que te proporcione los documentos si te demandan por negligencia, pero éste puede haberlos perdido, tirado o simplemente no ser tan amable. Ante este problema debemos buscar soluciones:

- 2.4.1.1. No proporcionar los documentos y proporcionar copias cuando el paciente requiera atención; pero esto por lo ya mencionado es impracticable en muchos casos.
- 2.4.1.2. Asociarse con el comprador y más tarde notificar a los pacientes que se deja la práctica. Esta solución es la que mejor respeta la obligación de la conservación de la historia pero tiene también problemas pues nos asociamos con alguien que no conocemos y en este pequeño período podrían haber demandas.
- 2.4.1.3. Quizás la solución más viable sea informar a cada paciente con una carta (para asegurarse certificada) que avise de la transferencia y de que se proporcionarán los documentos al nuevo propietario a menos que tenga alguna objeción y la notifique en un período determinado (uno, dos o tres meses por ejemplo).

El problema del traspaso de la consulta es más amplio que la custodia de la documentación y se agudiza en una especialidad como la ortodoncia en la que se sigue un tratamiento ya empieza con

anterioridad, por ello se volverá a tratar más tarde en el apartado de esta especialidad.

En conclusión hay que esforzarse en realizar unas historias completas y correctas pues este simple esfuerzo ofrece una doble garantía: para el enfermo significa que se han cumplido los mínimos y que ha estado suficientemente atendido, y para el profesional además de justificar una actuación correcta constituye una defensa importante en caso de reclamación.

2.4.2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado es un proceso (no una firma o un sí) de información y explicación de la naturaleza, riesgos, beneficios y alternativas de aquellos procedimientos que requiere el paciente.

La práctica del consentimiento informado consiste en dos elementos(15):

- 2.4.2.1. Comunicación y discusión del diagnóstico, plan de tratamiento, riesgos, posibilidades de éxito, alternativas del tratamiento y consecuencias de no seguirlo.

2.4.2.2. Documento del consentimiento.

Esta práctica ofrece muchas ventajas ya que aumenta la educación y la satisfacción del paciente estableciendo expectativas de tratamiento razonables y ofrecen una protección legal para el dentista.

Este tipo de documentos no son nuevos(16), se han usado habitualmente en ortodoncia pero actualmente se intenta ampliar su utilización a la odontología general, en endodoncia, exodoncia, periodoncia y odontología restauradora. El consentimiento informado debe de ir dirigido al paciente y en menores de edad a los padres. En situaciones que implican tratamiento a largo plazo hay que hacer además acuerdos financieros muy específicos y en casos de menores es aconsejable debido al alto índice de divorcios(11) que ambos padres firman el acuerdo económico. El documento permite que el paciente escoja el tratamiento deseado y que asuma los riesgos y complicaciones asociadas.

Aunque se gasta más tiempo, éste compensa largamente las horas necesarias en preparar la defensa de una demanda. Además los jueces tienen en cuenta a la hora de decidir un veredicto que hayan documentos que atestigüen que(17):

- Se ha hecho una completa evaluación y se ha sugerido el tratamiento correcto.

- Se han propuesto planes de tratamiento alternativos que se han identificado claramente como un compromiso.

- Se han previsto y avisado de los riesgos y complicaciones potenciales asociadas al tratamiento.

Un caso(17) nos ilustra perfectamente de la importancia de que consten todos estos factores. Una paciente de 40 años visita al ortodoncista para corregir su maloclusión. Éste prepara un plan de tratamiento que incluye ortodoncia más cirugía, pero la paciente no accede a la cirugía y pide otro tratamiento, por lo cual el ortodoncista le prepara otro plan ortodónico pero advierte del posible resultado comprometido y del mayor riesgo de afectación de la ATM. A medida que progresaba el tratamiento la paciente se quejó de los resultados y pidió revisar el plan anterior que incluía cirugía. El ortodoncista de nuevo accedió a modificar el tratamiento para llevar a cabo la cirugía, pero éste fue lento pues precisaba movimientos dentarios distintos a los realizados. La paciente se trasladó a otro ortodoncista durante el tratamiento del cual desarrolló una disfunción de articulación temporomandibular. La paciente demandó al primer ortodoncista por

haber llevado a cabo un diagnóstico y tratamiento inadecuados de su condición, pero gracias a los documentos que éste poseía demostrativos de todo lo sucedido, se falló a su favor.

En contra se puede presentar otro caso(18) en el que el dentista falló en presentar un consentimiento informado antes de instaurar unas fijaciones intermaxilares precisadas por un paciente para el control de la obesidad.

El primer elemento del consentimiento informado es la comunicación y discusión con el paciente. Se debe comunicar el diagnóstico y asegurarse de la comprensión de lo explicado. En Estados Unidos incluso se han utilizado(19) unas cintas de video informativas de ciertos campos (implantología, periodoncia) para evitar que se pueda cuestionar en los tribunales el qué se dijo y cómo. Estos videos ofrecen ciertas ventajas:

- confirman los patrones de buena práctica al paciente
- confirman que en la entrevista se ha dado información correcta
- en pocos minutos se ofrece más clara y concisamente la información

El video debe cuidar la información que contiene, que sea

adecuada pero sin sobrepasar; debe tener una terminología inteligible y fácilmente comprensible y debe estimular el interés y las preguntas posteriores.

Este método pretendería eliminar los riesgos de que el paciente niegue haber obtenido cierta información. Como en el caso(19) de una paciente de unos 40 años que se estaba haciendo una reconstrucción extensiva de toda la boca y que había rehusado la cirugía periodontal, pero que más tarde con la progresión de su enfermedad periodontal demandó a su dentista por no haberle explicado las consecuencias de haber rehusado. U otro caso(19) de una paciente que acude por halitosis a su dentista y éste le refiere al periodoncista; el paciente basado en la conversación que tuvo piensa que si se cepilla más corregiría el problema, pero más tarde con la pérdida de los dientes reclama contra el dentista por no haberle informado correctamente de las complicaciones y de la necesidad de acudir al periodoncista.

Así pues al paciente se le debe presentar un plan de tratamiento con los riesgos y condiciones indeseables que pueden aparecer, con la posibilidad de conseguir los objetivos, con las limitaciones y las reales expectativas; y también se deben presentar planes de tratamiento alternativos con las mismas consideraciones más las consecuencias potenciales de declinar el tratamiento. La objetividad y con ella un plan de tratamiento objetivo es esencial para cualquier posición

responsable, aunque a veces es difícil eliminar todas las predisposiciones. Esto se hace patente en los pacientes de mutuas las cuales tienen sus versiones sobre cómo se deben hacer las cosas. Se hacen planes de tratamiento no basados tanto en las necesidades específicas del paciente como en la extensión del seguro(20). Ningún problema monetario debe influir en la recomendación de un programa de cuidados por parte del dentista, aunque desde luego se deben dar alternativas (además esto será mejor para los intereses del paciente). El tener seguro es una cuestión administrativa y no debe estar entre el paciente y el dentista.

La información debe ser general pero también particularizada, ya que el paciente puede tener riesgos que no tienen la mayoría y en esto no sirve decir "algunos pacientes pueden experimentar..." pues el paciente no tiene ninguna razón para sentirse susceptible; además de hacerse comprender para la mentalidad de cada tipo de paciente. Por ejemplo en endodoncia(16) explicaremos las necesarias restauraciones posteriores y las posibles complicaciones: discomfort, extensiones, decoloración, fractura de la raíz, inflamación, fragilidad,...

Al hacer el informe se deben buscar las posibles causas de insatisfacción, por ejemplo ¿ocurren repetidamente malos entendidos? ¿el paciente es resistente a las recomendaciones de tratamiento? ¿si

vamos a hacer una prótesis completa, el paciente espera un resultado excelente y sin llagas? Este análisis puede ayudar a identificar serios problemas de comunicación que serán una causa segura de conflicto y el documento ajustará las deficiencias.

En el consentimiento informado también se debe incluir(21,22):

- * Citas. Cómo se hacen, cancelan,... Apuntar las faltas y su explicación.
- * Alcance del tratamiento. Se explicarán las restricciones externas o propias y así el paciente no asumirá la posibilidad de ciertos servicios cuando no lo son.
- * Referencias. Por qué y cuándo se harán (con su aprobación) y que se enviará información al especialista.
- * Cuidados post-tratamiento que debe realizar el paciente, precauciones razonables. Esto aclara que el paciente tiene una responsabilidad considerable.
- * Deber de informar sobre condiciones médicas especiales.
- * Excluir garantías de resultado explicando que la odontología no es una ciencia exacta y que influyen muchas variables. Los pacientes que rechazan estos términos son un anuncio de expectativas de tratamientos irrazonables que traerán problemas.
- * Términos financieros.

* Definir un término de tiempo después del cual cualquier acontecimiento se considera separado del tratamiento efectuado. Esto es muy importante en ortodoncia en la que son frecuentes los pequeños movimientos dentarios tras el tratamiento.

El siguiente paso es realizar un documento que demuestre que se han seguido todos estos puntos. Debemos resistirnos a la tentación de tener un informe preimpreso; hay que realizar un documento preparado previamente que cubra la información discutida durante la entrevista y si se tratan nuevos puntos adicionarlos. Cualquier información posterior y nueva se irá añadiendo.

Es necesario que sea escrito porque establece firmemente el acuerdo entre las partes y se posee la misma versión por ambos. Hacerlo por duplicado y dar una copia al paciente(3).

Todos estos procedimientos requerirán que el dentista diagnostique cuidadosamente y prepare un plan de tratamiento para cada paciente antes de la entrevista, por lo que además de reducir la posibilidad de pleitos se aumentará la calidad del cuidado.

Ni que decir tiene que se debe respetar la confidencialidad por lo que ningún documento debe ser cedido a nadie sin el consentimiento escrito o una orden judicial.

2.5. Comunicación.

Ya se ha hablado extensamente de la importancia de la comunicación profesional-paciente en la entrevista que constituye parte del consentimiento informado.

Esta comunicación debe de continuar durante todos los contactos con el paciente. Cuando haya cambios se debe de notificar, ya que hacer que siga creyendo otra cosa puede causar daños y es muy frecuente considerarlo legalmente como negligencia.

No sólo un procedimiento dental puede estar en la base de la malpraxis sino también una comunicación incorrecta (no se ha informado, se ha informado mal, la información no es clara o es interpretable en varios caminos,...).

Además todo lo hablado debe ser tratado como confidencial y solamente utilizarlo para la práctica. No mantener la confidencialidad puede desembocar en una acción disciplinar contra el dentista incluso aunque no haya pleito(11). La conversación con un paciente nunca debe ser oída por otro ni sacarla fuera de contexto.

El problema legal de la comunicación oral es probarla. Para evitarlo hay que escribir lo que se dice o hace y así será una evidencia.

La comunicación debe evitar dar garantías, la política a seguir es hablar libremente a los pacientes sobre el tratamiento, riesgos, limitaciones y resultados que se esperan obtener, pero dejar claro que esto no garantiza o predice ningún resultado específico.

Los comentarios sobre pacientes y otros dentistas que disminuyan su reputación pueden ser considerados difamatorios por el juez. Aunque es difícil probar la difamación oral es un aspecto de la ética profesional abstenerse de comentar los atributos de otros.

En resumen y como puntos principales tener en cuenta que las palabras son la base de la relación paciente-dentista, pero también pueden infringir los derechos de otros. La comunicación debe ser honesta y abierta, simpática y comprensiva pero no se deben olvidar los peligros de hablar, ya que aunque tienen menos efecto que lo escrito al no ser permanente, es de difícil control. De hecho pueden haber dificultades legales por algo dicho o no dicho(23).

2.6. Control de los riesgos.

Es aconsejable evaluar las áreas de riesgo regularmente y eliminarlas(24). Una forma de hacerlo es revisando los casos por negligencia que envuelven a otros profesionales y considerar los factores significantes para que el paciente haya demandado.

Otra forma es que el personal auxiliar esté atento a cualquier queja e informe rápidamente al dentista, ya que en principio muchas demandas empiezan y se pueden frenar aquí.

El proceso de control del riesgo incluye(25):

1. Encuestas a:

- 1) pacientes recientemente examinados
- 2) pacientes que lleven un período de tiempo en tratamiento.
En ortodoncia se podría hacer a pacientes con 6 meses de tratamiento y con un año.
- 3) pacientes que han acabado el tratamiento

2. Evaluación del tipo y cumplimiento de los documentos que se utilizan.

3. Evaluación del cumplimiento y progreso de los planes de tratamiento.

El tiempo y dinero invertido en este proceso será mucho menor que el requerido en un pleito, sin hablar del impacto psicológico.

2.7. Asesoramiento legal

Cada decisión y acto profesional o administrativo tiene consecuencias legales, por ello la ley no puede divorciarse de los servicios dentales. La

clave para tener un buen servicio legal es la prevención legal. La prevención es un sistema para controlar, eliminar o reducir el riesgo de pérdidas financieras o de pleitos. Esto requiere el servicio de un abogado familiarizado con la práctica dental y que puede identificar las demandas potenciales.

Rozousky(26) nos aconseja buscar un abogado que esté en continuo contacto con nosotros. El abogado además está íntimamente envuelto en los negocios del dentista: local, equipo, contratos, empleados, traspaso de la consulta, adquisiciones,... No hay que creer que todo sea tan sencillo y no necesitemos consejo, al igual que en nuestra profesión somos consecuentes de que no lo sabemos todo y pedimos consejo, al igual que en nuestra profesión somos consecuentes de que no lo sabemos todo y pedimos consejo a especialistas(27). Debemos buscar una relación abierta, honesta y confortable, para poder obtener consejo cuando sea necesario. El abogado debe ser accesible y eficiente, devolver nuestras llamadas y contestarnos en un tiempo razonable. La decisión no se debe basar sólo en la reputación y en los honorarios.

Es deseable un especialista de una amplia firma; así tendrá tanto experiencia en el campo de la salud como acceso a otros abogados especializados en otros temas.

Nuestro abogado debe(28):

- ejercer razonables cuidados con el cliente
- tener un grado de especialización standard
- informar completamente de los hechos de un caso
- advertir honesta e imparcialmente
- revelar y evitar conflictos de interés.

En USA hay firmas de abogados especializados en casos dentales(29). Estas firmas antes de aceptar llevar un caso de demanda hacen un "screanning" y emprenden una investigación, desviando 9 de cada 10 posibles demandantes. Se rechazan los casos que han sucedido hace bastante tiempo, en los que existe un consentimiento informado, así como generalmente los casos de cosmética. En cambio se acepta si el dentista ha fracasado en referir o la historia es pobre y no concuerda con los hechos.

Como anécdota en los últimos años han aumentado las reclamaciones de clientes frente a sus abogados por negligencia(28), por ejemplo en casos en los que no se ha avisado adecuadamente al cliente de un hecho o el de un abogado que actuó en una transacción por ambas partes(30). Hay dos tipos de malpraxis legal:

- * Que el abogado olvide un período limitante, aunque muchas veces esto es complejo pues depende de quién, a quién, de cuando empieza a contar el tiempo,...
- * Transacciones de propiedad en las que el abogado falla en descubrir

una parte del estado real de lo que se quiere transaccionar.

Igual que ocurre en nuestra profesión, el abogado no puede garantizar los resultados. Se debe esperar resultados de acuerdo con estándares razonables, pero al igual que nuestros pacientes con nosotros, no estamos en buena posición para saber si hemos recibido cuidados competentes o no.

Para calibrar un cuidado standard podemos(28):

- esperar contestaciones claras y comprensibles
- que devuelva llamadas y cartas
- que nos tenga al corriente de los asuntos de forma regular
- haber estimado y discutido exactamente el coste del trabajo.

Cualquier queja que no obtenga satisfacción directamente con el profesional debe dirigirse al Colegio de Abogados

3. UNA SITUACION ESPECIAL: LAS URGENCIAS.

El potencial de responsabilidad legal por fracaso en los cuidados de urgencias es enorme. Según el código de conducta profesional de la ADA los dentistas están obligados a hacer cuidados de urgencia fuera de horario a sus propios pacientes, aquellos de los que tienen historia(31). El dentista debe decidir si tratará o referirá a los otros pacientes en los casos de emergencia y también si se requiere cuidado inmediato o puede esperar hasta horas regulares.

Ocuparse o no de urgencias tiene ventajas como la satisfacción personal y proveer de pacientes; pero también tiene desventajas ya que son pacientes en circunstancias especiales: llevan horas sin dormir, comer, se han automedicado y son por ello candidatos a síncope, coma diabético, dificultad en anestesiarse, etc.

Otros dentistas subcontratan un servicio que cuide de sus pacientes fuera de hora(32). En Gran Bretaña se es responsable de los actos u omisiones de los empleados y de los servicios subcontratados. Pero una vez el paciente ha sido tratado (y presumiblemente ha firmado un consentimiento informado) el subcontratado es el responsable de sus actos u omisiones. El conflicto existe si no se ha recibido contestación y/o tratamiento en un plazo de 24 horas, en este caso es responsable en la teoría el que contrata.

