

REIUCEDDU

Revista electrónica del Instituto Universitario Centro de Estudio y Diagnóstico de las Disgnacias del Uruguay

www.reiuceddu.com.uy

Volúmen 6 | Año 3 | 2017

ISSN: 2393-6258



Sumario:

- 5 | Consentimiento informado
Dra. Jessica Lis
- 20 | Error y conciliación en los servicios de salud
Dra. Jacqueline Cano
- 22 | Protocolo para el diagnóstico y plan tratamiento de las dismorfosis dento faciales utilizando planificación quirúrgica virtual
Dr. Claudio Fernández
- 28 | Documentación a través de la Imagenología
Dr. Santiago Jaureguy
- 33 | Procedimiento indirecto para la realización de pistas directas del Dr. Planas
Dra. Isabel Poggi
- 37 | Entrevista al equipo docente - asistencial de la guardería HFIM*
- 38 | Actividades académicas
- 41 | Normas de publicación

Editorial:

Reciban los editores de esta Revista y las autoridades de la Institución, mis más cálidas felicitaciones por hacer realidad este instrumento imprescindible para difundir las actividades científicas, de educación, de investigación, asistenciales y de intercambio, llevadas a cabo por un excelente cuerpo docente y sus alumnos, que enriquecen y prestigian al Instituto. Es un honor para mí el pasar a formar parte de la comisión editorial a partir de este presente número.

Prueba de ello, es el tema central de esta sexta edición: la monografía final de la Dra. Jessica Lis, titulado "Consentimiento informado". Un completo, minucioso y actualizado trabajo sobre la importancia de este compromiso ético y legal, entre el profesional y el usuario.

Además, el Dr. Claudio Fernández, Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilar, permanente colaborador del Instituto, nos describe un caso clínico con tratamiento ortodóncico-quirúrgico, de una dismorfosis dento facial, utilizando protocolo de planificación quirúrgica virtual.

Nuestra Profesora, Dra. Isabel Poggi, nos brinda con la claridad que la caracteriza, los pasos a seguir para realizar pistas indirectas del Dr. Planas a través de un procedimiento indirecto que facilita y simplifica las maniobras endobucales, tan complejas en niños de corta edad.

El Dr. Santiago Jauregui, Profesor Titular de Fotografía Clínica, describe los procedimientos imagenológicos que están a nuestro alcance, no solo como herramienta de elaboración diagnóstica, sino también también como elemento esencial en la documentación de nuestros tratamientos.

También nuestra Docente en Medicina Legal, la Dra. Jacqueline Cano, nos invita a transitar por un tema que cada día tiene más trascendencia en nuestra práctica profesional: la relación clínica con nuestros pacientes, y los posibles conflictos que la misma puede ocasionar.

Finalmente, como veterano integrante de este querido proyecto, primero como alumno del primer Curso Integral, dictado por nuestro inolvidable Roberto Vidal Casaglia, luego integrando el plantel docente del mismo, y también ocupando cargos de dirección, me atrevo a pedirles a los jóvenes colegas que cursan o cursaron el post grado, que IUCEDDU no sea solo un escalón en el ascenso profesional, sino que ésta siga siendo vuestra casa, donde siempre serán útiles, para crecer juntos.

Dr. Ariel García Arrieta

Dr. Ariel García Arrieta

Créditos:

Revista Electrónica IUCEDDU - REIUCEDDU

Publicación semestral del Instituto Universitario Centro de Estudio y Diagnóstico de las Disgnacias del Uruguay, que tiene como objetivo la actualización y divulgación del conocimiento científico en el área de la Ortopedia y Ortodoncia maxilo-facial. Todos los artículos que lo requieran son sometidos a comité de lectura a través de consultores nacionales y/o internacionales.

Comisión Directiva IUCEDDU:

Presidente: Dr. Sergio Edelsztejn
Vice-presidente: Dra. Alicia Bocchino
Secretaria: Dra. Mabel Robaina
Dra. Giselle García
Dr. Luis Pascuali
Dra. Mónica Sierra

Comisión Editorial:

Dra. Isabel Poggi
Editor Responsable
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia dento-maxilo-facial. FOU-UDELAR.*
Docente Titular Clínica de Ortopedia IUCEDDU.
Ex-Docente FOU-UDELAR.

Dr. José María Delorenzi
Odontólogo.
Ex-Director Académico de IUCEDDU.
Ex-Docente Titular Curso preclínico IUCEDDU
Ex-Docente FOU-UDELAR.

Dra. Jacqueline Cano
Médica Legista.
Docente Facultad de Medicina del Uruguay, UDELAR.
Docente Titular de Odontología Legal IUCEDDU.

Dr. Ariel García
Odontólogo
Ex-Presidente IUCEDDU

Consultores nacionales:

Dra. Wilma Haller
Docente Titular Clínica de Prevención IUCEDDU
Ex-Docente FOU - UDELAR.

Prof. Dr. Luis Eduardo Carbajal
Profesor Grado 5 Facultad de Medicina del Uruguay - UDELAR.
Docente de Investigación IUCEDDU.

Dr. Jorge Chaves
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia dento-maxilo-facial, FOU, UDELAR
Docente grado III de Ortodoncia, FOU, UDELAR
Docente titular de Ortodoncia en IUCEDDU
Director Académico de IUCEDDU.

Dra. Mabel Robaina
Odontóloga.
Docente de IUCEDDU.

Dra. Laura Hermida
Especialista en Docencia Universitaria.
Universidad El Bosque, Bogota, Colombia.
Especialista en Odontopediatría FOU- UDELAR.
Ex-Docente Clínica de Ortodoncia IUCEDDU.
*Docente Titular Metodología de la Investigación y Clínica del Niño y Adolescente. FO-UCU***

Dr. Gustavo Razquin
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia dento-maxilo-facial FOU-

UDELAR.
Ex-Docente Clínica de Ortodoncia IUCEDDU.
Ex-Docente FOU-UDELAR.

Dr. Ricardo Forastiero
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia dento-maxilo-facial FOU-UDELAR.
Ex-Docente Clínica de Ortodoncia IUCEDDU.
Docente credenciado en Técnica MBT.

Dr. Roy Cooper
Docente Titular Biomateriales IUCEDDU
Docente Titular Biomateriales I y II FO-UCU.
Ex-Docente FOU-UDELAR.

Dra. Adriana Testoni
Odontóloga.
Ex-Docente CEDDU

Dra. Ana María Yafalian
Odontóloga.
Ex-Docente CEDDU

Consultores Internacionales:

Prof. Dr. Anibal Alonso
Ex profesor titular de Prótesis, Oclusión y Disfunción temporomandibular de la Universidad Kennedy.

Dr. Nelson Anunziato
Neurofisiólogo. Dictante de Cursos en Europa y América.

Dra. Ana Blanco
Docente de Circulo Argentino de Odontología (CAO).

Prof. Dr. Carlos E. Nemcovsky
Titular de Periodoncia e Implantología en la Universidad de Tel-Aviv.

Dra. Adriana Ravizzini
Especialista en Ortodoncia. Doctora en Ciencias Médicas.
Docente de la Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares (AAOFM)

Dr. Pablo Echarri
Dictante de Cursos de Ortodoncia en Barcelona, España.

Dra. Patricia Vergara
Especialista en Ortodoncia. Docente de la Universidad de Cartagena, Colombia.

Sociedades Científicas Asociadas:

AAOFM - Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares.

ADEFU - Asociación de Fonoaudiólogos del Uruguay

Traducción:

Dra. Beatriz Fernandez Daher

Diseño y Diagramación:

Lic. Mariana García

Comisión Difusión:

Secretaría IUCEDDU

* Facultad de Odontología del Uruguay Universidad de la República Mvdeo. Uruguay.

** Facultad de Odontología Universidad Católica del Uruguay.

Consentimiento informado

Informed consent



Autora: Dra. Jessica Lis

Tutores:

Dra. Jacqueline Cano - Médico Especialista en Medicina Legal

Prof. Dr. Luis Carbajal Arriaga - Docente Prof Área de Investigación IUCEDDU

Monografía final.

Montevideo 2016

Resumen:

En el presente trabajo se abordará la importancia del consentimiento informado siendo este un compromiso que se establece, de forma conjunta entre el odontólogo y el paciente durante la relación clínica y en particular en la ortodoncia y ortopedia.

En particular analizaremos las implicancias del consentimiento informado llegando a ser la culminación de la decisión autónoma del paciente, además de esta razón se debe poner en práctica por varios motivos, entre ellos y principalmente porque es un derecho del paciente y además es un deber del odontólogo, consiguiendo con el consentimiento el respeto a la dignidad y libertad del paciente, obligando esto a crear un espacio comunicativo en el que la veracidad, la confianza deben ser la base de la relación.

Se analizará específicamente la regulación que en Uruguay está enmarcada por la ley 18335.

La finalidad de este trabajo es explicar el concepto del consentimiento informado en el marco de la relación clínica del odontólogo en el ejercicio de la ortodoncia y ortopedia.

Palabras claves:

Consentimiento, responsabilidad, derechos del paciente, relación odontólogo-paciente, compromiso.

Abstract:

In the present work we will approach the importance of the informed consent being this a commitment established, between patient and dentist during the clinical relationship, in particular in orthodontics and orthopedics.

In particular we will analyze the implication of the informed consent being the culmination of the self decision of the patient, besides this reason it has to be put in practice because of many reasons, among them and principally because it is a right of the patient and a duty of the dentist, reaching with this consent to a respect of the dignity and freedom of the patient, creating a communicative space in which the veracity and trust should be the basis of the relationship.

It will be analyzed specifically the regulation which in Uruguay is in the law 18335.

The aim of this work is to explain the concept of the informed consent, rights of the patient, professional responsibility, dentist-patient relationship.

Key words:

Consent, responsibility, patient's rights, relationship patient-dentist, compromise



**Odonto
Radiología
Integral**

La imagen digital

Ori Cordon
Colonia 2034
Tel: 2400 65 68

Ori Pocitos
Scoseria 2679
Tel: 2712 36 52

www.odonto.com.uy
info@odonto.com.uy

Introducción - la importancia del consentimiento informado

Durante mi carrera de especialista en I.U.C.C.E.D.U.¹, mis docentes las Dras. Wilma Haller e Isabel Poggi, me contagiaron su pasión por los trabajos del Dr. Pedro Planas y luego de estudiar muchos autores y distintas técnicas, finalmente entiendo que los planteos de Planas son la clave para abordar los distintos casos y la respuesta a diversos inconvenientes que se presentan luego de terminados los tratamientos.

Alexandre G. Petrovic en el prólogo de la segunda edición del libro: *Rehabilitación NeuroOclusal*, define al autor Pedro Planas como un creador, que enseña incansablemente que la visión de los problemas es mucho más importante que la realización de una receta para la aplicación clínica. Como todo verdadero innovador nos enseña cómo actuar, pero sobretodo a reflexionar.

Asimismo Henri Petit se refiere a Planas como uno de los pensadores odontológicos que más que diagnosticar, guiar y reorientar las tendencias patógenas, siente la biología e interpretan la evolución de las enfermedades integralmente.² Motiva este trabajo la reflexión sobre sus principios, que a pesar de su sencillez nos permiten una amplia visión de la odontología sin fragmentarse en especialidades.

En los últimos años, los cambios producidos en el área salud y en particular, en la odontología, motivaron al nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo paciente estableciendo el consentimiento informado como un aspecto básico de la relación. El foco de la relación ha pasado de una forma paternalista a una relación participativa en la que el paciente tiene la información y autonomía al momento de la toma de las decisiones.

El nuevo modelo imperante exige al profesional informar a su paciente todo lo concerniente a su salud bucal. Por tal motivo surge el consentimiento informado como instrumento escrito que pone de manifiesto las voluntades y obligaciones expresadas, desplegando una nueva relación de tipo contractual (el consentimiento informado no es un instrumento escrito, es un derecho del paciente y obligación del profesional, recién en la ley 18.335 se exige que sea escrito en la historia): el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo y su salud. De esta forma el derecho a la información aparece como una manifestación concreta del derecho a la protección de la salud bucal y éste, a su vez, como uno de los fundamentales derechos de la persona humana.

Su importancia no solo se focaliza hacia la investigación científica, sino que alcanza también a la práctica clínica, enfatizando la importancia ética y moral en los consultorios odontológicos.

Es indiscutible la relevancia que posee el consentimiento informado desde lo bioético y para las relaciones jurídicas. Pero además de estas consideraciones el consentimiento informado produce en la relación un quiebre entre la frialdad técnica legal pasando el foco a la relación humana y las consecuencias en el paciente producto del tratamiento que se va a iniciar. El consentimiento informado se considera la regla o norma de la bioética que efectiviza el principio de la autonomía del paciente. Tiene entonces aspectos éticos pero también legales, es un tema típicamente médico-legal. A nivel macro establece la relación legal, ética y moral entre las responsabilidades y derechos y obligaciones del profesional y el paciente.

Posiblemente la falta de consentimiento informado constituya uno de los principales errores en la relación odontólogo - paciente ya que si bien está claro a nivel general la importancia del mismo es muy comúnmente obviado y dejado de lado. Aunque en purismo jurídico, es una aprobación o asentimiento, la difusión y el empleo del término "consentimiento informado" ha sido tal que es la terminología devenida "correcta" o al menos indudablemente la más aceptada incluso recogida en la jurisprudencia y normativa jurídica nacional.

También desde el punto de vista jurídico debemos tener presente que es un derecho y obligación, que puede enmarcarse en los denominados derechos del consumidor, conjunto de normas y principios que regulan las relaciones jurídicas entre los consumidores y prestadores profesionales de bienes y servicios, y en la ley que establece los derechos de los usuarios de los servicios de salud (leyes 17250: ley de defensa del consumidor y 18335 ley de los derechos de los usuarios de los servicios de salud). No debe considerarse el consentimiento informado como una ficción legal, sino que ha sido considerado como un derecho humano.

El consentimiento informado es el proceso gradual, que se ubica en el seno de la relación odontólogo-paciente, en virtud de la cual el paciente obtiene determinada información del profesional, en términos comprensibles, que le permite participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del tratamiento de su salud.

Todo acto médico debería ser, "el encuentro de una conciencia con una confianza" al decir del Ac. Prof. Dr. Guido Berro Rovira. El encuentro de la necesidad de uno con la capacidad de otro. Siempre subyace en ese encuentro una delegación de derechos de una persona (paciente) hacia otra (odontólogo).

Esa delegación solo puede y debe ser consciente y voluntaria, otorgada con competencia, por una persona capaz, y la enfermedad raramente, salvo en el terreno de la patología psiquiátrica mayor o menores de edad bajo tutela legal, torna a los pacientes incompetentes, incapaces y sin posibilidad de ejercer su voluntad libre, consciente y válida; por lo cual actúan en nombre de ellos sus representantes legales.

Se entiende por competencia para otorgar el consentimiento a la capacidad para comprender la situación planteada, los valores en juego, las posibles opciones y sus consecuencias previsibles a fin de tomar finalmente una decisión coherente.

Como principio jurídico básico puede sostenerse que el paciente tiene derecho a ser informado, su ejercicio implica reconocer en el mismo el derecho de autonomía y libertad a consentir o no.

El uso del consentimiento informado permite trabajar en el contexto de una relación veraz.

Al compartir la responsabilidad de la decisión, se logra el esfuerzo voluntario de los pacientes a favor de la ejecución del tratamiento ofrecido con la aceptación formal de los riesgos. El resultado final constituye el mejor servicio.

La importancia que ha ido tomando la figura del consentimiento informado en el ejercicio de la odontología (entre otras especialidades en la ortodoncia y ortopedia) es lo que motiva el presente trabajo.

Evolución Histórica

a. De enfermo a paciente a usuario

Basta con analizar el origen de la palabra con las cuales los profesionales llamábamos y llamamos en la actualidad a los individuos sobre (o con los que, o a los que prestamos nuestros servicios) para poder comenzar a analizar los cambios históricos que la medicina y en particular la odontología ha sufrido en cuanto a la relación profesional actuante - individuo sobre el que se actúa.

