

Eventos Adversos y Demandas por Mala Praxis en Endodoncia

Adverse Events and Malpractice Claims in Endodontics

Gabriel M. Fonseca*; Karina Mira**; Héctor Beltrán**;
Katherine Peña** & Violeta Yendreka***

FONSECA, G. M.; MIRA, K.; BELTRÁN, H.; PEÑA, K. & YENDREKA, V. Eventos adversos y demandas por mala praxis en endodoncia. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 2(1):367-375, 2015.

RESUMEN: Se ha definido al "evento adverso" como una complicación no intencional producto de la atención sanitaria, y aunque puede poseer diferentes etiologías, siempre será imputable a ésta y no a una condición previa de salud del paciente. Calificados como tales, los conceptos de iatrogenia y mala praxis han sido claramente diferenciados pues sólo los segundos ocasionan responsabilidad: mientras la iatrogenia puede resultar de un accionar correcto, la mala praxis supone un daño producido por un acto imperito o negligente, potencialmente demandable y obligable ser a reparado. En odontología, la endodoncia constituye una de las especialidades de mayor desafío donde los eventos adversos y las demandas de mala praxis han sido reportados con importante frecuencia. Se presenta una revisión de la literatura pesquizando las principales causas y resultados de demandas por mala praxis en endodoncia. Se seleccionaron 3 artículos provenientes de Italia, Israel y Dinamarca, donde los eventos adversos más demandados fueron las perforaciones radiculares, las terapéuticas medicamentosas inadecuadas, las obturaciones defectuosas y las fracturas de instrumentos. Uno de los artículos refirió sentencias de mala praxis en el 97,5% de las demandas. Dado que en Chile la endodoncia lidera las demandas por mala praxis odontológica, se discuten estrategias de gestión de riesgos para estos procedimientos, se propone la adhesión a estrictos protocolos y se recomienda adoptar conductas preventivas para minimizar los efectos negativos de estos eventos.

PALABRAS CLAVE: Endodoncia; Mala praxis; Eventos adversos.

INTRODUCCIÓN

Se ha definido al "evento adverso" como una lesión o complicación no intencional producto de la atención sanitaria, y aunque puede poseer diferentes etiologías, siempre será imputable a ésta y no a una enfermedad base o condición de salud del paciente (Kraemer & Vera, 2008). Contemplados dentro de estos eventos, los errores médicos suelen llamar poderosamente la atención cuando han resultado en un daño o minusvalía para el paciente. La "predecibilidad" y "evitabilidad" de los mismos puede llegar a establecer condicionantes para una eventual

carátula de "accidente", "complicación" ó "iatrogenia", o en el peor de los casos, "mala praxis" como generadora del daño (y de responsabilidad: el tener que responder por ese daño) si se corroboran impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable (Kraemer & Vera; Chomali & Miranda, 2003; García *et al.*, 2005).

Dentro de las especialidades odontológicas, la endodoncia constituye una de

* Laboratorio de Pericias en Odontología Forense –LPO–, Centro de Investigación en Morfología Aplicada –CIMA–, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

** Estudiante Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

*** Docente de Endodoncia, Clínica Odontológica Integral Adulto I, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

las de mayor desafío por sus refinados procedimientos diagnósticos y por sus necesarias técnicas secuenciales (Webber, 2010). A pesar de que el porcentaje de casos de evolución favorable es cercano al 90%, el restante 10% (los llamados "fracasos endodónticos"), aun compone una realidad difícil de erradicar (Pineda Mejía, 2003). Cuando la causa de ese fracaso ha sido explicada en errores profesionales, la mayor cantidad de estos ha sido detectada durante las fases intraoperatorias (Givol *et al.*, 2010). Una falta demostrada de adhesión a los estrictos protocolos endodónticos no sólo explicará resultados de pobre calidad sino que también hará indefendible cualquier fracaso o falla ante un reclamo (Webber).

