

### **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del catálogo en línea, página web y Repositorio Institucional del CRAI-USTA, así como en las redes sociales y demás sitios web de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor, nunca para usos comerciales.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA**  
**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Implicaciones bioéticas al decidir entre tratamiento de endodoncia e implantes dentales:  
estudió cualitativo en especialistas de odontología**

**Gloria Angélica Castillo Buitrago**

**Luz Adriana Ochoa Zambrano**

**Trabajo de grado para optar el título de Endodoncista**

**Director Científico:**

**Dr. Luis Fernando Bedoya Rodríguez**

**Director Metodológico:**

**Dr. Óscar Mauricio Jiménez Peña**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**División de Ciencias de la Salud**

**Facultad de Odontología**

**2020**

## Resumen

**Objetivo.** Al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales es necesario tener en cuenta factores multidisciplinarios que intervienen en la elección final del tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente y factores relacionados con los dilemas implicados en la decisión. Se hace indispensable investigar acerca de los dilemas éticos que tienen ocurrencia al decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales. **Materiales y método.** La investigación cualitativa llevada a cabo comprende una etapa previa con el fin de identificar las categorías que tienen que ver con los dilemas éticos y, que surgen al momento de decidir entre uno u otro tratamiento, se recurrió al estudio documentado de artículos especializados a través de fórmulas de exploración de base de datos, proceso inductivo. Como resultado de esta primera etapa, se avanza de manera deductiva, en la elaboración del documento de categorías descritas, analizadas y reflexionadas siguiendo el modelo de la epistemología ética, de modo que se identifican criterios que ayudan a garantizar la coherencia lógica, la adecuación y la continuidad temática. Durante la segunda etapa de la investigación, con base en las categorías anteriores se estructura la secuencia de entrevista semiestructurada a profesionales, la entrevista se efectúa siguiendo las pautas de confidencialidad y consentimiento informado. La información obtenida de los especialistas, seis en total, se procesa a través del programa Atlas Ti, por medio del cual se identifican nodos, categorías y códigos. Se efectúa el proceso *de asunción de hallazgos* a fin de que emerjan los aportes de los profesionales tal como lo expresaron, se contrastan para la discusión con los referentes obtenidos en las etapas previas de fundamentación bioética desde el enfoque principialista. **Resultados.** En relación con la información que el especialista transmite al paciente para que decida de manera autónoma entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales de óseo integración, los entrevistados subrayan que dicha información debe ser amplia, detallada, inteligible y adecuada a cada una de las etapas del tratamiento a fin de que conste en el consentimiento informado y posibilite la decisión autónoma. En cuanto a la idoneidad profesional, para decidir sobre lo más conveniente como tratamiento, todos buscan acertar respecto a la satisfacción de los pacientes, así se perciba que en el ejercicio los profesionales tienen distintos enfoques para la práctica. Además, los entrevistados están de acuerdo con que la interconsulta a otras especialidades: periodoncia, endodoncia, cirugía, rehabilitación, relacionadas con la decisión entre endodoncia e implantes dentales, aporta claridad y criterios tecnocientíficos. Respecto del uso de tecnologías y materiales biocompatibles se encontró que estos contribuyen a la cualificación de los procedimientos clínicos haciéndolos menos invasivos, posibilitan la optimización de los tiempos de atención en función de la seguridad y el éxito. Con respecto a la elección del plan de tratamiento, uno de los factores a tener en cuenta es el de las expectativas del paciente, que deben corresponder con la opción costo-efectiva de mayor impacto benéfico a largo plazo en cuanto a lo sistémico y cuyos costos tengan en cuenta las posibilidades económicas de los pacientes. La posición asumida por los profesionales entrevistados es ser éticos al momento de decidir entre las alternativas de tratamiento, pues el bagaje académico, la experiencia profesional y el apoyo en otras especialidades son indispensables para asegurar el beneficio de los pacientes. **Conclusiones.** Los valores están inmersos en todos los momentos de la formación, práctica y atención de los profesionales que atienden pacientes odontológicos, también en lo que implica tenerlos o no tenerlos en cuenta, tanto para el bienestar de los pacientes, como para la consolidación de la fiducia social, sobre todo cuando se decide entre uno u otro tratamiento.

**Palabras clave:** Endodoncia, Implante dental, Longevidad, Análisis costo-beneficio, Bioética.

### Abstract

**Objective.** When deciding between endodontics and dental implants, it is necessary to take into account multidisciplinary factors that participate in the final choice of the most appropriate treatment for the patient's needs, and factors related to dilemmas involved in the decision. It is essential to investigate the ethical dilemmas which occur when deciding between endodontic treatments versus dental implant treatment. **Materials and method.** The qualitative research carried out comprises a previous stage in order to identify the categories that have to do with ethical dilemmas and, which arise when deciding between one to another treatment, the documented study of specialized articles was used through Database scan formulas, an inductive process. As a result of this first stage, progress is made deductively, in the preparation of the document of categories described, analyzed and reflected following the model of ethical epistemology, so that criteria are identified that help to guarantee logical coherence, adequacy and thematic continuity. During the second stage of the investigation, based on the previous categories, the sequence of semi-structured interview with professionals is structured, the interview is carried out following the guidelines of confidentiality and informed consent. The information obtained from the specialists, six in total, is processed through the Atlas Ti program, through which nodes, categories and codes are identified. The process of assuming findings is carried out so that the contributions of the professionals emerge as expressed, they are contrasted for the discussion with the references obtained in the previous stages of bioethical foundation from the principlism approach. **Results.** In relation to the information that the specialist transmits to the patient in order to decide autonomously between endodontic treatment or treatment of integrative dental bone implants, the interviewees stress that said information must be comprehensive, detailed, intelligible and appropriate to each of the stages. of the treatment so that it consists in the informed consent and enables the autonomous decision. Regarding professional suitability, in order to decide on what is most convenient as a treatment, all seek to be correct regarding patient satisfaction, thus it is perceived that in practice professionals have different approaches to practice. Furthermore, the interviewees agree that the consultation with other specialties: periodontics, endodontics, surgery, rehabilitation, related to the decision between endodontics and dental implants, provides clarity and techno-scientific criteria. Regarding the use of biocompatible technologies and materials, it was found that these contribute to the qualification of clinical procedures, making them less invasive, making it possible to optimize care times based on safety and success. Regarding the choice of treatment plan, one of the factors to take into account is that of the patient's expectations, which should correspond to the cost-effective option with the greatest long-term beneficial impact in terms of systemic and whose costs take into account the financial possibilities of the patients. The position assumed by the professionals interviewed is to be ethical when deciding between treatment alternatives, since academic background, professional experience and support in other specialties are essential to ensure the benefit of patients. **Conclusions.** Values are embedded in all the moments of the training, practice and care of the professionals who care for dental patients, also in what it implies to have them or not to take them into account, both for the well-being of the patients, as for the consolidation of social trust, especially when deciding between one or the other treatment.

**Keywords:** Endodontics, Dental implant, Longevity, Cost-benefit analysis, Bioethics.

**Tabla de Contenido**

Resumen..... 3

1. Introducción.....12

1. 1 Planteamiento del Problema.....13

1.2 Justificación..... 15

2. Marco Teórico.....16

2.1 Marco ético: enfoques bioéticos y responsabilidad profesional.....16

2.2 Aspecto bioético y biológico en la presente investigación.....17

2.3 El concepto de lo biológico.....18

2.4 Principialismo ético, dilemas y deliberación ética.....18

2.4.1 Principio de beneficencia.....19

2.4.2 Principio de justicia.....20

2.4.3 Principio de autonomía y consentimiento informado.....20

2.4.4 Principio de no maleficencia: efectos intencionados y previsibles.....21

2.5 Idoneidad ética y práctica profesional responsable en endodoncia e implantología.....21

2.6 Riesgos y éxito del tratamiento endodóntico.....22

2.6.1 La implantología de oseointegración.....22

2.6.2 Alcances, riesgos y éxito del tratamiento de implantes dentales de oseointegración.....23

2.6.3 Éxito del tratamiento de implantes.....23

2. 7 Estado del Arte.....24

2.7.1 Enfoques bioéticos presentes en la práctica odontológica.....24

2.7.2 Enfoque del cuidado: “ la confianza en el acto clínico”.....24

2.7.3 Enfoque utilitarista: el principiaismo.....25

- El análisis riesgo-beneficio en la regulación de los medicamentos y dispositivos médicos... .. 25
- Estimación de la calidad de vida en años de vida prospectados (AVAC) ..... 26
- Tomar decisiones: ¿quién decide y cómo? ..... 26
- Justicia distributiva y del reconocimiento: obligatoriedad de informar..... 26

2.7.4 La ponderación de principios (en odontología).....28

- Enfoque Dialógico: La autonomía y deliberación bioética..... 29
- Principio de proporcionalidad: ponderación y utilidad..... 29

- Transformación y complejización de la práctica.....29
- 2.8 Confiabilidad científica en la información requerida por el profesional ..... 30
- Veracidad de la información transmitida al paciente..... 30
- 2. 9 Éxito y fracaso..... 30
- 2.9.1 Fracaso de implantes de osteointegración.....31
- 2.9.2 Complicaciones y fracasos relacionados con la terapia endodóntica.....31
- Idoneidad del profesional..... 32
- Relación ética profesional-paciente ..... 32
- No maleficencia: informar sobre tratamientos ordinarios y extraordinarios.....33
- 2.9.3 Uso de la tecnociencia y riesgos éticos al momento de decidir un plan de tratamiento.34
- 2.9.4 Implicaciones éticas de los posibles conflictos de interés. .... 35
- 3. Objetivos..... 36
- 3. 1 Objetivo General..... 36
- 3.2 Objetivos Específicos.....36
- 4. Metodología ..... 36
- 4. 1 Recolección de la información..... 37
- 4. 1.1 Fase de revisión bibliográfica. .... 37
- 4.1.2 Estructuración de la secuencia de preguntas generadoras ..... 39
- 4.1.2.1 Recolección de la información fase de entrevistas..... 39
- 4. 1.2.2 Etapas de desarrollo de la investigación cualitativa..... 40
- 4. 1.2.3 Procesamiento de la información..... 40
- 5. Resultados ..... 41
- 5.1 Confidencialidad de la información ..... 41
- 5.1.1 Fuentes de actualización, acceso a la información y frecuencia..... 41
- 5.1.2 Veracidad de la información consultada..... 42
- 5.2 Información transmitida al paciente..... 42
- 5.2.1 Salvar un diente con endodoncia o extraerlo y realizar implante, dilemas del profesional frente al tratamiento y solución del dilema..... 42
- 5.2.2 Sobre los dilemas que se presentan entorno a la información transmitida al paciente. .... 43
- 5.2.3 Factores de éxito de los tratamientos..... 43
- 5.3 Idoneidad del profesional para mediar la decisión..... 43
- 5.3.1. Satisfacción del profesional con el tratamiento realizado..... 44
- 5.3.2 Consultas interdisciplinarias y especialidades de mayor interconsulta..... 44

5.4	Tecnocientífico.....	44
•	Avances tecnológicos y en biomateriales. ....	44
5.5.	Problemas éticos de trato al paciente .....	45
5.5.1	Acerca de la estructuración del plan de tratamiento. ....	45
5.5.2	Cómo se percibe la competencia entre endodoncia e implantes dentales. ....	45
5.6	Conflicto de intereses al momento de decidir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales .....	46
5.6.1	Dilemas éticos.....	46
5.6.2	Cómo evitar el conflicto de intereses.....	46
6.	Discusión.....	46
•	Información transmitida a los pacientes. Problemas éticos en la relación profesional-paciente .....	47
•	Idoneidad para decidir.....	48
•	Tecnocientífico: tecnología y biomateriales .....	49
•	Problemas éticos: plan de tratamiento y la percepción de la competencia o rivalidad entre las especialidades pertinentes al dilema endodoncia e implantes dentales. ....	50
•	Conflicto de intereses.....	51
•	Las Categorías analizadas desde el principialismo.....	52
•	Categorías analizadas desde la autonomía y la beneficencia.....	52
•	Categorías analizadas desde la justicia y no maleficencia.....	54
6.1	Conclusiones .....	55
7.	Referencias Bibliográficas .....	57

**Lista de Figuras**

Figura 1 ..... 37



### Lista de Tablas

Tabla 1. Estrategia de búsqueda de bases de datos .....	37
Tabla 2. Unidades temáticas o categorías .....	38
Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda de bases de datos.....	38
Tabla 4. Instrumento de recolección- Matriz de análisis de artículos.....	39
Tabla 5. Análisis de cada categoría con sus códigos con Atlas ti.....	41
Tabla 6. Resumen de resultados de las entrevistas .....	65

**Lista de Apéndice**

Apéndice A .....64

### **Lista de Abreviaturas**

- USTA. Universidad Santo Tomás, Colombia.
- FOC. Federación Odontológica Colombiana.
- RAE. Diccionario de la lengua española.

## 1. Introducción

Antes de ocuparnos de las razones por las cuales se realizó la investigación de la cual da cuenta el presente informe, y porque algunos lectores interesados necesitan clarificar los conceptos básicos en los cuales se apoya el presente artículo, a continuación, se subraya lo que comprende la endodoncia y la implantología de ósea integración. La endodoncia se fundamenta en la morfología, fisiología, y patología pulpar y en su relación con los tejidos perirradiculares; se ocupa de preservar el diente en su función y estética mediante la prevención regeneración pulpar y la atención de la patología pulpar y perirradicular mediante el tratamiento convencional de conducto y demás alternativas endodónticas (1). Mientras que la implantología se fundamenta en la biocompatibilidad de dispositivos médicos como los implantes de níquel-titanio, para reemplazar dientes perdidos mediante proceso de óseo integración, rehabilitación y devolución de la funcionalidad y la estética a la dentadura natural del paciente (2).

Respecto a la veracidad de los índices de éxito y/o fracaso de ambos tratamientos se ciernen interrogantes y dilemas éticos cada vez más serios, dada la presunta manipulación ejercida por farmacéuticas y casas comerciales sobre los resultados de las investigaciones que soportan las opciones de tratamiento (3). Al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales es necesario tener en cuenta la multifactorialidad que interviene en la elección final del tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente y los relacionados con los dilemas éticos implicados en la decisión (3).

Además, los intereses comerciales parecen afectar la transparencia de la información disponible a la hora de ponderar el costo beneficio de un tratamiento (4). El acto clínico podría desnaturalizarse y la relación dialógica entendida como la comunicación que existe entre el profesional y el paciente, se instrumentalizaría a favor del mercado. Pues, el afán tecno-científico promovido por las farmacéuticas, ocasiona que en muchos casos los dientes naturales sean extraídos y reemplazados en forma prematura sin que se informe al paciente de otras alternativas incluidas, la biológica, integral e interdisciplinaria (5). Por otro lado, la falla en experticia, de diálogo interdisciplinario y la falta de actualización, ocasionan obsolescencia de los conocimientos profesionales.

Por eso, la presión del mercado y la competencia productivista, han hecho que los odontólogos perciban los implantes dentales como de mejor pronóstico que la endodoncia y opten por la extracción de dientes afectados en su estructura y en su relación con el periodonto, en comparación con los especialistas que buscan preservar la dentadura (6).

Resulta incierto y controvertido tratar de diferenciar los criterios de éxito o fracaso, para ambas opciones de tratamiento, puesto que para la endodoncia se tiene en cuenta la edad del paciente, el compromiso sistémico, el remanente dental, la morfología radicular, la relación endoperio, la longitud y extensión del tratamiento de conductos, la persistencia de lesión perirradicular, la resolución de tratamientos fallidos y eventos adversos, el tipo y calidad de la restauración. Mientras que para el implante, la valoración se centra en la edad del paciente, el compromiso sistémico, la persistencia de lesiones perirradiculares, la relación con estructuras anatómicas, densidad y longitud ósea, biocompatibilidad de los injertos e implantes, funcionalidad

y estética. Por eso, aunque haya factores comunes a ambos tratamientos, los procesos biológicos de asimilación son distintos (7).

Los dilemas éticos relacionados con ambos tratamientos surgen en relación con lo que debería hacerse a favor del paciente cuando hay implicaciones biológicas: si los implantes logran la oseointegración sin periimplantitis y la endodoncia sin signos ni síntomas de lesiones persistentes, el adecuado selle de la rehabilitación o restauración que asegure la biocompatibilidad, la función masticatoria y la estética, entonces ha habido éxito en el tratamiento, pero si no se logra ninguno de los resultados anteriores, entonces se fracasa en el tratamiento (8).

No solo el profesional debe conocer los fundamentos científicos y legales de lo que hace, también el paciente tiene derecho a que se le informe sobre riesgos, alternativas, complicaciones, costo-beneficio, éxito y supervivencia. Asimismo, habrá que tener en cuenta que los estilos de vida y las experiencias previas que el paciente haya tenido en salud condicionan las expectativas y demandas de éste sobre el nuevo tratamiento. En la ignorancia, imposible decidir con autonomía (9), en este sentido y sobre como ponderar el costo-beneficio (10, 11).

El objetivo general de la presente investigación es caracterizar los riesgos bioéticos que tienen ocurrencia al decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes, con el propósito de aportar información desde la práctica profesional, para ampliar los aportes hechos por la investigación cuantitativa en torno a los dilemas éticos que se suscitan cuando se trata de decidir entre tratamientos de endodoncia e implantes dentales, a partir de investigación documental especializada, identifica categorías de indagación, con base en esta estructura de preguntas e invita a un grupo de especialistas a responder acerca de aquellos tópicos que, de acuerdo con la literatura, podrían plantear dilemas éticos al momento de decidir entre ambos tratamientos (12). Se recurre al principialismo ético, al enfoque de cuidado y a la deliberación bioética, en tanto presupuestos de interpretación de la propuesta, tal como se plantea en el marco teórico (13).