Se haga como se haga hay que tener en cuenta que los cuidados de urgencia son de los que más riesgo tienen en cuanto a problemas de malpraxis. Es importante

seguir unos pasos concienzudos para evitar al máximo errores en estos momentos de prisa.

3.1. Sondeo. Es ideal un precontacto por teléfono en el que se haga un cuestionario. Éste debe constar de(31):

3.1.1. Percibir el grado de dificultad y la necesidad de referir o no pues hay muchas situaciones complejas para el odontólogo general como traumas dentoalveolares en niños o patología endo-periodontal.

3.1.2. Identificación. Si se llama en lugar de un adulto generalmente existe un dolor severo o fobia dental. Si es un menor es esencial establecer si es el tutor legal.

3.1.3. Pequeña historia médica que contenga medicaciones, alergias, problemas sanguíneos y enfermedades. Evaluar la necesidad de profilaxis antibiótica.

3.1.4. Establecer el momento de tratamiento: cuándo se puede presentar en la consulta. Si no puede inmediatamente es que el paciente no lo considera emergencia y puede ser pospuesto a excepción de aquellos que no aprecian la importancia de por ejemplo una hemorragia continua o una insuficiencia respiratoria.

- 3.1.5. Cuidados dentales previos sino es nuestro paciente. Obviamente aquel que haya percibido cuidados regulares será un paciente con menor riesgo.
- 3.1.6. Dolor: intensidad, duración, espontaneidad. Si el dolor se lleva soportando durante días la urgencia es conveniencia del paciente y generalmente aplaza al próximo día. El dolor puede no responder a los fármacos y sólo mejorar con una apertura cameral, además es inapropiado prescribir fármacos si el tratamiento requiere extirpación pulpar. El fármaco puede atenuar el dolor en un corto espacio de tiempo pero no trata la causa. Si se dan antibióticos debe haber una clara indicación (tumefacción fluctuante, aumento de la temperatura,...). Respecto al sangrado si se han seguido los cuidados postoperatorios y ha pasado un tiempo prudencial el paciente debe ser visto inmediatamente. En casos de traumatismos dar indicaciones, aunque generalmente siempre se necesita ver al paciente de inmediato(33).
- 3.1.7. Percibir la fobia dental ya que a veces es necesario la sedación o la anestesia general y se deberá posponer la visita.
- 3.1.8. Intentar que el paciente venga acompañado.

3.2. Tratamiento clínico. Hay que intentar posponer el mayor número de procedimientos. Previo se habrá hecho una historia revisando todas las respuestas. Se tomarán radiografías y en caso de trauma con mayor cuidado. Hay que recoger los síntomas, los antecedentes y los fármacos que ha tomado o toma habitualmente incluyendo la dosis, razón y tiempo que lleva en tratamiento. Se debe obtener un diagnóstico claro y preciso, sino se puede definitivo hacer un tratamiento paliativo hasta poder obtenerlo. Debe escribirse cuidadosamente el plan a seguir, los procedimientos hechos y prescritos y el pronóstico.

Mounce(31) recomienda utilizar el consentimiento informado en los casos de cirugía oral, endodoncia y periodoncia.

Si hay confusión, disturbio emocional, estado mental alterado, precaver que el paciente puede reclamar más tarde que no estaba en todas sus condiciones mentales, por ello se recomienda en estos casos posponer el tratamiento excepto si hay verdadera emergencia (en este caso el paciente puede firmar una nota en la que conste que los riesgos y alternativas se discutirán tras el tratamiento).

Por último se debe anotar siempre el tipo de anestesia utilizado, la concentración y método, y las medicaciones e instrucciones postoperatorias.

En cuanto a la consulta, debe de tener un equipo de emergencia revisado regularmente. También debe haber material de endodoncia, incisión, drenajes,

exodoncias y procedimientos temporales. Nunca estar solo tanto para ser más eficiente como para tener testigos.

Todos los pacientes deben ser llamados el día posterior al tratamiento para seguir el cuidado y confirmar si se están respetando las instrucciones postoperatorias. Todas las comunicaciones profesional-paciente que se hagan deben ser anotadas en la historia con fecha. Mounce(31) también recomienda que si no se puede contactar con el paciente hay que enviarle una carta certificada indicando la necesidad de seguir el tratamiento y los riesgos de no llevarlo a cabo.

4. ABANDONO Y TERMINACION DEL TRATAMIENTO

Una vez establecida la relación entre dentista y paciente pueden haber consecuencias legales en relación a la terminación del vínculo y el dentista podría ser acusado de abandono.

Una vez que el odontólogo lleva a cabo un procedimiento terapéutico es indispensable terminarlo por lo menos al punto donde el paciente no quede en una posición precaria. Un ejemplo de abandono sería no comunicar al enfermo que un ápice redicular perdura luego de una extracción, o que se localiza en el seno maxilar, o no colocar una restauración permanente en un diente luego de eliminar la caries. La ley afirma que quien voluntariamente crea y conserva un estado, para el uso de otros, ante la ausencia de algún privilegio, está obligado a proveer del cuidado necesario para impedir que la situación se convierta en fuente de peligro para quienes la vivan(11).

Todos los dentistas tienen pacientes que desearían no haber tenido nunca como los que se quejan crónicamente, los que no cooperan ni siguen las sugerencias, los que no pueden adaptarse a las prótesis, los que llegan tarde o faltan a las citas sin avisar y los que no pagan. Cranshaw(34) cita un caso especial de persecución amorosa de una paciente a su dentista.

Si el dentista quiere terminar el cuidado de este tipo de pacientes debe hacerlo en un momento razonable en que no lo deje en una condición precaria. Es necesario

informar al enfermo sobre la intención de suspender el tratamiento; vale la pena mandar una carta por correo certificado(11,34). Esta carta debe contener elementos clave: el diagnóstico, pronóstico y cualquier otro punto importante. Se pueden sugerir 2 ó 3 profesionales calificados para que le sigan el cuidado, pero indicar que si se requiere cualquier tratamiento de urgencia antes de que haya entrado en contacto con su nuevo dentista lo puede obtener en nuestra consulta. El escrito en conjunto debe ser amable pero firme y hay que dejar una copia en la historia.

5. RELACION PATRON- EMPLEADO.

Aunque las reglas varían de Estado a Estado, generalmente es ilegal discriminar en la contratación con base en diferencias de razón, religión, origen nacional, sexo o edad. Deben evitarse por ello en los anuncios para empleados ciertos errores como "maduro", "soltero" o pedir fotografías(11).

Por otra parte el dentista es responsable tanto de sus actos u omisiones como los de sus empleados (higienista, recepcionista, secretarios). Pero esto no significa que el empleado no tenga responsabilidades, es también responsable directamente con el paciente. Así patrón y empleado son responsables individualmente y el paciente puede tomar acción contra uno o ambos. Otra vertiente de la cuestión es la delegación de procedimientos dentales, éste es un punto que sigue siendo controvertido.

Aunque se ha visto que en la práctica es generalmente beneficioso para el público, muchos estados de USA continúan con leyes prohibiendo la expansión de los deberes del personal auxiliar(35). En Tejas las auxiliares no pueden realizar funciones simples y los dentistas deben siempre supervisar los actos. Además según las acciones disciplinarias del "Texas State Board of Dental Examiners" se observa que los dentistas condenados por delegar deberes a auxiliares tuvieron penas más duras que aquellos condenados por malpraxis. Douglas(4) refiere dos demandas contra ortodoncistas basados en la violación de las reglas estatales; la mayoría de los ortodoncistas delegan muchas funciones a sus auxiliares.

Para evitar problemas se deben seguir ciertas reglas que afectan al personal auxiliar(24):

- * las advertencias o avisos sólo deben ser dados por el dentista, pues incluyen opiniones respecto a la condición y pronóstico del paciente.

el dentista debe ser informado inmediatamente de cualquier llamada de un paciente.

- * si algún paciente se queja oralmente o por escrito, el auxiliar no debe comentar nada y debe comunicarlo inmediatamente al dentista.

- * si un paciente requiere consejo en ausencia del dentista, el empleado debe referir los requerimientos a aquél.

El dentista también puede actuar en la práctica como un empleado cuando llevan sus pacientes a un hospital, el cual les provee del soporte necesario. En USA como los hospitales en numerosas ocasiones tienen problemas por actos negligentes de miembros no empleados (con resultado de la negligencia del hospital por ceder a este miembro los privilegios de actuar) se han creado comités para investigar a aquellos a los que se deja actuar. Se interroga sobre demandas anteriores de malpraxis, privilegios no cedidos en otros hospitales, etc(36).

6. TRASPASO DE LA CONSULTA.

Es tradicional al traspasar la consulta traspasar los documentos de los pacientes, ya que es la mayor razón de los pacientes para seleccionar al nuevo dentista. Pero al hacer esto violamos las normas: no retenemos los documentos de los pacientes y revelamos información confidencial. Después si hay demandas hay que confiar en poder obtener los documentos. La mejor solución es informar a cada paciente por carta certificada del traspaso de los documentos y otra solución sería asociarse previamente con el comprador y más tarde dejar la práctica(14).

Los comentarios del nuevo dentista pueden precipitar una acción legal del paciente contra el anterior profesional, aunque estos comentarios sólo quieran aumentar la imagen del nuevo profesional. El problema es más acuciante en ortodoncia donde se traspasa un paciente en tratamiento y donde hay múltiples técnicas.

Machen(37) nos refiere un par de casos que llegaron a los tribunales tras el traspaso de la consulta. En el primero un ortodoncista vende su segunda consulta a otro por exceso de trabajo. Esta consulta precisaba unas reformas incluyendo el equipo de rayos X. Después de pasados algunos meses el nuevo ortodoncista creyó que algunos pacientes tenían un diagnóstico y llevaban un tratamiento impropio, específicamente por no haberles tomado ciertas radiografías. Por ello informó a sus pacientes y el ortodoncista que vendió la consulta se vio inmerso en varios pleitos. En el otro caso un ortodoncista se cambia de Estado en USA y vende su consulta a

otro sin experiencia. El vendedor no sabía del nivel de conocimiento del comprador y éste tampoco tenía idea de lo difícil que era llevar una técnica extraña. Tras seis meses e incapaz de admitir su infamiliaridad, empezó a utilizar otra aparatología explicando a sus pacientes que los tratamientos previos no "iban perfectamente bien". Los pacientes infirieron que no habían sido tratados correctamente y emprendieron pleitos contra el ortodoncista vendedor al que se le retiró la licencia.

Para evitar estos conflictos, lo más común es que un joven asociado asuma la responsabilidad de la práctica después de haber seguido la técnica del ortodoncista durante algún tiempo; así ambos han participado en el diagnóstico, tratamiento y planificación de los pacientes.

En otro caso, el vendedor debe revisar cuidadosamente las calificaciones y antecedentes del comprador, su educación, experiencia y previas asociaciones. Hay que perder tiempo en mostrarle la interacción que lleva con sus pacientes y familiarizarse con la aparatología. Por otra parte el comprador debe evaluar cuidadosamente lo que compra, los antecedentes, reputación, educación y experiencia clínica del vendedor, el progreso de los pacientes y la aparatología que se utiliza. El mejor método, aunque no siempre posible, es que ambos profesionales trabajen juntos un período de tiempo.

El consentimiento de los pacientes o padres para transferir el cuidado es un aspecto muy importante que debe ser considerado cuidadosamente (carta o información directa).

7. PSICOLOGIA DEL PACIENTE.

El éxito o el fracaso de un tratamiento odontológico en muchas ocasiones se fragua en el primer contacto entre el profesional y el paciente. Esta primera entrevista tiene mucha importancia porque en ella se engendra la comunicación o incomunicación futura; examinamos y somos examinados psíquicamente. De la incomunicación brotarán los malos entendidos y muchas de las demandas por malpraxis.

Debemos procurar que en esta primera entrevista se identifique claramente el problema principal por el cual el paciente acude a la consulta y analizar si nuestro objetivo de tratamiento coincide con lo que el paciente espera, y si no es así aclararlo cuidadosamente(38). Es importante escuchar atentamente lo que se dice al paciente, cómo y por qué, el tono de voz, la elección de las palabras, la expresión facial y los movimientos que realiza.

En los tratamientos prolongados no debemos olvidar que la boca proporciona satisfacciones y que sirve para comer, expresarse, pelear, sentir, amar. En los pacientes con patología oclusal, es frecuente que esta sea causa de una somatización de los desequilibrios psíquicos; sino somos capaces de valorar esto es seguro que por muy bien que tratemos el problema oclusal siempre tengamos un fracaso. Otros pacientes caracterizados por su profunda ansiedad intentan asegurarse el éxito del tratamiento para lo cual buscan al profesional omnipotente. Esto acaba llevando al paciente a un dentista también neurótico que se sienta en el papel; la relación es un

fracaso pues el paciente no aceptará ningún fallo ni el dentista lo reconocerá y el resultado acabará siendo traumático.

Uno de los factores más importantes en la relación profesional-paciente es la actitud de profesional. Aquel que esté emocionalmente disminuido, fatigado, tendrá dificultad para reaccionar positivamente ante cualquier tensión, que se traducirá en irritabilidad, fastidio o sobretratamiento. La utilización de medios psicológicos como la confianza, la estimulación, persuasión y explicación y aclaración de dudas, o técnicas puede aliviar mucha tensión(38).

Según Moulton(39) la seguridad emocional reduce las complicaciones postoperatorias y facilita la curación y esto influye enormemente en el éxito de la terapia. Las ideas rígidas sobre la duración y tiempo de la terapéutica causan problemas; con algunos pacientes se debe ir más despacio o elegir un procedimiento más simple aún cuando no fuera científicamente el mejor. En ciertos pacientes es arriesgado hacer demasiadas observaciones sobre pequeñas irregularidades. El paciente que pide le presten atención más allá de los límites reales del tratamiento es propenso a quedar desilusionado y culpará siempre al profesional: las exigencias irreales son perjudiciales y no deben ser fomentadas.

En resumen, de la psicología del paciente y el trato que de ella hace el profesional, dependen en buena parte que el paciente asuma el tratamiento como un éxito o por el contrario como un fracaso y su decepción anime a emprender una demanda.

8. ANTE UNA DEMANDA.

El profesional intenta evitar cualquier demanda por los costes y el trauma emocional y familiar(10). No hay que tomarse la demanda personalmente, así como no se hace con un percance automovilístico; los errores le pueden ocurrir a cualquiera, y aunque no haya errores pueden haber pleitos exactamente igual.

El dentista generalmente se toma el suceso como un descrédito de su habilidad, como si perdiera la imagen frente a la comunidad y la profesión. El rol profesional y los artículos no admiten la posibilidad del fracaso y este tipo de presión causa deshonestidad emocional. El pleito tiene que tomarse como un juego en el que te ves envuelto, además hay que tener presente que muchos demandantes sólo buscan dinero.

La mayoría de los dentistas responden por dos caminos: se niegan en redondo a pagar nada o están atemorizados y quieren pagar lo que sea para evitar el pleito(40). Familiarizándose con el sistema se aliviará la mayoría de la ansiedad y se tomará una buena decisión. Si llevas a cabo una buena práctica profesional y trabajas bien, cree en ti y no consideres leves tus pasados éxitos porque un paciente está descontento.

En USA existen firmas de abogados especializadas en casos dentales que desvían 9 de cada 10 posibles demandantes ya que investigan el caso y rechazan aquellos sin suficiente base como por ejemplo en los que existe un consentimiento informado(29).

El primer paso después de la puesta en marcha de la demanda incluye métodos para obtener información: interrogatorios, declaraciones, demandas de documentos, reconocimientos. Aunque cada legislación tiene sus métodos, en general la base es la misma.

Conseguir un buen abogado es muy importante, ya que sin una buena defensa se pierde. Se necesitarán varios encuentros para revisar el caso y discutir las preguntas que se esperan. Si el abogado es ducho en casos de este tipo va bien obtener copias de casos anteriores para ver el tipo de cuestionario que se llevó a cabo.

Quizás el método más dañino sino se lleva bien es la declaración(5). La aprehensión causa que el dentista sea menos efectivo. Lo importante es recordar que el abogado del demandante está preparado y buscará un punto clave para desacreditar la confianza del profesional. Para evitar esto hay que preparar concienzudamente la defensa(41):

1. Basándose en los documentos que tenemos, escribir una memoria detallando el curso del tratamiento. Ser específico refiriéndose a las anotaciones en la historia. Bajo ninguna circunstancia alterar o suplementar la historia después de la notificación del pleito. Si se quiere apuntar más información que se recuerda sobre conversaciones, etc, hacerlo a parte.
2. Revisar el standard de cuidado del caso y lo que se ha cumplido. Anotar las ideas y releer.
3. Revisar en la literatura aquellos conocimientos que están

imbrincados con nuestro tratamiento ya que el abogado intentará desacreditarnos. Por ejemplo en un caso de articulación temporomandibular revisar cuidadosamente la anatomía y la fisiología. Hay que conocer las bases del diagnóstico, diagnóstico diferencial, curso del tratamiento, alternativas al tratamiento con las razones para rechazarlo, textos en conexión con la identidad clínica y si se ha consultado con otro profesional su identidad y las razones para hacerlo.