Históricamente se denominaba a los individuos sobre los que se actuaba simplemente por la palabra "enfermo". La palabra enfermo proviene del término latino infirmus, es decir, sin firmeza, pero no solo en cuanto a la relación de la falta de firmeza física, sino también moral, de ahí que histórica y tradicionalmente se haya prescindido de su parecer y consentimiento; siendo en médico el que decidía de manera unilateral qué camino seguir en cuanto al tratamiento.

Con el transcurso del tiempo el enfermo fue sustituido por el paciente; entendiendo por paciente a aquel que sufre una enfermedad pero a la vez a aquel que tiene paciencia. Paciente proviene del latín patiens que significa sufriente y a su vez es el participio presente de patior que significa sufrir; paciencia deriva del latín del verbo pati. Este término si bien avanza en la concepción incorporando el proceso y tratamiento no deja aún totalmente de lado el modelo paternalista de la atención odontológica.

Actualmente definimos a los antiguos enfermos y pacientes como usuarios. Con esta terminología se deja de transmitir la sensación de que el individuo tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud. Se deja de lado al individuo pasivo que espera de manera paciente a que las acciones del profesional actúen sobre su organismo hacia un individuo que participa del tratamiento que viene a recibir un servicio y el que opina y decide sobre las variedades y consecuencias del mismo.

b. Del paternalismo al principio de autonomía del paciente

En el pasado queda aquella medicina paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente ("autoridad de Esculapio")¹, en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada a cada paciente ("todo para el enfermo pero sin el enfermo"). Había entonces, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento nunca era capaz de tomar una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no solo afectaba a su cuerpo, sino también su alma.

Antaño, la relación médico-paciente era del tipo vertical, de forma que el médico desempeñaba el papel de tutor y el enfermo, el desvalido.

Los elementos configuradores del paternalismo son: en primer lugar, una limitación de la autonomía de la persona, y en segundo lugar que se actúe en beneficio del sujeto al que se priva de su capacidad de autodeterminación.

Esta teoría se basa en que el profesional de la salud, debido a sus conocimientos, está situado en una posición de supremacía respecto al enfermo, lo que le habilita para determinar lo más favorable para él.

En las últimas décadas se ha apreciado un desplazamiento de la visión paternalista hacia otra más autonomista en la que el consentimiento informado desempeña un papel fundamental. Ahora el facultativo tiene el deber de respetar la autonomía de la voluntad del paciente, válida y libremente emitida.

A diferencia del paternalismo, fundado en el principio de beneficencia, el principio de autonomía centra la protección en las creencias y valores del enfermo, de modo que el profesional queda obligado a respetar la libertad y autodeterminación del paciente.

El principio de autonomía, partiendo de la libertad de cada individuo, pone en relieve el derecho de éste a tomar sus propias decisiones, encauzando así su vida según sus intereses. La esencia de este principio radica en el autogobierno, esto es la potestad de auto dirigirse conforme a sus convicciones sin ser influenciada por terceros.

En el ámbito de la ética médica se entiende que el principio de autonomía supone el respeto a la libertad y a la autodeterminación y precisamente este es el origen y fuente de la formulación de los derechos de los pacientes.

El conocimiento es otro aspecto fundamental, presupone que el individuo tenga la posibilidad de conocer la realidad de su situación y las diferentes alternativas terapéuticas, pues, de darse lo contrario se vería mermada su capacidad de decidir. Este sustancial cambio de la relación entre el profesional de la salud y el paciente, transformando el tradicional esquema autoritario y vertical en otro tipo de relación democrática y horizontal, en el que pasa de un modelo de moral único a un modelo pluralista e inclusivo, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, ha sido motivado por diferentes

factores: por una parte, la pérdida de esa atmósfera de confianza que, en épocas pretéritas, presidía indefectiblemente las relaciones médico-paciente, y por otra parte, la complejidad creciente y correlativa especialización del ejercicio profesional, determinante, en último término de una sensible deshumanización de su ejercicio.

En la actualidad, el derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a la libertad del paciente son factores preponderantes a considerar en la relación médico-paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud, y a su vez, uno de los derechos de la personalidad.

En los modelos iniciales de atención, el individuo es visto incapaz de saber que le conviene para establecer el orden de pedido: su salud. El profesional de la salud es un ser que representa el orden de salud, lo bueno, lo verdadero. Como conocedor de un saber especial, representante del orden natural y moral, es él quien decide lo bueno y lo malo para el enfermo. La aceptación de lo que el médico estima bueno para el paciente es en esta concepción de la salud sistemáticamente reproducido.

c. Antecedentes legales

Del deber de información se comenzó a hablar a fines del siglo XIX por parte de la doctrina alemana, alcanzando esa problemática un notorio desarrollo en la jurisprudencia de este país, así como en Francia y en los Estados Unidos.

La primera sentencia acerca del consentimiento informado tuvo lugar en las Islas Británicas en 1767¹.

Uno de los primeros textos que imponía a los médicos la necesidad de obtener el consentimiento previo para los actos de experimentación científica, fue el promulgado en Alemania en 1931², bajo el título "Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre", en el cual se prohibía la experimentación en los casos en los que no se había obtenido el consentimiento, este mismo texto excluía de la experimentación a los menores de 18 años. En la década de los setenta se estudió esta cuestión en Alemania, encontrándose que generaba una importante actividad contenciosa, ya que dos terceras partes de los procedimientos seguidos por responsabilidad médica contemplaban supuestos de ausencia o insuficiencia de información.

Similar atención presta al deber de información la jurisprudencia francesa y norteamericana. En esta última, en la que se elaboró un importante cuerpo jurisprudencial, una de las primeras resoluciones data del año 1906, en la que el Tribunal Supremo de Illinois, en el caso Pratt versus Davis, limitó la aceptación del consentimiento implícito a los supuestos de urgencia vital y a aquellos en que el paciente, en uso de sus facultades intelectivas y volitivas, libre y conscientemente, deje en manos del facultativo la toma de decisiones médicas que pudieran afectarle. En 1914, el Tribunal de Nueva York dicta una de las resoluciones más emblemáticas e influyentes, con ocasión del caso Schloendorff versus Society of New York Hospital, al examinar un interesante supuesto, consistente en la extirpación de un tumor fibroide del abdomen de un paciente durante una intervención que se proyectaba como meramente diagnóstica (se trataba de una laparotomía exploradora) y en la que el paciente, de forma específica, había dejado expresado que no quería ser operado; en el fallo, el juez Benjamín Cardozo consideró que:

Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños².

No obstante el enunciado del principio general del consentimiento, la sentencia fue absolutoria para el médico que había realizado una operación con la oposición expresa del paciente, aunque la razón, de tipo más procedimental que sustantivo, fue que la demanda se había centrado en la responsabilidad del hospital por daños causados por cirujanos que utilizaban sus instalaciones.

A raíz de esta resolución, se formó en los Estados Unidos de América un importante y copioso cuerpo jurisprudencial, precursor en gran parte del alcance de esta problemática.

Al finalizar la década de los setenta, el informe de la comisión presidida por Huges Mac Aleese concluye afirmando que la primera causa de procesos judiciales contra los médicos es la falta de información a los enfermos y a sus familiares.

Por otro lado, el juez Laskin, de la Corte Suprema de Canadá, señaló en 1981, con ocasión de la sentencia dictada en el caso Reibl versus Hughes, que:

Los defectos relativos al consentimiento informado del paciente cuando se trata de su elección libre e informada sobre el sometimiento o el rechazo a un adecuado y recomendable tratamiento médico, constituyen infracciones del deber de cuidado exigible al médico¹.

Desde el punto de vista normativo, podemos identificar diversas etapas que han presidido el desarrollo del consentimiento informado, hasta adquirir las actuales características, y que podemos sintetizar en las cuatro siguientes:

- 1)** la primera etapa, denominada "consentimiento voluntario" (1947)², surge como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración de la Alemania nazi (el código de investigación de Nüremberg, establecido a raíz del proceso contra los criminales nazis, proclama, en su párrafo inicial, que "el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial");
- 2)** la segunda etapa, denominada propiamente del "consentimiento informado", surge con el famoso caso Salgo, a finales de los años 50;

3) la tercera etapa del consentimiento informado se conoce como "consentimiento válido", se basa en el caso Culver (1982)²:

La obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieran en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa.

4) la cuarta etapa, conocida como la del "consentimiento auténtico", se caracteriza por la decisión auténtica del paciente, entendiéndose como tal la que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo.

d. Consideraciones importantes desde el punto de vista histórico

Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación profesional de la salud-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del odontólogo suficiente información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para la realización de un principio esencialísimo: que la persona sea dueña efectiva de su destino, como corresponde a su infinita dignidad, y que esta información sea auténtica, humana, en el sentido de acompañarla con el calor debido a algo tan trascendente como son las decisiones en las que puede estar afectada la vida, la integridad corporal o la salud física o psíquica.

Es unánime en la doctrina y la jurisprudencia actual la consideración de que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, al objeto de que el paciente pueda emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información sesgada o inexacta, puesto que el tenor de la obligación médica comprende no sólo la aplicación de las técnicas o intervenciones adecuadas en el estado actual de la ciencia médica (núcleo principal de su deber prestacional), sino también el deber de dar al paciente la información adecuada en cada caso, muy a pesar de que no haya sido expresamente pactada.

La información resulta exigible de toda actuación terapéutica, incluso en aquellos supuestos extremos y excepcionales de tratamientos sanitarios obligatorios por razones de salud pública, en los que no se requiere el consentimiento.

El derecho a la información sanitaria suficiente corresponde, obvio es decirlo, no sólo a la persona enferma sino también a la persona sana, y ello como corolario lógico de su derecho a la protección de la salud, lo que le permitirá adoptar medidas de carácter preventivo o actitudes de vida que redunden en un mejor estado de salud, así como acciones dirigidas a la consecución o ablación de determinadas funciones biológicas.

El consentimiento informado es, por consiguiente, no sólo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el odontólogo.

Normativa vigente

Es muy probable que en nuestro medio hace unas décadas los odontólogos acostumbraban poco, salvo excepciones, a informar detalladamente a los pacientes sobre sus patologías, tratamientos, riesgos derivados tanto del curso natural de la enfermedad como de la terapéutica o maniobras, las alternativas y pedir luego el consentimiento informado, y menos aún dejarlo registrado en la historia clínica, para emprender entonces lo propuesto, autorizado por el paciente.

Pero el modelo asistencial ha cambiado y el tema ha evolucionado y hoy tal como establece el Artículo 16 del Decreto 274/2010 Reglamentario de la Ley 18335 (de Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud): El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud. El consentimiento informado se fundamenta en el respeto pleno a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. El paciente ejerce su autonomía y el profesional deberá obtenerlo en todas aquellas circunstancias que no estén exceptuadas (razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor, y las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, tal como también se establece en el artículo 22 del Decreto 274/2010 ya referido).

El consentimiento informado si bien puede entenderse como un agregado burocrático a la tarea del odontólogo, debe comprenderse que el mismo no solo es obligatorio sino que protege tanto al paciente como al profesional tratante (en este último caso ya que el mismo detalla lo que se hará y los riesgos, y el paciente lo acepta y certifica conocerlo).

Queda claro que el consentimiento informado no deberá ser una mera formalidad que pueda ser cumplida por funcionario administrativo. Es un acto médico que debe documentarse en la historia clínica, para cada situación dada. No siempre es necesaria la confección de formularios para documentar el consentimiento en la historia clínica y se ha demostrado y destacado que la aplicación de formularios no ha sido siempre correcta.

Es que las circunstancias que se viven en esos momentos impiden que se cumplan cabalmente los requisitos del consentimiento informado, que es en general un proceso que implica tiempo, dedicación, información, comprensión y reflexión, antes de dar una respuesta, además de que estando por ejemplo el paciente con intensa angustia, dolor o disnea tampoco

tendrá validez su decisión en ese momento, por lo que se opta por cumplir con los principios bioéticos de beneficencia y de no maleficencia y actuar.

El consentimiento informado puede por lo tanto entenderse desde el punto de vista social de la relación como una pausa de meditación de comprensión y de entendimiento del tratamiento y hasta de empatía en la relación odontólogo paciente, donde uno deja en manos del otro el poder para realizar un determinado tratamiento comprendiendo los riesgos y beneficios y otorgando a cambio la confianza sobre el mismo.

Es absolutamente cierto que:

Cuando proceda, el consentimiento deberá ser expresado y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado a la persona interesada, basado en la información adecuada. (Art. 6 de la Declaración Universal de Bioética y DDHH, Unesco, 2005)³.

La Ley 18.335 que establece los derechos y obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud en su artículo 11 establece que:

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de la salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento⁴.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan la demora por existir un riesgo grave para la salud del paciente, o cuando esté frente a patologías que impliquen cierto riesgo para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará expresa constancia en la historia clínica.

Aquí se establecen algunas consideraciones importantes:

En caso de incapacidad el consentimiento no debe ser excluido sino otorgado por el representante legal del paciente. La incapacidad en cualquiera de sus formas no exceptúa la obligatoriedad de obtener el consentimiento informado.

El consentimiento informado no es una mera formalidad sino que el mismo debe ser precedido por la información completa al paciente referente al tratamiento a seguir o procedimiento, sus riesgos y beneficios así como los riesgos o beneficios de no seguir el mismo.

El consentimiento informado es un documento integrante de la historia clínica.

El consentimiento no es permanente sino que puede ser revocado en cualquier momento por el paciente.

Existen excepciones a la obligatoriedad de obtener el consentimiento aunque las mismas son claras y precisas y se debe analizar cuidadosamente antes de usar estas excepciones en la odontología y en particular en la ortodoncia y en la ortopedia.

El decreto reglamentario de la referida ley establece en relación al consentimiento informado y a los derechos de los pacientes que los pacientes tienen el derecho a conocer y hacer uso de sus derechos. Por simple que esto parezca establece que el odontólogo no puede negarse a permitir que el paciente ejerza sus derechos en particular con relación al consentimiento informado. A su vez le da el derecho al paciente a asesorarse antes de dar el mismo.

A su vez establece que el consentimiento informado es un derecho del paciente y como contrapartida una obligación del odontólogo su obtención. Esto marca la importancia del mismo y la responsabilidad del profesional actuante quién debe tener el mismo más allá de toda consideración inclusive de que el paciente quiera no firmar o diga que no es necesario.

El consentimiento establece que debe ser explicado al paciente de manera que el mismo lo comprenda, no siendo una simple formalidad sino que debe plasmar el entendimiento del mismo y detallar de manera acordada los pasos a seguir en el tratamiento. La reglamentación del decreto establece la obligatoriedad del consentimiento informado no solamente para los tratamientos terapéuticos sino que amplía la misma a los procedimientos diagnósticos.

En relación a la atención de niños o adolescentes si bien está claro que como menor de edad el firmante legal debe ser su padre o tutor, estos tienen el derecho a que se les explique de manera clara y acorde a su capacidad de comprensión los alcances de los procedimientos y riesgos del tratamiento. En la ortodoncia y ortopedia donde un porcentaje importante de los pacientes son menores de edad esto es de particular importancia. Es responsabilidad del odontólogo hacerse entender lo cual implica a su vez el adaptar la comunicación al receptor y a la capacidad de comprensión del mismo la cual sin duda variará de acuerdo a la edad (y además su nivel educativo). Por la Convención Iberoamericana de los derechos de los Jóvenes, ratificada por Uruguay como Ley 18.270, la salud es un derecho de todos los jóvenes y en particular a la atención de calidad y la confidencialidad respecto de la misma.