## **1. 1 Planteamiento del Problema**

En los procesos de decisión clínica entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes, al parecer por influjo de intereses foráneos al beneficio del mismo paciente se recomiendan de parte de los odontólogos terapias extremas, sin agotar alternativas previas de tratamiento endodóntico validadas por la evidencia clínica o sin contar con la experticia suficiente y la información científica verdadera de parte del facultativo encargado lo que no asegura el cumplimiento de los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia en el proceso de tratamiento recomendado, impendiéndose así la debida ponderación de la relación costo-efectividad y costo-beneficio, y la previsión correspondiente del fracaso; en cuyo caso se atenta contra el principio de justicia redistributiva y del reconocimiento congruente con la realidad del paciente, a la hora de juzgar entre uno u otro tratamiento (11).

Lo que hace prioritario caracterizar, los riesgos bioéticos que tienen ocurrencia al decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes, no solo en lo concerniente a los criterios de idoneidad exigidos, sino, además en relación la veracidad de la información sobre la cual dicen soportar las decisiones adoptadas. Pues las distorsiones no solo se refieren a los índices de éxito (14), sino también, a la transparencia de las intenciones de quienes financian las investigaciones que generan la información tenida en cuenta a la hora de dirimir entre alternativas de tratamiento

endodóntico (15). Los índices estadísticos arrojados por los estudios independientes distan notoriamente de los resultados emitidos por los financiados por farmacéuticas y casas de dispositivos odontológicos, situaciones que mueven a preguntarse cómo influyen los contextos, factores y tendencias de mercado en los posibles riesgos bioéticos en que se incurren durante la toma de decisión entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes. Cabe anotar, que, para algunos analistas de los enfoques de formación de profesionales en las disciplinas odontológicas, ciertos énfasis o vacíos en la formación pueden dar cabida a sesgos éticos en la práctica profesional (8).

Lo que conduce a desnaturalizar el proceso dialógico en el que se concreta la autonomía del paciente, y por el cual debería garantizársele el abordaje de decisiones basadas en lo biológico, integral, contextual e interdisciplinar (16). Exigencias que se olvidan fácilmente cuando apremia el afán rentista (17) o el desconocimiento de alternativas de tratamiento menos invasivas (18). Así, se genera desconfianza, cunde el descrédito ocasionado en algunos casos con profesionales extraños al campo de especialización (19) o, por la capacitación exprés en que son entrenados (20), a pesar del incremento evidente de riesgos (21).

Si bien, algunos errores bioéticos se asocian con el influjo del mercado, otros se relacionan con la idoneidad de los facultativos, sobre todo por el desconocimiento de la complejidad de los factores biológicos (8) y, de los procedimientos clínicos en cuyo caso el cúmulo de variables tenidas en cuenta es garantía de éxito a largo plazo (22), incluidas las relacionadas con los procedimientos tecno-científico (11). De manera particular las que hacen de la planeación y proyección del tratamiento de implantes una opción peculiar por sus riesgos, tal como lo consideran (23), que además alertan sobre el boom implantológico y la mala prensa contra la endodoncia (24), sin tener en cuenta que al parecer la pérdida de implantes es más alta que la de los dientes naturales (25).

Muchos de los riesgos se pudieran evitar si desde el inicio del tratamiento se asegurara la participación de los pacientes como corresponsables en el éxito y la supervivencia de los tratamientos, para eso se hace indispensable remplazar el paternalismo tradicional por la actitud dialógica odontólogo-paciente (26), a fin de evitar la controversia entre endodoncia o implante base en información confiable que fortalezca la autonomía de odontólogo y paciente también (27). De no ser así, difícilmente se podría llevar a cabo el juicio de proporcionalidad y ponderar la utilidad de los tratamientos y aprovechar debidamente los avances tecnológicos de ambos tratamientos (11).

La percepción del conflicto de intereses es inocultable entre necesidades reales del paciente e influjo del mercado, entre los intereses eficientistas-rentistas y los procesos de ponderación y juicio de proporcionalidad bioética a la hora de dirimir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes, situaciones que competen a los profesionales, pacientes e instituciones de práctica odontológica (15).

Razón por la cual la investigación propuesta se interesa en comprender los conflictos bioéticos que surgen con mayor frecuencia en el proceso de decisión entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implante y cuáles serían los criterios que se tienen en cuenta a la hora de decidir entre ambos tratamientos.

## 2.1 Justificación

De los criterios, procedimientos y marcos de referencia bioética que se tengan en cuenta en el momento decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implante, depende la credibilidad de ambas disciplinas. Sin embargo, la información especializada que constata el conflicto entre estas especialidades, además de enfatizar en alguno de los factores que obra como agravante a considerar en el momento de dirimir la controversia, no establece una secuencia descriptiva, reflexiva y crítica que, frente a los marcos bioéticos vigentes de cuenta “comprehensiva” de cómo influyen los contextos, los factores institucionales, legales, económicos y tecnológicos en dicho dilema. Tanto en lo relacionado con el influjo de las tendencias formadoras de profesionales odontólogos y especialista en el campo endodóntico y de implantes, como en lo que tiene que ver con la verdad científica y la manipulación que el mercado ejerce, en los procesos formativos y en el ejercicio profesional.

Si bien, los protocolos en cuanto a requisitos biológicos, clínicos, biotecnológicos y de tratamiento son claros en el deber ser y en los propósitos últimos de bienestar y cuidado del paciente, el afán rentista ha irrumpido con la fuerza del mercado, llevando su aplicación al traste. Por ejemplo, en el caso de hacer acopio de la experiencia y procedimientos endodónticos alternativos antes de recurrir a la última opción: extraer para implantar. De aquí la necesidad de investigar más a fondo sobre las implicaciones bioéticas de dicha controversia.

Además, con el desarrollo acelerado de ambas especialidades las variables a tener en cuenta se multiplican constantemente y los factores de éxito se complejizan, bien en relación con las variables dentales, el estado periodontal, el restaurativo y el endodóntico; bien por las variables relacionadas con el implante, el sitio, la calidad del hueso y cantidad ósea o, por las variables vinculadas con la salud y estado psicológico del paciente. Sin embargo, llama la atención que a las variables de márketing, desarrollo tecnológico, sociopolítico e idiosincrásico, los estudios no se refieran con la misma frecuencia que a las anteriores y, ni decir de los balances sobre problemas bioéticos, a los cuales se les da trato indirecto (28).

Por eso, llevar a cabo la presente investigación arroja luces sobre las tendencias actuales bioéticas a tener en cuenta al dirimir la controversia entre especialidades de la odontología, también, sobre el influjo de la incertidumbre laboral, del mercado de dispositivos odontológicos en los procesos de formación de endodoncistas e implantólogos, de igual manera que sobre los riesgos a que está abocado quien por darle cabida inconsciente a los intereses del mercado, se olvida de que la prioridad es la no maleficencia y el beneficio del paciente (29). El paso de la competitividad descalificante a la complementariedad competente e interdisciplinar, deberá ser estudiado en esta investigación, de modo que para dirimir la controversia entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes se incluya la deliberación consciente del profesional y la autonomía del paciente (30).

De los criterios, procedimientos y marcos de referencia bioética que se tengan en cuenta en el momento decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implante, depende la credibilidad de ambas disciplinas. Sin embargo, la información especializada que constata el conflicto entre estas especialidades, además de enfatizar en alguno de los factores que obra como agravante a considerar en el momento de dirimir la controversia, no establece una secuencia descriptiva, reflexiva y crítica que, frente a los marcos bioéticos vigentes de cuenta “comprehensiva” de cómo influyen los contextos, los factores institucionales, legales,

económicos y tecnológicos en dicho dilema. Tanto en lo relacionado con el influjo de las tendencias formadoras de profesionales odontólogos y especialista en el campo endodóntico y de implantes, como en lo que tiene que ver con la verdad científica y la manipulación que el mercado ejerce, en los procesos formativos y en el ejercicio profesional.

Si bien, los protocolos en cuanto a requisitos biológicos, clínicos, biotecnológicos y de tratamiento son claros en el deber ser y en los propósitos últimos de bienestar y cuidado del paciente, el afán rentista ha irrumpido con la fuerza del mercado, llevando su aplicación al traste. Por ejemplo, en el caso de hacer acopio de la experiencia y procedimientos endodónticos alternativos antes de recurrir a la última opción: extraer para implantar. De aquí la necesidad de investigar más a fondo sobre las implicaciones bioéticas de dicha controversia.

Además, con el desarrollo acelerado de ambas especialidades las variables a tener en cuenta se multiplican constantemente y los factores de éxito se complejizan, bien en relación con las variables dentales, el estado periodontal, el restaurativo y el endodóntico; bien por las variables relacionadas con el implante, el sitio, la calidad del hueso y cantidad ósea o, por las variables vinculadas con la salud y estado psicológico del paciente. Sin embargo llama la atención que a las variables de márketing, desarrollo tecnológico, sociopolítico e idiosincrásico, los estudios no se refieran con la misma frecuencia que a las anteriores y, ni decir de los balances sobre problemas bioéticos, a los cuales se les da trato indirecto (28).

Por eso, llevar a cabo la presente investigación arroja luces sobre las tendencias actuales bioéticas a tener en cuenta al dirimir la controversia entre especialidades de la odontología, también, sobre el influjo de la incertidumbre laboral, del mercado de dispositivos odontológicos en los procesos de formación de endodoncistas e implantólogos, de igual manera que sobre los riesgos a que está abocado quien por darle cabida inconsciente a los intereses del mercado, se olvida de que la prioridad es la no maleficencia y el beneficio del paciente (29). El paso de la competitividad descalificante a la complementariedad competente e interdisciplinaria, deberá ser estudiado en esta investigación, de modo que para dirimir la controversia entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes se incluya la deliberación consciente del profesional y la autonomía del paciente (30).

## **2. Marco Teórico**

Imposible comprender los conflictos éticos actuales entre tratamiento endodóntico e implantes dentales sin aproximarse, así sea de manera sucinta a la evolución de los marcos y enfoques éticos que subyacen tras estos, dada la expansión del eficientismo pragmático y del afán rentista motivados por dinámicas de poder que engendran dichos marcos y que media el sistema de salud vigente en el país.

### **2.1 Marco Ético: Enfoques Bioéticos y Responsabilidad Profesional**

En el ethos cultural de los pueblos los sistemas morales, normas e ideales, han cumplido con la función de orientar el obrar humano y la conducta de los sujetos hacia la vida buena. No obstante, dejar sus huellas desde lo más antiguo, solo a partir de Aristóteles se convierten en asunto de indagación y reflexión crítica, en occidente (31) quien los investigó de manera realista en relación con los actos, las emociones y la injerencia de éstos en lo político (32). Con los



aportes de la racionalidad crítica de Kant, la contribución de Aristóteles es cuestionada a profundidad en la Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres (1785) y en la Crítica de la Razón Práctica (1787), de acuerdo a lo que se menciona en (32). En el contexto del industrialismo incipiente surgen los aportes críticos de Stuart Mill (1806- 1873) a la ética Kantiana y, a las condiciones de vida de la mayoría de los trabajadores, lo que da pie a la llamada teoría utilitarista, al liberalismo y al individualismo y, a lo que, trascurriendo el tiempo, se conocería como el estado de bienestar (32). Con la recuperación del Mundo de la Vida para la filosofía, hecha por la Fenomenología de Edmund Husserl se sientan las bases para la propuesta Habermasiana de la Ética del Discurso o Ética Dialógica (33) y, se propicia la consolidación de la ética civil, laica y universal llamada ética de la responsabilidad (34).

Los enfoques bioéticos contextualizan los marcos éticos, articulan la teoría moral y la bioética, se ocupan de las tensiones que surgen, buscan soluciones realistas y las hacen operables (13). En el ejercicio de las ciencias médicas son indispensables resolver problemas en contextos de práctica de profesional y de vida de los pacientes, pues en ambos interactúan modos de vida e intereses valorativos de todo tipo. Y, si se propicia el diálogo entre lo empírico y lo normativo, siguiendo la dinámica del realismo ético, es más factible identificar los problemas y sus implicaciones, las tensiones que de allí surgen, confrontar los datos empíricos especializados, con las normas legales y deontológicas, prever las consecuencias, visualizar las alternativas de solución, cotejar las evidencias estadísticas con los parámetros morales, auscultar la validez de la información y reducir las consecuencias adversas ante las decisiones bioéticas. Procedimiento que va de la realidad de los pacientes, de las evidencias debidamente probadas y de la identificación de los intereses institucionales, recursos disponibles, a las implicaciones legales y de los balances costo-beneficio, costo-efectividad.

De aquí que los enfoques bioéticos hagan preponderante: (a) el protagonismo de los pacientes y de los facultativos por encima de las prescripciones conceptuales, (b) afrontamiento de los problemas con sus complicaciones reales, estructurales y culturales llamándolos por su nombre, (c) y la estructuración de soluciones consensuadas, específicas y factibles en las cuales pesan más las personas y la atención clínica que los dispositivos médicos y la “odontología de mercado” (13).

## **2. 2 Aspecto bioético y biológico en la presente investigación**

Impensable para algunos analistas superar los desafíos de la sobrevivencia humana sin gestar una sabiduría que integre “ciencia, biología y valores” e impulse alternativas de respuesta, por encima de tendencias reductivas como “el mecanicismo científicista y el vitalismo ingenuo”, a los retos de viabilidad de la vida en todas sus manifestaciones, incluida la especie humana, Este modo de sabiduría integradora y compleja asume el papel del desorden, del error y, la incertidumbre en favor de la creatividad y del conocimiento de cómo influye la adaptabilidad cultural en la adaptabilidad fisiológica. (35) quienes sostienen que “nos encontramos en la urgente necesidad de una nueva ciencia que haga responsable al científico y al hombre en general para que enfrente esta grave crisis. Tal ciencia tiene que ser interdisciplinaria en lo biológico, científico y ética o, acerca de la sabiduría de la supervivencia” (35).

La ciencia de la supervivencia integrada por ciencia biológica y valores humanos se enfrenta con las dinámicas y los mitos reduccionistas y eficientistas, por eso conceptúa el autor citado que se necesitan amigos de lo biológico que “respeten la frágil urdimbre de la vida, biólogos que

conozcan la naturaleza del hombre, biólogos que nos digan que podemos hacer y no hacer. Que hagan presente la nueva ética en la investigación científica” e integren el respeto a los procesos biológicos, con los valores y los contextos culturales.

### **2. 3 El concepto de lo biológico**

Expertos en biología y medicina como Potter (1970), coinciden en la metáfora de la “vida” como máquina cibernética, o “sistema de control adaptativo” que regula el desorden y la incertidumbre para lograr la homeostasis, siguiendo pautas de control operables, fijos o variables a conveniencia generándose nuevos comportamientos, aún de lo racional a lo irracional, con la libertad que demanda la adaptación fisiológica. A cuya complejidad y evolución responde la bioética posibilitadora del diálogo entre las ciencias humanas y biológicas en contextos culturales diferenciados. En cuanto al componente biológico de la bioética humana el enfoque que adopta la presente investigación se apoya en aportes y desarrollos hechos a través del método científico sobre cómo se guarda, replica y transmite la información biológica (35). Los efectos resultantes de la manipulación que se hace de la estructura dentaria y a los tejidos de soporte de implantes dentales no son previsibles en su totalidad, en este caso el conocimiento es siempre precario y provisional, de ahí la necesidad de precaución, dadas las conexiones sistémicas, lo deseable es avanzar hacia paradigmas ecológicos de atención clínica que sumen complejidad, ciencia y holismo. En relación con el tratamiento de endodoncia lo biológico tendría que ver con la presencia de biofilm en los dientes tratados y sus efectos sobre los tejidos perirradiculares, por el espacio biológico entre la encía y el diente que funciona como una barrera que protege el ligamento, periodontal, la encía y el hueso (36), en el caso de los implantes dentales lo biológico estaría representado en la biocompatibilidad funcional de los tejidos que soportan un cuerpo extraño y la respuesta o la adaptación de estos tratamientos a factores externos relacionados con la calidad de vida.

### **2. 4 Principialismo ético, dilemas y deliberación ética**

Como se explicó con anterioridad, los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia procuran orientar decisiones morales en situaciones médicas específicas y contribuyen a resolver los conflictos éticos que en éstas se suscitan. Los principios aludidos no son sustituibles ni jerarquizables ni renunciables ni fraccionables entre ellos, se vinculan con derechos fundamentales y se consideran deberes que hay que cumplir de modo íntegro; aún en el caso en que se presente conflicto entre éstos, se deben ponderar y aplicar en la situación específica, pero nunca renunciar a ellos. Ponderarse, en el sentido de considerar su importancia y conveniencia, significa apreciar su valor e impacto en el bienestar de las personas concretas.

Las críticas al principialismo son reiterativas y de fondo, pero, aun así sus aportes también lo son: (1) por la claridad que aportan al debate moral en el ámbito de las prácticas médicas, (2) dado el lenguaje preciso y accesible al mundo científico y médico, (3) por ser un lenguaje común de diálogo intercultural, además de la simplicidad metodológica (37).

Sin embargo, para sus críticos ninguno de los enfoques bioéticos, empezando por el principialismo agota la respuesta satisfactoria a los conflictos éticos. El marco utilitarista sobre el cual se fundamenta determina el interés eficientista de su modo de operar aunque el principio de “no maleficencia” cobre en las últimas décadas gran preponderancia, no logra superar el

individualismo y paternalismo propio del “capitalismo neoliberal” que lo engendro, aunque se insista en fortalecerlo con evidencias científicas (37).

En esta investigación la bioética llevada a cabo desde abajo contribuye al debate bidireccional e incluyente a fin de que la indagación sobre la práctica, al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes, contribuya a identificar los problemas éticos y sus causas, sin que la teoría moral nos atrape o el sujeto se diluya en las causas políticas, sociales y culturales, es decir contribuyen a describir, reflexionar y analizar los hallazgos.