Si bien es cierto no todos los fracasos endodónticos obedecen a errores de procedimiento, cuando estos podían evitarse bajo conceptos de riesgo y prevención, las circunstancias pueden cambiar drásticamente el resultado de estos litigios (Lin *et al.*, 2005). Bajo este punto de vista, el reconocimiento de las situaciones potencialmente litigables en endodoncia y la adhesión a normas técnicas y estándares para disminuir el riesgo de caer en ellas, han pretendido prevenirlas potenciando con ello los resultados favorables (Webber). Sin embargo, y aunque dada la naturaleza de la práctica existe una exposición permanente a la ocurrencia de eventos adversos, parece existir una reticencia manifiesta a asumirlos, informarlos y a adoptar mecanismos de prevención y gestión de esos riesgos, no sólo asignando relevancia a eventos causantes de daño sino también a aquellos que, sin haberlo producido, pueden originarlo por repetición (Chomali & Miranda).

Una demanda por mala praxis puede ser percibida como una crítica a la competencia del odontólogo, y una señal de ruptura en su relación con el paciente (Givol *et al.*, 2010). Aún cuando no existen metodologías consensuadas capaces de garantizar la ausencia de eventos adversos, el Ministerio de Salud de Chile realiza importantes esfuerzos para intentar controlar todas aquellas variables que pueden influir en la seguridad del paciente conjugando aspectos propios de los sistemas sanitarios y las acciones humanas, y siguiendo los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (Kraemer & Vera). En odontología, y aun-

que la endodoncia de por sí compone una causa frecuente de litigios y demandas a nivel mundial (Givol *et al.*, 2010; Pinchi *et al.*, 2013), en Chile los reclamos posicionan a esta especialidad con un nada honroso primer lugar en las estadísticas (Portela, 2013).

Si bien se ha subrayado que la notificación de los eventos adversos (y más específicamente de los errores profesionales causantes de estos) configura una medida por demás eficiente para el control de riesgos, la evitabilidad de los eventuales fracasos y la disminución de los litigios que emanan de ellos (Kraemer & Vera), en el área odontológica se ha subrayado que existe una muy escasa cantidad de reportes que refieran el tipo de tratamiento endodóntico reclamado y la responsabilidad profesional que ha devenido de estos (Pinchi *et al.*). Se presenta una revisión sobre eventos adversos en endodoncia demandados por mala praxis, y se discuten estrategias para aumentar su evitabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en las bases PubMed/MEDLINE, LILACS y SciELO de los términos "endodoncia", "demanda" y "mala praxis" en español e inglés. Se incluyeron artículos a texto completo, sin límites de tiempo que especificaran procedimientos endodónticos reclamados como erróneos pre, intra o postoperatorios. Se excluyeron cartas al editor, artículos que detallaran procedimientos *in vitro* o que no especificaran los procedimientos reclamados.

RESULTADOS

Se seleccionaron 3 artículos procedentes de Dinamarca, Israel e Italia (Tabla I). Los veredictos más frecuentemente asociados con mala praxis fueron los relacionados a la pobre calidad de las obturaciones, a instrumentaciones defectuosas (con perforación radicular) y a la falta de consentimientos informados. Los veredictos de mala praxis fueron establecidos en el 97,5%, 72,2% y 37,14% en Italia, Israel y Dinamarca respectivamente, en el último caso li-

Tabla I. Artículos seleccionados en esta revisión sobre eventos adversos en endodoncia demandados por mala praxis.

