

Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica

Recommendations to the improvement of odontology care

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal”.¹

Las enfermedades de mayor incidencia en estomatología, acorde a la OMS, son la caries dental y la enfermedad periodontal, de frecuencia media son anomalías cráneo-faciales dentales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral, alteraciones de tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales y fluorosis dental.²

La caries dental se caracteriza por la formación de cavidades en los dientes y puede definirse como: “un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad”. El agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus mutans*.

La enfermedad periodontal, es una infección bacteriana que afecta a los tejidos periféricos del diente, que produce inflamación y si no se atiende, puede evolucionar produciendo pérdida de la inserción dentaria, movilidad, dolor y mal aliento (halitosis), hasta llegar incluso a la pérdida del diente.³

Las alteraciones estomatológicas por su alta incidencia, condicionan al incremento en el ausentismo escolar y laboral, ya que la caries dental afecta al 90% de los escolares en el mundo, rebasando, por su alto costo económico, la capacidad del

sistema de salud y de la población. Los focos infecciosos en boca son factores de riesgo y predisponentes para la aparición de diversas enfermedades y alteraciones crónico-degenerativas que afectan la salud del individuo.^{1,2}

Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano. Por este motivo es necesario unificar y establecer criterios de atención a la salud bucal, con especial énfasis en la prevención, en los sectores privado y público, así como en la mejora de la calidad de la atención estomatológica que se brinda a la población. El modelo de atención para enfermedades bucales deberá sustentarse en el conocimiento de un complejo y dinámico conjunto de factores conocido como salud-enfermedad, así como sus aspectos preventivos para la correcta conservación de la estructura anatómico-funcional del aparato estomatognático, que permita disminuir la incidencia y prevención de enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Menos del 5 % de individuos se ven libres del ataque de la caries dentaria, lo cual indica que posiblemente se trata de la enfermedad predominante de la humanidad. No es extraño, que el primer ataque carioso se produzca poco después de la erupción de los primeros órganos dentarios primarios.^{4,5}

Estadísticamente, la predominancia de caries dental, suele expresarse mediante un índice llamado CPO, es decir la suma del número de dientes permanentes con lesiones cariosas (c), el número de dientes extraídos (p = perdidos) y el número de dientes con restauración (o = obturados). La

Organización Mundial de la Salud define el índice CPO en dentición permanente como indicador de salud bucal de una población y clasifica la gravedad de la caries en cinco niveles: Muy bajo 0.0 – 1.1, Bajo 1.2 – 2.6, Moderado 2.7 – 4.4, Alto 4.5 – 6.5 y Muy alto +6.6.⁶

En México, los individuos de 20 años de edad, presentan un promedio de casi 15 dientes atacados por caries dentaria. De tales dientes, sólo se han restaurado⁶, mientras que un promedio de 5 órganos dentarios habían sido extraídos.

En los adultos mayores, aumenta el número de dientes perdidos por enfermedad periodontal, por consiguiente se señala, que por encima de los 50 años, faltan en promedio 20 dientes o más. Casi el 100 % de la población mexicana manifiesta cierto grado de enfermedad periodontal destructiva crónica hacia los 45 años de edad.⁷ En el Cuadro I, se compara la prevalencia y severidad de la patología en nuestra población,^{8, 9, 10} en relación con la de otros países.

Núm. de orden	Núm. de orden	(% CPO)
1	Etiopía	1.0
2	India (Punjab)	1.5
3	Myanmar	2.0
4	Tailandia	3.0
5	Libano	4.0
6	Esquimales, Alaska	7.0
7	Ecuador	8.0
8	Chile	12.0
9	México	15.0
10	Colombia	17.0

Cuadro 1. Prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal destructiva crónica en el mundo.

Estos datos se pueden transpolar a otras entidades patológicas estomatológicas, como las que citan a continuación:

1. El 80 % de la población norteamericana, padece enfermedad periodontal (gingivitis-periodontitis).¹¹
2. El 13 % de la población del Reino Unido, antes de cumplir los 21 años, ya han perdido la totalidad de sus órganos dentarios.¹²
3. El 96 % de la población mundial padece caries.^{13, 14}
4. El 90 % de la población Mexicana padece caries.