#### **2.4.1 Principio de beneficencia.**

El propósito de la beneficencia es procurar por todos los medios, el máximo bienestar y calidad de vida del paciente. Aunque tildado por otros de principio individualista, liberal, privado y utilitarista, es objetivo político del estado de bienestar (Beauchamp & Childress, 1999, pp.254-255). A pesar de que las obligaciones impuestas por el principio de no maleficencia sean más rigurosas que las impuestas por el principio de beneficencia y, en cierto modo la no maleficencia prevalezca sobre la beneficencia, la beneficencia daría mejores resultados. Se puede motivar a la acción benéfica por lo útil de sus resultados o porque se considera un deber moral, sin embargo, en lo social prima la reciprocidad en cuanto justificación, como en el caso de las profesiones liberales como la odontología, no obstante, haya acuerdos específicos previos o compromisos contractuales explícitos e implícitos prima la fiducia social (37). De aquí la importancia de que el clínico actúe sin paternalismos, sepa lo que hace, conozca las técnicas, aplique las normas legales e informe al paciente, pues el acto clínico es notoriamente subjetivo (38). Lo que no significa evitar preguntas o negarse a dar respuestas claras y realistas o dejar al paciente en la ignorancia, también es beneficiante educarlo para que decida por sí mismo, sea consciente de que hay tratamientos perjudiciales, ineficaces y, en consecuencia, no ponga sus expectativas en tratamientos riesgosos e inútiles (38).

Por consiguiente, el odontólogo beneficiante desde el inicio del tratamiento diagnóstico con precisión, conoce la historia de salud-enfermedad del paciente y evita todo procedimiento si: a) por el estado biológico de la salud del paciente la práctica no debería realizarse b) en cuyo caso el efecto fisiológico esperado no se va a alcanzar, c) y nada benéfico se puede esperar del mismo, d) pues los costos, cargas y perjuicios serán mayores que los beneficios previstos (38). Ponderar entre las posibles opciones de tratamiento teniendo como punto de referencia el costo beneficencia, conlleva analizar riesgos, costos y beneficios de manera razonable, experta, prudente y confiable (38).

En cambio, cuando el análisis es de costo-efectividad, ACE; los beneficios se evalúan de acuerdo con los años previstos en calidad de vida, mientras que la valoración costo-beneficio, ACB, se costea en valores monetarios (38). Al respecto, con cierta regularidad se asemejan, sin más, los costos-beneficios de los implantes con el costo-efectividad de la endodoncia, deduciendo consecuencias “análogas” de tratamientos que no comparten ningún objetivo común. Pues, el ACE, resulta más adecuado para comparar y valorar alternativas de tratamiento que comparten un mismo objetivo, como garantizar años de calidad de vida dental. El ACE no se pondera solo reduciendo costos o únicamente desde la efectividad, se requieren ambos para examinar si una alternativa es más o menos costo-efectiva que otra, bajo las siguientes pautas: a) “es menos costosa y al menos igual de efectiva; b) es más efectiva y más costosa mereciendo la pena el beneficio adicional frente al costo adicional, o c) menos efectiva y menos costosa, no

mereciendo la pena el beneficio añadido de la estrategia rival frente al coste extra”, muchos analistas solo aceptan la condición (a) argumentando que una estrategia es más coste-efectiva que otra si cuesta menos y consigue el mismo objetivo.

#### **2. 4. 2 Principio de justicia.**

A pesar de que el sentido del principio de justicia es altamente “idiosincrásico”; en la tradición de occidente se le equipara con el trato igual a los iguales, justicia distributiva, que incluye lo material e indispensable para vivir dignamente de acuerdo con el derecho de todos. En la actualidad se complementa con la justicia “del reconocimiento a la diferencia”, sobre todo de género, raza, religión, opción de vida afectiva (39; 38). Justicia a lo largo del ciclo de vida, redistribuida y diferenciada según las necesidades en el tiempo del ciclo humano, tal como lo propone Norman Daniells. Por eso negar a un paciente alguno de los derechos o bienes jurídicos fundamentales, como la salud, configura un trato injusto e inequitativo, que acarrea sanción.

Sin embargo, la existencia de instituciones y la promulgación de normas no alcanzan a garantizar el goce de la justicia en salud bucal para todos, menos en los países en vías de desarrollo en los cuales los recursos son precarios, las expectativas de vida crecientes y, las tecnologías médicas costosas. No obstante, la precariedad estatal la salud oral, es componente fundamental del derecho a la salud (40).

#### **2. 4. 3 Principio de autonomía y consentimiento informado.**

Para Beauchamp & Childress (1999), la autonomía del individuo se expresa en “la libertad para actuar de acuerdo con un plan propio”, punto en el cual convergen la libertad y capacidad de acción intencionada, comprensible y controlada, bajo el enfoque de creencias y valores personales. El modo de que conste que en el acto clínico se salvaguardan los derechos de los pacientes, es ejercer la profesión de acuerdo con la norma deontológica vigente y la fiducia social, se informa y solicita consentimiento al paciente de todo procedimiento a realizarse, además de que así se ha procedido en la historia clínica, lo que da fe de que la autonomía y libertad del paciente se han salvaguardado en todo momento, en tanto éste sea: (1) competente para entender y decidir, (2) capaz de comprender la información suministrada, (3) de acordar un plan de tratamiento y autorizar la realización del mismo (38).

De igual manera, el ejercicio de la autonomía se garantiza de acuerdo con criterios de participación, elección, decisión, compromiso y acción, indispensables de tener en cuenta en el acto clínico, a saber: (1) criterio de causalidad, por el cual se determina si el hecho de omitir información de parte del especialista causa algún perjuicio al paciente, (2) criterio de práctica profesional, orientado a buscar el mayor interés del paciente, así como el tipo, volumen y modo de la información que se le debe transmitir, según el juicio profesional, en conformidad con la normatividad sanitaria vigente; (3) criterio de razonabilidad busca que la persona atendida en consulta reúna las condiciones cognitivas indispensables para la comprensión de lo que se le informa y, para que los medios usados con dicho fin sean los adecuados; criterio de indispensable y suficiente información, a través del cual se asegura que, según los requerimientos subjetivos de cada paciente se le procura la información relevante para la toma de decisiones. Información justificada, previsiva, con base en el diagnóstico, el pronóstico, la naturaleza y el objetivo de la intervención que, incluya alternativas, riesgos, beneficios y

recomendaciones asequibles (38).

#### **2. 4. 4 Principio de no maleficencia: efectos intencionados y previsibles.**

A veces una acción humana puede conllevar al menos a dos efectos previsibles diferentes uno de los cuales es el deseado, situación en la cual el principio de no maleficencia lo juzga moralmente justificado bajo cuatro condiciones: (1) si por naturaleza el acto es correcto o al menos moralmente neutro, (2) si quien lo efectúa busca el beneficio y evita el perjuicio, (3) si el perjuicio no es un medio para alcanzar un beneficio y (4) si el beneficio es mayor que el perjuicio que se pueda causar o, por lo menos éste último pudiera ser compensado. La regla del doble efecto está diseñada exclusivamente para los casos en que existe un efecto positivo y otro negativo, por lo que todo efecto negativo es permisible sólo si permite obtener un bien proporcionalmente aceptable. Los pacientes competentes capaces de realizar elecciones informadas y voluntarias deberían tener más protagonismo a la hora de evaluar los beneficios y los inconvenientes. Cuando el tratamiento es inútil o carece de sentido, no es obligatorio si no hay beneficio alguno para el paciente, en cuyo caso el tratamiento es optativo dada la baja probabilidad de éxito y la alta posibilidad de daño, de aquí la indispensable ponderación y la interconsulta.

El juicio de inutilidad moral se sustenta en la evidencia científica, y obedece a que tanto profesionales guiados por sus criterios personales, como presionados por la injerencia desinformada de los pacientes pueden incurrir en errores. A causa de los múltiples factores que convergen en el juicio de calidad de vida y bienestar del paciente algunos optan por recurrir sólo a las evidencias científicas, lo que implica en muchos casos desconocer la autonomía del paciente (37).

### **2.5 Idoneidad ética y práctica profesional responsable en endodoncia e implantología**

La especialidad endodóntica se fundamenta en el conocimiento e intervención en la morfofisiología, patología pulpar y perirradicular del diente, de igual manera que en las técnicas y protocolos para prevenir y tratar la patología pulpar y periapical (41). El daño pulpar puede ser el resultado de la interacción de diversas noxas: biológicas, químicas, físicas, sociales y psicológicas. Siendo las alteraciones más estudiadas la invasión de microorganismos desde la cavidad oral al interior de la cavidad pulpar al desatar la secuencia de eventos patológicos en sentido corono-apical, que van desde la inflamación, la necrosis pulpar hasta la patología periradicular (42).

En el caso de la valoración de la patología periradicular persistente de dientes tratados endodónticamente, se requiere un método que considere el éxito y fracaso endodóntico desde el punto de vista del criterio clínico: persistencia marcada de signos y síntomas; así mismo desde lo radiográfico: alteración de tejido óseo o periodontitis apical; de igual manera desde lo histológico: reconstrucción de las estructuras periapicales y la ausencia de inflamación, a fin de determinar la necesidad de retratamiento o intervención quirúrgica (41). En cuyo caso, la microcirugía endodóntica complementa la técnica endodóntica, cuando el interés del paciente es mantener su diente en boca, del mismo modo que se indica para corregir la falla en tratamientos

endodónticos previos, errores de procedimiento, en variaciones anatómicas, patología sin o con compromiso periodontal; con la ayuda del microscopio, micro instrumentos, puntas de ultrasonido, materiales de retroobtención biocompatibles y la regeneración tisular guiada, al fin de lograr una mejor identificación de la morfología de la raíz y una menor osteotomía (44).

## **2. 6 Riesgos y éxito del tratamiento endodóntico**

Entre los riesgos de mayor impacto asociados al tratamiento de conductos, se consideran la sobrevivencia de microorganismos, allí donde la instrumentación no alcanza el proceso de limpieza y desinfección, causa gran daño; también, los escollos notorios en los dientes con alteraciones de la anatomía del canal que impiden el acceso, la preparación y dan origen a obturaciones deficientes y, de manera especial los provocados por la filtración coronal a causa de restauraciones defectuosas. Riesgos que algunas veces se asocian con lesiones apicales crónicas: periodontitis apical, absceso crónico y otros factores no microbianos como los cristales de colesterol y tejidos de cicatrización que pueden ser confundidos con una lesión por la imagen radiográfica. No obstante, la persistencia de periodontitis apical después del tratamiento inicial es el factor que más incide al momento de decidir entre retratamiento, microcirugía endodóntica o implantes dentales (43).

Para algunos, el éxito del tratamiento inicial como del retratamiento de conducto, es medible por la permanencia y mantenimiento del diente en boca y para otros por la ausencia de lesión perirradicular, teniendo en cuenta el pronóstico periodontal, la accesibilidad y mantenimiento de la anatomía del canal durante el procedimiento, Zuolo, M y Kherlakian, D, (43). De otra parte, los riesgos de la microcirugía endodóntica se asocian con contraindicaciones sistémicas, proximidad a estructuras anatómicas, estado del soporte óseo del diente, sellado incompleto de los conductos, lesiones radiculares no identificadas y problemas endoperiodontales (44). Los criterios de éxito de la intervención están asociados a la ausencia de sintomatología, al mantenimiento de la función y el control radiográfico mediante el cual se establece la cicatrización ósea, el éxito de la microcirugía oscila entre el 47 % y un 90%, porcentajes que incluyen molares (44). Tanto la endodoncia como la cirugía apical buscan preservar la dentición natural como órgano fisiológico que presentan una íntima relación biológica con los tejidos circundantes es su principal objetivo.

### **2.6.1 La implantología de oseointegración.**

Los implantes dentales de ósea integración son la conexión directa, estructural, y funcional entre un elemento aloplástico que se aloja en el hueso vivo o por debajo del periostio, cuyo fin es conservar los dientes naturales o reponer piezas dentarias ausentes, conformados por aleaciones de titanio, dispositivos hechos de material biocompatible con el cuerpo humano en lo biológico, mecánico, morfológico y funcional. Con respecto a los tejidos circundantes los implantes deben mostrar ausencia de signos y síntomas de incompatibilidad (Academia de Oseointegración, 2010). Para lo cual se exigen técnicas complejas de tipo multidisciplinario pues desde la fase quirúrgica se requiere de la buena reacción de los tejidos blandos y duros periimplantarios que proporcionen nuevas perspectivas a la estomatología restaurativa como las prótesis fijas y removibles (45).

Cualquier paciente adulto o adulto mayor, sin limitaciones de salud general que excluyan los

procedimientos de cirugía oral, los protocolos prostodónticos y sin limitaciones funcionales para realizar la higiene oral puede ser candidato al tratamiento de implantes dentales, siempre buscando mejorar la calidad de vida de la cavidad oral y el bienestar psicosocial del paciente. Como el tratamiento de implantes dentales depende estrechamente de la biocompatibilidad a largo plazo, la cual se relaciona con la salud general, el compromiso sistémico, los hábitos y la higiene oral del paciente a través de la vida, se hace indispensable el buen diagnóstico, plan de tratamiento personalizado y revisiones periódicas por parte del odontólogo (45).

### **2.6.2 Alcances, riesgos y éxito del tratamiento de implantes dentales de oseointegración.**

Los implantes dentales de oseointegración, se efectúan entre otras razones para reducir la reabsorción ósea posterior a la exodoncia, aprovechar el potencial regenerativo del sitio de la extracción, minimizar la resorción de la cresta ósea y preservar la anatomía alveolar, además, pueden tener mayor longitud que los dientes naturales y dar mayor estabilidad (45).

También, los implantes dentales posibilitan llevar prótesis convencionales que impactan positivamente el bienestar integral del paciente con enfermedades degenerativas como la enfermedad de párkinson (46) y permiten mejorar el influjo de la salud oral en la salud general, en lo sistémico, funcional y psicosocial del paciente edéntulo (47)

Aunque los tratamientos médicos han mejorado la evolución de la diabetes y las cardiopatías, la respuesta tisular puede modificarse y el dinamismo del estado sistémico a raíz de la calidad del mantenimiento de los implantes dentales, en algunos casos difíciles de controlar o prevenir, por lo cual se afecta la osteointegración y, se ocasionan tasas bajas de éxito (45). De igual manera, algunos medicamentos utilizados para la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares como anticoagulantes y antiagregantes pueden modificar el plan de tratamiento, sobre todo quirúrgico (26).

La diabetes trae consigo riesgos para los implantes dentales, ya que existe una menor capacidad de cicatrización debida a la enfermedad microvascular y a una deteriorada respuesta a la infección (48). También se relacionan los fracasos de implantes en pacientes irradiados con dosis mayores de 50GY y en pacientes fumadores se incrementa la pérdida de hueso marginal y el desarrollo de periimplantitis (26): “En este sentido, el tratamiento con implantes oseointegrados constituye una terapéutica con expectativas a largo plazo, si los resultados clínicos deben ser mantenidos en el tiempo y evaluados periódicamente, por lo que las relaciones entre la oseointegración y el estado sistémico del paciente son permanentes y pueden modificarse” (45).

### **2.6.3 Éxito del tratamiento de implantes.**

Ante las diversas situaciones clínicas en el terreno de la implantología el criterio de elección del implante dependerá de la complejidad quirúrgica y de la experiencia clínica del operador. Las últimas investigaciones sobre implantes dentales dicen que las cargas oclusales se transmiten al hueso cortical y al tercio cervical del implante (49). Por lo tanto el estrés óseo es independiente de la longitud del implante dental, siendo más importante el diámetro para que se absorban las fuerzas en el tercio cervical, lo cual favorece los implantes cortos en la atrofia de la cortical y neumatización del seno, lo que concuerda con estudios donde las longitudes cortas pueden

concentrar más fuerzas que longitudes largas, explicando la alta tasa de supervivencia de implantes dentales cortos (49).

La regeneración ósea no absorbe fuerzas, pero si lo hace el implante dental cuando aumentamos el diámetro del implante lo cual produce una marcada disminución de las tensiones en el hueso; ello se traduciría en menor riesgo de reabsorciones óseas que conllevan al fracaso de los implantes. Cuando el hueso regenerado no tiene cortical ósea o el módulo de elasticidad es bajo y está ubicado en la porción apical del implante, hace que el hueso absorba pocas tensiones. Si se habla de la longitud del implante como un parámetro a valorar en la mejora de la osteointegración y del éxito terapéutico, es porque se deben considerar el valor y la importancia de otro parámetro como es el diámetro. Encontramos así plena y destacable coincidencia con los artículos de (50), que afirman que el máximo estrés óseo es prácticamente independiente de la longitud del implante y que es más importante el diámetro que la longitud del mismo (49).

Si se quiere constatar el éxito de los implantes dentales estos deben estar inmóviles cuando se evalúan clínicamente, no existir radiolucidez periimplantaria evaluada en una radiografía sin distorsión, el promedio de pérdida ósea vertical debe ser menor de 0,2 mm por año después del primer año de servicio; no debe existir dolor, incomodidad o infección atribuible al implante; el diseño del implante debe permitir la colocación de una corona o prótesis. Mediante la aplicación de estos criterios se espera un porcentaje de éxito del 85% a los 5 años de observación y de un 80% a los 10 años de observación para clasificar al implante dentro de los niveles mínimos de éxito (51).

## 2.7 Estado del Arte

### 2.7.1 Enfoques bioéticos presentes en la práctica odontológica.

Los sistemas morales hacen parte del *ethos* cultural de los pueblos y en consecuencia se anticipan a las teorías morales, *se inscriben en el mundo de la vida*, mientras que los marcos teóricos que los interpretan indagan por la *racionalidad, conveniencia e imparcialidad, de su lógica, su concepción de justicia y procedimientos de puesta en práctica*.

A continuación, se abordan algunos de los enfoques éticos más recurrentes en el ejercicio de la endodoncia y de la implantología, aunque ninguno de éstos agota las exigencias bioéticas y entre todos se pueden complementar, no sin decisiones críticas oportunas, pues también entre algunos de ellos existen incompatibilidades insalvables.

### 2.7.2 Enfoque del cuidado: “la confianza en el acto clínico”.

La odontología como profesión sanitaria está encaminada a la conservación, restablecimiento y cuidado de la salud bucal según la relación terapéutica odontólogo- paciente: el profesional aporta el conocimiento científico, la capacidad técnica, humana y moral, para satisfacer las necesidades del paciente y mejorar la calidad de vida de éste, (52), según la dignidad de la persona y los parámetros de la ética del cuidado, “según lo que puede realizar razonablemente un dentista prudente en circunstancias similares” (World Dental Federation,2018).