4. En la declaración utilizar el sentido común y decir la verdad. Asegurarse de entender la pregunta y no vacilar ni suponer. Si no se recuerda algo simplemente decirlo.

La dinámica judicial es muy importante y la mayoría de casos se deciden en su base. El juez tiene poco o ningún conocimiento de la causa (además hay temas muy complejos con terapia sofisticada) y los factores extrínsecos decidirán(41):

- comparecencia
- conducta de ambas partes
- credibilidad de los testigos
- peritos y conformidad entre ellos
- conducta y credibilidad de los abogados
- actitud del acusado (arrogante, desinteresado) y conocimiento de la materia que demuestra.

En resumen la calidad de los documentos acompañado de un abogado apropiado que conozca en área serán los factores determinantes.

* 1 caso por fracaso en el diagnóstico.

El total son 3 que representan un 4.28%.

ORTODONCIA.

* 2 casos en la venta de la consulta.

* 4 casos por enfermedad periodontal.

* 11 casos por patología de ATM.

* 1 caso por movimientos dentarios tras el tratamiento.

* 1 caso por aparición de complicaciones en el curso del tratamiento.

* 2 casos por exodoncias.

* 1 caso por no existir documentación.

* 1 caso de un canino impactado.

* 1 caso por cambio del perfil tras el tratamiento.

* 3 casos por daños en la retirada de la aparatología.

El total son 27 que representan un 38.57%. Esta especialidad es la que reúne más casuística y parece ser por ello la más peligrosa.

ENDODONCIA.

* 8 casos por complicaciones tras el tratamiento.

Representa un 11.42% del total.

PATOLOGIA MÉDICO-QUIRURGICA.

* 2 casos por fracasar en diagnosticar una neoplasia.

* 3 casos por exodoncias.

El total son cinco casos que representan un 7.14%.

ANESTESIA.

Aparecen 20 casos en la de sedación que representa un 28.57%.

Aunque este tanto por ciento sea tan elevado, este número de casos es debido a una recopilación de Dundee sobre un número de sedaciones muy importante, por ello no es representativo en nuestra práctica habitual.

PROTESIS.

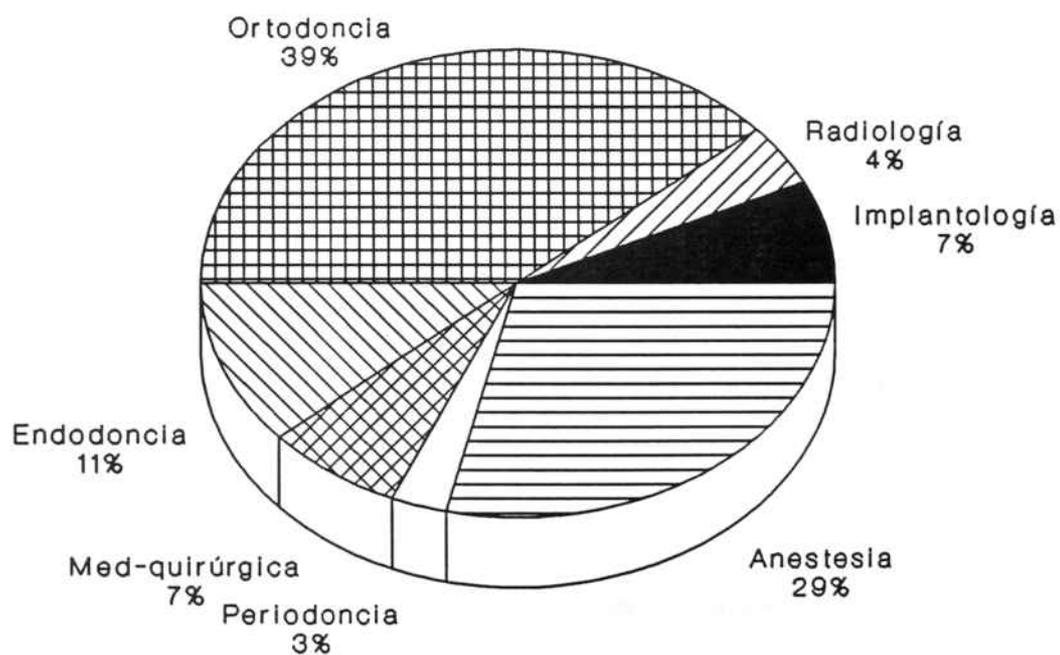
No ha aparecido casuística que haya llegado a los tribunales.

PERIODONCIA.

* 2 casos con fracaso en informar de la importancia de la patología al paciente.

Representan el 2.85% del total.

Este gráfico representaría los anteriores porcentajes en un diagrama de sectores.



Seguidamente analizaremos la casuística de forma más concreta intentando puntualizar las áreas de mayor riesgo y las precauciones a tomar.

1. RADIOLOGIA.

Las radiografías son una exploración complementaria muy útil, en algunos casos irremplazable, y que se precisa en muchos campos.

Con la mejora en la atención sanitaria ha aumentado el número de exploraciones radiológicas, y también en la odonto-estomatología. Entre 1957 y 1977 Wall y Kendall(42) observan una expansión continuada en la práctica de la radiología dental en el Reino Unido, y cifran en 7.800.000 el número de exploraciones en 1981 para 56.000.000 de población con un gasto de 14 millones de películas, de las cuales 6.700.000 fueron intraorales, 1.500.000 extraorales y 910.000 pantomográficas. Estas cifras son 5 veces superiores a 20 años atrás.

Las responsabilidades del profesional en el campo de la radiología son múltiples y variadas. Deben existir programas de garantía de calidad persiguiendo la obtención de imágenes de calidad suficiente, en número mínimo compatible con la necesidad del diagnóstico, con dosis de radiación lo más bajas posible y a unos costos razonables.

1.1. PROTECCION Y CALIDAD.

Pese a que las técnicas radiográficas en odontología son relativamente poco agresivas, el hecho de que órganos como el tiroides o la médula ósea de la columna cervical puedan quedar incluidos dentro del campo de radiación en algunas exploraciones hace que dicho riesgo deba valorarse convenientemente.

Es necesaria una correcta instalación de los equipos de rayos X, su eficaz mantenimiento y el adecuado entrenamiento del personal, para que la dosis se mantenga suficientemente baja.

Con relación al paciente(43), la normativa española se adapta a la comunitaria, introduciéndose el criterio de justificación de las exploraciones y el requisito de mantener las dosis de radiación tan bajas como sea razonablemente alcanzable. Además se estipula que los responsables de la utilización de radiaciones ionizantes en un acto médico tendrán que haber adquirido durante su formación universitaria o mediante estudios complementarios los conocimientos necesarios sobre protección radiológica.

El dentista es responsable de conocer y minimizar los riesgos de la exposición a radiografías dentales y debe saber contestar a todos los interrogantes que le plantee su paciente.

Para prevenir la malpraxis en el campo de la protección radiológica, el odontólogo debe(43):

- usar una película y filtros actualizados
- mantener una formación continuada
- asegurarse que el personal con tareas en esta área sea competente
- establecer un programa de calidad para la exposición y el procesado
- identificar a los pacientes en los que se tiene que utilizar medidas de protección adicionales

En las embarazadas la indicación debe ser absolutamente justificable, además de utilizar un delantal de plomo, y las pacientes en edad de concebir deben ser interrogadas sobre la posible existencia de embarazo. En los pacientes en edad de procreación se tiene que realizar de modo que las glándulas sexuales no estén expuestas a la radiación directa. En los niños que por su escaso tamaño corporal están expuestos a mayor dosis gonadal, las glándulas sexuales se deben cubrir con un delantal de plomo. Además a los pacientes explorados que lo deseen se les proporcionará un certificado con los datos importantes hallados en las radiografías(44).

1.2. PRESCRIPCIÓN.

El dentista debe prescribir las radiografías habiendo visto antes al paciente y con una razón justificable. Debe tener criterios de selección al prescribir la exploración radiográfica, y si el paciente rehusa someterse debe tomar nota, preferiblemente pidiendo una firma, ya que después puede haber reclamaciones por no haberse realizado las pruebas necesarias.

El fracaso en preformar procedimientos diagnósticos rutinarios está en la base de muchos casos de malpraxis. Ha habido muchas demandas por no realizar exploraciones radiográficas en casos de enfermedad periodontal (45) ya que éste es uno de los registros necesarios. Para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal deben realizarse radiografías con la técnica de las paralelas en toda la boca (46). En un caso que nos reporta Machen(47) la demandante acudió, enviada por su dentista general, a un ortodoncista para resolver la estética de un incisivo inferior lingualizado, y durante el tratamiento apareció una mordida abierta en la que según otros dentistas tenía mucho que ver una severa enfermedad periodontal por la que perdería varios dientes. La paciente demandó al ortodoncista y a su dentista general por no haberla informado de su problema periodontal. Éstos alegaron haber diagnosticado y controlado cuidadosamente su condición periodontal durante el tratamiento, además de

haber realizado una profilaxis previa, pero no se realizaron profilaxis ni tratamiento periodontal durante el tratamiento ortodóncico. Además, y esto es lo más importante, no se habían tomado registros ni radiografías, y aunque alegaban haber informado a la paciente, no había ningún documento demostrativo, por lo cual el caso tenía una sentencia clara a favor de la demandante.

Si existe alguna razón para sospechar una lesión pulpar periodontal u ósea (odontogénica o sistémica) es obligatorio una investigación radiológica. Miles(48) nos reporta un caso en el que el dentista fue negligente por no prescribir una investigación radiológica. Puede existir negligencia por no ejercer un cuidado continuado radiográfico por ejemplo en el caso de la evolución de una lesión periapical o en el control de caries interproximales.

La responsabilidad en prescribir radiografías se interrelaciona con el Síndrome de disfunción temporomandibular ya que hay muchos casos problemáticos en los que no ha habido un diagnóstico correcto(49) porque la historia y los exámenes complementarios no eran adecuados. Para evitar esto hay que incluir en la historia preguntas sobre signos y/o síntomas de disfunción de ATM, realizar un examen de la articulación y realizar si es necesario imágenes radiográficas, tomografías, etc.

El dentista debe reconocer sus límites como experto y referir al paciente cuando el caso los exceda; muchas acciones de malpraxis son resultado de que el clínico asume un nivel de experto para el que no está capacitado(50).

1.3. DIAGNOSTICO.

A los dentistas se les obliga a hallar los diagnósticos estándares establecidos por los profesionales en su localidad(51). Craig reitera esta posición citando una sentencia de la justicia británica más de 100 años antes(52). El concepto de localidad últimamente se ha ensanchado significativamente y se ha convertido en el de país(53).

En USA e incluso en Canadá donde la radiografía oral es reconocida como especialidad, es común que el dentista seleccione, exponga e interprete sus propias radiografías tanto intra como extraorales; esto implica que el dentista debe mantener un alto grado de competencia en todas las áreas de la radiografía dental, sus técnicas e interpretaciones además de conocer sus límites(51).

Si el diagnóstico y las secuelas de tratamiento son serias se debe intentar contactar con el paciente y si estos intentos son nulos,

apuntarlo en la ficha.

Como ilustración al fracaso diagnóstico se puede presentar este caso en el que el paciente demandó por negligencia en hacer un diagnóstico con la información disponible(48):

El paciente de 28 años fue a un hospital tras un accidente de automóvil. Presentaba dolor facial bilateral en área preauricular, área mentoniana dañada por el impacto 9 días antes y la sensación de que sus dientes no encajaban bien en el lado izquierdo. Además había presentado hemorragia por una oreja la noche del golpe. En el hospital se le hicieron radiografías de cabeza y cuello y se le dijo que ya se le informaría, cosa que no se hizo. Al presentarse a un examen dental el odontólogo observó asimetría facial, apertura bucal restringida de 20-23 mm con dolor, musculatura masticatoria sensible y una sutura en el área mentoniana. Tras practicarle una radiografía diagnosticó una fractura condilar bilateral con desplazamiento de la cabeza de los cóndilos.

Se espera que los dentistas sean expertos en el diagnóstico de caries, enfermedad periodontal, maloclusiones y las secuelas de estos desórdenes. Hay otros procedimientos radiográficos con los que el dentista debe ser familiar, pero no experto. Los expondré por separado.

1.3.1. Procedimientos radiográficos con los que el dentista debe ser experto(48):

1.3.1.1. Intraorales.

- Técnica de las paralelas, utilizada para el diagnóstico de caries, enfermedad periodontal, defectos del desarrollo y adquiridos, manifestaciones de enfermedades sistémicas, maloclusión y otras enfermedades odontogénicas.

- Aletas de mordida, para caries y evaluación del hueso alveolar.

1.3.1.2. Extraorales.

- Panorámica, todo sobre estructuras intraorales.

- Telerradiografía, para evaluación ortodóncica.

- Lateral de mandíbula, todo sobre estructuras intraorales.

- Vistas ATM, para patologías relacionadas con la articulación.

1.3.2. Procedimientos radiográficos con los que el dentista debe estar familiarizado(48):

- Occipitomentoniana, para localizar fracturas cigomáticas o de otras estructuras faciales; evaluación de los senos.
- Water, para evaluar los senos.
- Vistas temporomandibulares, para desórdenes de ATM.
- Transfaríngea
- Transorbital
- Lateral transcraneal
- Artrogramas, para localizar problemas discales.
- Sialogramas, para desórdenes salivares.

1.4. ARCHIVO DE REGISTROS.

Por último, para evitar la malpraxis en radiología debemos tener también en cuenta varios puntos que tienen que ver con el archivo de los registros.

Se deben conservar las radiografías etiquetadas, con la fecha y el nombre de quien las realizó.

- Apuntar la exposición, si las tenemos estandarizadas se entiende que se ha llevado a cabo ésta.
- Apuntar la razón por la que se ha prescrito.
- Anotar la interpretación de los hallazgos.
- Anotar la intención de tomar radiografías en intervalos ya sea por procedimientos quirúrgicos, endodóncicos o para determinar el éxito o fracaso de tratamientos.
- Debe quedar constancia de negaciones del paciente a hacerse radiografías.
- Si se refiere al paciente apuntar las razones y los hallazgos por los que se realiza la referencia.
- Realizar todas las notas en tinta y si hay más de un profesional utilizar la misma terminología.

2. IMPLANTOLOGIA.

2.1. INTRODUCCION.

Existe cierta curiosidad en los orígenes de la implantología, ya que se pueden leer textos sobre su práctica en China 3.000 a. antes de Cristo, en Egipto con el trasplante de dientes humanos, animales o de piedras o metales preciosos y más adelante varios autores dedican en sus escritos algunos capítulos a la posibilidad de implantar raíces artificiales(54). En 1931 Muller idea el implante subperióstico, el cual fue mejorado más tarde y se expandió por todo el mundo con cursos y congresos. En 1940 Formiggini basándose en una experiencia clínica en la cual una gasa yodofórmica que taponaba un alveolo quedaba aprisionada por un magma de tejido conjuntivo e incluso neoformación ósea describió su espiral. Ésta fue más tarde modificada y así empezaron a proliferar las espirales y los tornillos; cada autor realizaba su proyecto por lo que aparecieron en escena múltiples pioneros, en diversos países. Es muy difícil hacer una lista exhaustiva ya que aparecen constantemente nuevos modelos y técnicas y nuevos avances científicos, estudios de biocompatibilidad de los metales, de reacciones del tejido óseo, que provocan un avance de la implantología.

A nivel mundial podemos diferenciar claramente tres etapas(54):

1.Implantes yuxtaóseos, que a partir de 1949 (Goldberg y Gershkoff) se expandieron por todo el mundo aunque presentaban un 40 % de fracasos por la dificultad de la técnica y la falta de materiales biocompatibles. Por este fracaso la implantología se orientó hacia los implantes endoóseos.

2.Implantes endoóseos con origen en Formiggini (1940) con su espiral modificada después por Perrón Andrés y de la que surgieron posteriormente múltiples modelos y técnicas.

3.A partir de 1965 la implantología dio un gran giro con los estudios de Branemark que demostraron con buena documentación que se podía lograr la osteointegración, además de darle credibilidad a la implantología.

Actualmente se llevan a cabo múltiples investigaciones acerca de los implantes divididos en cuatro áreas fundamentales: los biomateriales, la biomecánica, el estudio de los tejidos periimplantarios y el estudio de la evaluación clínica(55).