La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, Badajoz 2005, en Uruguay Ley No. 18.270 de abril de 2008: otorga derechos a partir de los 15 años (establece son jóvenes los de 15 a 25 años) prácticamente iguales a los adultos, al menos en lo referente al cuidado de la Salud, la Confidencialidad y todo lo concerniente a su sexualidad. Establece que: Art. 15.1 "los jóvenes tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen".

Art. 25.3 Derecho a la salud "Derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, ...su salud sexual y reproductiva" ⁵.

De acuerdo a Lizaso, Nieto y Monestier (citado por Guido Berro): Muchos de nosotros estamos acostumbrados a explicar los procedimientos médicos a los niños, aun los más pequeños y sabemos que pueden comprenderlos. Debemos respetar esa persona que es el niño, con su competencia, aunque sea limitada⁶.

Si bien en el caso de la ortodoncia y ortopedia es poco aplicable, existe un caso particular en el cual el paciente puede hacer uso de su derecho de no saber. Este caso particular no exime de responsabilidad de obtener el consentimiento informado sino que es una particularidad del mismo en el cual el consentimiento informado, por paradójico que suene, establece el "permiso" de actuar sin querer ser informado; o sea que informa y deja documentado que se ha informado de los derechos y que el paciente ha optado por no recibir información.

El consentimiento informado tiene validez siempre que el mismo no sea cancelado por parte del paciente; esto a su vez implica que el consentimiento es válido mientras que las condiciones del tratamiento en el detallado, los riesgos y beneficios del mismo no cambien. Si el odontólogo en el transcurso del tratamiento considera que el mismo debe ser modificado debe ser informado al paciente y por ende debe elaborarse un nuevo consentimiento informado.

La reglamentación de la ley a su vez establece casos particulares en los cuales de acuerdo con los familiares del paciente pueden darse restricciones al derecho a saber del transcurso de su enfermedad para el propio bien del paciente, este caso es de difícil aplicación en la odontología. A su vez se establecen las salvedades a la necesidad de la obtención del consentimiento informado en casos de fuerza mayor, emergencia, urgencia o de patologías en las cuales el no tratamiento implique riesgos para la sociedad.

Es importante como odontólogos conocer quién puede otorgar el consentimiento informado ya que la validez del mismo depende de ello. El paciente debe ser quién otorgue el consentimiento informado salvo en los siguientes casos:

- a) Menores de edad no emancipados, donde el mismo debe ser otorgado por sus representantes legales. Existe la excepción a esto cuando en el caso de adolescentes el odontólogo pueda determinar que el grado de madurez del paciente es tal que puede comprender los beneficios y en particular los riesgos y por lo tanto consentir; igualmente en estos casos muy excepcionales el profesional debe informar a los representantes legales de que está obteniendo el consentimiento informado basado en estos parámetros.
- b) Incapacidad legal, donde lo otorgan los representantes legales.
- c) Situaciones o patologías que le impidan al paciente otorgar el consentimiento donde lo harán sus parientes más cercanos o representantes legales.

Más allá de las excepciones en las cuales se podría actuar sin tener un consentimiento informado, es recomendable siempre que sea posible, actuar con consentimiento, aunque sea por representación, es decir informando a quien sustituya al paciente tal como las normas establecen.

Desde el punto de vista normativo el consentimiento informado debe contener al menos la siguiente información (artículo 26 del decreto reglamentario):

- a) Identificación del servicio de salud.
- b) Identificación del procedimiento.
- c) Identificación del paciente.
- d) En caso de no ser otorgado por el paciente, identificación de quien presta el consentimiento en su representación y declaración jurada de su legitimación.
- e) Identificación del profesional que informa.
- f) Consentimiento del paciente o su representante.
- g) Declaración del paciente o su representante de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación.
- h) Lugar y fecha.
- i) Declaración del paciente o de su representante de haber podido efectuar libremente cualquier pregunta.
- j) Constancia de que el paciente o el representante recibe una copia de dicho documento y de que comprendió adecuadamente la información.

k) En los casos de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad se deberá dejar constancia de haber actuado de acuerdo a lo previsto en el literal a) del artículo 24 del decreto.

l) Firmas del profesional de la salud y del paciente o su representante. Cuando el paciente no supiere o no pudiere firmar, se requerirá la firma de dos testigos.

Desde el punto de vista más puro, una cosa es la obtención del consentimiento informado y otra la inclusión del mismo en la historia clínica.

Es claro que el consentimiento informado si bien detalla los procedimientos a seguir así como los beneficios esperados del mismo y los riesgos implícitos y por lo tanto limitan los riesgos del odontólogo, no eximen a los profesionales de culpa, dolo o negligencia en su acto profesional.

Tradicionalmente se presumía que el paciente consentía cada vez que callaba o no objetaba, o no objetaba el tratamiento, más aún, bastaba con que consultara voluntariamente para presumirlo (consentimiento tácito). Hoy en día ello ya no es aceptado ni aceptable en el actual modelo de asistencia médica.

La conceptualización actual ha evolucionado en el sentido de que para que un consentimiento sea válido no solo tiene que ser dado en la relación médico- paciente, por alguien psíquicamente y legalmente capaz, sino libremente otorgado, y no genérico, es decir luego de haber sido informado de cada propuesta. Informado de todo aquello que es importante en relación a la decisión correcta: ¿cuáles son sus riesgos? ¿Existen otras alternativas? ¿Cuál es el pronóstico en caso de no aceptarse lo propuesto? Es por lo tanto importante destacar que el consentimiento informado debe ser concreto y explícito.

Un consentimiento firmado pero sin información carece de validez ética y legal, lo mismo que el arrancado por engaño o coacción o el otorgado por un incapaz. Debe ser libre y voluntariamente expresado.

El paciente debe saber que el rechazar el tratamiento propuesto, se expone a las consecuencias que esa determinación pueda tener.

Carácter de la información

¿Pero qué debe informarse y cuánto debe informarse? Básicamente, los elementos de información están dados por: la naturaleza y objetivos del procedimiento propuesto, sus riesgos, beneficios y las alternativas posibles.

A) La naturaleza y objetivos de lo propuesto

1- Se debe explicar si el procedimiento es diagnóstico o terapéutico, los pacientes tienen la tendencia a creer que toda intervención es para curarlos y aliviar sus sufrimientos, por lo que deben evitarse malentendidos. Deben explicarse diferencias entre medios y resultados.

2- Se debe explicar si es una práctica invasiva o no.

3- Duración del procedimiento, donde se llevará a cabo, con anestesia o no, tipo de instrumental, partes del cuerpo afectadas, comparación con procedimientos ya conocidos. En ortodoncia y ortopedia se debe ser en particular concreto en explicar el tema de los tiempos y que se necesita por parte del paciente para lograr los objetivos buscados.

B) Los riesgos del procedimiento:

Se distinguen riesgos relevantes, sustanciales, probables. Se debe explicar claramente lo que puede pasar diferente de lo que se espera que pase. Hay que tener en cuenta cuatro aspectos de riesgo: naturaleza del riesgo, magnitud del riesgo, probabilidad de que ocurra y el cuándo o momento de ocurrencia.

1- Naturaleza del riesgo: por ejemplo pérdida de piezas dentarias.

2- Magnitud del riesgo: pérdida de una sola o de varias por ejemplo.

3- Probabilidad de que ocurra: Este elemento de información ha generado siempre mucha discusión; si la probabilidad de ocurrencia es extremadamente baja y la contingencia muy seria, muerte por ejemplo, hay quienes dicen que no es necesario informar pero es en estos casos cuando en realidad es más importante, el objetivo es informar todas las posibles consecuencias de baja probabilidad o de muy alta, para que el usuario con toda la información decida.

4- Momento de ocurrencia: El paciente debe saber cuándo puede materializarse el riesgo y de qué forma. Pueden aparecer caries durante el tratamiento utilizando brackets o aparecen al quitarlas.

C) Los beneficios:

Aunque casi siempre evidentes y coincidentes con los objetivos de la propuesta terapéutica, hay sin embargo situaciones en la que revelación de los beneficios es crucial. Por ejemplo en ortodoncia puede no solamente haber beneficios estéticos sino en el largo plazo en la mejora de las funciones.

Y en un balance riesgo-beneficios.

En primer lugar cuando el procedimiento es diagnóstico y no terapéutico, el paciente debe saber que el mismo no lo va a aliviar del sufrimiento pero sí persigue suministrar información para saber que tiene y luego iniciar el tratamiento.

En segundo lugar, cuando el nivel de beneficio que se espera está muy por debajo de la completa mejoría del paciente, debemos informar de tal limitación.

D) Las alternativas:

¿Hay más de una forma de lograr el objetivo? ¿Cuáles son los pros y contras de cada una? ¿Riesgos y beneficios de cada alternativa?

Pero entendemos que siempre hay alternativas u opciones a informar, y que debe hacerse en la forma más neutral posible.

Por otro lado en relación a la ley 18.473 que establece la voluntad anticipada del paciente, en el caso de la odontología y en particular de la ortodoncia y ortopedia, debemos considerar la importancia que en la misma se establece en relación a la libre oposición del paciente en cuanto a la aplicación de tratamientos o procedimientos o a la interrupción de los mismos.

El consentimiento informado en menores de edad

Históricamente el consentimiento informado y la posibilidad de darlo por parte de un niño o adolescente estaba directamente relacionada con la edad. Hoy en día dicho concepto ha ido evolucionando hacia el individuo capaz de comprender (tal cual también lo expresa la normativa legal vigente).

Desde hace poco más de una década se asiste a un cambio de concepción médico-legal, que merece destacarse, en relación con la competencia del adolescente y especialmente de su capacidad de tomar decisiones con respecto a su cuidado de salud, integridad física, asistencia médica. Es que desde el tradicional "menor-objeto de protección y control" se ha pasado al "niño y especialmente adolescente sujeto de derechos y portador de un interés superior".

Es para esto imprescindible la valoración del odontólogo actuante respecto de la capacidad del niño o adolescente de comprender y consentir, de entender los beneficios pero en particular los riesgos. Desde este punto de vista existe una complejidad añadida ya que no existe un momento específico y compartido para todos los adolescentes en cuanto a la capacidad de otorgar el consentimiento, recayendo la responsabilidad de si es válido o no el otorgamiento del mismo por parte del menor al odontólogo.

Tal como establece el artículo 18 del decreto reglamentario de la ley 18.335:

Todo niño niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención de su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez.

Corresponde al profesional de la salud la valoración del grado de madurez y de capacidad natural del niño, niña o adolescente, considerando el tipo de procedimiento de atención a su salud de que se trate. Deberá tenerse en cuenta la competencia del niño, niña o adolescente para comprender la situación planteada, los valores en juego, las posibles opciones y sus consecuencias previsibles⁷.

Esto se basa muy firmemente en el artículo 12 de la Convención sobre Derechos del Niño que estatuyó que:

Los Estados Partes, garantizarán al niño que esté en condiciones de conformarse un juicio propio, el derecho de expresar su opción libremente, en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de la edad y madurez del niño⁸.

La Convención de Derechos del Niño ha ido estableciendo un cambio sustancial en la apreciación médico-legal (jurídica, médica, ética y social) de las capacidades del niño, sus derechos y las correspondientes obligaciones y responsabilidades. Desde la pediatría se destaca la opinión en ese mismo sentido, así por ejemplo en la revista *Pediatrics* se ha expresado⁹:

El rol que compete al niño en el tratamiento depende más de su grado de crecimiento y aptitud personal que su edad. Así por ejemplo aunque por lo general los niños de menos de 10 años tienen menor capacidad para comprender conceptos abstractos que los adolescentes, algunos pudieran pensar y actuar con mayor madurez. A medida que se hacen mayores sus aptitudes aumentan, se les debe incluir de la manera más plena en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

En la revista *Anales de Medicina de emergencia*, el doctor en medicina y derecho Julio Landwith ha expresado (citado por Guido Berro):

La ley y sus principios éticos subyacentes reconocen que el crecimiento y desarrollo de los niños desde la infancia en la toma de decisiones importantes, incluidas las que atañen al cuidado de su salud. Se debería respetar el derecho a la autodeterminación en aquellos pacientes adolescentes capaces de comprender en qué estado se encuentran y las consecuencias de sus decisiones, mediante invitarlos a participar en toma de decisiones⁹.

El Instituto Nacional de Salud de España señala las posibles consecuencias de no informar al niño o adolescente y no permitirle dar su asentimiento o consentimiento, y dice:

Es de subrayar que la prestación del consentimiento podrá otorgarla por sí mismo el menor de edad al tratarse de un acto

relativo a los derechos de la personalidad, conforme al artículo 162, inciso 1 del Código Civil... de acuerdo con sus condiciones de madurez. El incumplimiento de estas obligaciones por parte del médico o equipo médico dará lugar o podrá darlo, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria, a las responsabilidades civiles o penales que hubiere lugar⁹.

Y una sentencia británica, de hace ya varios años, dice:

La capacidad de un menor para tomar sus propias decisiones depende de que tenga suficiente comprensión e inteligencia y no debe determinarse en función de una edad límite que haya sido fijada en el plano judicial... y refiriéndose al caso concreto decía el Lord Scarman, redactor de la sentencia: "Creo, que él es lo suficientemente maduro como para expresar una opinión sólida, como así me lo ha demostrado. Estoy convencido que se trata de un menor maduro".

Si bien estos conceptos representan un avance sustancial en cuanto al trato de los menores de edad (al menos en los mayores de 12 años), constituyen un factor de subjetividad ya que el odontólogo tratante debe ser el que a su juicio determine si el menor está capacitado o no para otorgar el consentimiento.

La necesidad de determinar el grado de madurez no es sólo y únicamente para cumplir con un formulismo legal que vendría impuesto desde que la Convención es ley, sino que fundamentalmente tiene un contenido bioético, que permite se respete la autonomía, con discernimiento y toma de decisiones sobre hechos que puedan afectar su vida en el sentido de un conjunto corporal y psicológico.

Presupuestos del consentimiento informado

a. Capacidad

Es la aptitud para realizar actos con trascendencia jurídica. Se presume que la poseen los mayores de 18 años y termina con la vida (salvo los casos descritos previamente). El menor de edad, como fue expuesto en el punto anterior, puede actuar por sí mismo de acuerdo con sus condiciones de madurez, aunque no adquiere la plena capacidad de obrar hasta que alcanza la mayoría de edad.

b. Titularidad

El que consiente debe ser el titular del bien jurídico o del derecho del que pretende disponer con los actos, dado que nadie puede dar lo que no tiene ni renunciar a ello.

Aun cuando en principio parece quedar claro el problema de titularidad, ésta tiene dificultades, como en el caso de la titularidad compartida de los tutores legales de los menores de edad.

c. Libertad

El consentimiento, presupone la concurrencia de dos voluntades sobre un mismo objeto. Ambas partes actuantes deben expresarse de manera libre, en contraposición con la coerción, intimidación, violencia física, maquinaciones, coacciones, error sobre el objeto del consentimiento e información inadecuada.

d. Objeto

Está representado por la cosa sobre la que recae la acción de los sujetos. En general, cabe distinguir dos grandes grupos de objetos del consentimiento: bienes disponibles y bienes indisponibles; el consentimiento sólo será validado cuando recaiga sobre los primeros, uno puede consentir un hecho o procedimiento sobre su cuerpo dada su capacidad de otorgarlo.

e. Causas del consentimiento

Es lo que se quiere conseguir, el objeto que se persigue con la realización del acto.

f. Forma del consentimiento

Si bien existen casos descritos como la fuerza mayor, urgencia o emergencia; en el caso de la odontología el mismo debe ser salvo muy raras excepciones tácito, explícito y expreso.

g. Tiempo del consentimiento

El consentimiento debe ser emitido previa a toda acción y luego de recibir toda la información y opciones existentes. En el caso del ejercicio de la odontología se refiere al período de estudio y tratamiento de un determinado proceso patológico, no siendo válido el consentimiento dado en una ocasión determinada para actos que vayan a efectuarse bastante tiempo después. Es característica también del consentimiento el poder ser revocado en todo momento por quien lo otorga, quedando sin efecto las manifestaciones de voluntad previas sobre el objeto del consentimiento.