5. La OMS considera a la caries y a la enfermedad periodontal, como 2 de las afecciones de más alta incidencia, a nivel mundial global.
6. El 50 % de toda la población mundial, presenta algún signo de disfunción de la articulación temporomandibular (proporción de mujeres-varones 3:1).¹⁵
7. El 50 % de niños sin maloclusión, tienen malos hábitos que las inducen subsecuentemente.¹⁶
8. La prevalencia de la maloclusión en los Estados Unidos oscila entre el 60 y 65 % (sólo el 35 % posee oclusión normal).^{17, 18}
 - Maloclusión de causa desconocida 60 %
 - Maloclusión de causa conocida 5 %^{19, 20, 21}
9. En los Estados Unidos, 100 % de la población requiere asistir con el profesional de la salud bucal, 40 % lo hacen durante el año y solo 15 % acude con regularidad.^{22, 23}
10. La proporción de curación de un cáncer oral en Estados Unidos, no sobrepasa el 30 %.^{24, 25, 26}

En México, las estadísticas relacionadas con los servicios de odontología reportadas en 2007, señalan que existen 4,538 odontólogos y 1,993 pasantes de odontología en contacto con pacientes en la Secretaría de Salud.²⁷ Se considera a la odontología como una profesión característicamente independiente, ya que en 2004, 81 % de los profesionales laboraban en el sector privado. El ejercicio privado del odontólogo tiene dos modalidades principales: por cuenta propia 47 %, y como trabajador a sueldo fijo 39 %. Esta situación puede obedecer, entre otras causas, a que el número de plazas para odontólogos en las instituciones públicas y de la seguridad social son reducidas y se orientan a atención básica, pese a la creciente demanda de este tipo de servicios.²⁸

QUEJAS DE ODONTOLOGÍA EN LA CONAMED

A partir de las quejas recibidas en la CONAMED y registradas en la base de datos del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se obtuvo la información sobre las quejas relacionadas con Odontología, durante el periodo de mayo de 2001 a octubre de 2011. Se analizó la información derivada del SAQMED de las siguientes variables: edad y género de los pacientes, tipo de institución en donde fue atendido, entidad federativa, tipo de procedimiento realizado, el motivo de la queja y la modalidad de conclusión de las quejas. Posteriormente se analizó la Valoración Médica Integral

(VMI), para obtener información más específica sobre los casos, cuando esto fue posible. Para el análisis se empleó estadística descriptiva, para este propósito se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.

RESULTADOS

Se analizaron 1066 quejas correspondientes al área de Odontología de mayo de 2001 a octubre de 2011. De acuerdo al género el 68 % (724 casos) de las quejas correspondieron al femenino y el 32 % (342 casos) al masculino (Figura 1).

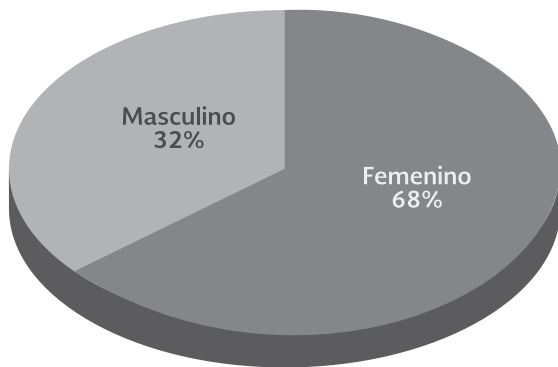


Figura 1. Quejas de odontología de acuerdo al género de los pacientes, CONAMED 2001-2011.

La distribución de la edad de los pacientes por grupos fue la siguiente: el primer lugar fue para el grupo de 65 y más años con 203 casos (19.43 %) el segundo lugar fue para el grupo de 55 a 64 años con 199 casos (19.04 %), el tercer sitio fue para el grupo 35 a 44 años con 159 casos (15.22 %), los porcentajes para los grupos de edad restantes se observan en la Figura 2.