Sobre los materiales se estudian además de sus propiedades

físicas su potencial de corrosión en contacto con los tejidos vivos, su configuración de superficie, su capacidad de inducción tisular y su potencial de provocar una reacción inflamatoria. El estudio de la biomecánica implica un análisis de la relación fuerza - carga, el análisis de la distribución de fuerzas tras la carga y el estudio de los patrones de reabsorción ósea tras la carga. En el estudio de los tejidos se analiza la reacción celular teniéndose en cuenta los tres medios definidos para la retención de los implantes, la fibrooseointegración, la osteointegración y la biointegración. También hay que analizar el sellado epitelial y el comportamiento en el medio bucal. El estudio de la evaluación clínica implica realizar diferentes ensayos clínicos utilizando parámetros de evaluación fáciles de utilizar y deben demostrar unos estándar mínimos.

2.2. FRACASOS EN IMPLANTOLOGIA ORAL(56).

El éxito o el fracaso de los implantes dependen de una gran combinación de factores que se relacionan y pueden presentarse complicaciones en cualquier nivel y momento del proceso.

2.2.1. Los principios básicos implantológicos necesarios par conseguir el éxito son:

- 2.2.1.1. Biocompatibilidad del material. Los materiales aceptados son el titanio, la hidroxiapatita y el óxido de aluminio.
- 2.2.1.2. Diseño macroscópico y microscópico del implante. Se debe elegir el implante en función del paciente y para ello se deben de conocer los diferentes tipos. Esto es difícil ya que casi todos los cursos que existen en nuestro país son promovidos por las diferentes marcas de implantes, con el inconveniente de que entrenan en una técnica específica olvidando la elección del tipo de implante según el paciente.
- 2.2.1.3. Diagnóstico preciso. No todos los pacientes son susceptibles de tratar, hay contraindicaciones generales (enfermedades endocrinas, radioterapia reciente,...) y locales (enfermedades de la mucosa o del hueso). Son imprescindibles las radiografías, incluyendo la telerradiografía en desdentados totales, y los modelos montados en articulador.
- 2.2.1.4. Estado del lecho óseo, bien cicatrizado y con

dimensiones adecuadas.

- 2.2.1.5. Cirugía atraumática, sin recalentamiento del hueso, con manejo adecuado de los colgajos y máxima esterilización.
- 2.2.1.6. Diseño protético. Hay que conseguir un ajuste pasivo y óptimo entre el armazón protésico y los pilares, suficiente anchura y altura de la estructura, aleaciones adecuadas y colado meticuloso y oclusión adecuada.
- 2.2.1.7. Seguimiento y mantenimiento. Tiene que ser anual valorando la estabilidad de la prótesis, el estado de los tejidos blandos y la interfase hueso-implante con una radiografía. Hay que adiestrar al paciente en el uso de una óptima higiene mecánica y química.

2.2.2. Criterios de éxito en implantología(55).

Estos criterios han ido variando con el tiempo, aumentándose las exigencias. En 1986 Albrektsson, Tarb, Worthington y Eriksson proponen cinco parámetros.

1. Inmovilidad al examen clínico.
2. Ausencia de radiolucidez periimplantaria en radiografías intraorales.
3. Pérdida ósea vertical menor de 0.2 mm anuales.
4. Ausencia de signos y/o síntomas persistentes de dolor, inflamación o parestesias.
5. Un porcentaje de éxito aceptable de 85% a los 5 años y de 80% a los 10 años.

La predictibilidad a largo plazo de un implante en función está relacionado con la respuesta ósea y de la mucosa periimplantaria sana. Una respuesta fibrosa en la interfase convierte la unión en un complejo con cierta movilidad, más vulnerable a los fenómenos inflamatorios y por lo tanto a agresiones microbianas. En último término la movilidad de un implante hace perder hueso, bien con una zona de ensanchamiento por una formación capsular fibrosa o bien una destrucción vertical ósea progresiva.

Más actualmente, en septiembre de 1990, en el 20 Congreso Internacional de Integración Tisular en Reconstrucciones Orales, Ortopédicas y Maxilofaciales (Minnesota) se elaboraron unos criterios de éxito más exigentes:

- los implantes individuales deben ser inmóviles
- no debe aparecer ninguna radiolucidez periimplantaria con radiografías intraorales
- ausencia de dolor o inflamación persistentes o recurrentes
- ausencia de daño a estructuras vecinas (dientes, n.dentario,...)
- soportar las cargas durante la función
- índices de éxito de implantes individuales de al menos 95% a los 5 años y del 90% a los 10 años en el segmento anterior mandibular. En otras localizaciones un mínimo de 85% a los 5 años.

La ADA para aceptar un sistema de implante exige al menos dos estudios independientes de seguimiento de paciente con implante durante 3 años para dar una aceptación provisional y de 5 años para la definitiva.

2.3. ERRORES U OMISIONES.

Tanto antes como después del tratamiento pueden existir errores u omisiones que provoquen complicaciones(57). Estos errores los podemos clasificar así:

2.3.1. Durante el diagnóstico y planificación del tratamiento.

- Selección inadecuada del paciente.
- Indicación incorrecta de la intervención en cuanto a volumen y calidad ósea, por compromiso anatómico, funcional o estético.
- Problemas de paralelización.
- Localización inadecuada de las fijaciones que plantea problemas en la estética, la función o la fuerza. En este punto se ha encontrado una demanda en un caso en el cual el paciente sufrió dolores en el maxilar superior por fractura de un implante. El paciente requería reponer todas las piezas del maxilar superior y el profesional encargado sólo colocó dos implantes para sostener esta prótesis(59).

2.3.2. Durante el tratamiento.

2.3.2.1. Fase quirúrgica.

- error de fresado en dirección, diámetro o profundidad.
- trauma térmico.

- irrupción involuntaria con invasión no deseada de estructuras anatómicas vecinas (conducto dentario, seno maxilar, fosas nasales, agujero mentoniano). En este apartado la casuística es más extensa. Hay varios casos en la bibliografía que han llegado a nivel judicial: por la provocación de una sinusitis maxilar tras un implante en la zona del 27(59), por dolores y disestesias en el labio a causa de un implante en la proximidad del canal dentario(59). Otro caso(60) se refiere a un paciente de 55 años desdentado total superior y parcial inferior que tras la fase quirúrgica empieza a presentar la sintomatología característica de afección del nervio dentario inferior, con parestesia, hipoestesia y algia difusa en la hemicara derecha no controlable con analgésicos. Estas parestesias duraron dos años.

Es comprensible que la colocación del implante es asimilable a un acto quirúrgico en el cual se deben tomar todas las precauciones normales antes, durante y después del tratamiento. Payment(59) reporta un caso de reclamaciones por paciente que sufrió una infección pulmonar grave tras la colo-

cación de cuatro implantes.

2.3.2.2. Fase de reposo.

- dehiscencia tisular con exposición prematura de la fijación.
- presión inadecuada de la prótesis provisional que transmite fuerza sobre las fijaciones alterando su inmovilidad.

2.3.2.3. Fase de ajuste protético.

- ajuste incorrecto del pilar transeptelial.
- elección inadecuada de la prótesis y componentes protésicos.
- carga prematura.
- oclusión inadecuada que genera trauma oclusal.
- cantilevers exagerados (se permite 20 mm de extensión en la mandíbula y 10 mm en el maxilar en desdentados totales; en los desdentados parciales la extensión debe ser menor que la distancia entre implantes).

2.3.3. Tras el tratamiento.

- desajuste o deterioro de los componentes.
- higiene inadecuada.
- hiperplasias o ulceraciones por presión de la prótesis en la mucosa.
- fractura del implante por fatiga del material o sobrecarga funcional.

Es muy importante realizar el seguimiento y análisis del paciente una vez realizado el tratamiento. En un implante individualizado resulta más difícil evaluar las prótesis cementadas. Cuando tenemos una unidad protética sabemos que ésta puede continuar en funcionamiento a pesar del fracaso de una de sus unidades de soporte, mientras otras estén en condición de mantener la función. Éste es un fracaso relativo para el paciente, pero a la larga supone una sobrecarga para el resto de pilares y por lo tanto una mayor probabilidad de sobrecarga.

Por otra parte las posibilidades de fracaso no son iguales en las diferentes etapas, sino que aumentan en la primera tras su colocación y en la justamente posterior al inicio de la función(57).

Las medidas de éxito están en relación directa con la eficacia del implante a largo plazo pero también con las expectativas del paciente tanto estéticas como funcionales.

2.4. PUNTO DE VISTA MÉDICO-LEGAL.

En este apartado de la implantología ha aparecido poca casuística, quizás por lo nuevo de la técnica y sobretodo por su divulgación a nivel de la sociedad; es una técnica costosa que no se realiza a un nivel alto de pacientes, como ocurre con otras especialidades. A pesar de esto, el número de pleitos por malpraxis referidos a implantes ha aumentado recientemente de forma significativa(61).

Tenemos que tener en cuenta varios puntos:

2.4.1. La implantología es una técnica relativamente nueva y por ello no existen todavía en muchos sistemas estudios a largo plazo que garanticen el éxito y nos muestren todos las posibles complicaciones y efectos secundarios.

2.4.2. El paciente debe ser informado de todo lo relativo a esta técnica y sus fases, y se le debe realizar un estudio extenso pretratamiento que incluya tanto las exploraciones sistémicas adecuadas debido al acto quirúrgico como la valoración funcional y estética de la prótesis y si ésta se adecuará a sus expectativas.

2.4.3. El profesional que realice implantes debe estar entrenado y conocer todos los riesgos que pueden aparecer. Esto hay que tenerlo en cuenta pues actualmente en España los estudios Odontoestomatológicos no contemplan su docencia; sólo existen cuatro centros donde se imparten algunas horas (en dos de ellos 20 horas y en los otros dos 10 horas) aunque se espera que en el nuevo Plan de Estudios figure. Además tampoco hay ningún centro donde se establezca su enseñanza de forma independiente, sólo hay 3 centros que han creado Servicios de Implantología en los cuales intervienen profesores de distintas especialidades para tratar a los pacientes(58). A nivel profesional se imparten varios cursos promovidos por las distintas marcas que provocan el sólo conocer un tipo de implante y adaptar éste al paciente, y no al revés escogiendo el implante más adecuado para cada tipo de paciente.

2.4.4. Las propias características de forma, tamaño y técnica de cada sistema les confieren ventajas e inconvenientes que influyen directamente sobre sus porcentajes de éxitos o fracasos.

Tener en cuenta además la rápida evolución y la llegada de nuevas técnicas e investigaciones que implican la necesidad de una formación continuada.

- 2.4.5. Las expectativas del paciente: aquello que para un paciente con severa inadaptación de sus prótesis puede constituir un éxito, en el que el paciente se siente compensado, para otros con demandas estéticas rigurosas puede ser evaluado como un fracaso. Como siempre dar una buena información.
- 2.4.6. En la implantología tanto en el diagnóstico y tratamiento como en el seguimiento intervienen un grupo de profesionales de distintas especialidades y la responsabilidad los abarca a todos, por lo tanto hay que cuidar la comunicación y el entendimiento interdisciplinario.

3. ORTODONCIA.

En esta especialidad la bibliografía hallada ha sido muy extensa. Por ello lo dividiremos en los siguientes puntos:

1. Reclamaciones por inadecuado diagnóstico y plan de tratamiento.
2. Reclamaciones secundarias a la evolución del tratamiento o a complicaciones aparecidas en el curso.
3. Reclamaciones por resultado insatisfactorio o complicaciones postratamiento.

3.1. RECLAMACIONES POR INADECUADO DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Los principales puntos conflictivos del pretratamiento es la existencia de una enfermedad periodontal o una disfunción de ATM detectada o no y la anotación en el consentimiento informado de la posibilidad de aparición de ciertas complicaciones(62,63).

En el adulto estos puntos son especialmente conflictivos ya que al haber habido más tiempo los problemas se han desarrollado en toda su extensión(64). En el adulto la demanda más frecuente es el fracaso en el diagnóstico y en referir la enfermedad periodontal. Consecuen-

cias como la necesidad de cirugía periodontal, pérdida de dientes, prótesis, son determinantes para que se desarrollen en todos los pacientes protocolos específicos con evaluaciones iniciales y periódicas del estado periodontal. Si se encuentra patología, el ortodoncista deberá referir al periodoncista y anotarlo en la historia. Los adultos también han sufrido una larga exposición a posibles etiologías de disfunción de ATM. Una historia con examen cuidadoso y evaluaciones cada seis meses más la inclusión de los hallazgos en el consentimiento informado será suficiente para prevenir problemas posteriores. Otra situación frecuente en el paciente adulto es la discrepancia dental o esquelética importante, que no puede ser tratada aprovechando el crecimiento residual. Será importante informar claramente de lo que se puede y no se puede conseguir y de la necesidad o no de cirugía ortognática. Si se realiza un plan de tratamiento comprometido es importante que consten en el consentimiento informado los resultados que se pueden obtener y las complicaciones.

Douglas(4) reporta siete casos en los Tribunales de Apelación por un diagnóstico incorrecto de enfermedad periodontal o desórdenes de ATM. Dos casos presentaban pacientes con enfermedad periodontal pretratamiento sin notificar. Los ortodoncistas no poseían documentos y por lo tanto tampoco defensa. Deben realizarse exámenes periodontales antes y durante el tratamiento, especialmente en adultos y documentarlas. Si referimos debemos asegurarnos que el profesional

dirige el problema efectivamente. Una situación peligrosa es cuando el ortodoncista sabe que el cuidado que recibe el paciente por el otro profesional es inferior al normal; no es responsable de esto, pero sí de la dirección y planificación.

Respecto a la disfunción de ATM, Machen(49) clasifica los casos de demandas cuando el paciente presentaba una historia de signos y/o síntomas de ATM en:

1. La historia y el examen clínico no fue adecuado para identificar la disfunción. Es el más frecuente y muy difícil de defender cuando se testifica que el nivel de cuidados diagnósticos fueron bajo el standard. En un caso el ortodoncista realizó modelos, fotos y radiografías diagnósticas normales (teleradiografía y ortopantomografía) pero no diagnosticó ningún problema de ATM ya que estos registros no son adecuados para ello. La paciente arguyó fracaso en diagnosticar una condición preexistente.

2. Se identifica la disfunción de ATM. Esto conduce a tratar el problema, referirlo o modificar el plan de tratamiento y proveer información sobre alternativos tratamientos y complicaciones.

Para evitar fracasar en el diagnóstico se debe incluir en la historia preguntas sobre cefalalgias y movimientos mandibulares, diagnósticos o tratamientos anteriores sobre esta condición y férulas, equilibrado oclusal u ortodoncia previa. También se debe investigar sobre exodoncias recientes, especialmente de los terceros molares y realizar un examen de ATM detallado explorando ruidos, músculos y movimientos mandibulares.

Los métodos diagnósticos con pacientes con problemas de ATM incluyen un estudio de modelos en relación céntrica e imágenes de la articulación (radiología, tomografía).

Aunque el paciente no presente problemas de la articulación, si el tratamiento puede causarlos debe exponerse claramente en el inicio.

Una paciente de 40 años acude al ortodoncista y éste tras los exámenes le presenta un plan de tratamiento que incluían cirugía(17). La paciente no quería intervenir y prefiere un plan de tratamiento alternativo que fue presentado como un compromiso y con posibles complicaciones de la ATM. La paciente no estaba de acuerdo con los resultados que obtenía y pidió volver al primer plan, pero durante la preparación para la cirugía desarrolló una disfunción temporomandibular. Demandó por ello al ortodoncista por inadecuado diagnóstico y tratamiento de su problema pero evidentemente, gracias

a los documentos existentes se falló a favor del ortodoncista.

Esto apoya lo positivo de un gasto extra de tiempo inicial para exponer y escribir claramente el plan de tratamiento correcto y los alternativos con los riesgos y complicaciones potenciales asociados.

Berry(65) nos presenta un caso en el que se reclamó por haber fracasado en dar la suficiente importancia a la necesidad del tratamiento ortodóncico tras la fase de cirugía para evitar movimientos dentarios. La paciente con clase III e incompatibilidad de sus arcadas fue preparada para cirugía previamente y tras ella, se siguió el tratamiento ortodóncico. Tras tres meses de tratamiento lo abandonó y sus dientes se movieron por lo que reclamó al no haber sido avisada.

Tenemos otro caso en el que no se hizo un diagnóstico correcto(66). La paciente de 24 años con clase I molar se presenta por un apiñamiento inferior y protrusión incisiva superior. Después de meses de tratamiento empieza a presentar una clase II dental con mordida abierta que aunque se intentó controlar se presentó como esquelética. Lo más probable es que estuviera presente antes del tratamiento, aunque desafortunadamente no se había identificado. El ortodoncista remodeló el plan de tratamiento y advirtió de la necesidad de cirugía explicando que el corto período de ortodoncia había desenmascarado la condición. La paciente vio el problema como evitable y al

ortodoncista como la causa y demandó por fracasar en obtener un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento además de alegar haber agravado su condición anterior por lo que necesitaría cirugía, la cual se podría haber evitado. No había consentimiento informado que notara la posibilidad de cirugía, y el caso se pagó antes de la vista.