Con la práctica profesional odontológica se puede alterar el enfoque integral del cuidado si se



sobrevalora o descuida la dimensión técnica y normativa, si no se presta el interés debido a la dimensión dialógica, afectiva, ética y estética, es decir, si se acentúa en la práctica la disociación entre mente, cuerpo y alma, eje articulador de la teoría del cuidado humano (52).

Con base en las seis dimensiones que propone el enfoque transpersonal de Watson, Clark & Tellegen, (1988) se puede valorar la aplicación de la propuesta del cuidado en odontología a saber: satisfacción de las necesidades humanas en los diferentes estratos de manera integral y holística; experticia en las habilidades técnicas que tienen que ver con la sistematización de la atención; comunicación sensible, asertiva, abierta, congruente con la realidad y honesta y autocuidado del profesional consigo mismo. Preocupación del profesional por la apropiación del conocimiento científico, técnico y humanista que le posibilitan mejor desempeño en la atención integral, ética y espiritual de los pacientes (53). El enfoque humanista del cuidado complementa la calidad de la atención odontológica con el diálogo, la participación y la toma de decisiones responsables (38).

### **2.7.3 Enfoque utilitarista: el principialismo.**

El enfoque bioético principialista es deudor del marco ético utilitarista, en éste encuentra la razón de sus rasgos sajones, eficientistas, neoliberales e individualistas. Escrito para recoger los aportes del Informe Belmont (1978), fue publicado por Beauchamp y Childress en 1979, como *Principios de ética biomédica*, remonta sus preámbulos al Código de Nüremberg (1947), sobre orientaciones para la investigación médica con humanos. Al mismo tiempo, los principios se apropian de la tradición ética de occidente de corte griego y, judeo-cristiano: de la escolástica, haz siempre el bien y evita el mal, beneficencia y no maleficencia; de Aristóteles, la justicia como bien público y social y, la autonomía, de corte moderno e individualista. Sin embargo, algunos de estos principios adolecen de vaguedad al momento interpretarlos y aplicarlos.

A continuación, se abordan algunos de los tópicos de debate actual, sobre la interpretación, contextualización y aplicación del principialismo en el caso de la odontología en general y de la endodoncia e implantología de ósea integración en particular.

- **El análisis riesgo-beneficio en la regulación de los medicamentos y dispositivos médicos.**

La tensión entre evidencia científica acerca de los riesgos-beneficios y de los deseos de los pacientes de acceder a determinados tratamientos o medicaciones en condiciones previamente exigidas, se exacerba cuando los motivos son solo rentistas o estéticos y no se garantiza el actuar bajo evidencias científicas. Surge, entonces la pregunta, ¿debería controlar la sociedad el acceso a estos procedimientos y tratamientos médicos? ¿Cómo debería hacerse de modo que en el proceso regulador se ponderen los costos-beneficios? Sabiendo que, en la sociedad de consumo, expectativas y deseos, no siempre obedecen a necesidades reales de tratamiento de enfermedad o difieren del tipo de solución buscado, por ejemplo, la endodoncia se concibe para la preservación biológica, mientras que los implantes se utilizan para remplazar los dientes perdidos. De todos modos, las medidas regulatorias no pueden reducir el abanico de valores de los pacientes, protegerlos sería educarlos (38).

En estos casos los organismos de control sanitario del estado juegan papel preponderante en la

protección del derecho de los ciudadanos a contar con estándares mínimos de seguridad y eficacia en los procedimientos y los medicamentos, ante la incursión temeraria de terceros en el campo de la salud, el derecho a la protección de la vida conlleva la garantía de beneficencia, seguridad y eficacia de los tratamientos y medicinas ofertadas en el mercado (38).

- **Estimación de la calidad de vida en años de vida prospectados (AVAC).**

Mucho se habla hoy de calidad de vida y, poco se debate acerca de su contenido e implicaciones. Su núcleo es la vida y dignidad del individuo que exige condiciones de bienestar, atención, información y cuidado que garanticen su funcionalidad física, estar libres de dolores, sostener los vínculos familiares y sociales, tomar decisiones y prever el futuro con realismo y precaución (38). Para algunos críticos el interés en prolongar los años, pone en riesgo la calidad de vida con que se les dota y, por prolongarla unos cuantos se le resta posibilidad de existencia digna a muchos individuos que lo requieren de manera prioritaria. El problema se agrava cuando se pregunta ¿quién y cómo toma las decisiones al respecto?

- **Tomar decisiones: ¿quién decide y cómo?**

Lo indicado sería que los expertos tomaran las decisiones pues conocen de riesgos, costos y beneficios; pero si se tiene en cuenta que los valores están presentes desde la identificación de la situación y durante el proceso de estimación de riesgos y, que en el caso de las preferencias de los pacientes, casi siempre el experto tiende a darles la razón, lo conveniente es que sea junto con otros que se regularice la toma de decisiones, eviten los caprichos del momento, se fijen objetivos específicos y transparentes, combinen métodos cualitativos con procedimientos analíticos, se apoyen en estrategias como ACB, ACE y ARB, tengan en cuenta los valores de los interesados, las normas vigentes y las alternativas del mercado.

Sin embargo, a gran escala la planificación desconoce sentimientos, estilos de vida, intereses de futuro y valores, la burocratización-industrial lo domestica todo hasta el lenguaje cotidiano, términos como cliente, proveedor, consumidor y usuario, desplazaron al paciente y a la enfermedad, y también la sensibilidad (38). Al parecer la justicia distributiva no es asunto del utilitarismo burocrático, lo suyo es el costo beneficio y, sin embargo, en algunos casos como el que nos ocupa de decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales, se hace indispensable preguntarse: (a) los riesgos y los beneficios están del mismo lado, así ocurre casi siempre con ciertos tratamientos, (b) mientras una parte disfruta de los beneficios ambas comparten los riesgos o por el contrario, (c) mientras una parte asume los riesgos ambas comparten los beneficios (38).

- **Justicia distributiva y del reconocimiento: obligatoriedad de informar.**

En Colombia la salud oral hace parte del sistema estatal de salud. Pero, la información y educación masivas no logran concientizar y consolidar la cultura del cuidado en las personas y las colectividades, parece que la prevención oral no fuera prioridad para la población. La fragmentación y el desconocimiento intersectorial, ocasiona que se desaprovechen los medios informativos y el sistema educativo para impulsar el modelo de salud hacia la promoción y la

prevención, con el precedente de que los pacientes proyectan hacia el futuro el modelo de atención en salud que han recibido en el pasado.

Claro que para los intereses del mercado actual en salud, también en salud oral, resulta más rentable el modelo clínico, terapéutico y rehabilitador; por eso la poca educación y desinformación al respecto, propicia el boom de la extracción y el remplazo prematuro de los dientes, sin que haya necesidad evidente de hacerlo, lo que configura una clara violación del derecho de justicia y no maleficencia.

Así mismo, la salvaguarda de la acción humana justa en salud, también depende de la idoneidad del profesional ya que la garantía de equidad y calidad no puede generar excepciones ni detrimento en el bienestar del paciente, a causa de la desinformación o falta de experiencia del profesional. De aquí la prioridad de la capacitación constante y cualificada de parte de los especialistas, al menos para obligarse a cumplir con los mínimos exigibles, si por condicionamientos insalvables no se puede efectuar el procedimiento con los medios que propicien los resultados deseables (54). Porque, el acto médico media la “justicia” al proteger los mínimos básicos de atención en salud, es que algunos autores como (54), propugnan por que se establezcan los términos para garantizarlos, incluso en salud oral.

Es de entender que la aplicación del principio de justicia en salud genere conflictos, sobre todo entre las políticas estatales, los sistemas de servicio de salubridad y el mercado farmacéutico, entre otros (55), citado por Beauchamp (38); pues en cuanto a protección de acceso, de igualdad de oportunidades para todas las personas, de calidad de atención, las falencias son notorias y tienden al menoscabo sino se reforma el sistema. A juicio de este autor, “el principio de ciclo vital de existencia debería ser el criterio para la toma de decisiones prudentes en salud, más que un momento puntual, dado que la educación, el medio cultural y la calidad de la experiencia previa en atención en salud, en general y, de endodoncia o implantología en, particular, es probable que condicionen las decisiones posteriores de los pacientes, sobre todo que si la experiencia anterior es de autocuidado se espera que se opte por la endodoncia y sus alternativas, pero si se ha recurrido antes a la extracción, lo más probable es que se busque el implante”.

Al desarrollo exitoso de la endodoncia ha contribuido múltiples factores, algunos de ellos, no obstante considerarse ya superados en su tecnología y biocompatibilidad, son eficaces en la atención al dolor, la patología pulpar y perirradicular, las complicaciones y eventos adversos. Cómo no recurrir a este tratamiento, cuando los desarrollos actuales biotecnológicos e interdisciplinarios apuntan a la “regeneración biológica”, a la preservación de la funcionalidad y la estética de los dientes en boca. Mientras que los implantes corresponden a una alternativa complementaria de tratamiento en función de dientes extraídos o de aquellos comprometidos en su integridad estructural, relación biológica con otros tejidos, función y estética, a tal grado que se recomienda su extracción y remplazo. Asuntos, que deberían ponerse a consideración del paciente durante el proceso de información-educación, a fin de que se fortalezca el grado de autonomía y de capacidad de juicio de éste.

La asignación de recursos sanitarios es un asunto crucial en cuanto a la efectividad de la justicia distributiva, no solo porque con su implementación se pone en evidencia la prontitud, efectividad, garantía de equidad y acceso, sino por el impacto que tiene en la transformación del enfoque en salud, ya que mientras esto se logra un alto porcentaje de recursos se invierte en atención curativa (38). Al respecto, (Ferrer, 1998), desde el concepto de oportunidad justa,

afirma que nadie, con anticipación, debería tener garantizados y, nadie debería negar beneficios sociales sobre la base de condiciones ventajosas no merecidas, criterio respaldado por Walzer (1986), al proponer que: “la atención debería ser proporcional a la enfermedad y no a la riqueza”.

#### **2.7.4 La ponderación de principios (en odontología).**

Si bien en un primer momento los autores consideran como principios la autonomía, beneficencia y justicia, más adelante agregaron el de no maleficencia, vinculado con el de respeto, en el cual insistió el informe Belmont (1978). Lo conveniente es interpretarlos y aplicarlos de manera convergente, pues de no ser así se diluye el sujeto y empobrece la comprensión de la situación bioética.

Con miras a identificar, superar o excluir los factores que impiden el ejercicio libre y consciente de la capacidad decisoria, se subraya el principio de autonomía, lo que exige comprensión de la intencionalidad, actuación libre y razonable (37). Además, de reconocer que el otro tiene capacidad de juicio y opción frente a las alternativas que se le presenten, derecho a obrar de acuerdo con sus convicciones cuando han sido debidamente informados, tanto como a dar o abstenerse de consentir en el tipo de tratamientos que se le proponga (38). En cuyo caso la información ofrecida, científica, resiente y probada obliga al facultativo con el propósito de que su juicio sea veraz, comprensible y confiable (38). Del cumplimiento de los requisitos anteriores se sigue que el acto médico y el consentimiento informado se ajusten al principio de autonomía respaldado por: la calidad de la información y el nivel de comprensión alcanzado (38).

El beneficio del paciente odontológico es el motivo prioritario de esta profesión, de no garantizarlo se violaría el principio de *no maleficencia*, lo que implica conocer las causas y no solo los efectos del daño, por eso la no maleficencia es una prohibición que obliga a todos por igual (38). Obrar buscando el máximo bien posible del paciente es un principio antiguo que se remite a la práctica clínica de origen griego; para Kant se deriva del deontologismo ético y para David Hume de la reciprocidad social movida por la justicia y la gratuidad. Ser precavido para no hacer daño forma parte del respeto que el otro merece, orienta el cuidado y la búsqueda de la utilidad, sobre todo cuando está en riesgo la salud (38). Aunque, la inmoralidad no se acarrea por no hacer el bien, el dejar de hacerlo puede traer más sufrimiento o incrementar el daño evitable, incrementar los costos o ahondar los riesgos, decisiones que, por acción u omisión, en el caso de la endodoncia y la implantología, conducen a sanciones legales.

Pero, es sobre el abuso paternalista de la beneficencia que gravitan el mayor número de críticas, entre los defensores de la dignidad, autonomía humana y de la justicia incluyente. Evitar el paternalismo en cualquiera de sus grados implica conocer las condiciones de tiempo, modo, lugar, razonabilidad, libertad y autonomía, solo excusables en los casos de limitaciones manifiestas o de riesgo insalvable (38). De otra parte, el actuar justo va ligado al derecho a la vida buena, al reconocimiento del otro, a la garantía de equidad y al respeto por los derechos propios y de los demás (38). Aunque existan pautas lógicas para tazar la distribución justa, en el caso de la justicia del reconocimiento la lógica redistributiva pierde validez, también en el momento de ponderar la relación costo-beneficio (38); no es suficiente con aplicar el criterio formal de la justicia distributiva, *del trato igual en casos iguales*, pues en una sociedad asentada sobre lo inequitativo, dirimir controversias sobre lo justo se hace cada vez más difícil, los intereses del mercado farmacéutico lo impiden, aunque las leyes lo establezcan.

El principalísimo, en la mayoría de los casos, con tal de maximizar la renta y la eficiencia del sistema de salud, se excusa de atentar contra el principio de justicia equitativa e igualitaria (38), poniendo en evidencia que es corriente que los principios entren en conato cuando se trata de aplicarlos a situaciones concretas. Por eso los expertos sugieren *especificar* los principios que se van aplicar, conocer con anticipación las situaciones socioculturales concretas, legalidad, recursos médico-tecnológicos, *coherentes* con las necesidades de los pacientes, identificar los núcleos éticos en controversia, *deliberar* sobre las alternativas de solución, *priorizar* y *ponderar*.

- **Enfoque Dialógico: La autonomía y deliberación bioética.**

La deliberación bioética se basa en métodos de escucha atenta para hacer un argumento racional sobre los cursos de acción posibles que conlleven la resolución de un conflicto, teniendo en cuenta las posibles consecuencias que pueda traer dicha deliberación (54).

La autonomía aplicada para las personas se define como derecho a la intimidad, libertad elección individual y libre voluntad de elegir un comportamiento propio y ser dueño de uno mismo desde que mis propias decisiones no afecten a los demás ni el entorno que me rodea (39).

- **Principio de proporcionalidad: ponderación y utilidad.**

El principio de proporcionalidad se vincula con la toma de decisiones a la hora de limitar o rechazar un tratamiento o intervención médica. Por lo cual se deben sopesar argumentos a favor o en contra de ambas posiciones, evaluando cuidadosamente aquellos elementos que muestran ser útiles en el proceso de toma de decisiones, a la hora de proponer y no imponer uno u otro tratamiento, con criterio de razonabilidad, practicidad y beneficio de la decisión (38).

- **Transformación y complejización de la práctica.**

Los avances en la investigación de la medicina en general, de la medicina oral y, en particular de la odontología y sus especialidades, han mejorado notoriamente las posibilidades de tratamiento de la salud bucal y el “mantener el diente en boca”. También han contribuido la normatividad y las políticas y, de manera especial el acceso a la información. Sin embargo, la “fiducia social” se ha visto amenazada, por las tensiones éticas que se presentan entre la práctica profesional y la incursión de terceros en el campo de la endodoncia y la implantología. La presencia inevitable de las farmacéuticas, aún desde las etapas de iniciales de formación odontológica, los condicionamientos institucionales de las empresas de servicios de salud oral, las condiciones económicas que impone el mercado de dispositivos y las expectativas de los pacientes, complejizan y cargan de incertidumbre el juicio en que se decide entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales, como se verá más adelante en los posibles dilemas éticos que de allí surjan.

Se supone que el odontólogo después de formado no solo posee las competencias científicas, académicas y profesionales para el desempeño idóneo de su profesión, sino que sobre todo es garante de la “fiducia pública” a él encargada por la sociedad, es decir que actúa responsablemente, poniendo en primer lugar el beneficio de los pacientes. Sin embargo, esto no es así, lo demuestran las estadísticas que ubican a la odontología y sus especialidades como

profesiones de alto riesgo, razón por la cual, algunas agremiaciones del orden internacional han debido intervenir, inquiriendo la ética de la práctica y la superación de la lucha de intereses entre especialidades (Asociación Dental Americana, 2000).

## 2.8 Confiabilidad científica en la información requerida por el profesional

La Asociación Americana de Odontología, ADA (2018), afirma que en la científicidad de la información se soporta la veracidad de la misma y, en consecuencia la necesaria disponibilidad y acceso a ésta, a fin de que las decisiones sean válidamente éticas (56). Claro está que el afán mercantilista de las casas comerciales y de algunos profesionales les induce a sesgos y manipulación de la información a inflar los éxitos y a ocultar los riesgos (15). De aquí el indispensable análisis que los profesionales deberían realizar siempre de la información que necesitan y de las evidencias científicas en que se soporta sobre todo de la información que no reconoce errores ni fallos (57). Para, algunos expertos la falencia de estudios científicos fiables hace imposible comparar los tratamientos de endodoncia con los de implantes dentales (14).

- **Veracidad de la información transmitida al paciente.**

Por las razones anteriores el juicio de veracidad es notoriamente subjetivo, al momento de decidir entre uno u otro tratamiento (58) no cabe duda: las fuentes de financiamiento influyen significativamente en los reportes anuales sobre fracaso de implantes de oseointegración, de otra parte, es evidente la influencia de la industria a la hora de reportar tasas de éxito o de fracaso para procedimientos endodónticos y de implantes (59).

Hacer que los pacientes diferencien cuando hay falla endodóntica, regularmente relacionada con infección, de fallas de implantes resultado, casi siempre de la incapacidad del cuerpo para tolerar el material del implante, pues generalmente ocurren durante la fase de tratamiento, inmediatamente después de la colocación o a más tardar durante la fase de mantenimiento. Llegando así a establecerse grandes diferencias en criterios de evaluación acerca del tratamiento más conveniente en un momento dado (60).