Contenido y límites del consentimiento informado

El odontólogo debe informar al paciente de todas aquellas circunstancias que puedan incidir de forma razonable en la decisión a adoptar por el mismo, por lo que deberá informarle sobre la forma (medios) y el fin del tratamiento, señalándole el diagnóstico de su proceso, su pronóstico y las alternativas terapéuticas que existan, con sus riesgos y beneficios, así como la posibilidad, caso de ser conveniente, de llevar a efecto el tratamiento en otro centro sanitario más adecuado.

El consentimiento del paciente se extenderá, en cuanto a su validez y eficacia, hasta donde haya sido informado.

Hay distintos factores o criterios que deben ser considerados a la hora de determinar el contenido del deber de información del médico (profesional de la salud): unos de carácter subjetivo y otros objetivos.

En el primer grupo deben ponderarse, entre otros, el nivel cultural, la edad y la situación personal, familiar, social y profesional del paciente.

Dentro de los factores objetivos, deben evaluarse los siguientes: la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad de la intervención, la novedad del tratamiento, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información. En este sentido, cuanto más urgente es una intervención, menor precisión es exigible en la información a suministrar al paciente. Otro tanto es predicable de la necesidad de tratamiento, de forma que cuanto menos necesario sea un tratamiento, más rigurosa ha de ser la información, debiendo ser extrema en las intervenciones estéticas y, en general, en la denominada cirugía voluntaria o satisfactiva, a diferencia de la cirugía curativa o asistencial en la que la información puede ser menos rigurosa.

Por otra parte, cuanto más peligrosa y novedosa sea una intervención, más amplia debe ser la información que se facilite al paciente.

Las explicaciones impartidas a los pacientes para obtener su consentimiento deben hallarse, por tanto, adaptadas a su capacidad de comprensión y a los distintos factores subjetivos y objetivos ya mencionados, por lo que serán muy variables en función de cada supuesto, aunque parece conveniente que, en todo caso, la información no genere en el paciente un aumento desproporcionado de su angustia e inquietud, en consonancia con lo expuesto, en tal forma que la psicología del profesional debe representar un elemento decisivo sobre este aspecto.

Formularios

Respecto del uso o no de los formularios de registro del consentimiento informado, deberíamos primero ver la posibilidad de dos modelos de obtención del consentimiento informado, tal como lo pensarán Lidz, Appelbaum y Meisel (citado por Guido Berro)¹⁰.

El primero considera la toma de decisiones como un acto puntual y único en el tiempo y se llama: modelo puntual. El centro de este modelo son los formularios escritos.

El otro modelo es el "progresivo o procesal" considera la toma de decisiones y la información como un proceso continuo en la relación asistencial.

Está claro que el segundo modelo tiene un valor más alto y "moderno" aplicando los valores aceptados más ampliamente por los profesionales de la salud en un modelo moderno de concepción de la relación odontólogo paciente.

Tampoco desconocemos que si bien el modelo progresivo se testimonia o visualiza en el registro y evolución de la historia clínica, sin necesidad de formularios, pueden existir momentos concretos que para la toma de decisiones muy importantes se imponga un modelo puntual, utilizando formularios pre-escritos.

Pero, como decía Vaccarino (citado por Guido Berro)¹⁰, en realidad la única forma válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación y no debe confundirse, la forma de obtención con la forma de registrarlo.

Se entiende como no válido entregar el formulario para que un paciente lo lea y firme sin que exista conversación e información verbal e incluso escrita.

Los formularios deberán tener una parte informativa y otra declarativa, luego las firmas.

No se puede dejar esta tarea al personal, asistente, ni a estudiantes.

Cuando se trate de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, el consentimiento informado deberá otorgarse por escrito, firmado conjuntamente por el profesional de la salud y el paciente. Nunca debe reducirse a la recolección de la firma del paciente en un formulario.

Consentimiento informado del IUCEDDU

El usuario (mayor/ menor de edad).....y/o su representante legal....., autoriza al profesional, equipo de salud, incluyendo al estudiante (con permanente aval docente), a la realización del tratamiento odontológico propuesto y reconoce haber recibido la información sobre técnicas, riesgos, evolución, complicaciones posibles, riesgos de no realizar el tratamiento y costos del mismo.

Tratamiento propuesto:

Diagnóstico Primario:

Plan de tratamiento:

El plan de tratamiento puede variar en función de la evolución de la problemática en relación y cumplimiento del usuario en pautas brindadas por el profesional.

Pronóstico:

El pronóstico queda sujeto a la colaboración del usuario y el estricto cumplimiento de las pautas brindadas por el profesional.

El usuario declara conocer y aceptar las características del tratamiento previsto asumiendo las siguientes responsabilidades:

- Iniciar el tratamiento en ausencia de caries.
- Control de la higiene oral de los aparatos (los cuales serían retirados en el caso de mala higiene, los costos de la nueva instalación serán de la responsabilidad del usuario).
- Concurrencia a las consultas de control en forma periódica con día y horas prefijadas.
- Cumplir con la realización de ejercicios complementarios durante el uso de la aparatología que sean indicados por el profesional actuante y en la forma en que le sea indicado por el mismo.
- Uso de elementos y accesorios en el curso del tratamiento, según se considere necesario por el profesional actuante.
- Cumplimiento estricto de las indicaciones previstas en el plan de tratamiento.
- El profesional tratante asignado por I.U.C.E.D.D.U permanecerá a cargo del tratamiento mientras dure el mismo.

El usuario perderá los beneficios que constan en este documento, en caso de cambio de profesional tratante por determinación ajena a I.U.C.E.D.D.U.

El usuario declara conocer y aceptar el presupuesto señalado habiendo sido informado que el mismo obedece al tratamiento a desarrollarse en condiciones normales de cumplimiento de lo señalado en Responsabilidad del Usuario. El no cumplimiento con el plan de pago fijado puede dar lugar a la suspensión del tratamiento sin que ello genere ningún tipo de responsabilidad para el profesional y/o la institución.

El usuario asume asimismo los costos que deriven de pérdidas, roturas o alteraciones por mal uso de la aparatología que le sea colocada, los cuales no quedan comprendidos en el presupuesto reseñado, y deberán ser abonados por el mismo de acuerdo al arancel aprobado por la Comisión Directiva.

En caso de ser menor de edad el usuario la responsabilidad del cumplimiento de lo señalado será asumida por su representante legal.

Autorizo al profesional y/o a la institución el uso, difusión con fines científicos, de todo el material obtenido durante el tratamiento. (fotografías, modelos, radiografías)

MONTEVIDEO,// 20.....

Firma del Usuario y/o representante legal:

Aclaración de firma:

CI:

Domicilio:

Teléfono:

Firma del profesional:

Aclaración:

Informado el Usuario y su representante legal de los riesgos que asume al no aceptar el tratamiento propuesto manifiesta el **NO CONSENTIMIENTO**

Firma del profesional:

Aclaración:

Firma del Usuario y/o representante legal:.....

Aclaración de firma:.....

Producto del análisis del presente consentimiento informado podemos ver que existen algunos aspectos de los mencionados como componentes básicos y esenciales faltantes:

- Declaración del paciente o su representante de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación.
- Declaración del paciente o de su representante de haber podido efectuar libremente cualquier pregunta.
- Constancia de que el paciente recibe una copia de dicho documento y de que comprendió adecuadamente la información.
- En los casos de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad se deberá dejar constancia de haber actuado de acuerdo a lo previsto en el literal a el artículo 24 del decreto.
- Cuando el paciente no supiere o no pudiere firmar, se requerirá la firma de dos testigos.

Objetivos generales del consentimiento informado

En líneas generales se considera que el consentimiento informado es un proceso que persigue los siguientes fines.

Primariamente:

- Respetar a la persona enferma en sus derechos y su dignidad.
- Asegurar y garantizar una información adecuada, que permita participar al paciente en la toma de decisiones que le afecten.

Secundariamente:

- Respalda la actuación de los profesionales haciéndoles compartir el proceso de la toma de decisiones con el paciente y su familia.
- Determinar el campo de actuación dentro del cual puede desenvolverse lícitamente la actuación odontólogo.

Los beneficios, indudables, que un proceso adecuado de consentimiento informado tiene para el paciente son:

- Terapéutico puesto que la información al paciente es un proceso dinámico que al realizarse correctamente adquiere este carácter. Además permite a los pacientes una mayor aceptación de las medidas propuestas.
- Ayuda a promover la autonomía personal en la toma de decisiones.

Sirve de base al diálogo sobre el proceso de enfermedad, que hace más cálida la relación sanitario paciente.

www.bicon.com

IMPLANTOLOGÍA

bicon
DENTAL IMPLANTS

Comienzo
23 y 24
de febrero

4.5 x 5.0mm 5.0 x 6.0mm
6.0 x 5.0mm 5.0 x 5.0mm
CERAMAGE™

Curso Integral 2018
Sistema Bicon

- Introducción al Sistema Bicon
- Anatomía implantológica
- Estudios pre quirúrgicos
- Radiografía digital
- Planificaciones de casos
- Características del sistema Bicon
- Protocolos y técnicas quirúrgicas
- Resoluciones protéticas
- Análisis de casos clínicos

COMIENZO:
viernes 23 y sábado 24
de febrero de 2018

Fecha de finalización:
Septiembre de 2018

Incluye sin cargo:
Pacientes, materiales e
instrumental quirúrgicos

10% OFF Señalando antes del 31/10
5% OFF Señalando antes del 20/12
+5% OFF Pago contado 5% adicional

**INFORMES
E INSCRIPCIÓN**

2705 0856
092 773 391

Obligado 1207,
Pocitos, Montevideo

comercial@bicon.com.uy

Conclusiones

El estudio del consentimiento informado, es un tema relativamente nuevo en la odontología y en particular la ortodoncia. Su estudio permite destacar la importancia que tiene, no solamente constituyéndose en una obligación del odontólogo sino también es un derecho del paciente.

Considero que es justo para ambas partes que exista, reconociendo la importancia de la comunicación en cualquier tipo de relación, siendo sin duda un pilar fundamental en la relación odontólogo - paciente.

El consentimiento informado plantea un reto ético de primer orden para los profesionales de la salud. Con frecuencia, los odontólogos muestran dificultades para aceptarlo, dado que hasta hace poco tiempo su formación académica y práctica clínica respondía a un modelo paternalista cuyo reemplazo impone una renuncia al monopolio del poder de decisión.

El pasaje de la información tanto del paciente hacia el odontólogo como en el sentido contrario, ayuda a alcanzar un buen diagnóstico y genera una buena respuesta en el paciente que contento realiza el tratamiento que el odontólogo aconseja; por ende ambas partes salen ganando y logran el objetivo común de la relación que los une, que es la curación del individuo usuario del servicio.

El consentimiento informado es una manifestación de la autonomía de la voluntad del paciente, y se establece como presupuesto ineludible antes de practicar cualquier intervención odontológica, salvo determinadas y raramente aplicables excepciones.

El consentimiento informado debe ser incorporado al quehacer diario de los profesionales.

Es un imperativo odontológico - ético y también legal. Su registro en la historia clínica es obligatorio y es a su vez un derecho esencial de los pacientes.

Es también un indicativo de la calidad asistencial.

El consentimiento informado ha evolucionado con el tiempo hasta convertirse en una pieza clave de la relación entre el odontólogo y el paciente. Los profundos cambios acontecidos en esta relación, debido fundamentalmente a una mayor autonomía del paciente como consecuencia y expresión de su dignidad, han permitido el desarrollo del concepto del consentimiento informado, ejemplo del respeto a la libertad del paciente.

Su empleo adecuado mejora la relación odontólogo - paciente, potencia los efectos terapéuticos, al tiempo que aumenta la satisfacción profesional. Su mal uso o la ausencia de su uso es una causa de malentendidos, produce inseguridad en el paciente y puede provocar graves contiendas judiciales. La adecuada comprensión del proceso del consentimiento informado es fundamental para tomar conciencia de su importancia, de su necesidad y de los beneficios que aporta.

El consentimiento informado es un proceso de decisión conjunta entre el odontólogo y el paciente. No se trata de un momento preciso y determinado. Es parte de la relación actual y futura con el paciente y debe estar incluido dentro de la atención odontológica diaria, brindando información adecuada en tiempo adecuado. La estrecha relación entre la información y la veracidad aleja al odontólogo de reclamos legales en la praxis médica.

Las leyes reguladoras de los derechos de las personas en el ámbito sanitario otorgan un protagonismo creciente a los pacientes en la toma de decisiones que les afectan, de modo que los profesionales, además de los conocimientos y competencia técnica, tienen que ser capaces de ayudar a los pacientes a comprender la situación en la que se encuentran para poder decidir a su respecto.

Esta nueva realidad fáctica y legal requiere de los profesionales de la salud un esfuerzo mayor. Por todo ello, el consentimiento informado nace con vocación de convertirse en una herramienta de apoyo que ayude a los odontólogos en su quehacer diario y que, al mismo tiempo permita hacer realidad los derechos relativos a la autonomía del paciente.

En síntesis, el consentimiento informado es un componente esencial de una correcta relación odontólogo - paciente, es la expresión de una mutua relación, es expresión del respeto a la dignidad del paciente como persona, de respeto a su integridad y a su capacidad de discernir, comprender y participar en la decisión.

Referencias

- 1- La responsabilidad médica y el consentimiento informado- Dr Julio Cesar Galan Cortes- Revista Médica del Uruguay-1999.
- 2- La responsabilidad médica y el consentimiento informado- Dr Julio Cesar Galan Cortes- Revista Médica del Uruguay- 1999.
- 3-Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, Art 6, Unesco, 2005.
- 4 - Ley 18335, art 11.
- 5 - Ley 18.270 abril 2008, Convención Iberoamericana de los derechos de los jóvenes.
- 6 - Medicina Legal- Derecho Médico y Aspectos Bioéticos- Guido Berro Rovira- pag 373-2013- Uruguay- Editorial Fundación de cultura universitaria.
- 7 – Decreto reglamentario de la ley 18.335 Art 18.
- 8 - Convención sobre Derechos del niño art 12.
- 9 - Medicina Legal- Derecho Médico y Aspectos Bioéticos- Guido Berro Rovira- Pag 371- 2013- Uruguay-Editorial Fundación de cultura universitaria.
- 10 - Medicina Legal- Derecho Médico y Aspectos Bioéticos- Guido Berro Rovira- Pag 367-368 - 2013- Uruguay-Editorial Fundación de cultura universitaria.