Otros casos(4) envuelven a un ortodoncista que no tomó pruebas diagnósticas completas y empezó el tratamiento sin planes de tratamiento formalmente escritos. El ortodoncista alegó que el número de fracasos en su práctica eran mínimos frente al de éxitos. Pero la sentencia exponía que la incompetencia no se determina contando y comparando éxitos y fracasos; la evidencia de los registros demostraba un patrón de incompetencia con serias deficiencias en la planificación, metodología, técnica y mantenimiento de registros.

3.2. RECLAMACIONES SECUNDARIAS A LA EVOLUCION DEL TRATAMIENTO O A COMPLICACIONES APARECIDAS EN SU CURSO.

Es evidente que e a lo largo del tratamiento pueden aparecer múltiples problemas, y más en esta especialidad en la que el tiempo de tratamiento es muy largo y por lo tanto aumentan las posibilidades.

Se analizan los puntos de mayor interés.

- 3.2.1. Cooperación. Muchos ortodoncistas están de acuerdo en que la mayoría de sus problemas conciernen a la cooperación de sus pacientes durante el tratamiento(67). La no cooperación aumenta la ansiedad y el estrés y el riesgo de fracaso en obtener las expectativas del ortodoncista y de los pacientes.

En el consentimiento informado debe presentarse la idea de que la cooperación es necesaria presentándola tanto al paciente como a los padres si es menor de edad. En las posteriores visitas tanto el ortodoncista como la plantilla auxiliar debe evaluar la cooperación: identificar la higiene, las cancelaciones, las horas de aparatología y apuntarlo y reinstruir al paciente. Si es necesario se enviará una carta. En las siguientes visitas con condiciones similares se volverá a insistir y si existen más se hablará específicamente sobre los problemas y consecuencias de no cambiar de actitud. Si el problema no se soluciona se puede considerar el transferir el cuidado a otro especialista. Las deficiencias que generalmente se encuentran son(68) mala higiene oral, pérdida de bandas y bracketts, caries, restaura-

ciones perdidas o rotas y fallos a visitas o cancelaciones. Para tenerlo controlado se puede utilizar una historia con secciones específicas en las que se anotan tanto los aspectos positivos como negativos. Estos apartados podrían ser "instrucciones dadas", "deficiencias", "problemas y quejas",...

- 3.2.2. Exodoncias. Puede aparecer un problema grave en los errores con las exodoncias. Nunca dar órdenes por teléfono, lo mejor es hacer una carta para el cirujano con una copia en la historia especificando los dientes con el nombre propio y/o en un diagrama.

Durante 25 años un ortodoncista(69) se había entendido con el cirujano (aunque usaban distinta nomenclatura) escribiendo un informe que daba al paciente. En algunas ocasiones era precisa una llamada para verificar. En este caso la paciente olvidó la nota y encima el cirujano se había asociado con otro recientemente. Se hizo una llamada y se indicó exodonciar el 4 de cada cuadrante a lo que el cirujano asintió "el cuarto diente en cada cuadrante". Se exodonciaron los segundos premolares que no tenían ninguna patología dejando los primeros premolares, uno endodonciado y

otro con una restauración mesio-ocluso-distal. La paciente presentaba una biprotrusión y había desechado la cirugía en favor de las exodoncias de los primeros premolares que estaban dañados.

Se informó a la paciente de la confusión y se siguió el tratamiento consiguiendo una mínima retracción además de necesitar posteriormente en un premolar endodoncia más apicectomía. Dada la mínima retracción conseguida cambió de profesional haciéndose cirugía y demandando al anterior.

- 3.2.3. Profilaxis antibiótica. Otro problema respecto a las exodoncias u otras intervenciones cruentas es la evaluación de la necesidad de profilaxis antibiótica. Un par de casos ilustran estos peligros(70). La paciente presentaba un defecto cardíaco congénito corregido con cirugía y no alegó en el interrogatorio ningún problema cardíaco pues consideraba no tener ninguno desde que fue intervenida. Tras una profilaxis periodontal tuvo que ser hospitalizada. El juez halló negligencia por no haber cumplido con los estándares al haber omitido ciertas preguntas, además del agravante de que el ortodoncista no había revisado su tipo de historia clínica desde hacía 11 años.

En otro caso estaba identificada la necesidad de la profilaxis antibiótica pero por un error administrativo esta información no constaba en la historia. En la consulta ejercían varios profesionales y uno de ellos realizó varias exodoncias desencadenándose endocarditis bacteriana.

Estos casos ilustran las precauciones que deben ser tomadas y la necesidad de revisar la historia; si se hicieran referencias es necesario advertir del problema aunque cada dentista es responsable de investigar al paciente.

3.2.4. Impactación de piezas. Son muy frecuentes los caninos incluidos; hay estudios que indican de un 3 a un 5% de los pacientes de ortodoncia(71). Es importante analizar la educación del paciente, la posición y su relación con otros dientes. Antes de exodonciar los caninos temporales deben tenerse precauciones:

- * Realizar radiografías para localizar el canino impactado.
- * Discutir con el cirujano oral sobre el procedimiento de exposición y el daño de tejidos.

* Evaluar la posición, anquilosis, espacio disponible, densidad ósea, apariencia de la corona y continuidad de la membrana periodontal.

En el plan de tratamiento se debe incorporar la posibilidad de complicaciones (anquilosis, exposiciones múltiples, luxaciones, retracciones gingivales, no viabilidad y necesidad de extracción) y los planes alternativos. Considerar críticamente la exodoncia de los premolares cuando hay a caninos impactados, especialmente si también hay otros problemas.

Una paciente de 30 años con un canino impactado(71) es diagnosticada de clase II con impactación de canino y se envía al cirujano para exodonciar el canino temporal, los primeros premolares y fenestrar el canino impactado. No se hizo plan de tratamiento ni consentimiento informado. El canino resistió los esfuerzos para moverlo durante meses y el ortodoncista prescribió la exodoncia de ambos caninos superiores. Después de 3 años de tratamiento todavía existían grandes espacios en el lugar de la exodoncias. La paciente se trasladó a otro profesional; sólo tenía dos

opciones: cirugía ortognática o puentes para los espacios de 6 mm que presentaba todavía. Evidentemente demandó al ortodoncista y ganó el pleito.

3.2.5. Problemas de articulación temporo-mandibular.

La modificación de la posición de las piezas es evidente que puede incidir en la oclusión. Hay un tanto por ciento significativo de alegaciones por fracasar en el diagnóstico o tratamiento de las disfunciones temporomandibulares, generalmente son pacientes de 18 a 45 años(72). Por ello hay que seguir protocolos de examen y repetirlos durante el tratamiento:

- Interrogatorio sobre dolor, limitación de movimientos mandibulares, espasmos musculares, ruidos, asimetría facial,...
- Exploración: desviación, lateralidad, abertura, protrusión, palpación muscular y palpación de ATM, patrón oclusal, interferencias.

No se requieren exploraciones radiográficas en pacientes que han estado libres de síntomas y signos, pero si hay problemas se deben hacer más pruebas, o al menos informar al paciente de la necesidad de ello.

El desarrollo de problemas de ATM durante el tratamiento es frecuente; varios estudios muestran que el 50% de los americanos experimentan signos y/o síntomas, generalmente clicks(73). Esto junto al gran estrés social existente conduce a que debamos introducir en el consentimiento informado datos sobre la disfunción temporomandibular, sobre su etiología multifactorial que puede o no ser dependiente del tratamiento ortodóncico y que éste puede desencadenar el inicio en pacientes predispuestos.

Hay varios casos en la bibliografía que han llegado a los tribunales(41,74,75). En el primero(41) tenemos a una paciente de 27 años que consulta a dos ortodoncistas por un click unilateral asintomático. Tras dos años de tratamiento ortodóncico con uno de ellos no resuelve el click y lo demanda por violar el standard de cuidado (que había recomendado el primero) no haciendo primero una férula. Otro paciente de 28 años(74) con dolor de ATM es tratado con una férula por su dentista general y fue referido al ortodoncista que le instauró aparatología funcional. Tras meses de tratamiento consultó con otro que le recomendó otro tratamiento. El paciente demandó a los profesionales

por creer que la terapia con férula y los meses de tratamiento ortodóncico habían causado una necesidad de tratamiento extensivo de ortodoncia más cirugía como le había aconsejado el nuevo ortodoncista. El último caso que nos presenta Machen(75) es sobre una paciente de 40 años con clase II división segunda que escogió un plan de tratamiento alternativo desechando la cirugía. Se tomaron imágenes de ATM y no existía patología. En la última fase de tratamiento aparecieron problemas de ATM y la paciente demandó al ortodoncista ya que además no estaba contenta con la estética obtenida. Con los documentos existentes el fallo fue a favor del ortodoncista. Éste es otro ejemplo de la importancia del consentimiento informado con el que el paciente asume la responsabilidad, hecho todavía más importante en los casos en los que se escoge un tratamiento alternativo.

3.2.6. Caries. La modificación de la posición de las piezas, la variación de zonas de contacto, sobre todo si se acompaña de una higiene deficiente, pueden ser un factor a tener en cuenta en la aparición de nuevas caries(76). En todas las técnicas existe evidencia de acúmulo de placa bacteriana, tanto en aparatología removible como fija(77).

Es función del ortodoncista recordar siempre las normas elementales de higiene de la boca, y aunque a veces puede ser difícil realizar un buen cepillado con aparatología fija es importante insistir repetidamente en este punto, motivando al paciente(78). El no insistir es como mínimo un pequeño error del ortodoncista. Por causa de una banda demasiado grande o con cemento mal espatulado pueden aparecer caries por debajo y también pueden aparecer manchas de decalcificación.

3.2.7. Reabsorciones radiculares. Como consecuencias de distintos movimiento puede crearse un compromiso en las condiciones de irrigación traduciéndose en zonas de reabsorción radicular. La mayoría son reabsorciones poco trascendentes aunque frecuentes; Norton(79) señala entre un 8 y un 16 en la práctica; Graber(80) señala un mínimo de un 12% en personal competente.

Es preciso si se instaura una demanda de malpraxis tener unas imágenes radiográficas buenas y objetivas que permitan un peritaje válido.

3.2.8. Patología periodontal. El ortodoncista debe realizar reevaluaciones periódicas del estado periodontal y si existe

patología advertir al paciente de sus consecuencias. Se controlará la higiene cuidadosamente y si no se mejora se realizarán entrevistas específicas. El problema puede llevar a considerar la posibilidad de trasladar el cuidado del paciente.

Machen nos reporta dos demandas. En el primero(74) se reclamó por existir resorción ósea y enfermedad periodontal sin diagnóstico y tratamiento que llevó a la múltiple pérdida de piezas permanentes y la posterior necesidad de cirugía periodontal y prótesis. El otro caso(47) envuelve a una paciente remitida al ortodoncista para solucionar la estética de un incisivo inferior lingualizado. Tras el tratamiento apareció una mordida abierta y otros profesionales informaron a la paciente de una severa enfermedad periodontal y de la pérdida de dientes. La paciente demandó por no haber sido informada del problema periodontal. Tanto el ortodoncista como su dentista general alegaron haber controlado cuidadosamente su condición periodontal incluyendo la prescripción de profilaxis a las que la paciente no acudió. Pero no existían registros, ni radiografías o tratamientos periodontales realizados, por lo tanto claramente se tuvo que indemnizar a la paciente.

3.3. RECLAMACIONES POR RESULTADO INSATISFACTORIO O COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO.

3.3.1. Duración y finalización del tratamiento. El curso del tratamiento puede ser muy largo y con un lento progreso en etapas poco visibles y los familiares pueden pensar que el tratamiento es ineficaz(81). Por ello debemos insistir en la información para evitar interpretaciones erróneas. Además hay veces que el tratamiento se alarga ya sea por aparecer complicaciones o por la mala colaboración del paciente, así en los tratamientos en dentición mixta es frecuente por causa de erupciones retrasadas o atípicas. Se considera que pasan alrededor de tres meses desde que una pieza dentaria se hace visible en la cavidad oral hasta que entra en contacto con el antagonista y que la velocidad de erupción intraósea es de 1.5 mm al año(82). En una encuesta a ortodoncistas se determinó que sólo una fracción de ellos evaluaban una lista de criterios antes de concluir el tratamiento y que ninguno discutía sus hallazgos con el paciente/parientes(83). Para mejorar la calidad y la estabilidad del resultado ortodóncico y reducir los pleitos se debe instituir una rutinaria y completa evaluación prefinalización del tratamiento. Esto aumenta la credibilidad del ortodoncista y refuerza la participación del paciente y/o parientes repartiendo la responsabilidad de la finalización. Los

criterios que se sigan deben ser cuidadosamente evaluados y se escribirán los factores específicos que se han examinado junto con las metas conseguidas. También se discutirán las recomendaciones futuras: visitas regulares, exodoncia de los terceros molares,...

Muchos pacientes vuelven tras haber finalizado el tratamiento y el período de retención por varias razones. Una de ellas es la aparición de movimientos menores de dientes, que ocurren frecuentemente. Los pacientes se ven bajo el cuidado continuado del ortodoncista y le hacen responsable si sus dientes se desvían de la posición ideal que existían cuando acabó el tratamiento o si se desarrolla un click en su ATM(25). Canut y Plasencia(84) han estudiado ampliamente el tema valorando la que denominan recidiva yatrógena en la que influyen cuatro factores:

- diagnóstico erróneo
- aparatología inadecuada
- corrección parcial de la anomalía
- insuficiente control de retención

Debe diferenciarse el movimiento natural de la piezas de lo que es una verdadera recidiva, por ejemplo debe

conocerse e informar de la tendencia fisiológica al apiñamiento, sobretodo de los incisivos inferiores, pasada la segunda década de vida.

Por último, en el consentimiento informado se debe presentar cuánto durará el tratamiento, definiéndolo claramente e indicar que las visitas fuera de esta etapa serán tratadas como servicios separados.

- 3.3.2. Problemas de ATM. Puede aparecer patología de ATM tras el tratamiento, en la fase de retención o posteriormente. Si aparecen tras la fase de tratamiento activo sin haber presentado antes signos y/o síntomas o durante el tratamiento y continúan después, es importante que se halla explicado en el consentimiento informado de la posibilidad. Si existía patología anteriormente al tratamiento, y continúa durante y después se deben haber evitado expectativas irreales de que con el tratamiento desaparecerían los problemas de la articulación.

Con buenos procedimientos informativos y sin una clara demostración de negligencia el ortodoncista no será tomado como culpable del desarrollo de una disfunción temporomandibular durante o después del tratamiento(85). Con la información se evitarán muchos pleitos ya que no será una

sorpresa sino una complicación discutida.

3.3.3. Resultado insatisfactorio. Muchos procedimientos designados por el ortodoncista para sus pacientes pueden alterar la apariencia facial, por ejemplo la cirugía ortognática, la aparatología funcional, las exodoncias,... Los pacientes perciben estos cambios y en la mayoría de los casos están agradecidos, pero hay áreas más expuestas como las extracciones con posterior retracción del frente anterior. Como ejemplo tenemos una paciente de 20 años a la que se le trató con exodoncias de los primeros premolares más 4 años de aparatología fija(86). Su perfil final se hizo más cóncavo y emprende una demanda alegando además que su único deseo de tratamiento era solucionar las rotaciones de sus incisivos maxilares. El ortodoncista se defendía exponiendo que las exodoncias eran necesarias para obtener el espacio y que se precisaron elásticos para reducir el overjet existente. El juez falló a favor del ortodoncista principalmente por las excelentes radiografías y cefalometrías que avalaban un pequeño cambio en el perfil.

Esto nos demuestra que deben presentarse en el consentimiento informado los posibles cambios faciales, los

cambios por crecimiento y advertir que una predicción absoluta de los cambios no es posible. Las expectativas faciales del paciente deben ser reales, así se evitarán sorpresas y se habrán conseguido las metas apropiadas sin causar decepción.

Un caso especial(4) es una demanda que interpuso un paciente después de acabar un tratamiento exitoso que incluían las exodoncias de los cuatro primeros premolares por sentirse irreparablemente dañado al perder dichas piezas. Evidentemente tras testimonios que apoyaron que se había aceptado en un principio el plan de tratamiento la reclamación no tuvo trascendencia.

3.3.4. Complicaciones. Debe tenerse especiales precauciones, al desprender los bracketts, con el riesgo que existe en algunos materiales de llevarnos con él un fragmento de la superficie del esmalte(87). Se suspendió la licencia durante 5 años por negligencia e incompetencia a un ortodoncista que quitando el material multibandas dañó 10 piezas(88). El paciente después sufría impactación alimentaria y sensibilidad térmica y precisó que su nuevo dentista le tratara con coronas.