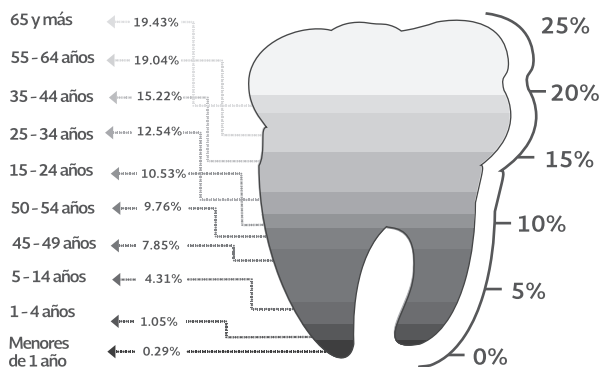


Figura 2. Quejas de Odontología de acuerdo a grupos de edad, CONAMED 2001-2011. N=1045

De acuerdo al tipo de institución en donde recibieron la atención odontológica los casos se distribuyeron de la siguiente forma: en primer lugar los servicios privados con 896 casos (84.05 %), en segundo lugar los de Seguridad Social con 115 casos (10.79 %), los servicios de asistencia social con 42 casos (3.94%), seguidos de la población sin seguridad social con 10 casos (0.94 %) y finalmente la asistencia privada con 3 casos (0.28 %) (Figura 3).

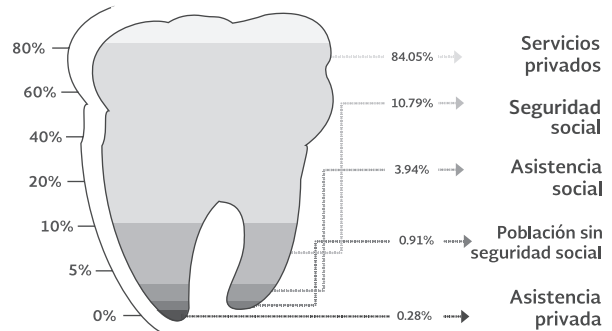


Figura 3. Quejas de odontología de acuerdo al tipo de institución, CONAMED 2001-2011. N=1066

Por entidad federativa se partió de una muestra de 1066 casos, sin embargo, en 71 de ellos no se contaba con la información. En este caso la mayor parte de las quejas correspondieron al Distrito Federal, con 757 casos (76 %), el segundo lugar fue para el Estado de México con 124 casos (12 %), el tercero para Guanajuato con 17 casos (2 %) y los 97 casos restantes (10 %) correspondieron a otras entidades (Figura 4).

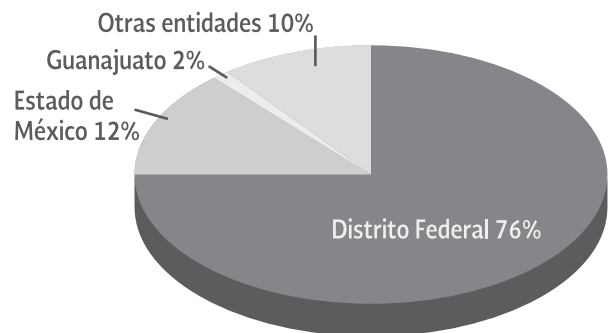


Figura 4. Quejas de Odontología por entidad federativa, CONAMED 2001-2011. N=995

Los motivos de queja que refieren los pacientes están relacionados con el tratamiento médico en un 73.74 % de los casos, seguidos por quejas relacionadas con tratamiento quirúrgico con 18.55 %, además los problemas originados

en la relación dentista-paciente representan un 1.56 %, el 1.45 % correspondió a problemas en el diagnóstico, los problemas relacionados con atención inicial con 0.22 % (Figura 5).