País	Años reportados	Demandas endodónticas totales	Con veredicto de		Evento adverso demandado		
			n	%	Descripción	n	%
Dinamarca	1995-2002	482	179	37,1	Sin datos	108	22,4
					Otras razones	86	17,8
					Dolor persistente postoperatorio	64	13,3
					Tratamiento erróneo	50	10,4
					Obturbación defectuosa	44	9,1
					Síntomas o infección	23	4,8
					No ficha y/o consentimiento	21	4,4
					Tratamiento prolongado	16	3,3
					Instrumento fracturado	16	3,3
					Dolor persistente intraoperatorio	14	2,9
					Diente fracturado	12	2,5
					Otro procedimiento	12	2,5
					Perforación radicular	9	1,9
					Intoxicación con Paraformaldehído	4	0,8
Tratamiento incorrecto sin detallar	3	0,6					
Israel	1992-2008	720	520	72,2	Instrumentación	356	49,4
					Obturbación defectuosa	335	46,5
					Falla en restauración	269	37,4
					Perforación radicular	266	36,9
					Preparación acceso cavitario	261	36,3
					No ficha y/o consentimiento	254	35,3
Italia	2006-2010	120	117	97,5	Diagnóstico equivocado	173	24,0
					Subobturbación	87	72,5
					No ficha y/o consentimiento	64	53,3
					Perforación radicular	15	12,5
					Sobreobturbación con extrusión	11	9,2
					Instrumento fracturado	7	5,8

las demandas, estas fueron desestimadas como malas praxis cuando pudieron comprobarse fallas de fabricación (derivando responsabilidad a las empresas fabricantes) o cuando no se corroboró daño, siempre que fueron informadas oportunamente por los odontólogos a sus pacientes. Bjørndal & Reit (2008) refieren que en 5 de 16 reclamos por instrumentos fracturados y dejados en el canal radicular, el odontólogo fue encontrado culpable de mala praxis debido a que la fractura ocurrió en un canal con anatomía no complicada, a que el instrumento evitó la reparación periapical y que el paciente no fue informado de la situación.

Givol *et al.* (2010) informaron que la mayoría de los errores en el diagnóstico y en el plan de tratamiento fueron identificados en el 24% de los casos revisados. Dado que los autores no encontraron diferencias significativas entre los errores producidos en los tratamientos endodónticos electivos o los realizados por patologías preexistentes, sugieren una especial atención a considerar todos los posibles resultados negativos de un tratamiento electivo ofreciendo al paciente la información necesaria sobre tratamientos alternativos, riesgos y pronósticos.

Bjørndal & Reit y Pinchi *et al.*, encontraron que entre el 69% y el 80% de los casos, los odontólogos reclamados fueron hombres y los pacientes demandantes fueron mujeres; según los autores, esta tendencia debería ser tomada con precaución si se desconoce el porcentaje real de profesionales masculinos/femeninos para un contexto geográfico determinado, pero podría estar indicando aspectos de género en lo que refiere a la relación paciente-profesional, importantes para los reclamos de responsabilidad.

DISCUSIÓN

En los últimos años, las prestaciones sanitarias se han visto modificadas, entre otros factores, por el aumento de presión del paciente exigiendo mejores resultados con menores complicaciones. Esto ha favorecido el nacimiento de una floreciente actividad: la "industrialización de los daños originados por los malos resultados médicos", no sólo derivados de factores tecnológicos, institucionales o de la variabilidad biológica de las enfermedades, sino también de una mala praxis profesional (Morales, 2007).

Los conceptos de "mala praxis" (el daño ocasionado como consecuencia de una acción profesional equivocada, imperita, imprudente, negligente o inobservante de derecho) e "iatrogenia" (la acción perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud) suelen ser errónea e indistintamente utilizados. Estos conceptos, ambos calificables como "eventos adversos", deben ser claramente diferenciados tratándose de elementos del derecho médico y la determinación de responsabilidad: mientras la iatrogenia es consecuencia de una acción correcta, adecuada (incluso la indicada), el daño propiamente dicho (resultado de una mala praxis) es resultado negativo de un acto incorrecto, errático, negligente, imperito o impropio. La iatrogenia se identifica en el paciente (a través de algún tipo de alteración), mientras que la mala praxis se identifica en el médico o el equipo de salud (García *et al.*).