En otras situaciones los dientes pueden hallarse previamente debilitados. Una paciente de 30 años tratada con brac-

ketts de cerámica perdió al retirar éstos secciones de esmalte de diámetro 2-3 mm. En alguna pieza la lesión llegó a dentina y en otras quedaron fragmentos de bracketts que el ortodoncista retiró con fresas de diamante causando irritaciones pulpares. Aunque el profesional ofreció el pago de las restauraciones, la paciente emprendió una demanda por malpraxis.

Se debe realizar un examen cuidadoso con atención a líneas de fractura, dientes obturados, bordes incisales y otras causas que dispongan a fracturas y se debe incluir en el consentimiento informado la advertencia de las posibles complicaciones relativas a la remoción de los bracketts. Además, el ortodoncista deberá mantenerse al corriente de las técnicas de fijar y desfijar los bracketts y bandas.

Otro problema que puede aparecer al finalizar el tratamiento y levantar bracketts y bandas es la presencia clara de bandas de descalcificación.

En un caso reciente se falló a favor del paciente que reclamó por precisar restauraciones con composite(89). El ortodoncista había notado su mala higiene oral y le daba cepillos periódicamente pero no había toma de registros, ni documentos sobre información dada a los padres.

Se deben realizar sistemáticamente evaluación de higiene, salud gingival, presencia de decalcificación y anotarlo en la historia. Se debe avisar inmediatamente a los padres si el paciente no es un adulto. En una segunda visita se explicarán las consecuencias de seguir en esta condición: restauraciones, marcas, etc. Después, si todavía no se soluciona, cada profesional debe decidir hasta cuándo continuará el cuidado. Esto, junto a incluir la información sobre higiene en el consentimiento informado, nos protegerá de las acciones legales.

4. ENDODONCIA.

La anatomía interna y otras circunstancias condiciona que haya un cierto número de fracasos. Hay diversos factores que influyen en el éxito o no de un tratamiento endodóncico. Es importante conocer las causas para así evitar el fracaso. En el tratamiento de endodoncia se siguen diversas etapas, cuanto antes se produzca un error, mayor posibilidad existirá de fracaso. Una lista de los factores que influirían en el éxito o no del tratamiento podría ser ésta(90):

- * edad y sexo del paciente
- * salud y estado general del paciente
- * exactitud del diagnóstico
- * interpretación radiográfica
- * infección de los conductos
- * uso del dique de goma
- * tipo de tratamiento
- * consideraciones morfológicas
- * instrumentación
- * percances de procedimiento
- * técnica de obturación, material empleado y nivel apical de éste
- * fractura coronaria radicular lineal
- * estado periodontal

- * reabsorción
- * causa idiopática
- * restauración final
- * dolor postoperatorio inexplicable

El tratamiento exitoso se considerará así cuando el diente involucrado está asintomático y en funciones, el tejido blando se vea normal y las radiografías revelen ligamento periodontal y lámina dura normales. Se considerará fracasado cuando el diente involucrado presente síntomas o tenga aspecto anormal, el tejido blando responda anormalmente al examen visual y manual o las radiografías revelen una radiolucidez en la que no haya habido reparación o haya aparecido postratamiento.

Las causas del fracaso se clasifican en(90):

4.1. De orden general. Nuestro tratamiento tiene la finalidad de que los tejidos que rodean al diente reaccionen formando un cierre hermético biológico. Si los factores de resistencia están mermados por determinadas circunstancias, el equilibrio será más difícil de conservar.

4.1.1. Causas médicas: enfermedades infecciosas, enfermedades de larga duración (hemáticas, cardíacas, alérgicas). En cualquier tipo de enfermedad que disminuya las defensas los tratamientos endodóncicos tienen un pronóstico más reservado.

- 4.1.2. Causas psíquicas: ritmo de vida, falta de educación dental, estado psíquico.
- 4.2. De orden odontoestomatológico. Como lo importante es conseguir un correcto funcionalismo del aparato estomatognático, debemos valorar el conjunto antes de realizar un tratamiento endodóncico. Causas de fracaso serían la aparición de caries sin darnos cuenta por ser indolora, o la reconstrucción coronaria en la que los muñones sean pequeños para soportar la corona. Valorar si se puede reconstruir realmente (lesión supraósea) o si existe combinada patología periodontal (en este caso sin tratamiento periodontal combinado fracasaremos).
- 4.3. De orden profesional. El profesional debe tener en cuenta que la esterilización es necesaria para evitar que un proceso inflamatorio pase a infectivo. Así una contaminación de gérmenes por falta de desinfección puede dar un proceso más grave y agudo que cuando tratamos lesiones sépticas dentro del conducto. Valorar también la anatomía de cada pieza mediante una radiografía previa y advertir las situaciones comprometidas al paciente.
- 4.4. De orden local. Aquí incluiríamos defectos de técnica. Para evitarlos:
- anestesiar bien para poder trabajar tranquilamente
 - aislar para evitar que se introduzca saliva

- limpiar la cavidad previamente para no realizar la endodoncia con presencia de dentina careada
- realizar una apertura suficiente
- utilizar instrumental y fresas adecuadas
- limpiar todas las paredes del conducto
- tener cuidado en no realizar escalones, perforaciones, desviaciones apicales
- crear un stop apical correcto
- revisar los instrumentos y desechar aquellos que estén fatigados
- irrigar, ya que nos ayuda a eliminar las virutas de dentina y restos que se empaquetan y obturan el conducto

En USA los endodncistas realizan de un 20 a un 30 % de los tratamientos endodóncicos. Los restantes son realizados por los dentistas generales, la gran mayoría de los cuales rinden una gran calidad endodóncica. A pesar de esto las demandas de malpraxis se elevan contra ellos. Tras la revisión bibliográfica han aparecido varias demandas por endodoncias debido a distintas causas.

1. El paciente responsabilizaba a una endodoncia de la neuralgia del trigémino que padecía. El tratamiento de conductos sólo estaba ligeramente sobreobturado, pero el dentista prefirió pagar para evitar el proceso(40).

2. Un profesional anónimo nos explica su larga experiencia ante una demanda por malpraxis cuya resolución tardó 7 años(91). El paciente tras una endodoncia de un primer molar inferior con un pequeña sobreobtención de sellador padecía parestesia del labio inferior y aunque se le realizó cirugía oral aparentemente la patología persistió.
3. Por fracasar en realizar un buen diagnóstico. Aunque se expuso que se realizaron pruebas pulpares los hallazgos no se anotaron(92).
4. Por tratamiento de un diente erróneo (la asistente aisló mal). Para evitar esta confusión, realizar el acceso a la cavidad antes de colocar el dique(92).
5. Por no utilizar dique(93). Estadísticas no oficiales dicen que la mitad de los dentistas no lo utilizan. Hay revisados muchos casos, algunos de ellos graves, en los que se precisó cirugía torácica para extraer la fresa o cirugía abdominal.
6. Por rotura de la lima. No es un acto de malpraxis si se comenta con honestidad. Además hay muchos estudios que muestran que el canal puede sellarse(90).
7. Infecciones graves postendodoncia(92). En un paciente se requirió, por persistencia de las molestias en el conducto mesiovestibular de un

molar superior, cirugía apical con obturación de amalgama a retro. En la cirugía se entró inadvertidamente en el seno maxilar, causando patología posterior que tuvo que ser tratada quirúrgicamente. El paciente demandó a su dentista general por no haberlo referido al especialista.

Con otro paciente(92) se realizó una malpraxis clara al realizar una endodoncia en un tercer molar inferior (a la que el paciente en un principio se negaba) sin dique ni longitud de trabajo ni conometría. Al día siguiente el paciente presentaba dolor y un nódulo linfático que aunque el dentista trató con eritromicina 250 mg/8h fue agravándose. El paciente fue a otro profesional que realizó la exodoncia.

Cada profesional debe seguir las técnicas que domine (en ello tienen responsabilidad las autoridades docentes) y ser honesto consigo mismo decidiendo que tratamientos endodóncicos realizará. Si no se domina bien el campo más vale referir las piezas multirradiculares(91) ya que es peor tener problemas más tarde y tener que referir a un endodoncista intentando a la vez asegurar al paciente que se le ha cuidado con calidad.

5.PATOLOGIA

MEDICO-QUIRURGICA

En este campo los problemas aparecidos en la revisión están principalmente en el campo de las exodoncias, de la profilaxis antibiótica y del diagnóstico de las neoplasias.

Han aparecido dos casos(48,94,95) de demandas por fracasar en el diagnóstico o en la prescripción de una biopsia de una lesión oral maligna. El profesional(96) debe reconocer e indagar los factores etiológicos (tabaco, alcohol, nutrición, físicos) y a los pacientes de alto riesgo que se caracterizan por su sexo (hombre), edad (45-65 años), clase social (baja), boca séptica, hábito de tabaco y alcohol, y exposición a traumatismos mecánicos o radiaciones y calor. Según la Sociedad Americana del Cáncer cada año aparecen 24.000 nuevos casos de cáncer oral provocando 8500 muertes y el 85% de ellos son visibles directa o indirectamente. Si no nos vemos capaces de diagnosticar, derivar al paciente. En otro caso ante una lesión sospechosa se deberán realizar las pruebas pertinentes (citología oral, biopsia, azul de toluidina). No olvidar que el odontólogo también está obligado a llevar a cabo las medidas preventivas en su haber: procurar mantener los niveles de higiene oral, disminuir el tabaco y el alcohol y realizar revisiones periódicas manteniendo en nivel óptimo la dentición.

Hay casos graves en los que se ha fracasado en prescribir profilaxis antibiótica en pacientes en los que se requería, sea por no tener esa información (deficiente

anamnesis) o por no haberla anotado(70). Aparece también en este campo un caso muy curioso(97). La paciente alegó negligencia en el uso de las precauciones razonables al extraerle un diente, ya que tenía antecedentes de fiebre reumática y daño en la válvula mitral. El problema del dentista era que no había realizado tal exodoncia (aunque sí había tratado a la paciente años antes) y por ello no tenía documentación que pudieran demostrarlo. Además el marido de la paciente explicaba que llegaron tarde a la consulta (las auxiliares ya habían acabado de trabajar) y que tras la exodoncia pagó al contado por lo cual no tenía ningún recibo. En el juicio se descubrió que la exodoncia la había realizado el dentista del marido y que todo había sido un intento para sacar beneficios económicos. La lección es comprender que sin unos buenos documentos el dentista no hubiera podido rechazar todo la historia.

Respecto a la práctica de exodoncias aparecen problemas por equivocaciones de piezas(69) y por no procurar los cuidados preextracción(70) o postextracción(98). Hay un caso de malpraxis grave en el que se suspendió la licencia al profesional durante 5 años por realizar exodoncias no indicadas(99). El paciente estaba diagnosticado de esclerosis múltiple y llevaba en boca numerosas amalgamas. El dentista le dijo que la amalgama podría contribuir a sus síntomas y que debía ser alérgico a ella (nunca le prescribió un test sanguíneo pues era demasiado caro). Le ofreció dos opciones: coronas de oro o prótesis completa tras exodoncias múltiples asegurándole que tras quitarle las amalgamas mejoraría en salud y se frenaría el progreso de su esclerosis múltiple. No le informó de la no existencia de evidencias científicas sobre el tema ni de que las infecciones y los traumatismos causan exacerbaciones de la esclerosis múltiple. Así pues tras las exodoncias el paciente tuvo que ser hospitalizado.

Respecto a este tema de la amalgama dental se han creado grandes fuerzas sociales sobre la conducta del profesional(100). Basándose en las evidencias científicas actuales no existe ninguna justificación para que un dentista inicie la retirada y sustitución de la amalgama por otros materiales dentales. La realización de esto basándose en una creencia genuina viola los estándares profesionales colectivos de un tratamiento correcto. Si es el paciente el que pide la retirada de la amalgama, el odontólogo deberá tranquilizarlo educándolo y explicarle los daños potenciales de su retirada tanto para el diente como por el vapor concentrado que se libera. Si ha comprendido estos puntos y a pesar de todo lo desea, el dentista puede instaurar el consentimiento informado y realizarlo o rechazar el proceso.

Ante las extracciones valorar cuidadosamente las indicaciones en base al grado de destrucción dental y paradental, la existencia de infección odontógena y la inviabilidad de terapia conservadora o apicectomía. Es importante realizar una radiografía(48). Prestar mucha atención al extraer un temporal, asegurarse de la existencia del permanente, de su integridad y alineamiento. Investigar las posibles contraindicaciones como enfermedades generales hemáticas, hepatopatías,... Cualquier riesgo consultarlo con el especialista.

En el curso de la intervención pueden aparecer distintas complicaciones:

- Falsa extracción. Cuidar en identificar el diente.
- Fracturas dentales. Son más graves cuando se trata de una pulpa infectada o con foco apical. Sólo una gran dificultad de extracción o necesitar gran osteotomía puede justificar dejar el resto y siempre debe

remitirse.

- Fracturas alveolares. Es impune si se ha realizado la técnica con instrumentos erróneos siempre que no haya patología ósea (osteitis, osteomielitis, tumores, quistes) que disminuyan la resistencia del tejido.
- La luxación del diente contiguo es de grave responsabilidad.
- Si se produce comunicación con el seno maxilar comunicarlo y referirlo al cirujano maxilofacial previniendo una posible sinusitis.
- La aspiración del diente es un problema grave.
- Daño de prótesis preexistentes. Si son removibles recordar que el paciente debe sacárselas.

Tras la exodoncia pueden aparecer otro tipo de complicaciones:

- La hemorragia continua que es responsabilidad del dentista si no ha sido prudente averiguando el estado de coagulación del paciente.
- No será culpable de una posterior infección si se ha realizado una rigurosa asepsia y se ha recomendado un colutorio o terapia antibiótica.

El drogadicto y las exodoncias(101)

La hemorragia pre o postoperatoria puede ser una complicación inmediata grande especialmente en los adictos a heroína debido a la insuficiencia hepática crónica alcohólica o viriásica.

Por otra parte la elevada frecuencia de serología positiva al SIDA que se acompaña de perturbaciones inmunohematológicas obligará a realizar en estos pacientes un balance hemostático ante toda intervención.

Las complicaciones secundarias locales serán las normales (alveolitis, celulitis y retraso de la cicatrización) pero con mayor frecuencia y gravedad en relación con los gérmenes presentes. Además el paciente las descuida de tal forma que llegan al profesional en fase de supuración. Las complicaciones generales son más raras pero muy peligrosas. Entre ellas tenemos tromboflebitis, celulitis difusas, septicemias y endocarditis aguda sobre válvulas (especialmente la tricúspide) con antecedentes de patología por gérmenes de las repetidas inyecciones de la droga. La antibioterapia profiláctica debe prescribirse en todas las intervenciones. Se debe preveer una posible insuficiencia renal que afecte a la dosis de ciertos fármacos.

6. ANESTESIA.

En la búsqueda bibliográfica realizada la casuística aparecida en su mayor parte corresponde a anestesia por sedación, y son artículos correspondientes a Dundee(102,103,104) que realizó estudios sobre este tipo de anestesia. No he encontrado otro tipo de casuística, a pesar de que esta especialidad es la más peligrosa en cuanto a los daños que se pueden causar al paciente y las penas que pueden corresponder al profesional. Se remarca que se precisa investigar más a fondo este tema recopilando información de otras fuentes (revistas de anestesiología médica, congresos de anestesiología) ya que aquí sólo se exponen unas pequeñas bases.

- 6.1. Sedación. Dundee(102) recopila detalles de 41 incidentes que reportaron fantasías durante la sedación con midazolam o diazepam intravenoso: 27 presentan elementos sexuales y 20 experiencias desagradables. De 33 casos investigados en mujeres(103) 16 tienen procedimientos legales, aunque este no es un número alto en relación con la frecuencia de uso.

Realmente las fantasías no son un mito, pero en un 70% la presencia continua de otros individuos durante y después de la sedación o la imposibilidad física del paciente hacen que un acto de abuso sea imposible. En otro 10% hay relaciones entre las fantasías del paciente y hechos reales (aparatos en boca-sexo oral; agarrar un objeto para conocer el nivel de sedación-masturbación).

Hay cuatro casos de demandas porque en el curso de la sedación se interrogó a los pacientes.

La dosis es muy importante. No hay fantasías con una pequeña dosis en 1425 pacientes, comparado con la existencia en 9 de 720 pacientes sometidos a dosis altas(104).

- 6.2. Anestesia local. La incidencia de problemas en la anestesia local según un estudio de Debernardi en un total de 1.000.000 de casos es de 227 (0.02%)(105), en 58 casos (0.005%) se puede demostrar causalidad tras anestesia y muerte y en 169 (0.015%) existen concausas.