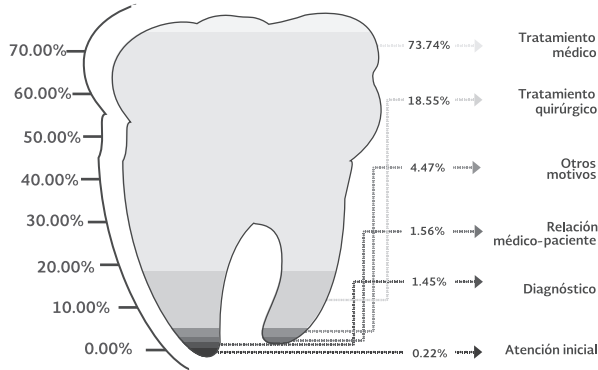


Figura 5. Fases de la atención que originaron las quejas de Odontología, CONAMED 2001-2011. N=895

En cuanto al tipo de procedimiento realizado, se obtuvo información en 1066 casos, los procedimientos realizados en orden decreciente fueron de prótesis (30.02 %), ortodoncia general (19.98 %), ortodoncia (14.92 %), protodoncia (13.6 %), cirugía bucal y maxilofacial con 8.63% exodoncia con 6.47 % así como implantología dental con 3.94 y finalmente odontología pediátrica y periodoncia con 1.22 % (Figura 6).

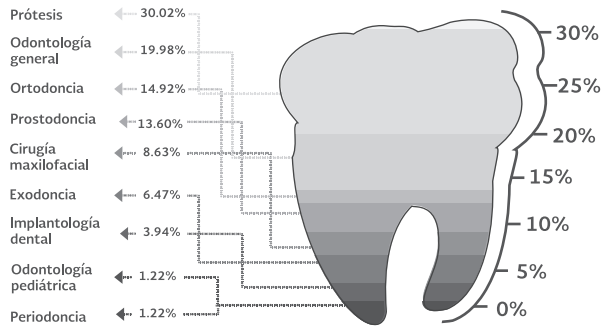


Figura 6. Quejas de Odontología por tipo de procedimiento, CONAMED 2001-2011. N=1066

Las principales modalidades de conclusión de las quejas de odontología correspondieron a los siguientes tipos: el primer lugar fue para la conciliación (53.1 %), el segundo lugar quejas enviadas a arbitraje (11.9 %) y en tercer lugar, derechos a salvo* otras modalidades se observan en el Cuadro 2.

*Derechos a salvo se refiere a la forma de conclusión de un asunto que se atiende en CONAMED, cuando las partes en conflicto no logran conciliar sus diferencias y no aceptan el compromiso arbitral, por lo que quedan en libertad para abandonar el asunto o llevar su conflicto a las instancias jurisdiccionales correspondientes.

RESULTADO	FRECUENCIA	%
Amigable composición	5	0.5
Conciliación	653	61.3
Improcedencia	13	1.2
No conciliación	101	9.5
No conciliación por falta de interés procesal	56	5.3
Por emisión de dictamen	20	1.9
Por fallecimiento del quejoso	1	0.1
Por falta de interés procesal	175	16.4
Por laudo	41	3.8
Sin dictamen	1	0.1
Total	1066	100%

Se llevó a cabo un sub-análisis de 687 casos con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en el 47 % existió buena práctica, desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por CONAMED y el 53 % tuvieron alguna deficiencia en atención, manejo inadecuado o mala práctica (Figura 7).

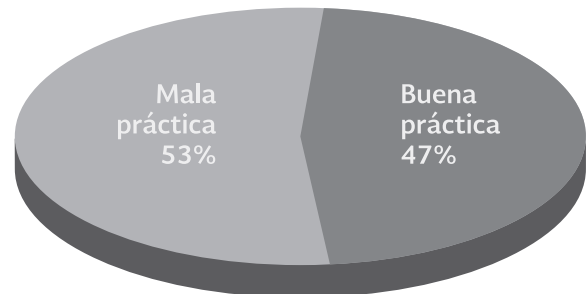


Figura 7. Tipo de práctica odontológica en las quejas de la CONAMED 2001-2011. N=687.