Bibliografía

- Ley 18.335 – Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud- agosto 2008- República Oriental del Uruguay.
- Ley 18.473 – Voluntades Anticipadas –abril 2009- República Oriental del Uruguay.
- Odontología Legal y Forense - Consentimiento informado en odontología-V.Maya Pueyo, B Roldan Garrido, J.A.Sanchez Sanchez - 1994 - Barcelona- España- Editorial Masson.
- Medicina Legal Tomo 1 - Consentimiento Médico - Dr.Guido Berro, Dr. Mario Pena, Prof. Dr. Guillermo Mesa.
- Responsabilidad Civil por falta de consentimiento informado en la medicina satisfactiva - Virginia López Carmona – 2013- Vol 23 Extraordinario XXII Congreso 2013.
- Revista Medicina Uruguay – 2002 - Vol 18 - Seudoconsentimiento informado en Uruguay - Dr. Hugo Rodríguez Almada.
- Revista Médica Uruguay – 2001 - Vol 17 - Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención - Dr. Hugo Rodríguez Almada .
- Revista Médica Uruguay - 2005- Vol 21-Consentimiento Informado. Análisis Crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico.
- Dres. Daniel González González, Hugo Rodríguez Almada, Guido Berro Rovira - Departamento De Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Publicación oficial de la Facultad de Odontología, Universidad de la República Uruguay. Vol XII/N 16 – Diciembre 2010 - “La competencia odontológica del consentimiento informado durante la formación de grado en Uruguay” - Miguel Ricardo, Salveraglio Ines Teresa, Zemel Martín Gastón, Piovesan Sylvia, Cocco Laura Alejandra.
- Acta Bioethica – 2006 - Bioética y odontoestomatología - El consentimiento informado en odontólogos residentes de la facultad de odontología de la Universidad Nacional de La Plata- Ricardo Miguel- Martín Zemel.
- Prof Dent - Vol 8 – 2005 - Consentimiento informado en Odontoestomatología: la información sobre los riesgos y las características del documento- Bernardo Perea Pérez, Ana Berrocal Lanzarot, José Antonio Sanchez Sanchez.
- Revista Médica Uruguay- 1999- Vol 15 - Responsabilidad médica y el consentimiento informado Dr. Julio César Galán Cortes.
- Revista Fed Odontológica Colombia- 2004 - Consentimiento informado en odontología María Teresa Escobar López.

email: dra.jessica.lis@gmail.com

Error y conciliación en los servicios de salud

Error and conciliation in the health services

Dra. Jacqueline Cano

Médico Especialista en Medicina Legal
Médico Forense del Dpto Medicina Forense Instituto Técnico Forense – Poder Judicial
Ex Profesora Adjunta Grado 3 Dpto. Medicina Legal – UDELAR
Docente Medicina Legal – IUCEDDU

Resumen:

La mayoría de las de las demandas contra los profesionales de la salud se originan en conflictos en la relación clínica. Contamos con métodos alternativos a la judicialización de estas situaciones.

Palabras claves:

Relación clínica, Resolución de conflictos.

Abstract:

The majority of the claims against the health professionals arise in conflicts created in the clinical relationship. We count on alternative methods before arriving to a lawsuit of these situations.

Key words:

Clinical relationship, solving conflicts.

En el origen de la mayoría de las demandas que recaen sobre profesionales de la salud se observan situaciones que generaron la ruptura de la relación clínica, profesional - paciente- familia y no de supuestos de mala praxis.

En esta situación denominamos como error a los vicios en la relación clínica, dejando de lado todas las situaciones de supuesta mala praxis.

Entonces nos referiremos a todas aquellas situaciones en las que existió una ruptura de la relación clínica por un factor fácilmente corregible, a saber:

Carencias en la información brindada al paciente, no sólo en sentido cuantitativo sino también cualitativo. En muchas oportunidades los profesionales insisten en que informaron y realmente lo hicieron, pero la calidad de esa información no fue la suficiente para el paciente que en definitiva es quien la valora.

Dentro del mismo tenor encontramos las fallas en el consentimiento recabado, no sólo brindar toda la información, además todas las posibilidades existentes y el deber de aceptar por parte del profesional el derecho indiscutible del paciente de elegir la opción preferida de acuerdo a sus valores, pero para alcanzar esa libre decisión debe conocer todas las opciones. El paciente o como se introdujo desde la ley 18.335 "el usuario" así como su familia, necesitan que el profesional demuestre su preocupación y ocupación por la situación y acompañe en las situaciones adversas.

Una actitud displicente por parte del profesional de la salud, genera en el paciente una sensación de poca consideración de su enfermedad, ausencia de empatía.

La empatía o también llamada inteligencia interpersonal es la habilidad cognitiva de una persona para percibir los sentimientos de los otros y de esa forma hacer que se sientan menos solos.

El aspecto del profesional siempre ocupado y apurado que dedica el mínimo tiempo a la consulta de algunos profesionales es una característica muy presente en el relato del paciente y en el supuesto que surja un resultado negativo o diferente al esperado lleva a que se configure el punto de inicio de la demanda.

Por lo anterior surge como conducta recomendable alejar las falsas expectativas del usuario con una completa y correcta información acerca de las posibilidades de cada caso particular y los medios con que se cuenta, aclarando mitos que pueden originarse en publicidad engañosa o acceso a internet indiscriminado, de fuentes no científicas.

Otra situación frecuente es la vinculada a la canasta de prestaciones de cada Institución, que servicios son obligatorios y cuales son parte de la estrategia publicitaria para atraer socios.

Todas las situaciones mencionadas y muchas otras, en general se canalizan a través del sistema judicial, iniciando demandas por supuesta mala praxis, que generan expectativas diversas para el paciente y para el profesional. Estos procesos son muy extensos y desgastantes para ambos y al culminar generalmente ninguno queda conforme. Es así que desde hace varios

años contamos con un sistema de resolución extrajudicial de conflictos entre los usuarios de los servicios de salud y los prestadores.

El marco regulatorio se hallaba definido por el conjunto de diferentes decretos del Poder Ejecutivo que fueron agrupados en el Decreto 455/2001. Éste fundamenta su articulado en la Constitución de la República, la ley orgánica de Salud Pública, decretos y ordenanzas anteriores. De esta forma tiene como fin regular toda la asistencia médica.

Desde la promulgación de la Ley 18.335 sobre los Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud en agosto de 2008 ésta se convierte en la norma de referencia para toda la actividad vinculada a la salud de las personas. En relación al Sistema de reclamos en los servicios de salud, el decreto 395/2002 fue pensado para garantizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud privados, ya que la administración pública se rige por el procedimiento administrativo del Decreto 500/1991.

Este Decreto 395/2002 establece la creación del Departamento de atención al usuario en cada Institución, con el fin de orientar y canalizar, consultas, peticiones, reclamos, con un plazo límite para su formación de 180 días desde la vigencia del decreto. La magnitud del Departamento debe ser acorde y proporcional a la de la Institución. Se exige que sea fácilmente identificable y con un horario que se cumpla.

Se describen varios pasos a seguir: Procedimiento y trámite interno, manteniendo los principios del debido proceso, buena fe, lealtad, respeto mutuo y verdad material.

Todo comienza a iniciativa del usuario tanto de Servicios de salud pública como privada o de sus representantes. La forma de presentación es por escrito en el propio servicio de salud, designando a que sede o departamento corresponde, con datos patronímicos del usuario, N° de socio, etc. La narración de los hechos que motivan la petición o reclamo y las pruebas pertinentes. Firma del usuario o representante.

El servicio de salud tiene la obligación de respuesta en un plazo máximo de 90 días. Se formará expediente con todo lo que surja. Durante ese período luego de recibir la petición en el Departamento de atención al usuario, se realizarán los informes necesarios dentro de la institución (con plazos de 15 días) y si se realizaran fuera de la Institución los plazos van de 20 a 30 días hábiles. A la brevedad se debe notificar de la resolución al usuario y esta debe ser por escrito, notificándolo personalmente.

El usuario podrá acceder a los informes y tener copia de los mismos. Pudiendo aportar nueva prueba (permitida por ley) en cualquier momento tanto en la etapa intra institucional o luego en el MSP (Ministerio de Salud Pública)

Cuando el Servicio de Salud no se expida o no ampare la petición se gestionará en la División de Servicios de Salud del MSP. Esta división le requerirá al servicio de salud remita todos los antecedentes, registros, Historia clínica, informes, en un plazo de 6 días.

La División Servicios de Salud del MSP, tendrá un plazo de 30 días para citar a audiencia de mediación y conciliación, luego de estudiado el caso.

Se cita al usuario y a la Dirección Técnica de la institución con el fin de proponer medios de solución. Esta audiencia será precedida por técnicos de la División, labrándose un acta resumida que contenga el petitorio, la respuesta del Servicio de Salud y/o Profesional y el resultado final.

Si no hubiera conciliación en la audiencia la División deberá dictaminar en un plazo de 30 días, notificando personalmente al Usuario y al Servicio de Salud.

Según las características del caso se podrán remitir los antecedentes a la Comisión de Salud Pública como lo dispone la Ley Orgánica 9202.

Quedarán registros de las decisiones o dictámenes como antecedente de los Servicios de Salud y profesionales actuantes. Soluciones a las que llegan las partes, decisiones de la División, de la Comisión de Salud.

Existe un capítulo de procedimientos especiales: Resoluciones inmediatas cuando hay riesgo de que ocurran daños al paciente, el Servicio de Salud deberá resolver en plazo máximo de 24 horas. En casos de tipo administrativo deben ser resueltos por el Servicio de Salud en plazo máximo 5 días.

Bibliografía:

Bespali, Y.; "Derecho de los pacientes" Medicina Legal, Tomo I, Capítulo VIII, 2ª edición, Dpto. de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Oficina del Libro AEM, Montevideo 1995, p 193-205.

Conciliación y Mediación, "Seminario Taller de Métodos alternativos para la resolución de conflictos" 1º Ed. SMU, Montevideo 2001.

Decreto del Poder Ejecutivo N° 395 del 16 de octubre de 2002 "Procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los Servicios de Salud".

Decreto del Poder Ejecutivo N° 500 del 27 de septiembre de 1991 "Procedimiento Administrativo".

Decreto del Poder Ejecutivo N° 274 del 16 de setiembre de 2010 "Reglamentario de la Ley N° 18.335"

Gentile Ramos, I.; "Relación Médico Paciente" Medicina Legal, Tomo I, Capítulo VII, 2ª edición, Dpto. de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Oficina del Libro AEM, Montevideo 1995, p181-192.

Ley N° 18335 Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Derechos y Obligaciones del 26 de agosto de 2008.

Ley N° 19286 Código de Ética Médica del 25 de setiembre de 2014

Protocolo para el diagnóstico y plan tratamiento de las dismorfosis dento faciales utilizando planificación quirúrgica virtual

Protocol for the diagnosis and treatment planning of the dento facial

Dr. Claudio Fernández*

Médico - Odontólogo
Cirujano Buco Maxilofacial

Dr. Ramiro Betancor

Odontólogo
Cirujano Buco Maxilofacial

Dr. Aldo Dragonetti

Médico - Odontólogo
Cirujano Buco Maxilofacial

Resumen:

La planificación en cirugía ortognática es clave para el logro de buenos resultados funcionales y estéticos. Esta requiere de un proceso sistematizado de evaluación de parámetros clínicos e imagenológicos que nos lleven a determinar las necesidades específicas de nuestro paciente^{1,2}.

Tradicionalmente los movimientos quirúrgicos deseados para las bases óseas eran previamente simulados mediante la cirugía de modelos en articulador.

Este método presenta algunas limitaciones como, la incapacidad de revelar las posiciones reales asumidas por las bases óseas en los movimientos planificados. Con la evolución científico-tecnológica observada en los últimos años, un nuevo método fue creado con la perspectiva de cambiar el paradigma de planificación en cirugías ortognáticas: la planificación quirúrgica virtual.

En el siguiente artículo intentaremos exponer el protocolo de planificación clínico-virtual adoptado por nuestro equipo de trabajo para el tratamiento de las dismorfosis dento faciales ejemplificándolo con un caso clínico.

Palabras claves:

Cirugía ortognática, cirugía virtual, planificación.

Abstract:

The planning in orthognatic surgery is a key for the achievement of good functional and aesthetics results. This requires a systematic process of evaluation of clinical and imaging parameters which lead us to determinate de specific needs of our patient^{1,2}.

Traditionally de surgical movements wished for the bones bases were previously simulated by means of the surgery of the casts in the articulator.

This method presents some limitations such us, the incapacity of revealing the real positions assumed by the bony basis in the planned movements.

With the evolution scientific technological observed in the last years, a new method was created with the perspective of changing the paradigm of the planning in orthognatic surgeries: the virtual surgery planning.

In the following article we will try to expose the planning clinical virtual protocol taken on by our working team for the dento facials dismorfosis illustrating it by a clinical case.

Key words:

Orthognatic surgery, virtual surgery, planning.

Caso clínico

Paciente R.V., masculino, 22 años, estudiante, sin antecedentes médicos a destacar. Consulta con expectativas de corregir su oclusión y mejorar su estética. Notaba el mentón y el labio inferior muy adelantado. Tratamiento de ortodoncia a cargo de la Dra. Natalia Acevedo.



Fig 1: Fotografías frente y perfil

En el análisis clínico facial en el plano frontal con labios en reposo se observa un aumento del tercio inferior de la cara (85mm tercio inferior vs 71 mm tercio medio) con la línea mentoniana descendida a la izquierda. Distancia interlabial de 5 mm, bermellón evertido y descenso a izquierda de planos oclusales superiores e inferiores. Línea media dentaria superior 1 mm a derecha. Punta nasal 2 mm a izquierda. Coincidencia de puente nasal, línea media dentaria inferior y mentón blando con línea media facial (Fig. 1).

La exposición dentaria está levemente aumentada en reposo exponiendo 6 mm de los incisivos superiores. Sonrisa gingival de 2 mm en incisivos y de 4 mm en sectores laterales con presencia de triángulos negros (Fig. 2).

En el análisis lateral se evidencia un perfil cóncavo que a pesar de tener un marcado promentonismo presenta una distancia cervico facial correcta. Con respecto a la vertical de subnasal, el mentón se encuentra 11 mm por delante de esta, el labio inferior evertido y adelantado 13 mm, el labio superior con evidente falta de tensión a 3 mm por delante de la misma. Un ángulo nasolabial abierto, el surco nasogeniano borrado y la falta de curvatura de la mejilla son otros elementos a destacar en dicho análisis.



Fig 2: Exposición dentaria en plano frontal. Labios en reposo y sonrisa

En la etapa inicial en forma conjunta (ortodoncista y cirujano) determinamos el objetivo terapéutico. Para esto tenemos en cuenta el examen facial clínico, exámenes paraclínicos y requerimientos del paciente. Se realiza un VTO ortodóntico y quirúrgico en 2D (Nemoceph) y definimos el tratamiento ortodóntico para permitir los movimientos esqueléticos requeridos para lograr los objetivos planificados (Fig. 3).

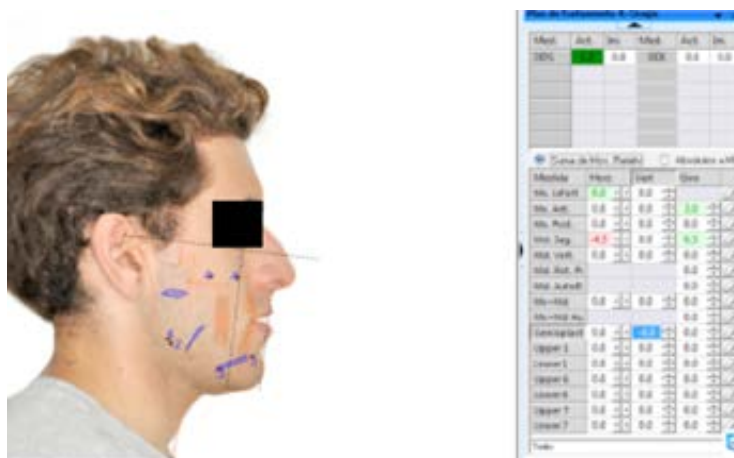


Fig 3. Planificación en etapa inicial del tratamiento.

En este caso se decide como objetivo de tratamiento una cirugía bimaxilar de Osteotomía de Le Fort I de 6 mm de avance, 2mm de ascenso y centrado de línea media. Osteotomía sagital de rama mandibular bilateral de retroceso de 4 mm y genioplastia de reducción de 4 mm, 4mm de avance y centrado en plano frontal.

Consideramos que la planificación en conjunto (ortodoncista y cirujano) es muy importante realizarla previo al inicio del tratamiento ortodóntico, para determinar cuáles son las necesidades faciales y oclusales de nuestro paciente. De esta forma

intentaremos evitar o disminuir las posibilidades de que previo al tratamiento quirúrgico, el paciente presente una disrelación entre las desarmonías faciales y las oclusales. Por ejemplo un promentonismo muy marcado con overjet negativo muy escaso o viceversa.



Oclusión del paciente en el preoperatorio inmediato.