¿Qué constituye entonces un legítimo reclamo por mala praxis en endodoncia? Resulta sumamente interesante la respuesta que ofre-

cían los prestigiosos Cohen & Schwartz (1987): "Cualquier desviación con un daño resultante, de los mínimos estándares de calidad del tratamiento endodóntico que un profesional razonablemente prudente debería realizar bajo las mismas o similares circunstancias". Distorsiones serán entonces:

a) Un diagnóstico erróneo: No emplear métodos y pruebas exhaustivas que aseguren un diagnóstico apropiado del estado pulpar; la falla en identificar la causa de dolor puede resultar en el tratamiento de un diente equivocado. De igual modo, el estudio radiográfico debe ser indefectiblemente realizado después de que todas las pruebas han sido realizadas. Un tratamiento no debe ser realizado con base sólo en síntomas, debería ser iniciado sólo cuando las pruebas reproducen una respuesta igual a la que motiva la queja del paciente. Si no es así, no se debe adivinar. Todos los autores coinciden en que cada una de las etapas diagnósticas debe quedar registrada en la ficha clínica del paciente (Cohen & Schwartz; Webber).

b) Registros radiográficos incompletos o de mala calidad: Evitar actitudes negligentes en los registros radiográficos; una mala técnica puede evitarse con la atención adecuada. Utilizar sólo técnicas convencionales de manera apresurada es invitación a un diagnóstico pobre. Cualquier técnica manual debe garantizar que la película sea procesada, lavada y secada de manera apropiada. Pretender defender una demanda con radiografías defectuosas es como "ir a la batalla sin armadura" (Webber).

c) No uso de goma dique: No existe justificación alguna para eludir el empleo de goma dique, en ninguna especialidad tan relevante como en la endodoncia. No sólo garantiza un ambiente aséptico sino que también disminuye las posibilidades de accidentes por ingestión o inhalación de instrumentos o sustancias. De producido el evento debe interrumpirse inmediatamente el tratamiento, controlar las vías aéreas y verificar si estas están comprometidas. El paciente debe ser notificado por escrito de la situación y derivado a evaluación médica, de preferencia acompañado por el odontólogo (para proveer la información necesaria sobre las circunstancias del evento y las características del objeto ingerido/inhalado). Ningún consentimiento-

to informado verbal o escrito exonera de responsabilidad a la no utilización del dique de goma (Cohen & Schwartz; Webber; Silva *et al.*, 2011).

d) Fracturas dentarias postoperatorias: Luego de realizada la endodoncia, los dientes deben ser rehabilitados para prevenir fracturas, una de las situaciones más frustrantes y generadoras de demanda. Esta información debe ser provista al paciente antes del tratamiento y registrada en su ficha clínica para demostrar que ha sido informado y que entiende los riesgos de no restaurar apropiadamente ese diente. Rehabilitaciones protésicas de mala calidad asociadas a estas fracturas aumentan el "riesgo financiero" y con ello el riesgo médico-legal (Webber; Rosen *et al.*, 2012).

e) Instrumentos fracturados: Cualquier instrumento metálico puede fracturarse si es utilizado dentro de un canal radicular forzándolo más allá de su módulo de elasticidad o simple falla de fabricación. Sin embargo, en estos casos las demandas más frecuentes obedecen a la falta de notificación escrita y entendida del paciente respecto del evento inmediatamente producido, los problemas resultantes y lo que el profesional hará para resolverlo. Sólo si la fractura se ha producido a finales de tratamiento (lo que supone un canal limpio), con ubicación apical del remanente y una obturación apropiada evitando la remoción del objeto, podrá esperarse un resultado sin complicaciones posteriores. Se ha sugerido que la decisión de mantener o retirar ese remanente debe pertenecer al especialista una vez derivado el caso, derivación que debe ser costada por el profesional; esto demostraría su interés y preocupación por el resultado, por ende, del paciente (Cohen & Schwartz; Bjørndal & Reit; Webber).