En las quejas de odontología se identifican problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal-paciente, como los problemas que se señalan a continuación:

- Maltrato al paciente.
- No se proporciona al paciente y sus familiares explicaciones sobre su tratamiento en términos accesibles.
- No se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento.
- No se informa el costo y riesgo/beneficio de

la atención (probabilidades de fracaso del tratamiento).

- Inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio.
- Delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal.
- Modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

DISCUSIÓN

En el análisis de la quejas odontológicas recibidas ante esta Comisión, es importante enfatizar y destacar, que en nuestro país se cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, Guías Nacionales de Práctica Clínica y Lineamientos Técnicos, entre otras normativas que deben difundirse entre el gremio estomatológico institucional y privado.

Asimismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y por supuesto la inherente optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.

Al realizar el análisis de los casos (n = 1066) con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en 57 % de los casos existió buena práctica y 43 % tuvieron alguna deficiencia en la atención brindada desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por la CONAMED (manejo inadecuado o mala práctica).

En estos casos las irregularidades con mayor incidencia y frecuencia se citan a continuación:

En primer lugar, la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente que puede englobarse de la siguiente manera: maltrato al paciente, el profesional de la estomatología no se explica con términos accesibles para el usuario, no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no se informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de rango de fracaso del procedimiento otorgado), caer en inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio, así como la delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal y finalmente, la modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

En segundo lugar, la emisión de falsas expectativas del profesional de la salud bucal hacia

sus pacientes, reseñadas de la siguiente forma: uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas.

En tercer lugar, el incumplimiento de obligaciones:

- De medios: ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado²⁹⁻³¹ que se remiten en anulación del sustento legal de las declaraciones clínicas del paciente, carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, estudios de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico) así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.
- De seguridad: Exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del usuario.
- De resultados: Insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos a priori por el facultativo, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

En cuarto lugar, el desconocimiento del profesional de la salud bucal de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, que regulan la normatividad del ejercicio de la profesión odontológica, así como la relación con sus pacientes.

En quinto lugar, el anteponer las técnicas rehabilitatorias mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.^{32, 33}

En sexto lugar, matización de una ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de intereses personales del profesional de la salud bucal a los del paciente, una ausencia de actualización profesional, al ejercicio indebido del mester odontológico (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva.³⁴⁻³⁹

Finalmente, cabe enfatizar que el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, y que son las razones que sustentan el existir de la profesión odontológica.

Recomendaciones para Mejorar la Práctica Odontológica

1. Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.^{20, 21}

- Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal.
 - Intensificar en el ejercicio profesional una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva.
 - Promover la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos rehabilitatorios bucales pre-existentes.
 - Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal especialmente en grupos de riesgo.
2. Practicar todo acto estomatológico diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio, en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.

Atender a los contenidos de las siguientes disposiciones:

Ley General de Salud (LGS):

Consultorio (Art. 59, NOM-005-SSA3-2010, NOM-016-SSA3-2012)

Deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.

Botiquín Urgencias (Art. 63 Reglamento LGS)

El consultorio deberá contar con botiquín de urgencias que establecen las normas son insumos que establecen las NOM 013-SSA2-2006, NOM 005-SSA3-2010, NOM 016-SSA3-2012.

Curso Básico de RCP (Art. 245 Ley reglamentaria de la LGS).

Receta Médica (Art. 37 y 64 Reglamento de la LGS en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

Debe contener: Nombre del médico, Nombre de Institución que la expide, Título y Cédula Profesional, Domicilio y Nombre del Establecimiento y Fecha de expedición.

Instrumental y equipo (Art. 245 del Reglamento LGS).

El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, médicamente vigentes e instrumentos mínimos de acuerdo a la NOM 016-SSA3-2012 Y NOM-005-SSA3-2010.

Normas Oficiales Mexicanas

Marco Legal

NOM 013 SSA2 – 2006

Para la prevención y control de enfermedades bucales.

NOM 010 SSA – 2010

Para la prevención y control de la infección por el virus de inmuno – deficiencia humana.