## 2.9 Éxito y fracaso

En el meollo del debate se ha puesto en evidencia como indistintamente y a conveniencia se utilizan las *tasas de supervivencia* como la variable principal, en su lugar de las *tasas de éxito*, mientras en ambos casos se ocultan las complicaciones biológicas y técnicas acaecidas en uno u otro tratamiento. En algunos casos, el juicio es demoledor al afirma que los resultados de los implantes rara vez se juzgan con estricto criterio, dentro de la investigación clínica, ya que en la mayoría de los estudios se habla únicamente de la supervivencia en boca (14).

Acerca del influjo, a largo plazo, de la edad y el sexo en el resultado del tratamiento endodóntico y de implantes dentales, sobre todo teniendo en cuenta la respuesta inmunológica del paciente poco se ha informado, aunque se sepa que los dientes jóvenes son más resistentes y tienen mejor capacidad de reparación ante agresiones (22). Criterios clínicos racionalmente aprobados, como el relacionado con el estado pulpar, a tener en cuenta en el tratamiento endodóntico, “*los dientes con pulpas vitales tienen un mejor resultado que aquellos con pulpas necróticas en los procesos endodónticos*”; las tasas de éxito del tratamiento endodóntico en

dientes que no presentan periodontitis apical son más altas que en los dientes que presentan periodontitis apical previa al tratamiento, parecen pasar a un segundo plano, para aquellos profesionales previamente interesados en implantes (22). Aunque, la curación completa de una lesión periapical, podría requerir un lapso más amplio, debería preferirse a la extracción (22).

En cuanto a los implantes, se consideran exitosos inmediatamente son cargados. Sin embargo, *“muchas fallas se producen en estos antes de la oseointegración”*, al depender de circunstancias clínicas individuales, razón por la cual es casi imposible anticipar un pronóstico favorable (22). Se considera que un implante sobrevive si están completamente rehabilitados y en boca, por eso retirar el implante se evalúa como fracaso. De igual manera el retratamiento endodóntico puede ser considerado un fracaso del tratamiento inicial, debido a que el diente aún no funciona, por eso la intervención posterior o retratamiento. Argumento equiparable a la hora de tratar la periimplantitis después de la restauración del implante (22). Pero en definitiva, el factor determinante del éxito endodóntico, en el que concuerdan la mayoría de los expertos, es la restauración y selle coronal, incluida la obturación, también para (59).

A juicio de los expertos la estética de los tejidos blandos, los costos y el tiempo necesarios para completar un tratamiento, favorecen el procedimiento endodóntico. Sugieren que un retratamiento endodóntico tiene que ser considerado antes de llegar a la extracción, por eso el implante solo debe realizarse como tratamiento de rescate en caso de fracaso del tratamiento endodóntico (61,57).

### **2. 9. 1 Fracaso de implantes de osteointegración.**

De tener previamente en cuenta factores sistémicos, estilo de vida y asepsia sabiendo que la combinación de estos acelera la pérdida ósea, se evitaría recomendar el procedimiento de implantes de oseointegración, contraindicado en estos casos (62), también (14). Hay que recordarles a pacientes fumadores e inmunosuprimidos que, por sus condiciones de salud, tienen mayores tasas de pérdida de implantes (26). De igual manera, al parecer la osteoporosis es causa frecuente de fracaso de implantes, según revisión sistemática llevada a cabo por, pues con la edad se disminuye la masa ósea y se modifica el metabolismo óseo considerablemente, actúa como factor de riesgo que afecta la oseointegración y su mantenimiento.

Así mismo, la prevalencia de caries o enfermedad periodontal, arriesga la probabilidad epidemiológica de éxito del implante y del diente tratado endodónticamente; de igual manera si se presenta mucositis periimplantaria (80%) y periimplantitis (12-66%), después de 5 a 10 años de colocados los implantes (48). La periodontitis apical previa a la extracción y colocación del implante, no influye en la osteointegración de este según las tasas de supervivencia evaluadas en implantes insertados inmediatamente después de la extracción. Lo que si observo fue mayor incidencia de la periimplantitis en pacientes con pérdida de dientes asociada a periodontitis (14).

### **2. 9. 2 Complicaciones y fracasos relacionados con la terapia endodóntica.**

Especialistas como Frank Setzer et al., 2010, consideran que la mayoría de las extracciones de dientes con endodoncia, ocurren por complicaciones periodontales o fallas de restauración y no por fallas endodónticas verdaderas. La calidad de la rehabilitación con corona completa es clave para el mantenimiento de la función y para disminuir el riesgo de fractura, lo cual conlleva al fracaso del tratamiento, al igual que las lesiones periapicales o la persistencia de estas (59).

- **Idoneidad del profesional.**

Las capacidades y competencias académicas, científicas, tecnológicas, de igual manera que la experticia, las relaciones sociales, la praxis ética y legal, tanto como la formación permanente y el trabajo en equipo, se consideran configuradores de la idoneidad profesional de quien se dedica a la endodoncia o a la implantología de osteointegración. La experticia y confiabilidad de los profesionales en estas especialidades se ponen de manifiesto desde el momento mismo del diagnóstico del paciente y en el modo como efectúa la valoración dental general, el estudio de tejidos blandos, las innumerables variaciones naturales o patológicas dentales y las condiciones anatómicas y características óseas de quien consulta (44). Además, de cómo constata el estado sistémico del paciente, entre otros factores; a los cuales hay que agregar la receptividad, atención a los intereses y expectativas del paciente, sobre todo al momento de brindar alternativas, estructurar el plan de tratamiento, con la participación informada y autónoma del paciente (8).

El conocer y saber reconocer los factores que posibilitan uno de los tratamientos, como aquellos que no lo hacen viable y, el poderlos discutir con el paciente de manera informada y respetuosa, ponen de manifiesto el trata ético del profesional, sobre todo cuando se opta por aquellos procedimientos que evitan los riesgos innecesarios y costosos, cuando se está informado sobre las controversias entre éstos y se conocen datos confiables acerca de las enfermedades asociadas a la pérdida de procedimientos y a los retratamientos (63).

- **Relación ética profesional-paciente.**

Con el desarrollo de *La conciencia moral y la acción comunicativa*, de Jürgen Habermas (2000) y el avance de la democracia deliberativa, se posiciona en el campo de la salud la práctica dialógica sustentada en los derechos de los sujetos a estar informados sobre todo lo atinente a su salud, dignidad, vida y privacidad. Desarrollos que, si bien refuerzan el respeto por los individuos, de igual manera recuperan la responsabilidad frente a la “fiducia social” encomendada por el colectivo a las profesiones liberales como la odontología. Ética de la responsabilidad deliberativa que poco a poco, cala en la práctica clínica de endodoncistas e implantólogos, pues no se trata de una deferencia frente al paciente, sino de un derecho de este, que rompe con el paternalismo tradicional y el trato asimétrico, propio de las sociedades excluyentes.

La deliberación es el método apropiado en la práctica por la bioética, para ahondar en los conflictos, posibilitar el diálogo, hacer emerger los puntos de coincidencia, reconocer el desacuerdo moral, fortalecer las decisiones democráticas, comprometer la libertad y buscar el bien común. Llevarla a la práctica demanda tiempo, información y planeación, para lo cual es indispensable la disponibilidad, la confianza y el respeto; en el caso de decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes se centra en no estar supeditado de antemano a intereses que impidan el juicio crítico o el deber en función del bienestar del paciente, puesto que con cierta regularidad las alternativas endodónticas, la microcirugía y la amputación para el autotransplante, son calificados con pronóstico reservado, invasivos o de alto riesgo o, efectuados con tecnologías superadas, desde la perspectiva del costo beneficio, cuando en la realidad los avances de la endodoncia son de todos conocidos, de igual manera que sus aciertos terapéuticos.



Cuando algunos califican la endodoncia convencional y el retratamiento, de procedimientos básicos y, a las alternativas endodónticas de extraordinarias, regularmente olvidan que los implantes, por sus procedimientos invasivos y riesgosos, también lo son, a veces por el afán inmediatista sin que guarden congruencia con el ciclo de vida del paciente. La excusa frecuente son los riesgos de periimplantitis posibles en los tratamientos alternativos endodónticos, dado cabida a la recomendación de implantes, odontología a la defensiva, que, aunque muestre funcionalidad y estética, es de alto riesgo a largo plazo.

Si bien, el que sabe y tiene el poder del conocimiento es el profesional, lo tiene para el servicio de los otros, pues ejerce una profesión liberal y no un “dominio”, sino una administración delegada en procura del bien común, lo que implica una ética del “trato entre iguales”, en contextos sociales específicos (64). Propósito al cual concurre la ética del cuidado, tanto como el principialismo ético, en lo que respecta al ejercicio de la autonomía (56). Con miras a que educando al paciente, se reduzca la brecha de conocimiento y esté mejor informado para decidir, de igual manera que el profesional esté mejor informado de las condiciones socioculturales del paciente, para poder ponderar y evitar la maleficencia (65). Pues, lo que se busca no es seguirle la cuerda al paciente, sino educarlo para la toma de decisiones éticas, en un ambiente de diálogo, no de imposición.

En el caso clínico que nos ocupa la toma de decisiones tiene que ver más con las acciones autónomas que, con la profundización conceptual acerca de la autonomía (38), ausculta en el contexto dialógico en el cual convergen la autonomía del paciente y la del profesional. En el caso del profesional que acoge, escucha, informa y media la decisión y, en el caso del paciente que reporta el estado de salud, participa en la deliberación e informa y autoriza en el consentimiento informado el tipo de intervención (38).

Y, es por esto que la manipulación intencionada de la información altera el proceso de comprensión y de decisión cuando se trata de dirimir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes de ósea integración. Ser consciente de que los intereses del profesional e institucionales condicionan las decisiones y las recomendaciones que se les hacen a los pacientes, pone de manifiesto el hecho de que no reconocerlos constituye un peligro real, para el ejercicio autónomo de la profesión y para la elección autónoma del paciente. Por eso es que, según el criterio de mejor interés, en algunas ocasiones resulta obligatorio hacer consciente a un paciente del daño a largo plazo en que se puede incurrir por un tratamiento no conveniente o motivado por falsas expectativas de salud que, atentarían contra el bienestar propio (38).

- **No maleficencia: informar sobre tratamientos ordinarios y extraordinarios.**

La no maleficencia diferencia en tratamientos clínicos ordinarios y alternativas clínicas extraordinarias. En el caso que nos ocupa la endodoncia se considera primera alternativa o tratamiento ordinario, dado que es menos invasivo, no así el tratamiento de implantes considerado extraordinario, aunque el comercio dental, bajo criterios tecnocientíficos y mercantiles, lo oferte como primera alternativa, sin valorar debidamente los riesgos del mismo a largo plazo.

Informar al paciente acerca de las alternativas de tratamiento es moralmente obligatorio para todo profesional de la odontología. Hace parte de la fiducia pública presentarlas de manera inteligible, experta y con proyección a largo plazo, sin incurrir en negligencia que conduzcan a riesgos irracionales, costosos o al margen de la ley (56). Cerciorándose de que el paciente

comprende, reconoce y diferencia los propósitos del tratamiento habitual o común, endodoncia y del tratamiento extraordinario o implantológico.

Por eso el juicio ético no se puede reducir a lo que es habitual en la profesión, al consenso, a los códigos tradicionales ni a los juramentos, a pesar de lo importante que sean estos criterios en determinados contextos profesionales. Se han propuesto otros criterios para diferenciar, catalogar y establecer los tipos de procedimientos que pueden considerarse extraordinarios, según la siguiente taxonomía tratamiento simple o complejo, natural o artificial, no invasivo o altamente invasivo, económico o caro, rutinario o excepcional.

Si se cataloga como tratamiento simple, natural, no invasivo, económico y rutinario, entonces se califica como común u ordinario, por tanto obligatorio; pero si es complejo artificial, invasivo, caro o excepcional, es optativo o extraordinario. Criterios que alcanzan relevancia moral en la medida que orienten la deliberación, los juicios y las decisiones morales. Sin embargo, lo significativamente moral no se vincula con la tipificación del tratamiento, sino con el ¿cómo se garantiza la no maleficencia, se incrementan los beneficios, se actúa con justicia, propicia la autonomía y evitan los perjuicios, daños e inconvenientes al paciente?

Tener en cuenta el juicio del paciente, después de ser debidamente informado, en nada atenta contra la autonomía del profesional, por el contrario garantiza satisfacción de parte de éste, bien sea la terapia de implantes o la de endodoncia por la cual se opte, después de las respectivas indicaciones y contraindicaciones, del pronóstico y los resultados, al respecto los expertos subrayan que: “los clínicos deben considerar las percepciones de los pacientes y las preferencias, así como la influencia que cada terapia puede tener en su calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo” (66).

Acerca de la importancia del balance costo-beneficio es obligación de los clínicos informar a los pacientes sobre todas las alternativas posibles y razonables, sobre los riesgos y beneficios, también sobre la disponibilidad de las mismas, en procura del mayor beneficio de éste. Lo que implica balancear factores como: salud sistémica, estilos de vida y salud oral, exigencias estéticas, percepciones de adaptación, posibles complicaciones, riesgos, sobre todo en el caso de implantes (66). Al respecto, no se debe desconocer que: “los implantes evocan dolor e inflamación inducidos por la cirugía, son aproximadamente dos veces más caros que las terapias endodónticas no quirúrgicas, se asocian a mayores intervenciones posteriores al tratamiento y no ofrecen mejores tasas de supervivencia que el diente restaurado y tratado endodónticamente” (14). Por lo cual no se debe desconocer el principio de veracidad desde el inicio del diagnóstico, para garantizar confiabilidad y transparencia en la relación clínica (67).

### **293 Uso de la tecnociencia y riesgos éticos al momento de decidir un plan de tratamiento.**

Sin los aportes de la tecnología, los materiales biocompatibles y la ciencia aplicada, los procedimientos clínicos de ambos tratamientos, en favor de la salud de los pacientes serían inconcebibles. Pero, no todo depende de los apoyos clínicos, para el diagnóstico, el tratamiento o el remplazo, pues sin las destrezas de los profesionales lo técnico sería un riesgo. Aunque, su avance en beneficio de los pacientes, posicione a ambas especialidades no remplace la rectitud y veracidad moral del profesional, sobre todo ahora que emerge el paradigma biológico en el campo de la odontología (68).

En lo que respecta a la implantología, a la experticia tecnocientífica y biológica le incumbe valorar la calidad del hueso y, prever los procesos de oseointegración, además de lo concerniente a la funcionalidad y a la estética, a través de dispositivos de titanio biocompatible con el tejido, la mecánica y la morfología humana. Ambos tratamientos, apoyados en los medios tecnológicos actuales, responden de manera satisfactoria, siempre y cuando se ajusten a las necesidades reales de los pacientes, constatable en el diagnóstico general, en el estudio de los tejidos blandos, variaciones naturales, patologías dentales, condiciones anatómicas y características óseas. De todos modos, las destrezas del profesional posibilitan el mejor desempeño en el uso de las biotecnologías (8).

La pregunta por las destrezas científicas, la competencia profesional y la capacidad de los odontólogos generales para efectuar tratamientos endodónticos y de implantes de ósea integración o, para decidir cuál de los dos es el no maleficiente, en un momento dado, alienta el debate actual, entre estos y los especialistas ya que las estadísticas muestran una relación directa entre fracasos en los anteriores procedimientos y la falta de formación especializada. Sin dejar de reconocer que muchos especialistas incurren en prácticas maleficientes, por consiguiente, en fracasos y, que algunos de estos últimos obedecen a eventos adversos e inevitables.

De todos modos, la pregunta es vigente, sobre todo si se trata de tener en cuenta todos los factores y condicionantes que concurren al decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales, por la misma incertidumbre y complejidad, da la impresión de que este es altamente subjetivo y, que por consiguiente requiere, cada vez más, profesionales especializados competentes, con miras a responder conveniente y de manera realista a las expectativas de los pacientes, a transmitirle la información indispensable para que éste decida con autonomía y responsabilidad informada.

#### **294 Implicaciones éticas de los posibles conflictos de interés.**

La irrupción de la comercialización en la práctica clínica es inevitable (8), de aquí la importancia de la formación crítica y bioética para quienes necesitan salvaguardar la fiducia pública a ellos encomendada (58); sobre todo cuando por asuntos de subsistencia o por condicionamientos del mercado laboral deben combinar el rol profesional con el empresarial o el administrativo, actividades que de suyo no son incompatibles, pero que si amerita tener claro cuando se dan conflicto de intereses entre las mismas, sobre todo para no afectar la confianza pública y el beneficio de los pacientes (FDI,2018). En este sentido, ocultar los riesgos y futuras consecuencias de los tratamientos, para obtener ventajas económicas o responder a expectativas institucionales, atenta contra la confianza pública y el ejercicio responsable de la profesión (35). Razón por la cual la formación ética resulta indispensable, a fin de sortear los dilemas y ponderar lo más conveniente para los pacientes. La complejidad y la concurrencia de diversos intereses al momento de decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes, al cumplimiento de los protocolos, le es indispensable sumar la ponderación costo-efectividad más que el costo-beneficio, el juicio de futilidad, las expectativas del paciente y del condicionamiento contexto social, entre otros factores (35).

Por eso el juicio interdisciplinar, contribuye a dilucidar situaciones inciertas y complejas, la posibilidad de debatir, atenerse a la experiencia, al conocimiento y a los desarrollos de tratamiento más adecuados a las necesidades reales de los pacientes .Recurrir a la complementariedad entre ambos tratamientos, sondear alternativas previas antes de llegar a

procedimientos definitivos como los implantes de oseointegración, alternativas probadas, protocolizadas y asequibles a los pacientes (69) que en su mayoría esperan conservar los dientes; sobre todo, cuando el mercado impone sus propios criterios y, se hace prioritario responder con idoneidad, destrezas y ética a las expectativas de los pacientes (70) y al bien común social (66).