f) Accidentes con Hipoclorito de Sodio: Se han enfatizado los problemas del uso del hipoclorito de sodio (NaOCl), el irrigante más ampliamente utilizado en el campo de la endodoncia: es potencialmente perjudicial para la ropa, los ojos, la piel y la mucosa oral y debe ser utilizado con precaución. Sin embargo, sus efectos positivos en concentraciones que van del 0,5 al 5% en el campo de la endodoncia están bien documentados y no pueden esperarse resultados exitosos sin su utilización, a pesar de disponerse de otros productos como el yoduro de potasio o la

clorhexidina, subordinados al NaOCl. El peróxido de hidrógeno es un producto del pasado y su uso nunca debe ser indicado. Sin embargo, cuando el NaOCl supera inadvertidamente los límites del foramen apical –inyectado en solución bajo presión– han sido descritas reacciones severas. Se ha recomendado utilizar jeringas con agujas lo suficientemente finas como para ser colocadas a nivel apical, siempre que estén sueltas y permitan al movimiento mientras se irriga. Si se produce el accidente, este puede ser rápido y de consecuencias graves, con dolor intenso a pesar de la anestesia local. Deberá incrementarse el bloqueo anestésico, lavar copiosamente el canal con solución salina, secar con conos de papel y cerrar el canal. Más allá de la prescripción de medicación antiinflamatoria o antibiótica, es recomendable que el profesional se mantenga expectante y a disposición del paciente. Si la reacción es grave o compromete estructuras vitales, puede ser necesaria la derivación a un centro médico de emergencia. Aunque no intencional, las consecuencias de un accidente con hipoclorito pueden ser severas y motivo de demanda (Webber).

g) Obturaciones defectuosas: La sobre y subobturación o la falta de condensación pueden originar situaciones de litigio. La mayoría de los protocolos endodónticos publicados dejan claro que la obturación debe impedir el paso de microorganismos y fluidos no sólo al canal radicular sino también a los conductillos dentinarios y canales accesorios; el material debe ser semi-sólido en conjunción con un cemento que selle los vacíos entre el relleno y la pared del canal. La obturación debe acercarse lo más posible al ápice radicular. Si bien la gutapercha es un material de reconocida aceptación, una extrusión grosera de material acompañada de síntomas, sin haber tomado una radiografía de control, plantea un evento de difícil defensa ante una demanda. Aunque algunos reportes indican que una sobreobturación no origina persé un fracaso endodóntico, el paciente debe ser informado de todos los asuntos relacionados con el resultado final de su tratamiento. Si la endodoncia no es satisfactoria como para justificar una rehabilitación protésica costosa, ésta no debe ser colocada; es poco probable que un paciente se sienta feliz con un tratamiento endodóntico fracasado luego de instalada (Webber).

h) Perforaciones radiculares (Fig. 1):

Siempre existe la posibilidad de producir una perforación del piso cameral o de los márgenes radiculares mientras se está buscando un canal. La clave está en informarla previamente al paciente cuando el caso va a ofrecer seguramente dificultades, o registrar apropiadamente si el paciente ha declinado el ofrecimiento de derivación a un especialista. De producido el evento, este debe ser tratado con productos apropiados (hidróxido de calcio, MTA, etc.) y ser informado al paciente con todas sus eventuales posibilidades pronósticas (Cohen & Schwartz; Webber).



Fig. 1. Perforación cervical con obturación endodóntica aberrante y mal pronóstico de la estructura coronaria. Laboratorio de Pericias en Odontología Forense (Córdoba, Argentina).

i) Daños neurológicos: Aunque infrecuentes, han sido reportados como causantes de demanda en odontología endodóntica. Givol *et al.* (2011) informaron 16 casos relacionados a endodoncia de un total de 262 de sensaciones alteradas por tratamientos odontológicos. Once casos involucraron a lesiones al nervio alveolar inferior y 5 al nervio mentoniano, la mayoría por tratamientos sobreobturados al segundo molar inferior (68%). De igual modo, la neurotoxicidad del uso de pastas con paraformaldehído y esteroides sobre tejido nervioso (y consecuentes parestesias irreversibles) ha sido claramente demostrada cuando sobrepasan el ápice (Cohen & Schwartz).

j) Ficha clínica y consentimiento informado ausentes o inadecuados:

Es sumamente importante que el odontólogo complete de manera legible los registros de tratamiento, conservando además todas las radiografías diagnósticas, operatorias y de control. En cualquier demanda de mala praxis, contar con adecuados registros ayudará sin dudas a una sólida defensa. De igual modo, registros incompletos siempre serán mejores que registros falseados; la detección de adulteraciones hará imposible cualquier tipo de defensa razonable. El consentimiento informado es un deber no delegable y sólo el profesional puede obtenerlo de su paciente; no posee ningún valor si el paciente no ha entendido lo que se le ha explicado por lo que deben utilizarse expresiones razonables para permitir su comprensión. Un paciente informado será un paciente menos aprensivo que cuestionará menos la competencia de su odontólogo en casos de dolor o inflamación una vez que dejó la consulta (Cohen & Schwartz; Selbst, 1990).

k) Incumplimiento de normas de buen proceder:

Es sumamente recomendable que el endodoncista se encuentre disponible para el paciente de producirse alguna situación de emergencia postoperatoria, incluso hacer lo posible para que este acuda a la consulta ese mismo día; en muchos casos la demanda suele sobrevenir buscando compensación por dolor y sufrimiento excesivo alegando haber sido abandonados. Es importante hacer saber al paciente que el profesional está preocupado por su bienestar y que hará lo posible por aliviar esos síntomas. Si el tratamiento aparenta ofrecer dificultades, una derivación en tiempo y forma a un especialista, incluso hablándolo personalmente con él asegurará al paciente empatía y compañía haciendo su transición más sencilla y apropiada. Evitar utilizar terapéuticas experimentales sin el conocimiento, los convenientes soportes científicos o sin el consentimiento del paciente para tales prácticas (Cohen & Schwartz; Morales).

El manejo del riesgo

El profesional debe informar a su paciente cuáles son los riesgos razonablemente previsibles del tratamiento: la naturaleza del procedimiento, sus riesgos inherentes, las alternati-

vas terapéuticas, los beneficios esperables, y la oportunidad de consultar al profesional respecto a cada uno de esos puntos. Luego de evaluar una serie de 3308 casos registrados por 43 especialistas, Selbst (1990) identificó y cuantificó una serie de riesgos inherentes a tratamientos endodónticos convencionales que necesitan ser informados y discutidos con los pacientes de manera previa a sus tratamientos:

- 1- La terapéutica endodóntica no puede ser garantizada y algunos dientes se perderán independientemente de la intervención endodóntica;
- 2- La sobreobturación o subobturación del canal radicular puede ocurrir hasta en un 5% de los casos;
- 3- El paciente puede experimentar dolor por su tratamiento endodóntico hasta un 5% de los casos;
- 4- El paciente puede experimentar inflamación hasta un 2% de los casos.
- 5- El paciente puede sufrir daños en la corona existente o restauración como resultado de la endodoncia en menos del 0,5 % de los casos.

La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de aquellos que son innecesarios y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Establecer qué es lo que puede ir mal identificando los sucesos adversos potenciales (el "riesgo significativo", aquel probable de causar daño al paciente que genere una demanda legal si no es controlado), analizando histórica, bibliográfica y judicialmente estos eventos; analizando y evaluando las consecuencias tanto de los eventos iatrogénicos como los emanados de una mala praxis (los errores de percepción -falsos negativos- siempre son sospechosos de negligencia, mientras que un error cognoscitivo -falsos positivos y errores de valoración por conclusiones o lógicas diagnósticas erróneas o una laguna de conocimiento- suelen ser indicios de ignorancia o impericia); previniendo, reduciendo, transfiriendo y eliminando las situaciones de riesgo utilizando protocolos de buenas prácticas preventivas y de notificación (asegurar el derecho a la información y una efectiva relación de confianza con el paciente) parecen ser la respuesta a este creciente problema (Kraemer & Vera; Chomali & Miranda; Morales).