Los incidentes más frecuentes en la práctica de la anestesia son:

- * Necrosis de la fibromucosa, que impide al paciente nutrirse regularmente
- * Hematomas por una anestesia troncular del nervio dentario inferior. El color antiestético de la cara puede interrumpir ciertos trabajos. Puede complicarse con un absceso, flemón y osteitis.
- * Lesiones nerviosas: anestesia, hipoestesia, con más frecuencia en el nervio dentario inferior.
- * Infecciones por inoculación de gérmenes por falta de

desinfección de la mucosa o de esterilización del instrumental.

* Fractura de la aguja. Si no la sacamos hay que informar y enviar al cirujano maxilofacial.

* Anestesia intravenosa. Es un grave error técnico. Puede originar alteraciones del ritmo cardíaco, crisis hipertensivas, pérdida de la conciencia,...

Hay que cuidar en no realizar errores en la evaluación de pacientes con riesgo: cardiópatas, enfermos pulmonares con asma o enfisema pulmonar, enfermos de sistema nervioso como epilépticos, lesiones vasculares cerebrales, hemopatías como leucemia; para ello realizar una buena historia clínica. Recordar que pueden interferir terapias farmacológicas como hipoglucemiantes, glucósidos cardíacos, sedantes, antiarrítmicos, antidepresivos tricíclicos, etc.

En los drogadictos habrá que tener precauciones extras(101). La dosis de la anestesia local debe ser superior a la del sujeto normal debido a que el umbral del dolor está disminuido por el miedo y la ansiedad y a que los productos anestésicos serán más rápidamente metabolizados. Los efectos secundarios se presentan más frecuentemente (sudoración, palidez, palpitaciones, náuseas) y con más facilidad. Deberá evitarse el empleo de lidocaína por su metabolización hepática.

Las interacciones entre anestesia local y los medicamentos de desintoxicación pueden ocasionar complicaciones como bradicardia, hipotensión y trastornos del ritmo cardíaco por lo que será necesario efectuar la intervención en medio hospitalario donde la anestesia general será el procedimiento de elección.

7. PROTESIS.

Poggioli define la prótesis dental como un modo de tratamiento en el cual el objetivo es el de restaurar y mantener el aspecto y la función de diversos componentes de esfera orofacial.

Según el derecho francés la responsabilidad civil del dentista es de tipo contractual, derivando de unas obligaciones de contrato por la no ejecución que llevan a reparar en provecho de la parte perjudicada (Corte de Casación 1936). Se ha debatido en ciertas épocas las características de este contrato y si tenía o no carácter comercial por el hecho de que el dentista compre los materiales que son incluidos en las prótesis y los revende a sus pacientes (esta compra y reventa es lo típico del acto comercial).

El tratamiento dental, como todo tratamiento médico, comporta cierta aureola de imprevisibilidad y por lo tanto esto obliga a tomar todas las precauciones y a utilizar los medios conforme a la práctica habitual de su arte y a los medios actuales de la Ciencia. Es recomendable poner atención sobre las posibles causas de insatisfacción: ¿el paciente espera un excelente resultado sin llagas? ¿se incomoda si se menciona el rebase? ¿comprende el paciente los límites de una prótesis completa inferior o tiene expectativas de tratamiento irrazonablemente altas? Un análisis puede ayudar a identificar serios problemas que serán una causa segura de conflicto y quizás de reclamación(16).

En otras especialidades dentales se admite generalmente cierta obligación de medios (endodoncia, periodoncia, ortodoncia y cirugía bucal) pero no es lo mismo en prótesis. En materia de prótesis dental un cierto número de jurisprudencias admiten una obligación de resultado. Se requiere del tratamiento protésico "una buena adaptación y eficacia funcional, una sustitución sin efectos secundarios intentando acercarse al estado orgánico natural"(106). Ésta actitud de exigencia de resultado es negativa para el progreso de la ciencia odontológica que como las demás progresa con experiencias; por ejemplo la evolución de la implantología no podría llevarse a cabo. Según Doll, es posible que cierto tipo anatómico, fisiológico, de sensibilidad particular hagan que un cierto resultado no se pueda obtener. La inserción de una prótesis comprende un elemento psíquico, es decir la actitud del paciente respecto a su cuerpo puede hacer variar el resultado obtenido. Se requiere no sólo un estado físico, sino también una forma de tratar y la cooperación del paciente para adaptarse. En lo que concierne a la confección y técnica, la obligación de resultado existe y el dentista es responsable si la prótesis es defectuosa en cuanto a materiales utilizados.

Antes de realizar una rehabilitación protética el dentista debe explicar al paciente el tipo de prótesis que necesita, las distintas soluciones si éstas existen, los materiales a emplear, las intervenciones a practicar, los riesgos y los cambios posibles que la inserción de la prótesis dental ocasionará en el aparato bucodental. El paciente es libre de aceptar o rehusar seguir el tratamiento tanto como lo es el profesional por un cierto número de razones: cooperación insuficiente del paciente que no permite obtener un resultado óptimo, exigencias desmesuradas, o simplemente por creer que no es competente para realizar lo que el paciente pide.

De manera general los problemas de mayor interés que pueden plantearse son los siguientes(107):

- 7.1. Problemas de sensibilización. La colocación de una prótesis supone la situación de elementos extraños al organismo en el interior de la cavidad bucal y de forma muy persistente. Estos elementos deben estar constituidos por materiales que tengan propiedades que les den dureza y resistencia y que al mismo tiempo no dañen al organismo. Se utilizan básicamente metales, que estarán constantemente en contacto con las encías, lengua, mucosa yugal y en un ambiente de humedad constante. Actualmente además del oro que se utilizaba clásicamente, se emplean otros muchos metales con riesgos de sensibilización bien estudiados. Por lo común son aleaciones complejas, de materiales registrados, pero de los que el odontoestomatólogo y a veces ni el protésico conocen la composición exacta. Esta composición puede ser de gran interés en pacientes con sensibilización previa a metales, por ejemplo de origen laboral. Algunos metales tienen mayor trascendencia como el cromo, sobre todo en obreros de la construcción (de industrias de cromados); el níquel, en camareros que utilicen instrumentos niquelados y el cobalto. Entre las aleaciones de metales que se utilizan con más frecuencia hoy una gran parte contiene como elementos principales cobalto y cromo(108). El níquel es mencionado con menos frecuencia como componente importante de las aleaciones dentarias.

Los problemas de responsabilidad pueden plantearse desde dos puntos de vista principales:

- Se desencadena una sensibilización, generalmente muy a la larga. No es muy frecuente y además no es posible descartar otra fuente de contacto, por lo que es difícil considerar el acto como una malpraxis.
- Aparición de un cuadro de intolerancia en personas previamente sensibilizadas. Cuando existan antecedentes de este tipo, hay que buscar un tipo de prótesis que no contenga los elementos sensibilizantes, recordando la posibilidad de existencia de sensibilizaciones cruzadas. Esto es responsabilidad del dentista.

Así pues ante la colocación de una prótesis metálica, hay que tener distintas precauciones:

- Conocer la actividad profesional del paciente y si existe algún riesgo de sensibilización previa frente a los materiales. Preguntar acerca de anteriores dermatitis de contacto. Tener en cuenta el mayor riesgo de las reacciones de hipersensibilidad en el aparato respiratorio (asma) a lo cual el cromo puede no ser ajeno.

- Informar siempre por sistema del riesgo existente en la aparición de reacciones alérgicas, aunque poco frecuentes.

Las principales manifestaciones bucales de esta sensibilización son en parte subjetivas: molestias en lengua y encías, parestesias, sequedad de boca. Son más importantes las objetivas: eritema difuso en encías y mucosa yugal, vesículas y escoriaciones, zonas depapiladas en la lengua, zonas de hipertrofia de papilas linguales; se trata pues de signos inespecíficos.

7.2. Fragilidad de pilares en prótesis fija(107). Debemos tener en cuenta:

- La intensidad y calidad del tallado y la propia patología de la pieza que se utiliza como muñón (en el caso de haber sido endodonciada su resistencia es menor).
- El tipo de pieza también influye en los resultados, los incisivos inferiores pueden quedar frágiles, en cambio los molares y los caninos son más potentes.
- La forma de la raíz y que sea fuerte y sana.
- La longitud del puente y los puntos de apoyo.
- Las piezas endodonciadas tienen mayor fragilidad.

Cuando hay zonas de distinta resistencia suele aumentar la fragilidad.

- 7.3. Problemas en relación con la colocación. Es fundamental haber realizado unas buenas impresiones para que la precisión posterior sea la correcta, sino aparecerán caries ulteriores.

En la prótesis se consideran tres zonas problemáticas: el margen de la corona, los contactos interproximales y la superficie oclusal(109). Si no existe un buen contacto interproximal se impactarán los alimentos y se facilitará la caries. Si hay deficiencias de la superficie oclusal se producirá patología oclusal.

Un punto que debe tenerse en cuenta es la existencia de una patología gingival previa; si hay una retracción se verá el metal subyacente y afectará a la estética, además será una zona de transmisión fácil de los cambios de temperatura con sensación dolorosa.

Si la prótesis ajusta mal puede haber una reacción inflamatoria en las encías, con edema, eritema y dolor. En el caso de las resinas las reacciones gingivales son más importantes.

Los problemas de tipo estético respecto al color son menos importantes, ya que suele existir un acuerdo previo con el paciente.

7.4. Desprendimiento de la prótesis(107). Es un hecho bastante raro, pero algunas circunstancias lo favorecen como un tallado inadecuado o defectos de cementación. La aparición de caries debajo de la prótesis favorecerá la aparición de fenómenos inflamatorios y con ellos la movilidad del puente. Por último si no se ha prestado atención a las líneas de fuerza que se desarrollan en la masticación (fuerzas de palanca, de tracción) o a un bruxismo existente también se puede poner en peligro la duración de la prótesis.

7.5. Prótesis dolorosas(107). Tampoco es un problema frecuente, pero si se presenta generalmente es debido a estas circunstancias:

- existencia de una infección subyacente, que permiten el paso de alimentos y su descomposición.
- existencia de caries.
- retracciones gingivales que pueden causar sensibilidad al calor y frío.
- defectos de apoyo o mal ajuste.

7.6. Duración de las prótesis(107). Es difícil establecer criterios fijos. Cada prótesis y cada paciente son un caso individual. En principio será evidente que en un fallo inmediato a la colocación puede existir responsabilidad por parte del profesional; pero de aquí a establecer límites de responsabilidad va mucho camino.

7.7. La prótesis parcial removible(110). Se considerará el fracaso de una PPR en cualquiera de estas situaciones:

- cuando cause lesión en estructuras orgánicas bucales
- cuando altere las funciones del sistema, causando malfunción y patología
- cuando no cumpla los requerimientos estéticos mínimos, teniendo mucha importancia el concepto subjetivo de estética
- cuando la prótesis sufra una rotura o deformación antes de lo que debería considerarse normal
- cuando exista incompatibilidad biológica con los tejidos subyacentes

Analizaremos uno a uno estos puntos:

7.7.1. Fracasos por afectación de las estructuras bucales:

- * Osea. Una mala técnica de impresión de la zona desdentada en las clase I,II, y IV de Kennedy creará movilidad de la parte mucosoportada. El mal diseño de las bases mucosoportadas, un mal ajuste oclusal o la falta de rebases periódicos acelerarán la pérdida ósea.
- * Periodontal. Los diseños que faciliten la retención de placa bacteriana a nivel marginal (conectores mayores

demasiado próximos que no respeten las distancias mínimas de 3 mm en la mandíbula y de 6 mm en el maxilar; conectores menores que no crucen los tejidos marginales en ángulo recto o que estén demasiado próximos; la no existencia de un tope oclusal) crearán patología a este nivel. Según los estudios de Lindhe la presencia de fuerzas excesivas sobre dientes con periodontitis facilitan la formación y crecimiento de bolsas.

* Dental. Por ausencia de un buen mantenimiento se provocan caries extensas bajo retenedores y conectores mayores y menores. También puede aparecer desgaste del esmalte debido a un retenedor directo con demasiada retención.

* Muscular. Se afectará a la musculatura en casos en los que se altere la función o en los que se varíe la dimensión vertical.

* ATM. Cuando se alteren las relaciones cóndilo-disco-cavidad.

7.7.2. Fracasos por afectación de las funciones del sistema estomatognático.

* Masticación. Pueden aparecer fracasos por la

oclusión, defectos de impresión, falta de rebases periódicos de mantenimiento o un mal diseño que dé inestabilidad a la prótesis.

* Fonética. Son raros porque la mayoría de los pacientes tienen suficiente capacidad neuromuscular de adaptación. Generalmente los conflictos aparecen por modificación en las estructuras alveolares y palatales que conllevan cambios en la colocación lingual para la emisión de fonemas. Posibles afectaciones son: una "s" sibilante si los premolares superiores aprietan la lengua estrechando su acanaladura; ceceo si los incisivos superiores impiden la salida del aire, ; afectación de la "d" y la "t" si la distancia interoclusal es incorrecta; afectación de la "v" y la "f" si los incisivos superiores están mal colocados respecto al labio inferior y alteración de la "g", "j" y "k" por excesivo grosor o largura de la prótesis en la zona del postdamming.

7.7.3. Fracasos debidos a defectos estéticos. Debemos disimular al máximo todas las partes metálicas de la prótesis, influirá en ello la posición de los brazos retenedores que se ve agravada cuando las piezas pilares presentan un ecuador protésico muy oclusal y más todavía si el labio es corto. Si podemos evitar el uso de falsa encía en segmentos anteriores mejoraremos

muchísimo el efecto estético, aunque en casos de gran pérdida de soporte óseo su uso es inexcusable.

7.7.4. Fracasos por deformación de la estructura metálica o por rotura de la prótesis.

La deformación de la estructura metálica puede estar determinada por errores de diseño o de realización en el laboratorio; la prótesis debe tener el grosor mínimo necesario dependiendo de su longitud para que le confiera la rigidez suficiente.

La rotura de la prótesis generalmente es imputable a fallos de laboratorio, por poros que se encuentren en conectores mayores y también en los ganchos(111).

7.7.5. Fracasos por falta de compatibilidad biológica del paciente con la prótesis.

A parte de los problemas de sensibilización por los metales que ya se han tratado, tenemos que tener en cuenta que pueden aparecer edemas por avitaminosis, infecciones por *Candida*, falta de higiene, presencia de monómero residual del acrílico, y lo más frecuente, una prótesis mal ajustada que irrite los tejidos subyacentes. La presencia de ardores puede ser debida a presión excesiva sobre un filete nervioso o por problemas psicósomáticos.

8. PERIODONCIA.

En esta especialidad aparece muy poca bibliografía. Estos pocos casos nos previenen en dos puntos esenciales dentro del manejo de la patología periodontal.

- * Necesidad de preformar procedimientos diagnósticos rutinarios de la enfermedad periodontal, pues según Miles(112) hay muchos casos de demanda por malpraxis basados en el fracaso en diagnosticar y tratar esta condición.

- * Necesidad de informar cuidadosamente a los pacientes de las consecuencias de la patología periodontal y asegurarse que comprenden la importancia del tratamiento(113).

Zinman(19) reporta dos casos. En uno, la paciente de 40 años que se estaba realizando una reconstrucción extensiva de toda la boca no fue informada de las consecuencias de rehusar la cirugía periodontal y demandó posteriormente el profesional cuando aparecieron las consecuencias. En el otro, el paciente acude a su dentista por una halitosis. El odontólogo lo remite al periodoncista tras darle instrucciones de higiene oral. El paciente, basado en la conversación, pensó que si se cepillaba más podría corregir su problema. Más tarde demandó al profesional por no ser informado de que la pérdida de los dientes, que le ocurrió posteriormente era una consecuencia potencial de no haber acudido al periodoncista.

Recordar también los periodontales potenciales en un tratamiento ortodóncico y la actitud ante ellos, tratado en el capítulo de ortodoncia.

De todo esto, podemos concluir, que como en otros muchos problemas, la prevención es la información documentada (para poder probar que se hizo en su momento). Zinman recomienda para facilitar esta obligación el uso de unos videos informativos en ciertas áreas, tema éste ya expuesto más extensivamente con anterioridad.

V. CONCLUSIONES.

Ante todo hay que hacer hincapié en la idea de que las demandas por malpraxis están aumentando y éste es un hecho que nos afectará a todos, mejores o peores profesionales. Esta es una predicción de diversos autores(3,4,5).

El aumento de demandas incide directamente sobre nuestra práctica, haciendo que sea más defensiva. Esta "práctica defensiva" debida a la necesidad de protección legal es desafortunada para el odontoestomatólogo que ejerce en un ambiente en el que el paciente está asustado y necesita confianza y un trato cálido. Se recuerdan entonces aquellos viejos tiempos en los que el consentimiento del paciente era estar sentado en la silla y que la relación paciente/dentista estaba presupuesta bajo una mutua sinceridad.