NOM 087 – ECOL –SSA1–2002

Requerimientos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológicos-infeccioso que se generan en establecimientos que prestan atención médico-odontológica.

NOM-004-SSA3-2012

Del Expediente Clínico.

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal:

- Obligación de medios: Todos los recursos empleados para poder obtener un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico; sobresaliendo los medios auxiliares de diagnóstico y la elaboración del expediente clínico.
 - Obligación de seguridad: Son todos los medios utilizados para prevenir cualquier accidente.
 - Obligación de resultados: La odontología en algunos procedimientos podrá comprometer resultados, pudiendo ser estos funcionales o estéticos.
3. Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente, sus familiares o representantes legales.
- Establecer una comunicación clara, accesible y explícita, con el paciente y sus familiares.
 - Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada.
 - Enterar de la posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico, así como de sus riesgos y beneficios, sin crear falsas expectativas.
 - Considerar al paciente como un ente integral y no únicamente como una boca.
 - Proponer, las alternativas idóneas para el

- tratamiento del paciente, considerando para ello las circunstancias de modo, tiempo y lugar, siempre en apego a los lineamientos científicos.
- Respetar los derechos del paciente, así como de otros profesionales de la salud.
 - Ganar la atención y confianza del paciente, familiares o representantes legales demostrando empatía e interés por su padecimiento.
4. Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.
- El expediente es el instrumento documental que garantiza recíprocamente la relación del profesional de la salud bucal y el paciente, desde el punto de vista jurídico y clínico.
 - Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder.
 - Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.
 - Aceptación recíproca (profesional de la salud bucal-paciente) de la información acerca de los riesgos y beneficios
- previstos, así como probables complicaciones ante el proceder diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio.
- Elaborar el expediente de acuerdo a la normatividad existente y lo sugerido por los grupos de consenso.
5. Determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento acordes con las bases éticas y científicas.
- Considerar al paciente como un ente integral.
 - Evitar simular o demorar tratamientos.
 - Solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional.
 - Recurrir a una actualización continua.
 - Salvaguardar siempre la integridad física del paciente.
 - Fomentar una atención especializada y multidisciplinaria cuando el caso lo requiera.
 - El profesional de la salud bucal tiene el deber de brindarse al servicio de su actuar con compasión, respeto y honestidad a la dignidad de sus colegas, de sus pacientes y sus familiares.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

Recomendaciones Generales	Aspectos Relevantes	¿Qué previene?
1. Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal. • Intensificar una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva. • Promover la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos rehabilitatorios orales pre-existentes. • Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal en grupos de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La aparición de condiciones patológicas bucodentales que al no ser diagnosticadas generan complicaciones mayores y consecuentemente quejas o inconformidades. • La presencia de malos hábitos estomatológicos que compliquen la salud integral. • Desconocimiento de medidas promotoras y preservadoras de la homeostasis bucal. • La aparición y diseminación de neoplasias orales. • La odontología mutilante.

Recomendaciones Generales	Aspectos Relevantes	¿Qué previene?
<p>2. Practicar todo acto estomatológico diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º, párrafo IV, Determina el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, para lo cual la ley determinará las bases y modalidades para el acceso a los servicios y establecerá la concurrencia de la Federación y Entidades Federales en materia de salud en general conforme al Artículo 73, Fracción XVI. • Ley General de Salud. Art. 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de profesionales, técnicos y auxiliares. • Ley General de Salud. Art. 59. • NOM-005-SSA3-2010. • NOM-016-SSA3-2012. • Área de consultorio. • Ley General de Salud. Art. 245. • NOM 013 SSA2-1994. • NOM-005-SSA3-2010. • NOM 168 SSA1 – 1998 y su actualización NOM- 004-SSA3-2012. • NOM 087 – ECOL –SSA1-2002. 	<ul style="list-style-type: none"> • El ejercicio indebido de la práctica estomatológica. • Práctica no aceptada e ilegal. • La omisión de obligaciones. • de seguridad para el paciente. • La improvisación de procedimientos rehabilitatorios.
<p>3. Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente y sus familiares o representantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una comunicación clara, accesible y explícita, con el paciente y sus familiares. • Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada. • Enterar de las posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico de sus riesgos y beneficios. • Considerar al paciente como un ente integral y no únicamente como una boca. • Proponer las alternativas idóneas para su tratamiento, considerando para ello la circunstancia de modo, tiempo y lugar, siempre en apego a los lineamientos científicos. • Respetar los derechos del paciente y de otros profesionales de la salud • Ganar la atención y confianza del paciente familiares o representantes legales a través expresar empatía e interés por su padecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falsas expectativas del tratamiento. • Maltrato y mala relación entre cirujano dentista–paciente. • Desconocimiento del alcance del tratamiento y sus posibles limitaciones. • La desinformación del caso riesgo, beneficio de procedimiento estomatológico. • Inexactitudes e imprecisiones de tratamiento. • La desconfianza en el grupo odontológico.