De acuerdo a ésta planificación ortodoncico-quirúrgica al inicio del tratamiento, se realiza la ortodoncia pre quirúrgica. Es imprescindible evaluar la oclusión del paciente con modelos a lo largo de todo el proceso de tratamiento para evaluar que los objetivos oclusales se vayan cumpliendo.

Una vez que estos se han cumplido damos por finalizada la etapa de ortodoncia pre quirúrgica y comenzamos a planificar la cirugía.

Realizaremos pues; un nuevo examen facial clínico, modelos, fotografías, telerradiografía y una tomografía computada. Para definir nuestro plan quirúrgico definitivo nos basaremos fundamentalmente en parámetros clínicos y en los requerimientos del paciente. Utilizamos como apoyo, los datos de los exámenes paraclínicos (fotografía, cefalometría, VTO 2D con el programa Nemoceph y tomografía).

Es importante que cirujano y ortodoncista participen en la decisión del plan definitivo.

Una vez que tenemos definido el plan quirúrgico, estamos en condiciones de realizar la cirugía virtual sobre la tomografía en 3D. Esto nos va a permitir trasladar lo planificado a la mesa de operaciones mediante las confección de las guías quirúrgicas que son el corolario de todo este proceso.

En este caso la tomografía se realizó en un tomógrafo de haz de cono, de glabella a hioides. La tomografía debe realizarse con cortes finos de 0,6 a 1mm. El archivo debe ser gravado en formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) como usualmente se hacen en los centros de imágenes. No son necesarias reconstrucciones tridimensionales.

Trabajamos en forma conjunta con el Ing. Carlos Wilker de Better Surgery (San Pablo - Brasil) utilizando el software Blender. La primera etapa es la preparación de las imágenes; limpiamos todos los artefactos y depuramos las zonas que interfieran en nuestra cirugía virtual. El aparato ortodóntico produce muchos artefactos en las caras oclusales de la tomografía, para corregir esto, escaneamos los modelos de yeso del paciente y los superponemos con la tomografía sustituyendo la porción oclusal que carece de fidelidad.

Antes de comenzar la cirugía virtual posicionamos la tomografía en posición neutra de cabeza siguiendo el método fotográfico⁴. Este se realiza utilizando ángulos que medimos en las fotos en relación a la vertical y horizontal verdadera, trasladándolos luego a la tomografía.

Luego diseñamos las osteotomías de acuerdo a la técnica quirúrgica que planificamos, realizando los movimientos esqueléticos que seguirán la misma secuencia que en la cirugía. En este caso comenzamos por el maxilar.

Los movimientos del maxilar tienen que seguir una sistemática determinada para no cometer errores espaciales. El orden que utilizamos es el siguiente:

1. Corrección de línea media
2. Corrección del eje Z
3. Rotación axial
4. Movimiento vertical del maxilar y exposición de los incisivos
5. Corrección del plano oclusal
6. Movimiento antero posterior⁵

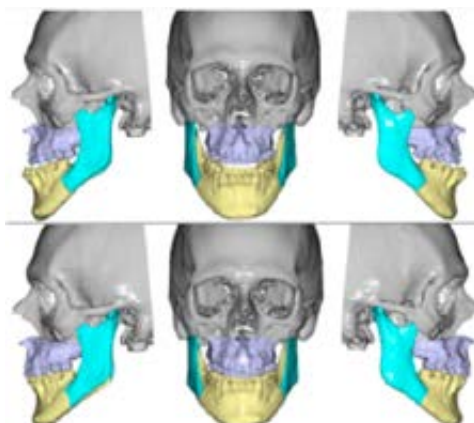


Fig 5. Posición inicial de los maxilares con osteotomías marcadas (arriba) y posición final de los maxilares (abajo)

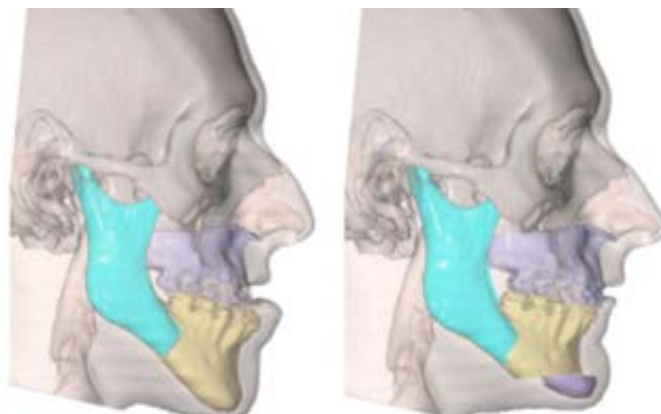


Fig 6. Posición inicial (izquierda) y final (derecha) de osteotomías y tejidos blandos.

Una vez culminados los movimientos en el maxilar, debemos verificamos las medidas de referencia, estableciendo su ubicación definitiva. El único movimiento que podemos realizar (si es necesario) después de posicionada la mandíbula es una pequeña rotación sobre el eje vertical con fulcrum en línea media de los incisivos, para disminuir interferencias óseas. Cuando el maxilar está en la posición deseada, movemos la mandíbula llevándola a la oclusión planificada. Verificamos nuevamente parámetros de referencia y al igual que en la cirugía chequeamos las interferencias óseas en la osteotomía sagital de rama. En este momento es que evaluamos si es necesario rotar el complejo maxilo-mandibular para disminuir éstas interferencias. Vamos a registrarlas y medirlas, para que en la cirugía podamos realizar desgastes y/o osteotomías que mejoren el contacto óseo sin distraer los cóndilos.

Por último realizamos la mentoplastia. En este caso planificamos un avance y una reducción de 4mm. Verificamos la nueva ubicación del pogonion y del mentalis. Para finalizar se realiza la predicción de los cambios en los tejidos blandos.

El último paso de la planificación virtual, cuando corroboramos que la posición tridimensional bimaxilar es la que buscamos y estamos satisfechos con el resultado estético facial, es la confección de las férulas quirúrgicas⁶.

Al igual que en la cirugía de modelos, realizamos una férula intermedia y una final. El Software nos permite realizar el diseño adecuado para cada tipo de cirugía, según sea segmentada o en un solo bloque. Estas férulas se van a imprimir en impresoras 3D.

La planificación 3D de la cirugía nos da valiosa información del movimiento tridimensional de los maxilares en todos los planos del espacio, pudiendo prever los espacios e interferencias que se generarán en el intraoperatorio (Fig 7). Es en éste último aspecto y en los movimientos por asimetrías frontales donde más se aprovecha este recurso con respecto a la planificación 2D⁷. En éste caso en particular, el movimiento que se planifica del mentón no es simétrico en el plano frontal debido a la asimetría constatada en el paciente (Fig 8).

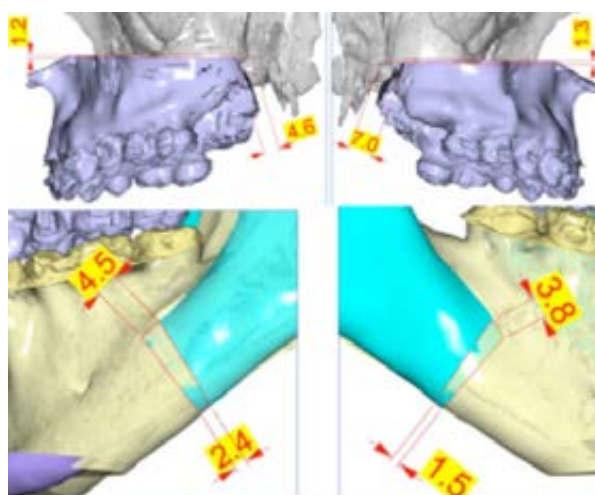


Fig 7. La planificación 3D de la cirugía permite preveer zonas de interferencias óseas en el intraoperatorio así como visualizar los movimientos tridimensionales que realizan los maxilares para llegar de la posición inicial a la final programada.

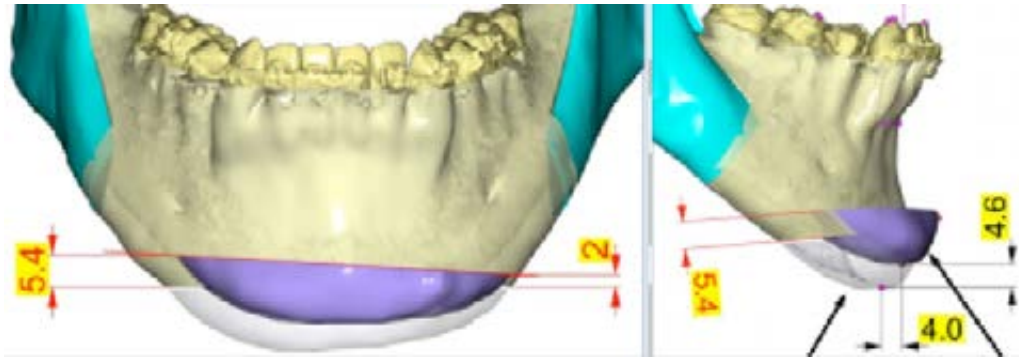


Fig 8. Programación en el plano frontal del movimiento del mentón.



Fig 9. Control post operatorio de 1 año.



Fig 10. Oclusión en control post operatorio de 1 año.



Fig 11. Pre y post operatorio 1 año.



Fig 12. Pre y post operatorio 1 año.



Fig 13. Pre y post operatorio 1 año.

Conclusión

En cirugía ortognática la planificación es clave para el éxito del tratamiento. Es ideal que el plan de tratamiento ortodóncico-quirúrgico esté realizado en conjunto entre cirujano y ortodoncista previo a la instalación de la ortodoncia, y mantener una comunicación fluida entre ambas especialidades durante todo el tratamiento.

El protocolo tradicional para la planificación del tratamiento de las dismorfosis dentofaciales basado en el montaje en articulador con arco facial y la cirugía de modelos se ha empleado durante muchos años de forma eficaz pero presenta limitaciones evidentes. En los casos con problemas sagitales o verticales puros o en cirugías monomaxilares, éste método mantiene su vigencia. Sin embargo, en las anomalías condíleas, las asimetrías faciales, dismorfología del mentón o anomalías en el borde inferior y rama mandibular es evidente que el protocolo tradicional es insuficiente para planificar el tratamiento y es donde más aprovechamos la información que nos da la planificación virtual⁸.

Bibliografía

- ¹ Bengtsson M, et al. Treatment outcome in orthognathic surgery. A prospective randomized blinded case-controlled comparison of planning accuracy in computer-assisted two- and three-dimensional planning techniques. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 45 (2017) 1419e1424
- ² Pipalia H et al. Virtual Surgery Planning in Orthomorphic Correction of Mandibular Dymorphology. *J Craniofac Surg.* 2016 Nov;27(8):2156-2158
- ³ Hatamleh M. Improved Virtual Planning for Bimaxillary Orthognathic Surgery. *J Craniofac Surg.* 2016 Sep;27(6):e568-73
- ⁴ Elias FM. Planejamento virtual em cirurgia ortognatica: uma mudanca de paradigma. In: *Associacao Brasileira de Odontologia; Pint T, Vasconcellos RJH, Prado R. Art-med Panamericana; 2014. p. 123-59*
- ⁵ Xia J. et al. New clinical protocol to evaluate craniomaxillofacial deformity and plan surgical correction. *J. Oral maxillofac. Surg* 67:2093_2106, 2009
- ⁶ E. Shaheen et al. Three-dimensional printed finalocclusal splint for orthognathic surgery: design and validation. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2017; 46: 67–71
- ⁷ Bengtsson M, et al., Treatment outcome in orthognathic surgery e A prospective comparison of accuracy in computer assisted two and three-dimensional prediction techniques, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2017.01.035>
- ⁸ Rubio-Palau y col. Planificacion 3D en cirugía ortognatica. *Rev Esp Ortod.* 2012;42:17-21.

*: Dr. Claudio Fernández: Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital de Maldonado
E-mail: fernandezluzardo4@gmail.com
Recibido: Agosto 2017 / Aprobado: Octubre 2017

Documentación a través de la Imagenología

The Use of Medical Imaging for Documentation

Dr. Santiago Jaureguy

Dpto. de Imagenología / Imaging Department

Resumen:

El siguiente artículo pretende ser apenas una breve guía de aplicación de los medios de documentación disponibles actualmente; las técnicas radiológicas convencionales, la tomografía de haz cónico, la fotografía clínica, y los nuevos scanners 3D. Asimismo se discuten algunos requerimientos previos necesarios a tener en cuenta y medios alternativos de presentación de la documentación, como es la posibilidad de recibirla en formato digital. Por último se plantean algunos recaudos legales necesarios al momento de solicitar copias de las mismas.

Palabras claves:

Imagenología, Fotografía dental, Radiología, CBCT, Tomografía, Documentación odontológica, Modelos 3D.

Abstract:

The following article aims to serve as a brief guide to the application of the currently available documentation methods, such as conventional radiological techniques, cone beam tomography, clinical photography, and the new 3D scanners. Additionally, it discusses several of the previous requirements to take into consideration and alternative means of presenting the records, such as the possibility of receiving it digitally. Finally, it considers some of the legal precautions necessary at the time of requesting copies.

Key words:

Dental Imaging, Dental Photography, Radiology, CBCT, Tomography, Dental records, 3D models.

Introducción

“Imagenología” es un término que no forma parte del diccionario de la Real Academia Española, el concepto se utiliza para nombrar al conjunto de las técnicas y de procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano con fines clínicos o científicos. Proviene de la palabra latina “imago” que puede traducirse como “retrato” y la palabra griega “logia” que es el equivalente a “estudio de”. Una definición nos dice que “La Imagenología es la Especialidad de la medicina que se ocupa de la producción y análisis de las imágenes obtenidas a través de diversas tecnologías, comprendiendo entonces el diagnóstico por imágenes y los procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos guiados por la imagen”¹.

La documentación de los pacientes a través de la imagenología forma parte del método clínico de trabajo semiológico y es uno de los cinco componentes principales de la historia clínica².

En la práctica jurídica, la historia clínica es el documento esencial para investigar los hechos, en especial en casos de responsabilidad profesional o negligencia, llegando a tener un fuerte valor probatorio y determina en muchas ocasiones las decisiones judiciales³.

A más de un siglo del descubrimiento de los rayos X, la importancia de la imagenología como herramienta fundamental en el diagnóstico no puede ser discutida. Dentro de la radiología, y más recientemente, contamos con tomógrafos específicos para nuestras necesidades, que nos brindan mejores imágenes con menores dosis de radiación y costo para el paciente. Hace algunas décadas ya, a ésta piedra angular se le ha sumado la fotografía, que, como bien dicen Hutchinson (1999)⁴ y Sandler (2001)⁵ “Es parte esencial de la documentación clínica”.

Por último, un cambio reciente en la tecnología permitió comenzar a trabajar con escaners 3D que permiten en muchos casos eliminar la técnica clásica de impresión con alginato o silicona y el posterior vaciado. Ahora podemos recibir el modelo digital de nuestro paciente y estudiarlo en nuestro computador, o compartirlo con otros colegas sin que nos ocupe espacio físico en nuestra consulta.

Medios Radiológicos 2D

Las imágenes en 2D (periapicales, oclusales, ortopantomografía, telerradiografía, etcétera) son imágenes conocidas, ya que no resultan extrañas para los colegas al formar parte del arsenal imagenológico con el que contamos desde hace mucho tiempo. Además, como es el caso de las periapicales es común que los odontólogos cuenten con algún equipamiento en su consulta que los asista en el día a día. La telerradiografía y la ortopantomografía son imágenes solicitadas de rutina y -un poco menos en el caso de la ortopantomografía- son interpretadas sin mayor dificultad. Por último cabe destacar que el costo (monetario y de dosis de radiación) de las mismas las hacen la primer elección al momento de pensar en solicitar un exámen paraclínico.