El reporte de los errores ha demostrado ser una estrategia de gran eficiencia preventiva (Kraemer & Vera); en odontología, un sistema de notificación de eventos adversos y el análisis de diferentes fuentes de información (bibliográficas, originadas en instituciones deontológicas, provenientes de reclamos o de reportes voluntarios anónimos) representa la clave estratégica para aprender de los errores y evitar repetirlos. Esto permitiría revertir la casi total ausencia de datos cuando de litigios se trata; los odontólogos sólo pretenden olvidarlos incluso conciliando con otros colegas su ocultamiento (Pinchi *et al.*; Perea-Pérez *et al.*, 2011). Esto hunde sus raíces en la misma cultura médica: es un medio en que no se está dispuesto a aceptar el equívoco creando una sensación de que el médico es infalible, asumiendo los errores como un defecto, falta de cuidado o de acuciosidad. Sumado a esto, la realidad de la mala praxis y el marco legal y judicial actual en Chile originan un fuerte incentivo contra la revelación o investigación de eventos adversos, pues una demanda o una sentencia desfavorable pueden afectar gravemente la carrera completa de un profesional. Este no estará dispuesto a revelar la ocurrencia de un error sino que incluso estará menos dispuesto a reconocerlo en perjuicio de otro colega (Chomali & Miranda).

Establecer el carácter de error, complicación o accidente es ocasionalmente difícil con lo que distinguir un error terapéutico de una complicación prevenible no es simple. La "evitabilidad" (la posibilidad de un suceso de ser previsto y evitado) de un suceso adverso es un punto importante a considerar: para Perea-Pérez *et al.* (2014), un muy significativo porcentaje (44,3%) de 415 eventos adversos en odontología se debieron a errores y complicaciones previsibles y evitables. La endodoncia fue la segunda especialidad con mayor frecuencia de eventos adversos (comprendió 86 de 415 casos), con una correlación positiva entre esa especialidad con los accidentes y una negativa con las complicaciones inevitables.

Sin lugar a dudas lo primero y más importante será reconocer que la ocurrencia de eventos adversos es una realidad (Chomali & Miranda). Este cambio de percepción de los riesgos establecerá también nuevas formas de mitigar las consecuencias si el evento se ha producido. La contratación de seguros de responsabilidad

civil profesional con coberturas específicas en sus pólizas o contar con odontólogos contratados en esas compañías de seguros no sólo como peritos sino también ofreciendo asesorías para los asegurados ha dado altas tasas de reconocimiento y recibido gran aceptación al limitar los efectos negativos de los litigios. La posibilidad de que el odontólogo asegurado pueda discutir cualquier incidente desafortunado con un consultor de su misma compañía de seguros puede reducir o incluso evitar la escalada progresiva del conflicto (Pinchi *et al.*).

Más allá de toda hipótesis y elucubración, el mejor modo de manejar los eventos adversos es evitar que éstos se produzcan; las leyes, normas y códigos nunca serán superadores de una correcta, idónea, actualizada y empática adhesión a los protocolos de cada especialidad, sin lugar a dudas la manera correcta de eludir estos eventos, minimizar los riesgos de que estos se produzcan asegurando calidad y resultados lo más favorables y seguros posibles para el paciente.

FONSECA, G. M.; MIRA, K.; BELTRÁN, H.; PEÑA, K. & YENDREKA, V. Adverse events and malpractice claims in endodontics. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 2(1):367-375, 2015.

SUMMARY: An "adverse event" has defined as a non-intentional complication result of health care treatment, and although it can have different causes, always involves the providing care, but not the complications inherent to the patient's disease itself. Adverse events, iatrogenic complications and malpractice have been clearly differentiated because only malpractice causes liability: while iatrogenic events can be result of a well-performed procedure, malpractice involves damage caused by negligence or lack of knowledge, and it is a potential for complaint and liability claim. In dentistry, endodontics is one of the specialties of greatest challenge where adverse events and malpractice claims have been reported with significant frequency. We present a literature review searching the main causes and results of malpractice claims in endodontics. Three articles from Italy, Israel and Denmark were selected, where the most claimed adverse events were root perforations, inappropriate drug therapies, defective root fillings and instrument fracture. One of the articles referred to malpractice verdicts in 97.5 % of claims. Since endodontics leads dental malpractice claims in Chile, strategies of risk management for these procedures are discussed; the adherence to strict protocols is proposed and measures to minimize the negative effects of these events are recommended.