A pesar de los aspectos negativos, el aumento de demandas tiene una vertiente positiva, y ésta es que haga cambiar y aumentar los niveles de educación y competencia del profesional.

El profesional debe poner en práctica todos los mecanismos a su alcance para evitar una demanda por malpraxis. Tras la revisión bibliográfica aparecen unos puntos esenciales a los que debemos poner más atención:

1. Realizar una revista regular de los estándares profesionales y procurar que éstos se sigan. Esto requerirá por supuesto estar al día de los desarrollos recientes.
2. Ser muy cautelosos de no prometer nada e informar siempre de los posibles riesgos. La comunicación oral es muy importante pero también muy peligrosa.
3. Hay que tener unas normas para el personal auxiliar. Para evitar posibles riesgos exigir que se consulte en cualquier situación de posible riesgo.
4. Realizar una completa historia clínica; todos los autores nos hablan de la importancia de ello. Sin la necesaria historia ni tendremos defensa ni la calidad asistencial será la adecuada.
5. Utilizar el procedimiento del consentimiento informado con todos sus elementos.
6. Realizar un periódico control de los riesgos evaluando tanto la actitud de los pacientes como el tipo y cumplimiento de los documentos que utilizamos.

7. Tener contactos continuos con un asesor legal, buscando una relación abierta y confortable.
8. En los tratamientos de urgencia tener las máximas precauciones e intentar posponer el máximo número de procedimientos.
9. Si se decide terminar el tratamiento de un paciente, hacerlo en un momento en el que no se lo deje en una condición precaria.
10. Cuidar mucho a quien transferimos la consulta y el cuidado de nuestros pacientes.
11. Cuidar siempre de informar al paciente del diagnóstico de su patología y de las consecuencias que le producirá evitar el tratamiento.

Cada especialidad tiene sus puntos conflictivos, pero éstos son conocidos por el propio especialista.

En la revisión aparece la ortodoncia como la especialidad con más problemas de demandas por responsabilidad; quizás por que es uno de los tratamientos más largos, y el paciente está mucho tiempo bajo el cuidado del profesional. En esta especialidad es fundamental realizar un minucioso consentimiento informado que cubra el estado inicial del paciente, el plan de tratamiento de elección con sus complicaciones y los planes alternativos. Se tendrá en cuenta y se vigilarán aquellas

áreas donde ha aparecido casuística, como son los tratamientos de piezas impactadas, la patología de articulación temporomandibular, las caries y manchas de decalcificación, las reabsorciones radiculares y la patología periodontal.

Con las exodoncias y los tratamientos cruentos, incluidos en ellos las profilaxis periodontales, tendremos que tener especial precaución en descubrir aquellos pacientes que precisan de una profilaxis antibiótica previa.

Respecto a los tratamientos endodóncicos se utilizará una técnica que se conozca, con las debidas precauciones y el uso del dique de goma. Debemos ser críticos con nosotros mismos y escoger y referir aquellos casos de los que no tenemos un dominio técnico completo.

El profesional hoy en día tiene que ser psicólogo, abogado, contable y hombre de negocios. Pero, ¿no son estas demasiadas tareas para una relación que debería estar basada en la confianza mutua? ¿No son demasiados tantos papeles y precauciones para una labor, que se supone se realiza para cubrir necesidades de salud, y para la que como personas y más como profesionales tenemos unos códigos deontológicos? Estos interrogantes, a pesar de todo no nos llevan a ninguna solución, pues la base del problema es la falta de confianza, la disminución de la credibilidad que ha recaído sobre el sanitario. La solución sería pues aumentar esta credibilidad en un esfuerzo conjunto de la sociedad y de los profesionales en sus actuaciones diarias.

Para acabar, una frase de Strom(114), resume la esencia de esta revisión: "el que toma seriamente su responsabilidad tendrá menos de que preocuparse acerca de su responsabilidad legal".

VI. BIBLIOGRAFIA.

1. Gisbert JA. Medicina legal y toxicología. 4ªed. Barcelona: Salvat, 1991.
2. Corbella J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Barcelona: Reial Academia de Medicina de Barcelona, 1985.
3. Goljan KR. A defense against malpractice liability. Dent Econ 1988; 88: 64,66,68.
4. Douglas RC, Mollie SC. Professional liability in orthodontics. J Clin Ort 1987; 21: 162-6.
5. Machen DE. The doctor's deposition. Am J Ortod Dentofac Orthop 1989; 96: 356-8.
6. Anónimo. Results of JCO issues survey. JCO 1990; 24: 225-8.
7. Curran AE, Darby M. Dental hygiene preceptorship: an issue of risk management. J-Dent-Hyg 1990; 64: 290-5.
8. Smith BG. Professional negligence in dentistry. Dent Update 1990; 17: 359-62.

9. Luna M, Corbella J, Calbet-Camarasa JM. Análisis de algunos aspectos de la malpraxis en odontoestomatología. *Orfila* 1988; 2: 209-19.
10. Rozovsky QC. Infection: What's your liability? *Dent Pract Manage* 1988; 3: 9-10.
11. Katz B, Sokol J. Implicaciones y consideraciones legales en la administración del consultorio dental. *Clin Odont Norteam* 1988; 1:127-34.
12. Penneau M, Sapanet M. Place de l'obligation de résultat en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. *Rev Stomatol Chir maxillofac* 1991; 92: 58-60.
13. Pionke WJ. Loss control: protection today's dentist needs. *Dent Econ* 1988; 2: 28-30,32.
14. Pollack BR. A legal snarl. *Dent Econ* 1988; 1: 51-2,54.
15. Machen DE. Current concepts in orthodontic informed consent. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1989; 96: 88-9.
16. Unger GR. Contracts for dental work. *Dent Manag* 1990; 2: 29-31,34.
17. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Alternative treatment plans. *Am J Orthod Dentof Orthop* 1991; 99: 91-2.

18. Gately MD, Mullin TL, Feitel DM. The team approach to intermaxillary fixation. *Compendium* 1991; 12: 55-6.
19. Zinman EJ. Animated videos: new malpractice defense. *Dent Manag* 1991; 1:22-5.
20. Howard WW. Integrity: What do you want it to be? *Gen Dent* 1991; 1:3.
21. Rozovsky LE. Patient information sheets. *Oral Health* 1990; 80:45-6,48.
22. Rozovsky LE. Patient contracts: has the time come? *Dent Pract Manag* 1989; 2: 25-8.
23. Rozovsky LE. Beware the spoken word. *Oral Health* 1988;78: 39-40,42.
24. Rozovsky LE. Let's learn preventive law. *Dent Pract Manage* 1989; 1: 13-4.
25. Machen DE. The need for a structured dismissal program. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 97: 176-7.
26. Rozovsky LE. What's at stake. *Dent Pract Manage* 1988; 1: 21-2.
27. Williams JG. Getting it off your chest. Ask me, I'm an expert. *J Dent Admin* 1988; 1: 40-2.

28. Rozovsky LE. How to sue your lawyer. Errors and omissions. Oral Health 1988; 78: 29-30.
29. Gerber PC. How lawyers pick the dentists they'll sue. Dent Manag 1989; 1: 28-30,32.
30. Anónimo. The lawyers Neekly. Consol Digest 1988; 7: 78-82.
31. Mounce RE. Risk management in after-hours care. Gen Dent 1990; 2: 350-6.
32. Bridgman AM. Negligent advice- Whose fault? BDJ 1991; 3:175.
33. Walton R, Torabinejad M. Principles an practice of endodontics. Philadelphia: Sanders, 1989, 415-31.
34. Cranshaw p. When it's fascination. Dent Econ 1990; 2: 63-5.
35. Feine JS. The enforcement of regulations restricting expanded duties dental auxiliaries: an analysis of the recent disciplinary actions of the Texas State Board of Dental Examiners. J-Public-Health-Dent 1991; 51: 73-7.
36. Rozovsky LE. The negligent dentist. Oral Health 1988; 78: 43-4,46.
37. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. disposing of your

- orthodontic practice, be careful. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 99: 486-7.
38. Lombardia T, Rehberger G. Componentes psíquicos en los tratamientos estomatológicos prolongados. *Rev Eur Odontoestomat* 1989; 1: 407-10.
 39. Moulton R. Psychologic problems associated with mouth rehabilitation. *JADA* 1986; 83: 476-85.
 40. Gerber PC. Malpractice: making the best of a bad situation. *Dent Manag* 1991; 1: 22-5.
 41. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. a tale of two splints. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 98: 557-8.
 42. Wall BF, Kendall GM. Radiologic explorations. *BJR* 1983; 56: 511.
 43. González L, Vañó E. La protección radiológica en el radiodiagnóstico dental. *Gac Dent* 1991;16:20-22,24.
 44. Pasler FA. Radiología odontológica. Barcelona: Salvar, 1986.
 45. Wettermark LM. The legal pitfalls in periodontal disease recognition. *J Ala Dent Assoc* 1985; 69: 21-3.

46. Treitel K, Weinstock S, Siegel K. Malpractice and periodontal disease. NY State Dent J 1984; 50: 400.
47. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Periodontal evaluation and updates: don't abdicate your duty to diagnose and supervise. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990; 98: 84-5.
48. Miles DA, Louas JG, Loyens S. Radiographs and the responsible dentist. Gen Dent 1989; 1: 201-6.
49. Machen DE. Update on TMJ litigation. Am J Orthod Dentofac Orthop 1989; 96: 448-9.
50. Souviron RR. The three "Rs" of malpractice prevention. Florida Dent J 1983; 54: 39-41.
51. Morris WO. Dental litigation. Charlottesville, Virginia, The Mitchie Co, 1977; 115-21.
52. Craig O. The radiologist and the courts. Clin Radiol 1985; 36: 475-8.
53. Gordon J. The dentist as a defendant. NY State Dent J 1984; 50: 400.
54. Salagaray F. Historia anecdótica de la implantología. Gac Dent 1991;15: 7-9.

55. Sanz M. Investigación en implantes. *Gac Dent* 1991; 15: 22,24.
56. Barrachina M. Implantología hoy. *Gac Dent* 1991; 15: 11-14.
57. Salagaray V. Fracasos en implantología oral. *Gac Dent* 1991; 15: 18-21.
58. Bullón P. Educación en implantes. *Gac Dent* 1991; 15: 16-17.
59. Payement G, Dandrau JP, Chikani P, Guilbert F. Implantologie dentaire et expertise. A propos de 6 cas. *Rev Stomatol Chir maxillofac* 1991; 92: 133-5.
60. Carnevali R, Filipo C. Lesioni nervose a carico del nervo alveolare inferiore. *Minerva Stomatologica* 1989; 38: 1015-9.
61. Palat M. Assessing legal responsibility for implant failure. *Compendium* 1991; 12: 295-6.
62. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Performing a risk management audit of your practice. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 97: 449-50.
63. Gerber PC. TMJ malpractice: are you at risk? *Dent Manag* 1991; 1: 16-9.

64. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Developing protocols for adult patient. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 98: 476-7.
65. Berry R. The courts. *JADA* 1991; 122: 151-2.
66. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. The diagnostic dilemma. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 99: 381-2.
67. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. The uncooperative patient: terminating orthodontic care. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 97: 528-9.
68. Machen DE. Treatment records and the defensible case. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1989; 96: 173-5.
69. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Written treatment requests avoid problems. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 99: 281-2.
70. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. The patient requiring antibiotic prophylaxis. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 100: 190-1.
71. Machen DE. The impacted canine. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1989; 96: 270-1.
72. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. TMJ update: the adult

- patient. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1991; 99: 571-2.
73. Machen DE. Update on TMJ litigation-part 2. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1989; 96: 524-5.
74. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Protecting your personal assets. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 97: 358-9.
75. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Excellent diagnostic informed consent practice and record keeping make a difference. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990; 98: 381-2.
76. Luna M. Problemas médico legales de los resultados negativos en ortodoncia. 36 Reunión anual Sociedad Española de Ortodoncia. Alicante 1990; abstr 49.
77. Mombiedro R. Estudio del índice de placa en pacientes con aparatología removible. *Rev Esp Ortodoncia* 1987; 17: 77-86.
78. Casas X. Motivación y cooperación en la higiene dental durante el tratamiento de ortodoncia. *Ortodoncia Esp* 1987; 28: 10-6.
79. Norton LA. Consideraciones periodontales en el tratamiento ortodóntico. *Clin Odont Norteam* 1981; 1: 107-18.

80. Graber TM. Ortodoncia teórica y práctica. México: Interamericana, 1974.
81. Bowers SA. Seconds opinions. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990; 97: 269-70.
82. Manrique C, Travesi J, Peñalver MA. Valoración de la velocidad de erupción dentaria. Rev Europ Odontoestomatol 1991; 8: 271-4.
83. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. The prefinishing checklist. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990; 98: 278-9.
84. Canut JA, Plasencia E. Retención y recidiva. Consideraciones actuales. Rev Esp Ortodoncia 1984; 14: 139-58.
85. Machen DE. Update of TMJ litigation-part3. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990; 97: 88-9.
86. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Orthodontic treatment an facial appearance. Am J Orthod Dentofac Orthop 1991; 99: 185-6.
87. Machen DE. Legal aspects of orthodontic practice. Ceramic bracket update. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990; 98: 185-6.
88. Berry R. Legislation & litigation. JADA 1990; 120; 111-2.

89. Machen DE. Legal aspects of the orthodontics practice. Oral hygiene assesment: plaque acumulation, gingival inflammation, decalcification and caries. Am J Orthod Dentofac Orthop 1991; 100: 93-4.
90. Brau E, Canalda C. Temas de patología y terapéutica dental. Endodoncia. Tomo III. Esplugas de Llobregat: Signo, 1989.
91. Anónimo. One dentist's nightmare-the disciplinary hearing. Dent Econ 1988; 4: 63-4,66,68,72.
92. Cohen S. Endodontic trearment: avoid these malpractice traps. Dent Manage 1988; 3: 36-8,40.
93. Brennan EP. The use of rubber dam in the UK. BDJ 1991; 3: 175.
94. Lovas J, Loyens S. The dentist, the biopsy and the law. J Canad Dent Assoc 1985; 51: 29-31.
95. Lash SM. A dentist-owned malpractice insurance company? Dent Econ 1991; 7: 71-2.
96. Katz S, McDonald JL, Stookey GK. Odontología preventiva en acción. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1986.

97. Gerber PC. The malpractice case you can do nothing to prevent. *Dent Manage* 1989; 7: 40-3.
98. Berry R. Legislation & litigation. *JADA* 1990; 120: 217-8.
99. Berry R. The courts. *JADA* 1991; 122: 95-6.
100. Odom JG. Etica y retirada de amalgama dental. *Arch Odontoest* 1991; 7: 24-7,29.
101. Maman M. Complicaciones de las extracciones dentarias en el drogadicto. *Rev Europ Odontoest* 1990; 7: 350-60.
102. Dundee JW. Intravenous sedation: the risk to the dentist. *BDJ* 1990; 22: 149.
103. Dundee JW. Fantasies during sedation with intravenous midazolam or diazepam. *Med-legal J* 1990; 58: 29-34.
104. Dundee JW. Do fantasies occur with intravenous benzodiazepines? *SAAD Digest* 1986; 6: 72-5.
105. Debernardi C. Considerazioni sulla responsabilita professionale, penale, civile ed adpetti medico-legali sull? operato dell'odontostomatologo hella pratica

- dell'anestesia locale e delle estrazioni dentaire. *Minerva Stomatologica* 1990; 39: 763-7.
106. Lemeillet M. Responsabilité et prothèse. *Actualités Odonto-Stomatologiques* 1990; 169: 79-87.
107. Luna M, Corbella J, Gene M, Huguet E. Riesgos en las prótesis dentarias. Valoración médico legal. IV Jorn Nac de la Soc Esp de Medicina legal y forense. Cádiz, 1990.
108. Zabarino Ph, Trogno B, Meynadier JM. Allergie aux métaux et chirurgie dentaire. In Meynadier, J et JM, Guillot B, Boulanger A: Allergie aux métaux. Montpellier: Sauramps Med, 1986.
109. Wöstmann B. Errores más frecuentes en las zonas problemáticas de la corona colada y su prevención. *Quintaessence* 1990; 3: 136-40.
110. Samsó J, Salsench J. Fracasos en prótesis parcial removible. *Rev Esp Estomatol* 1986; 34: 322-6.
111. Elarbi E, Ismail Y, Azarbal M, Saini TS. Radiografic detection of porositis in removable partial denture casting. *J Prosth Dent* 1985; 54: 674.

112. Wettermark LM. The legal pitfalls in periodontal disease recognition. J Ala Dent Assoc 1985; 69: 21-3.
113. Capko J. A winning formula for a perio program. Dent Econ 1990; 2: 53-4,56,58,60-1.
114. Strom BL. Book review. Iatrogenics. Complications in health care. 1991; 1: 38-9.