Sin embargo, -como toda técnica- también cuentan con sus desventajas, entre las cuales se cuentan la ampliación (magnificación) y distorsión de la imagen; así como la superposición de planos y los desplazamientos de estructuras por proyección y por rotación.

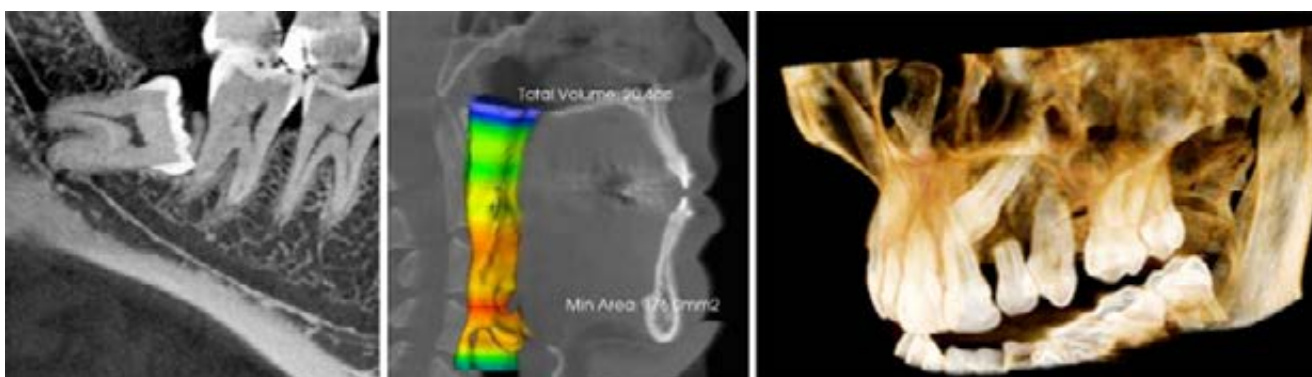


Tomografías

La tomografía helicoidal hace décadas que es utilizada a nivel médico, la misma cuenta con una gran calidad de imagen, capacidad de observar tejidos duros y blandos aunque tiene como desventajas la menor accesibilidad a los equipamientos (ya que generalmente están en el área hospitalaria) y una mayor dosis de radiación que fácilmente multiplica x10 o más el sistema que utilizamos en odontología.

Más recientemente (aproximadamente 20 años) surgieron los tomógrafos de haz cónico (CBCT) que, a diferencia de las anteriores, nos permiten evaluar únicamente tejidos duros, pero son mucho más accesibles y tienen como virtudes que nos permiten ajustar diferentes áreas de interés variable (FOV-Campo de visión), a la vez que cuentan con una alta calidad de imagen, como decíamos anteriormente la dosis de radiación es baja (aunque mayor que los exámenes 2D por lo que no debe ser solicitado de rutina sin estar justificado). Al adquirir el volumen del paciente, se elimina el problema de la superposición de planos y las imágenes que se generan son 1:1 por lo que se soluciona el problema de la magnificación.

En ortodoncia son de gran ayuda para poder evaluar piezas retenidas, proximidad de piezas, vía aérea, situación de corticales y planificar la ubicación de microimplantes (entre otras). A su vez debo destacar que en este caso se entrega un software para la visualización de la tomografía (viewers) que nos permiten obtener nuevas imágenes, facilitar el entendimiento del paciente y compartir la información digitalmente con otros colegas o sistemas (CAD-CAM e impresión 3D). Los puntos débi



Medios Radiológicos 2D

Las imágenes en 2D (periapicales, oclusales, ortopantomografía, telerradiografía, etcétera) son imágenes conocidas, ya que no resultan extrañas para los colegas al formar parte del arsenal imagenológico con el que contamos desde hace mucho tiempo. Además, como es el caso de las periapicales es común que los odontólogos cuenten con algún equipamiento en su consulta que los asista en el día a día. La telerradiografía y la ortopantomografía son imágenes solicitadas de rutina y -un poco menos en el caso de la ortopantomografía- son interpretadas sin mayor dificultad. Por último cabe destacar que el costo (monetario y de dosis de radiación) de las mismas las hacen la primer elección al momento de pensar en solicitar un exámen paraclínico.

Sin embargo, -como toda técnica- también cuentan con sus desventajas, entre las cuales se cuentan la ampliación (magnificación) y distorsión de la imagen; así como la superposición de planos y los desplazamientos de estructuras por proyección y por rotación.

Tomografías

La tomografía helicoidal hace décadas que es utilizada a nivel médico, la misma cuenta con una gran calidad de imagen, capacidad de observar tejidos duros y blandos aunque tiene como desventajas la menor accesibilidad a los equipamientos (ya que generalmente están en el área hospitalaria) y una mayor dosis de radiación que fácilmente multiplica x10 o más el sistema que utilizamos en odontología.



Más recientemente (aproximadamente 20 años) surgieron los tomógrafos de haz cónico (CBCT) que, a diferencia de las anteriores, nos permiten evaluar únicamente tejidos duros, pero son mucho más accesibles y tienen como virtudes que nos permiten ajustar diferentes áreas de interés variable (FOV-Campo de visión), a la vez que cuentan con una alta calidad de imagen, como decíamos anteriormente la dosis de radiación es baja (aunque mayor que los exámenes 2D por lo que no debe ser solicitado de rutina sin estar justificado). Al adquirir el volumen del paciente, se elimina el problema de la superposición de planos y las imágenes que se generan son 1:1 por lo que se soluciona el problema de la magnificación.

En ortodoncia son de gran ayuda para poder evaluar piezas retenidas, proximidad de piezas, vía aérea, situación de corticales y planificar la ubicación de microimplantes (entre otras). A su vez debo destacar que en este caso se entrega un software para la visualización de la tomografía (viewers) que nos permiten obtener nuevas imágenes, facilitar el entendimiento del paciente y compartir la información digitalmente con otros colegas o sistemas (CAD-CAM e impresión 3D). Los puntos débiles de ésta técnica son la posible presencia de artefactos (creados por restauraciones metálicas o implantes) y la necesidad de que el paciente permanezca quieto durante 10 segundos. El formato universal de tomografías es el DICOM, y es el que nos permite integración con otros sistemas.



Fotografía Clínica

La fotografía clínica tiene una utilidad fundamental en la documentación ya sea para realizar un seguimiento de las terapias y sus resultados en el tiempo, o para confección de material visual para conferencias y presentaciones o como respaldo legal como documento que pueda servir de prueba en los -cada vez más comunes- juicios por mala praxis. Asimismo facilita la comunicación con el laboratorio dental y la interconsulta con otros especialistas y exponer nuestro plan de tratamiento al paciente.

Usualmente consta de una serie de 4 fotografías extraorales (dos perfiles, frente y sonrisa) a la que se le puede sumar una fotografía $\frac{3}{4}$ y las fotografías intrabucales que pueden ser 5 o 7 (dependiendo si se solicitan overjet y overbite) que son: frente, laterales, y ambas arcadas. Más allá de la facilidad de las cámaras pocket, bridge o las presentes en nuestros celulares debemos aclarar brevemente que el equipamiento necesario (debido principalmente a deformidades causadas por la distancia focal y necesidad de iluminación específica) consta de una cámara DSLR (o réflex) lente macro de 60 a 100mm y flash circular.

Debemos contar además, con espejos intrabucales y separadores de mejillas y labios.

Modelos 3D

Como mencioné anteriormente el cambio más reciente en la imagenología (en lo que refiere a la odontología) entiendo que lo representan los escaners 3D, ya sean intraorales o de mesa están presentes hace unos 3 años. Los mismos producen un duplicado fiable que puede sustituir al que realizamos en yeso con las ventajas de que reduce tiempo de consulta, lo que redundaría en visitas más eficientes. Nuevamente, al generar un registro digital, podemos compartir nuestros casos con facilidad con otros colegas o con los laboratorios, ahorra espacio de almacenaje. Al respecto cabe decir que el ya añejo CD permite almacenar más de 70 modelos en sus modestos 30grs de peso, lo cual no tiene comparación con el espacio necesario para guardar esos mismos modelos físicos. Las mayores dificultades surgen de la costumbre que tenemos de estudiar el modelo físico, pero debemos saber que estos modelos digitales también cuentan con viewers que nos dan la posibilidad de realizar medidas y simular de tratamientos (incluso algunos programas permiten el montaje virtual en articulador) y si tenemos necesidad siempre podemos imprimirlos. Los formatos más comunes son STL (sin colores, lenguaje universal) y PLY (color, abierto, menos extendido).

Documentación Online

Aunque específicamente no se refiere a la imagenología creo importante destacar esta nueva manera de manejo de la documentación. Como hemos visto anteriormente y debido principalmente de la digitalización directa de todos los recursos imagenológicos surge que es innecesaria la materialización de la documentación permitiéndonos manejarla en nuestros dispositivos personales (celulares, tablets, laptops, pc's). Esto redundaría en comodidad, rapidez, seguridad y practicidad para nosotros, en tanto que el paciente recibe los beneficios de una documentación más económica y no debemos olvidarnos del menor impacto ecológico al evitar impresiones innecesarias.

Existen plataformas específicas para el manejo de las documentaciones que nos envían un mail avisando cuando nuestro paciente está disponible y a la cual podemos acceder por medio de apps adaptadas para los diferentes sistemas.

Confidencialidad

Por último quisiera hacer notar que a diferencia de lo que sucedía antes cuando las documentaciones eran completamente convencionales y no existía posibilidad de generar un duplicado de las mismas, actualmente esto resulta fácil y común. Solicitar al servicio radiológico una copia de la documentación trae consigo algunos recaudos legales a considerar. Como siempre la tecnología va por delante de la legislación y aún no están claros algunos detalles al respecto; Según he podido asesorarme al momento de la solicitud de la documentación queda implícita la autorización del paciente para que nos llegue su información. Esto no es así luego de pasado un tiempo, requiriendo ésta vez una autorización explícita del paciente para poder solicitar una copia. El paciente puede autorizar al Doctor/Doctora a solicitar sus estudios de fecha xx/xx/xx, al Dr. XXXX, mediante carta o mail adjuntando fotocopia de cédula.

Conclusiones

Habiendo visto la indiscutible importancia de la documentación en odontología, debemos considerar que la imagenología (al estar tan atada al desarrollo tecnológico) es una de las ramas de la odontología más vibrantes y en constante cambio, requiriendo una constante actualización de conocimientos para no quedar rezagados y poder aprovechar todo su potencial a favor de nuestros pacientes, principalmente en las tecnologías más nuevas como son las tomografías y las tecnologías 3D.

La fotografía debería ocupar del mismo modo, un importante capítulo en el diagnóstico por imágenes y deberíamos darle el espacio necesario en la formación de los especialistas, ya que, para que estas fotografías constituyan un medio fiable de estudio hay algunas características y protocolos que debemos aprender y seguir. Principalmente si tenemos en cuenta que

éste será el medio con el cual podremos dar cuenta de la situación inicial, de los avances generados durante el tratamiento y finalmente testimoniará el resultado de nuestras terapias.

Referencias

¹ <http://www.universia.edu.uy/estudios/udelar/especialista-imagenologia/st/189261>

² https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_laodontologia

³ CARRASCO G. JUAN J. 1998 Responsabilidad profesional Imprudencia Ed. Colex

⁴ HUTCHINSON I. WILLIAMS P. 1999. Digital cameras Orthodontics products update. Brit. Journal Orth. 26: 326-332

⁵ SANDLER J. MURRAY A. 2001. Digital Photography in Orthodontics. Journal Orthodontics 28: 197-201.

E-mail: sjaureguy@odonto.com.uy

Recibido: Setiembre 2017 / Aprobado: Noviembre 2017

Procedimiento indirecto para la realización de pistas directas del Dr. Planas

Indirect process for the construction of the Direct Plates of Dr. Planas

Dra. Isabel Poggi

Profesora de la Clínica de Ortopedia Dentomaxilofacial IUCEDDU

Ex docente titular G2 Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Udelar

Ex docente titular G2 Fisiología general y bucofacial

Resumen:

Las pistas directas, para el tratamiento temprano de las mordidas cubiertas y mordidas cruzadas funcionales en dentición caduca y mixta primera etapa, son hoy día un recurso que todo ortopedista y odontopediatra debiera poder realizar con soltura y seguridad en los resultados.

Su manufactura directa en boca puede verse dificultada por la corta edad de los niños lo cual limita su colaboración, o por la falta de pericia del técnico en la atención ágil y amena que este tipo de paciente requiere.

Es por este motivo que hemos ideado un procedimiento indirecto para la realización de las pistas directas que viene a solucionar en gran parte las dificultades antedichas.

Palabras claves:

Tratamiento temprano disgnacias, pistas directas, procedimiento indirecto.

Abstract:

The direct plates, for the early treatment of the over-cast bites and the functional cross bites in primary and mixed dentition first stage, are today a resource which should be used by every orthopedist and odontopediatrician easily and with accurate results.

Making them in the clinic sometimes can be difficult because of the short age of the patient which limits his/her cooperation, or even because of lack of skill of the technician in assisting agilely and joyfully that this kind of patient requires.

It is for these reasons that we have put in practice an indirect process for the building of the direct plates which solves many of the difficulties named before.

Key words:

Early treatment, direct plates, indirect process.

Introducción

La funcionalización del plano oclusal caduco o en primera fase de recambio asegura el redireccionamiento del crecimiento maxilo facial al posibilitar que la masticación se realice en forma fisiológica.

Tanto las mordidas cubiertas como las mordidas cruzadas funcionales impiden la masticación unilateral alternada con los ciclos masticatorios libres necesarios para la conformación de los maxilares, de los arcos dentarios y de las articulaciones temporomandibulares en forma y reciproca y simultanea¹.

Para que se den una masticación-deglución fisiológicas cada etapa del desarrollo del aparato masticatorio presenta características morfofuncionales propias, las cuales debemos "imitar" con nuestra intervención con las pistas directas.

En los casos requeridos debemos dotar al aparato masticatorio del niño de un plano oclusal aproximadamente paralelo al plano de Camper, líneas medias óseas maxilo mandibulares coincidentes, ángulos funcionales masticatorios simétricos y una guía anterior funcional. Estas características difieren ligeramente de acuerdo al periodo de desarrollo de la dentición del niño entre los 3 y 7 años, periodo este en el cual las pistas directas prestan su mayor beneficio².

Siguiendo los conceptos de MJDeshayes³, en estas etapas es fundamental que el maxilar superior brinde una plataforma equilibrada y estable para que la mandíbula trabajando sobre el, pueda desarrollarse armoniosamente según el óptimo individual del crecimiento esperado para el paciente.

Por este motivo el primer paso ineludible es la paralelización y equidistancia del plano oclusal maxilar con respecto al plano craneal de Camper a través de las pistas directas.

Nosotros decimos que este es el paso crítico en el tratamiento con pistas directas y que hasta que este logrado no debe pasarse a la realización de las pistas inferiores. Este concepto es lo que justifica la utilización de un método indirecto que nos permita en forma más rápida y precisa el registro de dicho paralelismo.

Procedimiento

Materiales

- 1) Plano de Fox
- 2) Cera rosada , espátula, instrumentos para encerado y mechero
- 3) Marcador de fibra
- 4) placas para estampar 0.6 convencionales o placas para provisorios o blanqueamiento. Estampadora
- 5) Resina de fotocurado, primer 2 en 1, lámpara de fotocurado
- 6) Papel de articular , piedra rueda de diamante montada en turbina

Método

Se determina por diagnóstico surgido del examen clínico funcional del paciente las condiciones de alteración del plano oclusal con respecto a los parámetros de normalidad para la edad.

De acuerdo a esto se determina en principio la altura aproximada que se le dará a las pistas superiores a izquierda y derecha del paciente.