KEY WORDS: Endodontics; Malpractice; Adverse events.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bjørndal, L. & Reit, C. Endodontic malpractice claims in Denmark 1995-2004. *Int. Endod. J.*, 41(12):1059-65, 2008.
- Cohen, S. & Schwartz, S. Endodontic complications and the law. *J. Endod.*, 13(4):191-7, 1987.
- Chomali, G. M. & Miranda, S. F. Gestión de riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Rev. Clin. Las Condes*, 14(4), 2003. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2003/4%20oct/GestiondeRiesgosatencionsalud-7.pdf
- García, F. M.; García, G. A. & García, F. M. Iatrogenia y dyspraxis médica: Un enfoque bioético. *R. F. M.*, 28(1):6-11, 2005.
- Givol, N.; Rosen, E.; Bjørndal, L.; Taschieri, S.; Ofec, R. & Tsesis, I. Medico-legal aspects of altered sensation following endodontic treatment: a retrospective case series. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 112(1):126-31, 2011.
- Givol, N.; Rosen, E.; Taicher, S. & Tsesis, I. Risk management in endodontics. *J. Endod.*, 36(6):982-4, 2010.
- Kraemer, P. & Vera, L. A. *Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente.* Santiago de Chile, Ediciones Ministerio de Salud de Chile, 2008.
- Lin, L. M.; Rosenberg, P. A. & Lin, J. Do procedural errors cause endodontic treatment failure? *J. Am.*

Dent. Assoc., 136(2):187-93, 2005.

Morales, A. Gestión del riesgo en un Servicio de Radiología. *Todo Hosp.*, 237: 349-65, 2007.

Perea-Pérez, B.; Labajo-González, E.; Santiago-Sáez, A.; Albarrán-Juan, E. & Villa-Vigil, A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 19(5):e500-5, 2014.

Perea-Pérez, B.; Santiago-Sáez, A.; García-Marín, F.; Labajo-González, E. & Villa-Vigil, A. Patient safety in dentistry: dental care risk management plan. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 16(6):e805-9, 2011.

Pinchi, V.; Pradella, F.; Gasparetto, L. & Norelli, G. A. Trends in endodontic claims in Italy. *Int. Dent. J.*, 63(1):43-8, 2013.

Pineda Mejía, M. E. Retratamiento no quirúrgico de fracasos endodónticos: Parte - I. *Odontol. Sanmarquina*, 6(11):35-40, 2003.

Portela, L. F. J. Caracterización de los aspectos bioéticos en los reclamos realizados ante la Superintendencia de Salud de Chile en el área de odontología. *Acta Bioet.*, 19(1):143-52, 2013.

Rosen, E.; Tsesis, I.; Tamse, A.; Bjørndal, L.; Taschieri, S. & Givol, N. Medico-legal aspects of vertical root fractures in root filled teeth. *Int. Endod. J.*, 45(1):7-11, 2012.

Selbst, A. G. Understanding informed consent and its relationship to the incidence of adverse treatment events in conventional endodontic therapy. *J. Endod.*, 16(8):387-90, 1990.

Silva, R. F.; Martins, E. C.; Prado, F. B.; Júnior, J. R. & Júnior, E. D. Endoscopic removal of an endodontic file accidentally swallowed: clinical and legal approaches. *Aust. Endod. J.*, 37(2):76-8, 2011.

Webber, J. Risk management in clinical practice. Part 4. Endodontics. *Br. Dent. J.*, 209(4):161-70, 2010.

Dirección para Correspondencia:

Prof. Dr. Gabriel M. Fonseca

Laboratorio de Pericias en Odontología Forense

Facultad de Odontología

Universidad de La Frontera

Uruguay 1720, Campus Andrés Bello

Temuco (4780000)

CHILE

Email: gabriel.fonseca@ufrontera.cl

Recibido : 01-02-2015

Aceptado: 12-03-2015