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo General

Caracterizar los dilemas bioéticos que, para los especialistas, tienen ocurrencia al decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Describir los contextos, factores y tendencias que condicionan la toma de decisión entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales.
- Interpretar de manera crítica desde las corrientes bioéticas: principialismo, ética del cuidado y ética deliberativa, los riesgos que surgen en el proceso de decisión entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales.
- Analizar, con base en los riesgos bioéticos identificados, cuáles son los criterios bioéticos a tener en cuenta a la hora de decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales.

### 4. Metodología

La presente investigación cualitativa se inició con un proceso documental inductivo, seguido por el análisis de contenido con apoyo en procesos deductivos para reconocer categorías que posibiliten la “asunción de hallazgos”, debatibles, característicos y comprensibles desde la perspectiva de los dilemas éticos que surgen al momento de decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales de oseointegración. En la primera fase de la investigación se identifica el *universo* documental para revisión bibliográfica bajo los siguientes criterios: artículos indexados en Pubmed y Lilacs, reconocidos por el nivel de evidencia según el índice SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), por su nombre en inglés (Trujillo, 2011). Publicados en el lapso de 1999 a 2019, que traten de asuntos de bioética, especialmente en el campo de la endodoncia y de la implantología, sobre todo en lo atinente a los objetivos de la investigación. Se utilizan como palabras claves para la búsqueda: ética, bioética, endodoncia, implantología dental, éxito en tratamiento, sobrevivencia, costo-beneficio, tratamientos alternativos de endodoncia, idoneidad profesional, fiducia social odontológica, conflicto de intereses entre especialidades, idoneidad profesional odontológica (Figura 1).

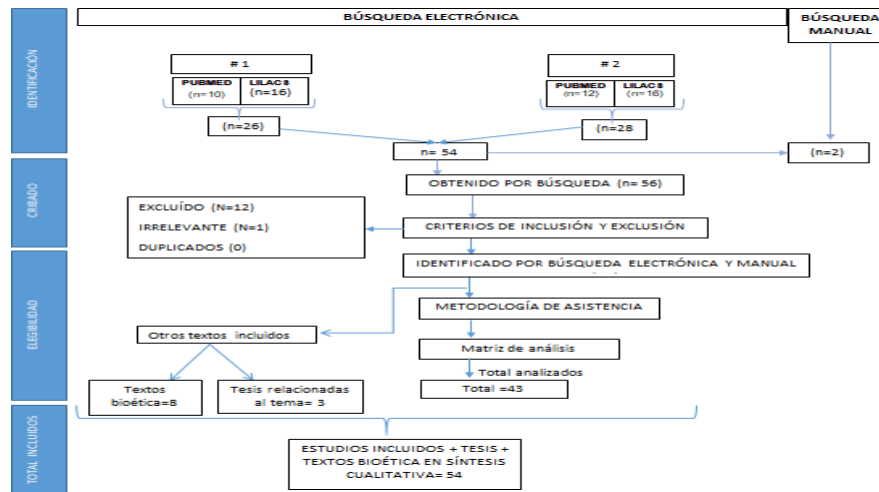


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

#### 4.1 Recolección de la información

##### 4.1.1 Fase de revisión bibliográfica.

Con base en los siguientes criterios de inclusión se efectúa la revisión bibliográfica: (1) artículos de evidencia científica según los criterios del SIGN, indexados en bases de datos como: PubMed y LILACS, publicados en un lapso de 23 años, desde 1996 hasta el año 2019 (Trujillo, 2011); sobre temáticas relacionadas con el influjo de los enfoques de formación de los profesionales en odontología y especialistas en endodoncia e implantología (Tabla 1, Tabla 2, Tabla 3).

Tabla 1. Estrategia de búsqueda de bases de datos. (Hanney, Masaracchio, Liu & Kolber, 2016)

PUBMED	MESH	ITEMS
# 1	(&quot;endodontal&quot;[All Fields] OR &quot;endodontic&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontical&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontically&quot;[AllFields]) OR &quot;endodontics&quot;[MeSH Terms]) OR &quot;endodontics&quot;[All Fields]) AND ((&quot;dental implants&quot;[MeSH Terms] OR (&quot;dental&quot;[All Fields] AND &quot;implants&quot;[All Fields])) OR &quot;dental implants&quot;[All Fields]) AND ((&quot;longevities&quot;[All Fields] OR &quot;longevity&quot;[MeSHTerms]) OR &quot;longevity&quot;[All Fields]).	10

Tabla 1. (Continuación). Estrategia de búsqueda de bases de datos.

PUBMED	MESH	ITEMS
# 2	(&quot;endodonta&quot;[All Fields] OR &quot;endodontic&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontical&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontically&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontics&quot;[MeSH Terms]) OR &quot;endodontics&quot;[AllFields]) AND &quot;dental implants&quot;[All Fields]) AND (&quot;cost-benefit analysis&quot;[MeSHTerms] OR (&quot;cost benefit&quot;[All Fields] AND &quot;analysis&quot;[All Fields])) OR &quot;cost benefit analysis&quot;[All Fields]) OR (&quot;cost&quot;[All Fields] AND &quot;benefit&quot;[All Fields]) AND&quot;analysis&quot;[All Fields])) OR &quot;cost benefit analysis&quot;[All Fields]).	12
LILACS	MESH	ITEMS
#1	(&quot;endodonta&quot;[All Fields] OR &quot;endodontic&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontical&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontically&quot;[All Fields]) OR &quot;endodontics&quot;[MeSH Terms]) OR &quot;endodontics&quot;[AllFields]) AND &quot;dental implants&quot;[All Fields]) AND (&quot;cost-benefit analysis&quot;[MeSHTerms] OR (&quot;cost benefit&quot;[All Fields] AND &quot;analysis&quot;[All Fields])) OR &quot;cost benefit analysis&quot;[All Fields]) OR (&quot;cost&quot;[All Fields] AND &quot;benefit&quot;[All Fields]) AND&quot;analysis&quot;[All Fields])) OR &quot;cost benefit analysis&quot;[All Fields]).	16
#2	endodontics [Words] and dental implants [Words] and not longevity [Words]	16

Nota: Adaptado por las investigadoras.

Tabla 2. *Unidades temáticas o categorías.*

Puntos del Análisis Controversial	Abreviaturas
1. Sobre el origen, tipos y nivel de confiabilidad científica de la información allegada al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o de implantes dentales.	OTI
2. Sobre la veracidad y tipo de la información que el profesional suministra al paciente al momento de decidir entre el tratamiento de endodoncia o de implantes dentales	PEVI
3. En relación con la idoneidad profesional para decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes dentales.	IP
4. Problemas éticos en la relación profesional-paciente al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes dentales	PERPP
5. Problemas tecno científicos al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes dentales.	TC
6. Acerca de posible conflicto de intereses al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes dentales.	CO

Tabla 3: *Ecuaciones de búsqueda de bases de datos. (Moher et al., 2009)*

PUBMED	
#1 ((endodontics) AND dental implants) AND longevity	#2 ((endodontics) AND "dental implants") AND cost benefit analysis"
LILACS	
#1 endodontics [Words] and dental implants [Words] and not longevity [Words]	#2 endodontics [Words] and dental implants [Words] and not cost benefit analysis [Words]

Nota: adaptado por las investigadoras.

Para procesar la información obtenida se utilizó la siguiente matriz de análisis de información (Tabla 4).

Tabla 4: *Instrumento de recolección- Matriz de análisis de artículos.*

Autor año	Título	Objetivo	Población Muestra	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones	Nivel de evidencia

Nota: adaptado por las investigadoras.

La información seleccionada de manera exhaustiva con el apoyo de la presente matriz posibilita reconocer las líneas temáticas, los nodos de interés para la investigación, las cuestiones relevantes para el planteamiento de las preguntas de la encuesta a profesionales (Anexo 1: Formato de entrevista realizada con categorías).

#### 4.1.2 Estructuración de la secuencia de preguntas generadoras.

Las preguntas se elaboran a partir de las cuestiones relevantes, coherentes y en continuidad con los objetivos de la investigación, tal como emergen en la fase de revisión bibliográfica. Además, siguiendo la estrategia de “bola de nieve”, se escogen los participantes en la entrevista, especialistas en endodoncia e implantología dental, periodoncistas, cirujanos maxilofaciales y rehabilitadores, tres mujeres y tres varones, en total seis; con experiencia mínima de tres años en la especialidad, preferiblemente académicos o docentes universitarios, reconocidos por su experticia y que puedan aportar a los objetivos de la investigación.

##### 4.1.2.1 Recolección de la información fase de entrevistas.

Se utilizó para la recolección de la información un modelo de entrevista semiestructurada de pregunta abierta, elaboradas a partir de estudio documental a profundidad o revisión bibliográfica, sobre las tendencias de los dilemas bioéticos que dan cuenta de las tensiones que surgen al elegir entre los tratamientos de endodoncia e implantes dentales. La validación de la estructura lógica y del contenido de las preguntas elaboradas a partir de la revisión bibliográfica, se sustentó en el juicio de dos expertos en bioética y psicología, profesionales externos e independientes del estudio quienes hicieron algunas sugerencias en relación con aspectos

gramaticales, de agrupación y jerarquización de las temáticas relacionadas con las preguntas, sugerencias tenidas en cuenta para la elaboración final de las preguntas. Sometidas de nuevo a la aprobación de estos fueron aceptadas.

#### **4. 1.2.2 Etapas de desarrollo de la investigación cualitativa.**

Se realiza un estudio cualitativo con enfoque en teoría fundamentada, basado en entrevistas semiestructuradas, efectuadas a dos endodoncistas, un cirujano maxilofacial, un cirujano oral, un periodoncista y un rehabilitador oral; escogidos por conveniencia dada su experiencia al menos de 3 años, aportes en el campo de la especialidad y por no hallarse sancionados o haberlo sido por algún tribunal de ética odontológica. En total seis (6) entrevistas, de pregunta abierta, a especialistas que han efectuado alguno de los dos tratamientos y, cuyos especialidades son o están relacionadas con dichos campos, tres (3) mujeres y tres (3), allegados por la técnica de “bola de nieve”, con una edad promedio de 44 años, se verificó que cumplieran con todos los criterios de inclusión. (Ver anexo 2. Cuadros de resumen resultados).

Se establece comunicación con cada uno de los especialistas seleccionados a través de teléfono de contacto, se acuerda el día, hora y sitio de encuentro, se explica el propósito, los términos de confidencialidad, protección de datos y del consentimiento informado. En algunos casos los entrevistados solicitaron revisar previamente el cuestionario (el cual fue mostrado sin ningún tipo de enunciado que pudiera generar en el encuestado un condicionamiento en su respuesta), se le explica el diseño y objetivo del estudio a realizar y ellos autorizan ser grabados en audio. Se efectúa, la misma bajo las normas actuales de protección de los datos y la privacidad de los participantes, Ley 1581/2012, a quienes se les solicita permiso previo para grabar la entrevista. Se hace la transcripción y con apoyo en software *Atlas.ti*, el procesamiento y almacenamiento de la información. Después de obtener la autorización escrita, se procede a realizar la entrevista, hecha por uno de los investigadores principales. (Ver anexo 1: formato de entrevista).

#### **4. 1.2.3 Procesamiento de la información.**

La información disponible se organiza de acuerdo con el proceso de “*saturación y asunción de hallazgos*”, bajo el criterio de coherencia, continuidad de los datos obtenidos, segmentación, agrupamiento, emergencia de categorías, interrelación de éstas las categorías axiales, reducción y condensación.

Las transcripciones de las entrevistas, el análisis de los datos y la definición de los nodos, fueron realizados por un evaluador externo a la investigación, para evitar sesgos. Una vez hecha la transcripción de las entrevistas y definidos los códigos de los “nodos”, por mutuo acuerdo, según la identificación previa de unidades temáticas identificadas, descritas y relacionadas entre sí según el contenido los artículos especializados previamente El análisis de la información se efectúa a través del programa Atlas Ti, (Tabla 5).



Tabla 5. *Análisis de cada categoría con sus códigos con Atlas ti.*

Categoría	Códigos (Tópicos temáticos)
Confiabilidad de la información, (OTI)	Fuentes Acceso Veracidad
Información dada al paciente, (PEVI)	Dilemas del profesional frente al tratamiento Solución dilemas Información suministrada al paciente Factores de éxito de los tratamientos
Idoneidad para decidir, (IP)	Satisfacción del profesional Consulta interdisciplinar Especialidad interconsulta
Tecno-científico (TC)	Tecnología y biocompatibles
Problemas éticos (PERPP)	Plan de tratamiento Competencias
Conflictos de intereses, (CI)	Dilemas éticos Como evitar CI

Nota: adaptado por las investigadoras.

## 5. Resultados

Del análisis de hallazgos de contenidos se recogen las siguientes categorías con sus respectivos códigos.

### 5.1 Confidencialidad de la información

Los códigos correspondientes a esta categoría tienen que ver con las fuentes, el acceso y la veracidad de la información indispensable para garantizar el juicio ético al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o implantes dentales de oseointegración.

#### 5.1.1 Fuentes de actualización, acceso a la información y frecuencia.

A pesar de que los entrevistados reiteren su interés en actualizarse de manera constante sobre todo en el campo de su especialidad, esto de por sí mismo no es suficiente para informar al paciente y cualificar la práctica, ya que la información engañosa abunda, sobre todo en el campo que nos ocupa (56). Por ejemplo, en el caso de los implantes se tiene la idea de que éstos son para siempre y, esto no es verdad, pues la tasa anual de fracasos es alta (15); sobre todo por la superposición de factores sistémicos, biológico y tecnocientíficos, lo que debería informarse a todo paciente al momento de decidir, para no incurrir en maleficencia. Por consiguiente, para un profesional no es suficiente con mantenerse actualizados, si la actitud no es crítica y autónoma, pues la mayoría de la información suministrada se base en metodologías observacionales que no gozan de la confiabilidad experimental (4), el principio de justicia entra abogar, en cuanto a la responsabilidad que tiene cada profesional de basar sus criterios clínicos, científicos y éticos en evidencia científica veraz y actualizada. La frecuencia de su actualización es un punto clave en el ejercicio de una práctica clínica justa, puesto que los avances en las áreas son eminentes y

constantes. En este estudio todos los especialistas refieren actualización permanente, oscilan entre una vez por semana y 3 veces al año.

### **5.1.2 Veracidad de la información consultada.**

En general todos los especialistas dudan de la verdad de la información consultada, así sean artículos científicos indexados, y mucho más si son estudios patrocinados o suministrados por casas comerciales. Dentro de los criterios de evaluación que los hace dudar son si tienen una muestra muy pequeña (D1), hay cierto recelo a los documentos de internet en general (D6); en particular uno de los profesionales no duda de la publicación como tal sino del autor que publica solo éxitos, refiere que cuestiona por qué no publican los fracasos ya que de ellos también se aprende (D4). En general todos los especialistas afirman que hacen lecturas críticas y cuestionan la información que consultan. Solo una especialista afirma que si el artículo es indexado confía más, (D6).

Con respecto a las dudas sobre la verdad de la información consultada de parte de la mayoría de los especialistas entrevistados el consejo de (Torabinejad et al., 2007), es implementar estándares de confiabilidad científica de los artículos en endodoncia e implantes, sobre en relación con la investigación clínica de pronósticos inciertos (Esposito et al., 2017). La información acerca del dilema ético que nos ocupa no fue tocada de manera explícita, a pesar de que los entrevistados se desempeñan en estos campos y que dicen leer de manera constante y crítica.

## **5.2 Información transmitida al paciente**

Los códigos correspondientes a ésta categoría se enfocan sobre la información transmitida a los pacientes en relación con los dilemas éticos del profesional entorno al éxito y sobrevivencia de los tratamientos, la conveniencia o no conveniencia de la extracción y los múltiples factores que condicionan el éxito del tratamiento, entre otros. La solución de dichos dilemas.

### **5.2.1 Salvar un diente con endodoncia o extraerlo y realizar implante, dilemas del profesional frente al tratamiento y solución del dilema.**

Aunque, para los entrevistados la prioridad profesional es la conservación de los dientes naturales por su funcionalidad e íntima relación biológica con los tejidos circundantes, afirman que en algún momento de su ejercicio clínico han sentido incertidumbre al sugerir a sus pacientes preservar un diente a partir del tratamiento de endodoncia o extraerlo para remplazarlo por implantes dentales, pues hay estadísticas que expresan la insatisfacción de los pacientes frente a ambos tratamientos, aunque el índice de satisfacción también sea destacable (66). Situación en la cual la ponderación entre beneficencia, maleficencia y autonomía se hace imprescindible, así como el balance costo-efectividad, costo-beneficio, no sobra subrayar la necesidad de idoneidad y experticia para lograrlo a satisfacción. Sin embargo, el mayor dilema es cuando se preguntan qué es lo más conveniente para determinado paciente según su estado de salud, condición de los tejidos y el costo- beneficio. Solo un especialista considera importante: “el nivel psicosocial y cultural del paciente, sumado al presupuesto, afirma que estos factores le generan dilemas al plantear un plan de tratamiento” (D2). Otros juzgan que: “cumplir las

expectativas con las que a veces llega el paciente es riesgoso porque se pueden incurrir en prácticas inadecuadas, sin embargo, se vuelve un dilema las expectativas del paciente,” (D3). Otros expresaron que cuando la decisión no es tan evidente requieren apoyo de otros especialistas: “es mejor consultar a tiempo antes de llevar a cabo un tratamiento, de esta manera determinar el mejor pronóstico del tratamiento a largo plazo” (D4 y D5); “la parte económica configura la mayor dificultad a la hora de sugerir a un paciente realizar o no un tratamiento”, (D6). Pero sobre todo hacen énfasis en la interconsulta entre varias especialidades para prever el éxito y solucionar dichos dilemas.