Para esto procedemos a trazar el plano de Camper cutáneo del paciente con lápiz de fibra. El mismo es una línea que va del tragus izquierdo y derecho hasta el punto subnasal si lo miramos en el plano sagital. Fig. 1



Fig. 1

Luego preparamos dos rodetes de cera de espesor simple, doble o triple (dependiendo de cual sea el lado que este más cerca del plano de Camper) y lo pegamos a la porción intraoral del plano de Fox en forma de rodete o la extensión de los molares temporarios superiores. Fig 2



Fig. 2

Con los rodetes aún reblandecidos los colocamos en boca sobre la superficie oclusal de los molares superiores y hacemos una ligera presión diferencial buscando que la rama externa del plano de Fox quede en paralelo y a igual distancia vertical de la línea cutánea a izquierda y derecha del paciente. Fig.3



Fig. 3

Se enceran cada uno de los molares temporarios en forma separada y expulsiva para facilitar luego el retiro de la placa estampada de transferencia. Fig. 4



Fig. 4

Se duplica el modelo y se vacía en yeso piedra para sobre el estampar la placa de transferencia, a la cual recortaremos y puliremos para que no lastime. Fig. 5

Se utilizan las placas de acetato convencionales. Como variante, y para facilitar el desprendimiento de la resina una vez pegadas las pistas, se pueden utilizar las placas para provisorios (Dr. Wilson de Lima) o las de blanqueamiento (Dra. Ma. Eugenia Viera) por su mayor elasticidad.



Fig. 5



Fig. 6

Ahora estamos en condiciones de transferir la información de la placa estampada a boca para la realización de las pistas de resina individualizadas paralelas a Camper. Fig 7



Fig. 7

Se realiza el acondicionamiento del esmalte dentario en lo posible con ONE STEP conditioner y con aislación relativa. El método de grabado ácido y primer tradicional también puede realizarse pero en niños tan pequeños es muy engorroso por requerir el lavado del gel ácido lo que extiende el tiempo de maniobra y ocasiona un gusto desagradable que puede hacer fracasar este paso. Fig. 8



Fig. 8



Fig. 9

Se coloca en posición en el maxilar superior del paciente la placa de transferencia previamente cargada con la resina necesaria, se presiona y se fotocura por hemiarcada.

Por último se corrobora sobre las pistas con el plano de Fox que se haya transferido fielmente el paralelismo del plano oclusal con respecto al plano de Camper del paciente, si hubiera algún detalle se corrige en esta etapa de pulido con piedra rueda de diamante y goma. Fig. 9

Una vez finalizada esta etapa crítica en el procedimiento de las pistas directas, podemos elegir realizar las pistas inferiores ya sea por el método directo o por el método indirecto. Fig.10



Fig. 10

Conclusiones

Si bien este método indirecto conlleva algunas etapas extra de laboratorio, por otro lado brinda muchos beneficios para la realización correcta de las pistas directas:

- Reduce el tiempo clínico de confección de las mismas, el cual con el método directo es bastante prolongado y requiere la colaboración por parte del niño y mucha habilidad del profesional.
- Permite establecer el paralelismo del plano oclusal al plano de Camper individual del paciente mediante una maniobra rápida y con escasa molestia para el niño.
- Se puede realizar la transferencia de las 4 pistas del maxilar superior en un solo paso y con aislación relativa ya que la propia placa protege de la humedad durante el fotocurado.
- La obtención de una placa de transferencia brinda la posibilidad de repetir la colocación de aquellas pistas que se caigan o rompan con la exactitud de la información inicial.
- Es un método económico y al alcance de cualquier consultorio equipado convencionalmente.

Bibliografía

Planas, Pedro – Rehabilitación Neuro Oclusal. 1987

Haller, Wilma, Poggi, Isabel – La ortopedia al encuentro de las necesidades de salud bucal en la primera infancia. Reiuuceddu Vol 1 y 2, año 2015

Deshayes, Marie Josephe – El arte de curar antes de los 6 años. 2006

E-mail: ipoggiv@gmail.com

Recibido: Agosto 2017 / Aprobado: Setiembre 2017

Entrevista al equipo docente - asistencial de la guardería HFIM*

Maestra Directora: Liliana Enciso

Secretaria: Fernanda Michelena

Odontóloga: Ana Correa

Estimadas, podemos decir que después de tantos años de asistir a la guardería con los estudiantes de la especialidad IU-CEDDU** en el marco del programa extramuros ya hay mucho para conversar y transmitir. De ahí que surge la idea de esta entrevista.

1- Cómo y desde cuándo la guardería incorpora el servicio preventivo de salud bucal?

Desde el año 1986.

2- Con qué objetivos se desarrolló el mismo?

El objetivo es promoción de la salud bucal de los hijos/as de los funcionarios/as que concurren al CEI IM

3- Qué necesidades contempla la planificación de la alimentación de los niños en la guardería?

Dado lo extenso del horario al concurren los niños /as del centro, se les brinda almuerzo y merienda, cubriéndole las necesidades alimenticias y facilitándole la labor a los padres.

4- Está dentro de los propósitos de la guardería la detección temprana de trastornos del desarrollo neuropsicomotriz, fonoaudiológico y de las alteraciones de los órganos sensoriales?

Sí, se realiza una evaluación mediante diferentes tests de diagnóstico.

5- En la planificación de las actividades del niño, existe un espacio para la educación para la salud?

Sí, por parte del equipo docente y del área odontológica.

6- Qué rutinas de promoción de la salud bucal reciben los niños?

Cepillado diario con pasta dental fluorada(1000 ppm), dieta adecuada (bajo contenido de azúcar y ácidos)

7-Cuál creen uds que ha sido la respuesta de los niños a las mismas?

Muy buena.

8- Cómo evalúan uds estos 10 años del trabajo extramuros de IUCEDDU en la guardería?

Muy buenos, con muy buenos resultados, y buena respuestas por parte de los padres y madres.

9- Opinan que sería bueno expandir este estudio epidemiológico de salud-riesgo y patología bucomaxilar para poder diseñar planes de prevención y tratamiento temprano de las las alteraciones morfofuncionales en la primera infancia?

Sí, todo lo que se haga para prevenir patologías y alteraciones,es beneficioso para la salud del niño/a.

Gracias por sus respuestas y decirles que la guardería HFIMM, representada en sus niños y en el personal docente y administrativo de la misma, ha sido una plataforma invaluable para la confección de la primera ficha epidemiológica de salud-riesgo y disgnacias en niños de 2-5 años.

Y que nos ha permitido a través del procesamiento de los datos obtenidos , establecer la prevalencia en salud,riesgo y disgnacia con resultados consistentes durante todo el periodo de observación.

Esto es una contribución de enorme valor para cualquier plan de salud bucal en primera infancia a nivel privado y/o público.

*Hijos de Funcionarios de la Intendencia de Montevideo

**Instituto Universitario Centro de Estudios y Diagnóstico de las Disgnacias del Uruguay

Los días 24 y 25/ 11/2017 se realizó con éxito de asistentes el curso sobre diagnóstico y tratamiento de la ATM impartido por la experta Dra. Lidia Yavich.

En el mismo la Dra. Yavich demostró los fundamentos de su encare, la necesidad de incorporar el diagnóstico imagenológico (Tomografía y Resonancia Magnética de las ATM) para afinar el diagnóstico sugerido por el examen clínico y las Rx de rutina (Panorámica y Laminografía).



Detalló su sistema de trabajo con una primera etapa de colocación del dispositivo intraoral (DIO) confeccionado en la posición neurofisiológica para el tratamiento específico de la ATM y con una segunda etapa del tratamiento que consiste en reconstruir el plano oclusal en dichas condiciones.

Este sistema abarca a las disciplinas ortopédicas, ortodóncicas y rehabilitadoras.

Basado en los mismos principios, el Dr. Daniel Yavich Mattos explicó la confección de los protectores bucales para alta performance deportiva (DIO SPORT).

En ambas intervenciones se realizaron demostraciones clínicas de las distintas maniobras de esta metodología de trabajo.



Colegas cursantes de la carrera de especialista IUCEDDU junto al Dr. Luis Yavich



La Dra. Lidia Yavich visita la clínica de Ortopedia de IUCEDDU

Graduaciones

CARRERA DE ESPECIALISTA EN PREVENCIÓN, ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTO FACIAL



La Dra. Jessica Lis recibiendo su Título de Especialista.
Junto a ella las Dras. Betina Álvarez, Wilma Haller y Mabel Robaina.



La Dra. Virginia Monzón Lagreca firmando su título de Especialista.



**INSTITUTO UNIVERSITARIO
CENTRO DE ESTUDIO
Y DIAGNÓSTICO
DE LAS DISGNACIAS
DEL URUGUAY**

18 al 23 de Junio 2018 | TEÓRICO/PRÁCTICO: 40 HS.

TRATAMIENTO DE MALOCLUSIONES DIFÍCILES CON TÉCNICA MEAW

**Dictantes: Prof. Dr. Ricardo Voss (Chile)
Prof. Adjunto: Dr. Cristian Basili (Chile)**

DESARROLLO DEL CURSO

Consideraciones de crecimiento maxilo facial desde la perspectiva de MEAW. Etiopatogenia y diagnóstico de maloclusiones desde el enfoque de Prof. Sadao Sato. Aspectos biomecánicos y de tratamiento con filosofía MEAW. Abundante casuística clínica.



Prof. Ricardo Voss

- Profesor titular de ortodoncia y ortopedia dentomaxilo facial, U. de Valparaiso, Chile año 1990
- Profesor Titular y Director de la maestría y Curso de Especialización en Ortodoncia y ODMF, U. de Viña del Mar, Chile años 2010 a 2013.
- Profesor titular de hipnosis clínica, facultad de medicina, universidad de Valparaiso año 1995
- Mini residencias de actualización en:
 - Washington University, Seattle año 2014
 - New York University, NY, año 2015
 - West Virginia University, año 2016



Prof. Adj. Dr. Cristian Basili

- Doctorado en Ortodoncia Universidad de Kanagawa Japón
- Profesor Adjunto Dpto. de Odontopediatría y Prevención, U. de Valparaíso, Chile
- Profesor colaborador de la Maestría y Curso de Especialización en Ortodoncia y ODMF, U. de Viña del Mar, Chile años 2010 a 2013.

Juan M. Blanes 1060 | Teléfonos: 24103274 - 091 919 963



**INSTITUTO UNIVERSITARIO
CENTRO DE ESTUDIO
Y DIAGNÓSTICO
DE LAS DISGNACIAS
DEL URUGUAY**

PROGRAMA MEAW

- 1.** Introducción a la filosofía y técnica MEAW JARABAK, base histórica de las multiansas. TALLER Y TEORÍA
- 2.** Componentes horizontales y verticales de los patrones esqueléticos en el marco del crecimiento facial; etiopatogenia de las maloclusiones.
- 3.** Discrepancia posterior. Problema de los terceros molares; germectomía.
- 4.** Métodos de diagnóstico MEAW: El diagnóstico cefalométrico según KIM, ODI, APDI, CF e índice de extracción. TALLER
Axiografía. TALLER
Articuladores - Bruxcheker
- 5.** Biomecánica MEAW
- 6.** Construcción de arcos MEAW: Multiloop EDGEWISE: ARCHWIRE. TALLER
- 7.** Tratamientos de clase I: Mordida abierta, casos especiales.
Activación de arcos, tipping in/out; torque. TALLER
- 8.** Tratamiento de clase II: Tratamiento una fase versus dos fases (EARLY TREATMENT).

8-1: Tratamiento temprano de acuerdo a la filosofía de la escuela del Dr. Sadao Sato de Kanagawa dental college.- Onlays de reposición mandibular.

8-2: Construcción de arcos DAW (double archwire) y arcos MEAW MODIFIED OFFSET ARCHWIRE. TALLER
- 9.** Tratamiento de clases III. Plantillas de activación. TALLER
- 10.** Tratamiento de la asimetría. Forma de activación. TALLER
- 11.** Propulsores mandibulares -Forsus: Biomecánica e instalación como refuerzo en mecánica MEAW.
- 12.** Instalación y activación de arcos en pacientes (si es posible).

Juan M. Blanes 1060 | Teléfonos: 24103274 - 091 919 963

Normas de publicación de la Revista Electrónica IUCEDDU

La revista electrónica IUCEDDU de frecuencia semestral, es el órgano oficial del Instituto Universitario Centro de Estudio y Diagnóstico de las Disgnacias del Uruguay.

El mismo está dedicado a la formación de especialistas en Prevención, Ortopedia y Ortodoncia Dentomaxilofacial, y en su revista acepta la colaboración de todos los profesionales de las Ciencias Médicas nacionales y extranjeras reservándose el derecho de publicación.

Formas de envío:

Los trabajos deberán ser enviados vía electrónica en formato Word a inst.univ.ceddu@gmail.com o ipoggi@gmail.com

Tipos de Trabajos:

- Artículos originales arbitrados
- Revisión bibliográfica - Monografías
- Informes técnicos
- Comunicaciones en congresos
- Comunicación corta
- Entrevista a expertos
- Cartas al editor
- Actualizaciones
- Comentario bibliográfico
- Casos clínicos

Normas legales:

Los trabajos sometidos a arbitraje deberán ser originales y el autor debe comprometerse a no haberlo enviado a otra revista. Los trabajos ya presentados o editados en otra revista deberán tener especificación y autorización del autor para ser re-publicados.

Los trabajos de investigación deben respetar los principios de la Declaración de Helsinki y en el apartado Materiales y Métodos especificar la supervisión del comité de ética de la institución correspondiente.

No se admitirá publicar el o los elementos usados. La revista no se responsabiliza de los conceptos vertidos por los autores.

Declaración de Conflicto de Intereses:
Carta de Responsabilidad de los autores.

Presentación del manuscrito

La obra debe ser redactada en español, digitalizada en fuente Arial 12, espacio doble con márgenes de 2,5 centímetros y página tamaño A4.

Las tablas se envían en archivo adjunto debidamente numeradas en números arábigos para correlacionar con el texto y con aclaración en la parte superior de la tabla.

Las fotos también van en archivo adjunto debidamente numeradas en números arábigos para correlacionar con el texto y con aclaración al pie de las mismas

Las fotos que contengan rostros de pacientes deben tener antifaz en los ojos.

Formato del trabajo:

Título, Autores, Filiación.
Resumen en español e inglés.
Palabras claves
Introducción
Desarrollo : Materiales y método
Resultados y Discusion
Conclusiones
Abreviaturas y simbolos
Referencias bibliográficas
Agradecimientos
Nombre - email de contacto

Deberá contener solamente las citadas en el texto y estar numeradas (números arábigos) en consonancia con la orden de aparición en el texto, en estilo Vancouver .

Adopta las normas de publicación del International Committee of Medical Journal Editors, disponible en la dirección electrónica: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Debe utilizarse solamente las referencias esenciales al desarrollo del artículo y no exceder 30 referencias; para trabajos de revisión ese número deberá ser a lo sumo 50.

Ejs:
Citas de revistas: Autor - título del artículo- revista – Año – Vol - Págs.
Citas de libro: Autores - título del libro – edición – lugar- capítulo-Pags.
Referencias electrónicas: Autores – título del artículo-fecha- disponible en URL: http

Evaluación

Los artículos originales deberán ser recibidos por el Comité Editorial y este los preseleccionara para su evaluación. El evaluador tendrá un plazo de 30 días para enviar su veredicto: aceptado, necesidad de revisión, o no aceptado. Se utiliza el sistema ciego simple , es decir,el evaluado desconoce al evaluador.

Las monografías se publicarán textualmente ya que para ser aprobadas como requisito para acceder al titulo de especialista, son sometidas a lectura y arbitraje por parte de expertos nacionales y/o internacionales.

La revista electrónica de IUCEDDU es un producto totalmente en línea, su recepción, evaluación, devolución, deberán ser hechas en éste soporte.

Revista IUCEDDU
Juan M. Blanes 1060
(C.P. 11200) Montevideo - URUGUAY
Tel: 2410 3274 - Fax 2418 0403
E-mail: inst.univ.ceddu@gmail.com