Recomendaciones Generales	Aspectos Relevantes	¿Qué previene?
<p>4. Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como la elaboración de un consentimiento válidamente informado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El expediente clínico es el instrumento documental que garantiza recíprocamente la relación proveedor de los servicios de la salud bucal y el paciente, desde el punto de vista jurídico y profesional. • Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder. • Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años. • Informar de los alcances reales del tratamiento. • Aceptación recíproca (profesional de la salud bucal-paciente) de la información acerca de los riesgos y beneficios previstos, así como probables complicaciones ante el proceder diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio. • Elaborar el expediente clínico de acuerdo a la normatividad existente y lo sugerido por los grupos de consenso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de control y seguimiento del tratamiento odontológico. • Falta de información al paciente sobre los estudios y procedimientos terapéuticos estomatológicos a realizar al paciente. • Se evita el manejo inadecuado por la omisión de información asignada al expediente. • El incumplimiento de obligaciones de medios. • La remisión y delegación de la responsabilidad por parte del profesional de la salud.
<p>5. Determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento acordes con las bases éticas y científicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar al paciente como un ente integral. • Evitar simular, o demorar tratamientos. • Solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional. • Recurrir a una actualización continua. • Salvaguardar siempre la integridad física del paciente. • Fomentar una atención especializada y multidisciplinaria, cuando el caso lo requiera. • El profesional de la salud bucal tiene el deber de brindarse al servicio de su profesión con compasión, respeto y honestidad a la dignidad de sus colegas, de sus pacientes y sus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. • Aplicación de tratamientos injustificados. • Evitar incertidumbre al paciente. • Tratamientos innecesarios. • Diagnósticos erróneos • Omisión de obligaciones de resultados. • La práctica de la odontología defensiva.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. WHO Media Centre. Nota informativa N°318, Febrero de 2007. [acceso 25-10-2012] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>.
2. Arnin SS. Microcosms of the Human Mouth. Role in J Tenn Dent Assoc. 1959; 39: 3.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucal. Nota informativa N°318 Ginebra: WHO; Febrero 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
4. Selected dental Findings in adults by age, race and sex. Wash. D.C. Press, 1985.
5. Amid I. Clinical diagnosis of precavitated carious lesions. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 4: 854-5.
6. Gómez-Ríos NI, Morales-García MG. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Rev Chil Salud Pública 2012; 16 (1): 26-31. [acceso 25-10-2012] Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>.
7. Russell AL. Dental Disease in Latin America. Am Com Dent J. 1993; 20: 32-6.
8. Oppermann RV. An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America. Braz Oral Res 2007; 21 (spe): 8-15.
9. Malherbe M, Ockerse T. Dental caries in North Africa. S Afr J Med Sci. 1994; XIII: 789-93.
10. Price WA. Eskimo and Indian Field Studies in Alaska and Canada. J Am Dent Assoc. 1998; 2: 297-8.
11. Curd ML, Mongardini C et al. The effect of full mouth disinfection of different intra-oral niches. Clinical and microbial observations. J Clin Periodontol 1998; 25 (1):56-66.
12. Abbot F. Caries of Human Teeth. Dent Cosmos.1997; 128 (suppl): 65-105.
13. Imfeld TN, Marthaler TM. Predictions of future caries increments for children. J Dent Educat. 1995; 59: 941-4.
14. Malgorzata Slotwinska S. Immunological aspects of dental caries. Centr Eur J Immunol 2012; 37 (2): 182-5
15. Blasberg B, Greenberg MS. Temporomandibular disorders. En: Bucket's Oral Medicine. Ontario: BC Decker; 2008: p.271-306.
16. Morris AL, Bohannon HM. Dental Specialties in General Practice. Philadelphia W.B. Saunders, 1993.
17. Graber TM, Rakosi T. Petrovic AG. Dentofacial Orthopedics with Functional Appliances. St. Louis: Mosby Co; 1985.
18. Mc Namara JA, Ribbens KA, (editors). Malocclusion and the periodontium. Ann Arbor: Univ. of Michigan Press; 1987.
19. Gorlin RJ, Pindborg JJ, Cohen MM. Syndromes of the head and neck. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2010.
20. Viazis AD. Atlas of Orthodontics: Principles and clinical applications. Philadelphia: Saunders; 1993.
21. Proffitw Contemporary Orthodontics. St. Louis, Mo: Mosby - Elsevis; 2007.
22. Chasteen JE Essentials of Clinical Dental Assisting. 5th ed. St Louis Mosby, Co.; 1997.
23. Russell AL. Measures available for the prevention and control of oral diseases. WB Saunders Co.; 1994. p. 126-42.
24. Cahn LR, Slaughter Philadelphia: Oral Cancer: a monograph for the Dentist. New York: Oxford University Press; 1992.
25. Doll R.: Uncovering the Effects of Smoking. Stat Methods Med. Res. 1998; 7 (2): 87-117.
26. Radoi L. Tobacco smoking, alcohol drinking and risk of oral cavity cancer. EurJ cancer prev. 2013; 22 (3): 268-76.