### **5.2.2 Sobre los dilemas que se presentan entorno a la información transmitida al paciente.**

Los entrevistados manifiestan que son explícitos en sus explicaciones sobre el tratamiento a efectuar: riesgos, beneficios, complicaciones, posibles eventos adversos y las diferentes opciones de tratamiento que hay para cada caso. Algunos inclusive se sirven de dummies ilustrativos (D4) y dibujos (D6), para cerciorarse de que el paciente entienda la información suministrada. Uno en particular menciona: “que aparte de contarle a sus pacientes como va a realizar el procedimiento, le habla de los materiales y le sugiere cual es el tratamiento más adecuado según su condición económica”, (D2). Otro hace énfasis en los “índices de éxito y fracaso de los tratamientos y según el diagnóstico y pronóstico que a largo plazo tiene el diente o la zona a tratar”, (D5). Una de las profesionales “enfoca la información dada al paciente a que este conserve lo propio”, (D3). En general todos manifiestan que el objetivo principal es suministrar una orientación al paciente con información veraz.

El común de los pacientes no entiende el lenguaje especializado de la odontología, lo que implica que la información debe hacerse comprensible en provecho de la decisión autónoma (D2). Por eso explicar detalladamente procedimientos, riesgos, complicaciones y beneficios, además de ser cauteloso, fortalece la confianza y la acción de cuidado. No es suficiente con informar, en función del consentimiento informado como documento, poco a poco hay que encaminarse al diálogo a la deliberación sobre alternativas de tratamiento. Proceso educativo congruente con la realidad del diagnóstico y las posibilidades futuras de éxito (64).

### **5.2.3 Factores de éxito de los tratamientos.**

Los entrevistados estuvieron de acuerdo que entre los factores relacionados con el éxito del tratamiento los que tienen que ver con el paciente adquieren importancia preponderante: el estado sistémico del paciente, estilos de vida saludable como el autocuidado, la dieta y hábitos como fumar y la higiene oral. Solo un profesional tuvo en cuenta los factores relacionados con la práctica clínica: la asepsia durante el procedimiento, las técnicas usadas, el uso de materiales y magnificadores que ayuden a que el resultado sea exitoso (D6).

## **5.3 Idoneidad del profesional para mediar la decisión**

En cuanto a la idoneidad del profesional para mediar la decisión entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales sobresalen los *códigos* relacionados con la satisfacción, la interconsulta en la propia especialidad y la consulta interdisciplinaria. La incertidumbre hace parte de la toma de decisiones entre endodoncia e implantes de óseo integración, el propósito es reducirla hasta hacerla racional y éticamente manejable, empeño loguable solo con el ejercicio idóneo del profesional (21).

### **5.3.1 Satisfacción del profesional con el tratamiento realizado.**

Al respecto, las respuestas fueron disímiles, pero hubo coincidencia según la especialidad de los entrevistados. “Para los endodoncistas la satisfacción del tratamiento está dado por la ausencia o resolución de la sintomatología”. Para los cirujanos, cuando el implante logra la osteointegración primaria. Solo la periodoncista indicó estar satisfecha cuando encuentra “en las citas de seguimiento que todo está en condiciones adecuadas”. También, genera satisfacción: “Evaluación adecuada previa del paciente para que se den resultados esperados” (D1, D2) “Ausencia de síntomas” (D5 D6). “Cuando en citas de mantenimiento se encuentra en adecuadas condiciones” (D3). “Cuando en el momento de estar realizando el tratamiento sé que se están cumpliendo con todas las condiciones clínicas que me indican que se logró osteointegración primaria” (D1, D4).

### **5.3.2 Consultas interdisciplinarias y especialidades de mayor interconsulta.**

Los participantes en general realizan interconsultas y coinciden en la importancia de la interdisciplinariedad para el tratamiento exitoso. Entre las especialidades más consultadas esta la endodoncia y la periodoncia seguidas de la rehabilitación y del implante. Al parecer el éxito de los tratamientos, también apunta a la interdisciplinariedad, tendencia apoyada en la dinámica dialógica, entre profesionales de diferentes áreas odontológicas y entre profesionales- paciente. Otros entrevistados consideran que cumplir las expectativas del paciente a veces implica riesgos, porque se puede incurrir en prácticas inadecuadas, (D3).

Ahora, se cuenta con modelos de decisiones centrados en la responsabilidad compartida clínico-paciente y en la dinámica dialógica, información, interpretación contextual, que de no ser crítica incrementaría el paternalismo (65). Lo que conduce a desnaturalizar el proceso dialógico en el que se concreta la autonomía del paciente (56) y por el cual debería garantizársele el abordaje de decisiones basadas en lo biológico, integral, contextual e interdisciplinar (16). Exigencias que se olvidan fácilmente cuando apremia el afán rentista (17) o el desconocimiento de alternativas de tratamiento menos invasivas (8). El aprendizaje profesional en contexto requiere de diálogo interdisciplinario y, a través de la interconsulta: el análisis puede alcanzar mayor profundidad, los resultados se pueden alcanzar con mayor probabilidad y las revisiones clínicas adquieren mayor sistematicidad (56).

## **5.4 Tecnocientífico**

Los códigos relacionados con esta categoría tienen que ver con el condicionamiento que la biocompatibilidad de materiales y los desarrollos tecnocientíficos ejercen sobre los profesionales al momento de decidir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales.

- **Avances tecnológicos y en biomateriales.**

Los entrevistados están de acuerdo en que las nuevas tecnologías están para obtener el éxito del tratamiento. Dato curioso observado en el análisis de estas entrevistas es que la mayoría están de acuerdo en que la endodoncia ha presentado mayores avances tecnológicos y de biomateriales contribuyen con porcentajes más altos de éxito. Pues, a los desarrollos tecno-

médicos y de materiales de biocompatibles, tanto como al avance en los procedimientos clínicos y biológicos se debe, en buena parte, el adelanto en endodoncia e implantología. Desde interpretar radiografías, hasta regenerar tejidos en beneficio de los pacientes es viable por los aportes científicos (68), también en el caso de la funcionalidad, la morfología y la estética (71). El conocimiento de la complejidad de los factores biológicos (8), desempeñarse con suficiencia en los procedimientos clínicos (22), incluye conocimiento y destreza en lo tecno-científico (Kim & Solomon, 2011), posibilitan el desempeño idóneo, congruente con la realidad de los pacientes y beneficio de éstos (8).

### **5.5. Problemas éticos de trato al paciente**

Aunque, en el proceso de asunción de hallazgos, todas las anteriores categorías y códigos correspondientes, buscan identificar dilemas éticos, en este aparte se puntualiza en los relacionados con el plan de tratamiento, la competencia entre especialidades, las expectativas del paciente, el manejo de protocolos de atención y la oferta de alternativas de tratamiento, entre otros códigos.

Los entrevistados coinciden en que ajustar las prácticas a lo exigido por los protocolos de atención, además de requisito ético y legal, salvaguarda la fiducia social de la profesión odontológica y pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía (64). Pues, se propende por prácticas seguras, proyectadas según el costo-efectividad y avaladas de acuerdo con el costo-beneficio, en las cuales el paciente participa de manera informada y responsable, mediante educación previa dosificada, precisa, realista y argumentada (56), evitando de todos modos coaccionar, manipular o persuadir, actitudes que atentan contra la autonomía del paciente.

#### **5.5.1 Acerca de la estructuración del plan de tratamiento.**

Todos los aspectos son importantes al momento de garantizar la no maleficencia, la autonomía, la justicia y el mayor beneficio de los pacientes, tanto las expectativas de éstos, los protocolos, como las alternativas de tratamiento suman, en el momento de decidir en endodoncia y tratamiento de implantes dentales. Pero, el mayor énfasis lo hacen los entrevistados sobre las expectativas del paciente: “lo que esta espera. Todos coinciden en que hay que informarle y educar al paciente para que este se convenza del tratamiento a efectuar y las cosas salgan bien”. Pero para uno de los especialistas la opinión del paciente no es determinante en el tratamiento que va a realizar. “el paciente viene y expone su problema, yo soy el que sé, él no sabe”. Aunque el profesional refiere que le explica todo y que le interesa que el paciente entienda y consienta el tratamiento a efectuar, no se deja persuadir por el a la hora de realizar determinado tratamiento. El doctor manifiesta que no incurre en prácticas inadecuadas solo porque el paciente le insiste en que quiere realizarse determinado tratamiento, sabiendo él que en un futuro puede traerle consecuencias malas al paciente, “el odontólogo es el que sabe todas las consecuencias de perder una muela, por qué acepta sacársela si el que sabe es él, no el paciente” (D4).

#### **5.5.2 Cómo se percibe la competencia entre endodoncia e implantes dentales.**

La mayoría de los especialistas no perciben que haya competencia entre la endodoncia y la

implantología, consideran que los implantes son la última opción y que la endodoncia siempre va a ser la primera. Consideran que los campos están bien definidos y que por eso no se puede hablar de competencia. Al contrario, un especialista considera que “la competencia es abismal y hostil todo por la plata y el lucro, orientado a la colocación de implantes dentales”, (D3). Otro tocó el tema indicando que, si puede haber competencia ya que los objetivos son diferentes, “endodoncia igual a salvar dientes, mientras los implantes es extraer para reemplazar” (D6). Otro especialista, afirmó que “no considera que haya competencia entre las áreas porque maneja un grupo de trabajo interdisciplinario y complementario, mencionó que puede existir una competencia comercial entre las grandes clínicas que no se guían por bases científicas sino por intereses de rentabilidad (D5).

## **5.6 Conflicto de intereses al momento de decidir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales**

Pero, ¿qué tan evidente es para los entrevistados el conflicto de intereses entre endodoncistas e implantólogos? ¿Qué hacer para evitarlo? A estos dilemas se refieren los códigos correspondientes a la presente categoría.

### **5.6.1 Dilemas éticos.**

En su mayoría los profesionales entrevistados coinciden en que los intereses del mercado acentúan la controversia al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales. Pues los implantes se ofrecen como un tratamiento definitivo (D1). Otro entrevistado afirma que muchos profesionales “facilistas” para evitar problemas jurídicos el implante dental sin dar la oportunidad a las otras opciones de tratamiento, (D3).

### **5.6.2 Cómo evitar el conflicto de intereses.**

A juicio de los entrevistados (D3, D4, D5, D6) la mejor forma de evitar los conflictos de intereses es educando a los profesionales no solo en criterios clínicos, sino también en ética. Al respecto unos de los entrevistados afirman que los principios morales se forman en casa y que la persuasión económica que ejerce el mercado es una forma de “estafa” (D4). Para otro especialista es importante no incurrir en salvar dientes con mal pronóstico que pueden conllevar a múltiples complicaciones y gastos extras para el paciente, de igual forma expresa la importancia de tratar al paciente como si fuera uno mismo, (D1). Por último, el D5 expresa que es indispensable tener claros los conceptos y cuándo hacer o no hacer los tratamientos (D5).

## **6. Discusión**

En cuanto a la frecuencia en la actualización de la información, lo reportado por los entrevistados deja interrogantes, dada las implicaciones de ésta en la atención e instrucción a los pacientes a fin de que decidan con base en información verdadera y reciente. Aunque la función constructiva de la información quede suspendida como hipótesis “mientras el profesional no la someta a juicio crítico y comparativo”, lo que tiene que ver con la *rectitud ética de éste* en cuanto a fiducia social y no solo a una confirmación tecnológica o científica (33). No se trata solo de cualificar la experticia sino de ser veraz ante sí mismo, como profesional confiable (56) y

de aportar las razones suficientes para la deliberación ética: ¿Cuál de los tratamientos presenta el mayor índice de fracasos y a raíz de cuáles factores?, por ejemplo (57). Lo que supondría ponderar lo benéfico del tratamiento en el tiempo, el costo efectividad y no solo el costo beneficio, más allá del conflicto de intereses (15).

El hecho de contar con una información científica verdadera, no exime al profesional de someterla al juicio crítico multidisciplinar y de su experiencia, al contexto del paciente y a las normas vigentes en el campo de su práctica, lo que requiere tiempo, casi siempre consumido en asuntos burocráticos que análoga eticidad con estándares de calidad administrativa (57).

Al respecto, ¿qué hacen los especialistas que dudan de la verdad de la información para suplir éste vacío? Ninguno lo reportó. ¿Si la información no confiable desvía el juicio ético de su propósito que es la beneficencia y la no maleficencia, cómo se suple el vacío moral sin caer en el cientificismo o en un mero procedimiento formal? (33). No es suficiente hacer lo que hace (57), al implementar estándares de confiabilidad científica de los artículos en endodoncia e implantes, como lo hace ver (61).

En la presente investigación algunos de los entrevistados dan respuesta a los anteriores interrogantes adoptando por su propia cuenta criterios para valorar la verdad de la información que consultan: “tamaño de la muestra de estudio (D1), medio por el cual se obtiene el artículo, por ejemplo, si es internet (D6); si es el mismo autor el que se promociona para publicar sus éxitos, y se pregunta en particular uno de los profesionales. por qué no publican los fracasos ya que de ellos también se aprende (D4).

- **Información transmitida a los pacientes. Problemas éticos en la relación profesional-paciente.**

Ante la concurrencia de múltiples factores al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales, pareciera que en la relación odontólogo- paciente se establece una relación informativa, expresada en el consentimiento informado como documento, que poco a poco se encamina a un espacio de diálogo, deliberación, exposición de alternativas y elección, proceso educativo que incluye informar con veracidad, prevenir los riesgos e incrementar las prácticas benéficas y no maleficientes en salud bucal (64).

Salvaguardar la autonomía de lo moral al momento de decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes significa proteger la corrección de las acciones y las normas de acción odontológica, no es solo cuestionar la verdad de la información científica, sino decidir que aporta la información a la acción correcta (33). Lo deseable es que sea a través de la deliberación que se decide, proceso en el cual debe participar el paciente, sin que el debate se centre en los supuestos estadístico-científicos, indispensables de tener en cuenta, aunque primero que todo haya que remitirse a lo deontológico, contextual (33), así se evita que lo deliberativo se convierta en algo formal (64). Para impedir que esto suceda algunos entrevistados echan mano de todo recurso pedagógico que haga comprensible la información transmitida al paciente (D4), (D6) (D2), pues la deliberación interconecta la praxis con los principios y hace posible juzgar con razonabilidad y libertad y ejercer la ética del cuidado, en contextos culturales específicos, también (65).

No es suficiente con tener claridad acerca de la prioridad de prioridades en odontología, en situación de incertidumbre, se hace perentorio ponderar los beneficios y los riesgos a largo plazo y la carga de los costos próximos y remotos (38). Para esto se hace indispensable que el paciente

y el profesional decidan con autonomía informada y razonable (38). Por eso: algunos entrevistados recurren a la atención personalizada indagando sobre el compromiso sistémico y el costo- beneficio; mientras que para otro entrevistado es importante considerar el nivel cultural psicosocial, (D2) otros hallan importante estimar el presupuesto del paciente,(D2) (D6) (66) argumentan que además de lo tecnocientífico en la toma de decisiones entre las alternativas de tratamiento endodóntico o de implantes, se deben considerar factores como: economía, cultura y sociedad.

Al parecer detrás de cierta percepción de incertidumbre, por consiguiente, de cautela y búsqueda de interconsulta para no incurrir en prácticas no benéficas, subyace el paternalismo tradicional en salud (D3) (D4) y (D5), lo que enmascara la pregunta sobre ¿lo que debo hacer? (65).

- **Idoneidad para decidir**

La toma de decisiones en la práctica endodóntica y de implantología es incierta, condicionada por el modelo de salud, por los intereses administrativos, por las expectativas del paciente y por la formación profesional, científica y ética; por eso en la mayoría de los casos la decisión es en alto grado “subjetiva”, así se cuente con protocolos basados en la evidencia y clínicamente válidos. La idoneidad no se restringe a la capacidad de aplicar lo racional instrumental, también tiene que ver con la capacidad de evitar el agravio moral (33). Por eso, es de entender que a la mayoría de entrevistados le satisface, en primera instancia, la resolución de la sintomatología clínicamente deseable, sin embargo, se echa de menos una visión más amplia e integral del acto moral satisfactorio: “Cuando en citas de mantenimiento se encuentra que el paciente está en condiciones adecuadas de recuperación (D3)”.

Por el contrario, cuando el desengaño moral ocurre, contrario a la satisfacción, es porque se ha fallado a la obligación, no solo en el caso específico de un paciente, sino al grupo social al cual este pertenece y a las normas y mandatos vigentes que regulan la práctica odontológica, lo que pone en evidencia su validez moral (33). Nivel de satisfacción que incumbe al cumplimiento de la *fiducia social* profesional. La satisfacción aún se percibe en el plano del desempeño individual, pero no en relación con lo interpersonal general, pues “lo que se le reprocha a quienes infringen las normas de atención clínica y los procedimientos odontológicos es que los conocen en sus contenidos y prohibiciones, conocen lo que deberían hacer” (33), que cita a Strawson, (1974).

La satisfacción es por el deber cumplido, (D1), (D2), (D5) y(D6), tal como lo subraya la academia de oseointegración: “ cualquier profesional odontólogo, general o especialista, puede y debe realizar cualquier procedimiento siempre y cuando cuente con la capacitación y desperdicia adecuada, pues el profesional tiene que tener la capacidad de predecir, reconocer y tratar cualquier complicación que pueda surgir durante y posterior al tratamiento” (AO, 2010),lo cierto, es que por el avance de ambas especialidades, la complejidad de los procedimientos, el aprovechamiento adecuado de la tecnociencia-odontológica: materiales, dispositivos, entre otros, la exigencia de la especialidad se incrementa y, más que incrementarse la competencia por razones internas a las mismas especialidades, ésta surge, sobre todo por los intereses del mercado que irrumpen en el campo de sus prácticas clínicas (15).

Por eso, llama la atención que mientras para algunos no haya percepción de competencia entre ambas especialidades y, que además consideren la endodoncia como la primera opción de



tratamiento, otro, al menos considere que la competencia es “abismal” (D3), pues los objetivos de ambas especialidades son diferentes (D6). Otro especialista, aunque afirmo que no considera que haya competencia entre las áreas porque, el maneja un grupo de trabajo interdisciplinario y complementario y lo que percibe es la injerencia del mercado en las grandes clínicas que no se guían por bases científicas sino por intereses de rentabilidad (D5). Sin embargo, los estudios demuestran que cuando el tratamiento lo efectúa un profesional especializado la expectativa de éxito se incrementa en relación con lo alcanzado por odontólogos generales (27), a pesar de todo los avances, la incertidumbre de la decisión es evidente: “ El tratamiento adecuado para un paciente que es rentable y ofrece el mejor pronóstico a largo plazo puede ser difícil, y la decisión debe basarse en un buen juicio clínico y en la comprensión de los riesgos involucrados con cualquiera de las opciones”(59).