27. Sistema Nacional de Información en Salud. Personal médico en contacto con el paciente, por especialidad. 2000-2007. Recursos humanos. Base de datos SINAIS. [acceso 25-10-2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/index.html>.
28. González-Robledo C, González-Robledo LM. Situación laboral de los odontólogos en México. Boletín INSP-FUNSAUD. 2007 jun-jul;(3):2-4. [acceso 25-10-2012] Disponible en: http://www.funsalud.org.mx/boletin_INSP/documentos/Boletin%20No%203.pdf.
29. Warner R, Segal H. Ethical issues of informed consent in dentistry. Chicago, Ill: Quintessence Publ Co; 1980. p. 115.
30. Faden R, Beauchamp TI, King NNP. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press; 1986.
31. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Diario oficial de la Federación; 2012-10-15.
32. Secretaria de Salud. Ley General de Salud. México: Diario oficial de la Federación; 7-02-1984. Texto vigente. Últimas reformas publicadas 2013-04-08.
33. Jong A, Heine CS. The teaching of ethics in the dental hygiene curriculum. J Dental Educ. 1982; 46(12): 699-702.
34. Sandowsky D. Moral dilemmas of multiple prescription in the dentistry. J Am Coll Dent. 1979; 146(4): 245-8.
35. Veatch RM. The case for contract in medical ethics. En: Shelp EE. The clinical encounter: the moral fabric of the patient-physician relationship. The Netherlands: Reidel; 1983. pp: 105-112.
36. Rules JT, Veatch RM. Ethical Questions in Dentistry 2nd ed. Hanover Park, Ill: Quintessence Publishing 2004.
37. Odom JG. Recognizing and Resolving Ethical Dilemmas in Dentistry. Med Law. 1985; 4:543-549.
38. Holloway JA, McNeal Dr, Lotzkar S. Ethical Problems in Dental Practice. J AM Coll Dental. 1985; 52:12-16.