- **Tecnocientífico: tecnología y biomateriales**

Los entrevistados reconocen que sin los aportes de la tecnología, los materiales biocompatibles y la ciencia aplicada a los procedimientos clínicos de ambos tratamientos, el avance disciplinar de estos, en beneficio de los pacientes, sería imposible, porque, además de tener que ver con la permanencia del diente en boca, imposible de prever sin una acertada interpretación radiográfica, percepción de la reparación y regeneración de los tejidos periapicales, le incumben todos los procedimientos por medio de los cuales se estimule la formación de la barrera biológica, esto en el caso de la endodoncia (68). En lo que respecta a la implantología, a la experticia tecnocientífica y biológica le incumbe valorar la calidad del hueso y, prever los procesos de oseointegración, además de lo concerniente a la funcionalidad y a la estética, a través de dispositivos de titanio biocompatible con el tejido, la mecánica y la morfología humana. Los entrevistados están de acuerdo en que ambos tratamientos, apoyados en los medio tecnológicos actuales, responden de manera satisfactoria, siempre y cuando se ajusten a las necesidades reales de los pacientes, cuya valoración general, estudio de los tejidos blandos, variaciones naturales, patologías dentales, condiciones anatómicas y características óseas y destrezas del profesional (Setzer & Kim, 2014), posibilitan el mejor uso de la tecnología (63).

Sin desconocer los aportes de la ciencia y la tecnología a ambos tratamientos, los avances desarrollados por estas pueden correr el riesgo de ser impuestos con el argumento de que son coherentes con la razón experimental, es decir porque son verdaderos, pero sin tener presente si son rectos o acordes con las necesidades reales de los pacientes, las normas vigentes y válidos respecto al bien común en salud (33).

No es suficiente con el conocimiento de la complejidad de los factores biológicos ni con desempeñarse suficientemente en los procedimientos clínicos o en los procedimientos para ponderar el costo efectividad y los costos beneficios de ambos tratamientos (28), estas competencias conforman el modo como la razón instrumental ostenta poder-saber-destreza para imponerse al que no conoce o no tiene poder. Por eso es indispensable, de igual manera, el diálogo moral para comprender que ningún procedimiento en salud es éticamente neutro o políticamente desinteresado y, que verdad científica y rectitud moral deben ser tenidas en cuenta siempre que se trate de dirimir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales de ósea integración (33).

- **Problemas éticos: plan de tratamiento y la percepción de la competencia o rivalidad entre las especialidades pertinentes al dilema endodoncia e implantes dentales.**

Los entrevistados coinciden en que ajustar las prácticas profesionales a lo exigido por los protocolos de atención es un requisito ético al cual se deben atener siempre, también en lo que respecta a alternativas de tratamiento, de esta manera se garantiza la no maleficencia y la autonomía del paciente para decidir. No obstante, dicha práctica se circunscribe en contextos socioculturales particulares, como lo hace notar (64) al insistir que en América Latina la relación clínica apunta a garantizar los principios de justicia y autonomía, a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud odontológica y superar el paternalismo tradicional, palpables en los planes de tratamiento diferenciados por posibilidades económicas y constatables en los consentimientos informados.

Dirimir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes de óseo integración nada tiene que ver en primera instancia con las destrezas tecno- científicas, la experticia o con el ingenio profesional del odontólogo, pues estas se refieren al ¿cómo hacerlo? y, de lo que se trata es del ¿qué debo hacer?, el asunto no solo instrumental, sino, sobre todo de la utilidad del plan de tratamiento en el contexto de la historia de vida del paciente (33).

No obstante, la anterior preocupación se centra para los entrevistados en responder a las expectativas del paciente en cuanto a informarle y educarle, para que, también él se haga responsable del tratamiento. Propósito al que contribuye la ética del cuidado y el enfoque dialógico, en la medida que posibilita acceder a los supuestos y motivaciones del paciente, aunque al final sea el paciente quien tome la decisión definitiva. A pesar, de lo anterior, alguno de los entrevistados relativiza la capacidad del paciente para “determinar el tratamiento que se debe realizar”, pues “después de éste exponer su problema, quien sabe lo que es conveniente es el profesional y, es este último el que decide”. Además, insiste: “no se puede incurrir en prácticas inadecuadas solo por darle gusto al paciente” (D4). Postura respetable, pero que nada tiene que ver con los modelos dialógicos para la toma de decisiones éticas, pues dicha actitud se acentúa la relación asimétrica profesional-paciente, lo que se busca no es seguirle la cuerda al paciente, sino educarlo para la toma de decisiones éticas, en un ambiente de diálogo, no de imposición (23).

Al decir Habermas (33), en el debate moral acerca de qué debo hacer esto en lo que llegamos a un acuerdo, “no es si hacer esto o lo otro”, sino “que esto o lo otro sea lo justo, lo mejor y lo único que puede hacerse”, según el balance costo-efectividad y costo beneficio. Al respecto, no se debe desconocer que: “los implantes evocan dolor e inflamación inducidos por la cirugía, son aproximadamente dos veces más caros que las terapias endodónticas no quirúrgicas, se asocian con mayores intervenciones posteriores al tratamiento y no ofrecen mejores tasas de supervivencia que el diente restaurado tratado endodónticamente” (14). Por lo cual no se debe desconocer el principio de veracidad desde el inicio del diagnóstico, para garantizar confiabilidad y transparencia en la relación clínica (67).

En cuanto a rivalidades entre especialidades los entrevistados no lo perciben así. Constatan la injerencia del mercado en las grandes clínicas que no se guían por bases científicas sino por intereses de rentabilidad (D5). Aunque los estudios demuestran que el tratamiento efectuado por especialista incrementa la expectativa de éxito, los odontólogos generales lo continúan realizando a pesar de los riesgos, la incertidumbre de la decisión es evidente: “El tratamiento adecuado para un paciente que es rentable y ofrecer el mejor pronóstico a largo plazo puede ser

difícil, la decisión debe basarse en un buen juicio clínico y en la comprensión de los riesgos involucrados con cualquiera de las opciones” (59, 27).

- **Conflicto de intereses**

Los entrevistados coinciden en que lo económico es el único conflicto de intereses, algunas veces presente en el dilema endodoncia o implantes dentales. Pero, no reconocen que detrás del posible conflicto económico subyace la capacidad del profesional para recomendar, sugerir y orientar, formas sutiles de la acción comunicativa obligadora, del paternalismo disfrazado de obsequioso. Indispensable, entonces la deliberación razonable y sincera sobre lo que realmente necesita el paciente y lo que el profesional le puede ofrecer con el propósito de que se actúe en congruencia, con rectitud y verdad argumentada, sin falsas promesas o medias verdades, respecto a las alternativas de tratamiento, cuando sean viables o, de los riesgos cuando sean previsibles (33).

Por eso la necesidad de que la ética crítica forme parte de la formación integral de los futuros profesionales durante el transcurso de toda su carrera, el conflicto de interés es omnipresente en la sociedad de consumo actual (Setzer & Kim, 2014), las estrategias de venta de las casas comerciales lo ponen de manifiesto (Popelut et al., 2010). Para la mayoría de los participantes en la investigación, el conflicto de intereses lo acentúa el mercado de implantes, pues se ofrece como un tratamiento definitivo (D1). A lo cual otro especialista entrevistado agrega que, el facilismo de algunos profesionales y la odontología a la defensiva, les empuja a sugerir el implante de ósea integración sin informarle al paciente las posibles alternativas previas al implante (D3), lo que pone en desventaja la confianza pública y, oculta los intereses de parte del clínico, sin que haya una declaración previa de los mismos (FDI, 2018). Sin embargo, el punto más cuestionable tiene que con el ocultamiento de los riesgos de ambos tratamientos y posibles costos futuros, tal como lo mencionan algunos de los entrevistados, en coincidencia con lo que afirma (35).

Por eso la alternativa en la que concuerdan la mayoría de los entrevistados (D3, D4, D5, D6), para prevenir y evitar el conflicto de intereses es la formación ética, además de la científica, clínica y práctica: las diferencias diagnósticas y contraindicaciones entre ambos tratamientos, los procedimientos y los riesgos futuros son claros para el profesional bien formado (57).

Pero, a pesar de la existencia de protocolos, el influjo económico persuasivo de las casas dentales, puede inducir a decisiones parecidas a la estafa (D4), tal como lo ponen de manifiesto (35), al considerar que: “a pesar de la información disponible y bien fundamentada que respalda el tratamiento endodóntico como primera opción, con sus alternativas de restauración, hay profesionales que recomiendan sin más consideración el tratamiento de implantes, sin previsibilidad de riesgos y de costos a largo plazo”. Por consiguiente, para evitar que esto suceda y “no incurrir en salvar dientes con mal pronóstico que pueden conllevar a múltiples complicaciones y gastos extras para el paciente (D1), lo recomendable es sustentar el “ejercicio clínico en la interdisciplinariedad odontológica, según el compromiso biológico, en beneficio de la salud integral del paciente” (57).

De hecho la importancia de la evaluación endodóntica está sustentada, así lo que se busque sea la ganancia económica del implante, pues de no hacerlo a tiempo, se incurriría en gastos posteriores, por ejemplo para minimizar el riesgo de periimplantitis retrograda “la importancia de

una evaluación endodóntica adecuada de los dientes adyacentes al lugar del implante antes de la colocación es de suma importancia para minimizar el riesgo de desarrollar periimplantitis retrograda,” de etiología aún desconocida; de esta forma si hay dientes involucrados endodónticamente, entonces la terapia endodóntica es necesaria para resolver la patología, siendo este un ejemplo fehaciente de complementariedad de las áreas y a su vez una justificación de integralidad del profesional (72). En definitiva, la regla de oro de la ética, “hacer con los otros lo que uno espera que hagan con uno mismo (D1), sigue vigente en este campo, para lo cual la actualización de protocolos de tratamiento, de nuevos conceptos y procedimientos se imponen por sus implicaciones éticas (D5). Aunque, de los estudios realizados por las organizaciones internacionales de salud oral se concluya que: “en la práctica clínica, los odontólogos asocian sus preferencias a el nivel profesional con la afinidad por su especialidad, no obstante, como lo subrayan los participantes en esta investigación: “más dentistas prefieren la endodoncia en caso de periodontitis apical que la exodoncia o el implante dental” (69). Pero, por sobre todo, tanto como prevenir el daño, los pacientes esperan la conservación del diente, aunque haya profesionales que no lo consideren así (Clark & Levin,2019), paradoja que hace indispensable la investigación cualitativa de las percepciones psicosociales de los pacientes (66, 57), estudios que aportarán más información acerca de los contenidos de la idoneidad y destreza de los profesionales esperada por los pacientes, en cuanto a la capacidad de éstos para resolver conflictos bioéticos (70), sobre todo en el momento actual, en el que se acentúa el condicionamiento institucional y del mercado (8), factores que pesan en el balance costo-beneficio, al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes dentales (11).

La valoración que los entrevistados hacen en relación con el uso de tecnologías y materiales biocompatibles tiene que ver con la optimización del tiempo, el logro del éxito, según la ponderación costo-efectividad en el tiempo, es decir costos no monetarios de supervivencia de implantes y de éxito del tratamiento endodóntico y, costo-beneficio, en términos monetarios de menor valor de la endodoncia y mayor inversión en los implantes. De acuerdo con los siguientes criterios de ponderación: cuál de los dos tratamientos es menos costoso e igual de efectivo, cuál de los dos tratamientos es más efectivo y más costoso o cuál de los dos tratamientos es menos efectivo y menos costoso.

- **Las categorías analizadas desde el principlialismo.**

En los hallazgos anteriores también se hace énfasis en los aportes que emergen desde el enfoque principlialista, pero sobre todo desde la ética del cuidado y la deliberación. En este apartado se retoman las categorías analizadas desde el sistema principlialista valores, dada su tradición en la formación de los profesionales en odontología, su énfasis en la normativa vigente y su influjo en los protocolos y procedimientos de atención en endodoncia e implantología.

- **Categorías analizadas desde la autonomía y la beneficencia.**

Los profesionales que participan en el presente estudio subrayan que, al estructurar sus planes de tratamiento, “suministran al paciente toda la información sobre las alternativas posibles, riesgos, beneficios y complicaciones. Además, algunos, compartieron los medios como lo hacen para alcanzar claridad y consenso” (37), de esta manera el paciente se apropia de elementos de juicio para decidir. No obstante, en un caso en particular, el entrevistado disiente de lo anterior, al afirmar que: “aunque es muy explícito en las opciones de tratamiento riesgos y beneficios que expone al paciente, no permite que éste decida con respecto al tratamiento que él va a efectuar”, porque : “soy más de la vieja guardia donde el especialista tenía la razón y el paciente poco podía

opinar, entonces, yo soy de los que piensa que el paciente viene y expone su problema, yo soy el que sé, él no sabe”, (2:27 (13602:13807) - D 2: Entrevista 4 ) y, además agrega que, “yo creo que uno hace las cosas objetivamente basándose en soportes científicos, por eso hay que mantenerse leyendo y explicándole al paciente, pero no permitiendo que él decida con respecto a mi tratamiento, él puede opinar me sirve no me sirve, este, qué opciones tengo y probablemente negociar su tarifa”, (2:28 (14840:15143) - D 2: Entrevista 4).

Las razones que el profesional entrevistado esboza para actuar así son las siguientes: “el que sabe es usted, el perito es usted, el paciente no tiene porqué saberlo, usted no puede hacer lo que el paciente le diga que le haga y por eso él le pone el ejemplo: mal haría el médico que el paciente le consulte porque le duele un dedo y quiere quitárselo y que el médico se lo ampute, el paciente no sabe cierto cómo va a funcionar sin un dedo, pero el médico si entonces porque viene y se lo quita, igual sucede con el odontólogo el paciente no sabe, me está doliendo, sáquemelo, el odontólogo es el que sabe todas las consecuencias de perder una muela, por qué acepta sacárselo si el que sabe es él, no el paciente”, 2:28 (14840:15143) - D 2: Entrevista 4).

De igual manera, al confrontar los criterios correspondientes al principio de autonomía, aludidos en el marco teórico de la presente investigación, desde el criterio de profesionalidad de la práctica, los entrevistados buscan el mayor beneficio para el paciente, pero salvaguardando el rol de autoridad-informada, que al final decide, porque: la complejidad así lo demanda: “Porque hay que ver costo, hay que ver realmente condiciones clínicas que puedan permitir, pero siempre voy a lo que realmente sea lo mejor para el paciente”, (2:6 (2223:2377)- D 2: Entrevista 1); no obstante, a quien después de transmitir la información, espera que conocidos los costos-beneficios, decida el paciente, (D 3: entrevista 2), asunto con el cual está de acuerdo (D 4: entrevista 6); sobre todo, cuando después de intentar salvar el diente no se puede hacer más (D 4: entrevista 6) o, porque, aunque el paciente conoce debidamente de los riesgos, insiste en el tratamiento menos recomendable: “se le explica al paciente las dos posibilidades y cuál puede tener mayor previsibilidad en el tiempo y de acuerdo con eso se toma la decisión, por ejemplo el paciente prefiere tratar de salvar su diente sabiendo que de pronto no va a tener tanto éxito igual se hace bajo esa premisa”, (D 3: Entrevista 5), para evitar semejantes impases se hace perentorio desde el inicio saber que quiere el paciente, (3:22 (9329:9618) - D 3: Entrevista 5), pero, por sobre todo prima el bienestar del paciente: “Prefiero, si se puede haber otro tipo de tratamiento y el paciente puede evitar de pronto someterse a ciertas cirugías pues que lo haga, es el bienestar del paciente primero que todo”, (D 2: entrevista 1). Aun así, el peso de lo que decida el paciente prima sobre cualquier otra alternativa: “Yo al final después de mil intentos de hablar y decirle al paciente y explicarle, yo, yo hago lo que quiera el paciente”, (4:26 (10542:10665) - D 4: Entrevista 6).

De manera semejante, en relación con el criterio de individualización y personalización de la información, en su mayoría los profesionales entrevistados subrayan que en cuanto a información se esfuerzan para que esta sea clara, diferenciada, detallada y asimilable de manera racional, sobre todo en lo concerniente a opciones de tratamiento, de ningún modo ocultan información., así lo expresan: “uno debe ser supremamente claro en todo lo que va a suceder durante la cirugía antes de la cirugía y posterior a la cirugía”, (2:10 (3048:3170) - D 2: Entrevista) y, en el mismo sentido: “al paciente se le deben presentar diferentes planes de tratamiento, también se debe socializar sobre sus pros y sus contras en cada tratamiento, y así cada paciente según su condición económica él mismo decidirá”, (3:7 (2703:3028) - D 3: Entrevista 2) y, sobre la necesidad de individualizar y personalizar la consulta haciendo la

educativa, el siguiente aporte es aleccionador: “primero los educó, les explico, cuál es su situación y que tomen la decisión, pero primero mi responsabilidad moral es contarles la verdad”, (4:23 (7835:7975)-D4:Entrevista3). Coinciden varios de los entrevistados en “cantidad” de información que se debe aportar al paciente, pero ninguno puntualizó sobre la “calidad” de la misma: “Para cualquier cosa siempre el paciente debe tener la mayor cantidad de información posible, nunca le sobra”, (2:14 (5714:5844) - D 2: Entrevista 4), también: “Cuando tú le das todas las herramientas necesarias al paciente para que él tenga toda la información necesaria ahí ya es que el paciente decida o que uno decida cuál es mejor”, (4:13 (4148:4365) - D 4: Entrevista 6). Pues, es el criterio del mayor beneficio el que mueve a que le informe cuanto sea indispensable para la decisión de este, al decir de Gerald Dorkin, de lo que debería dar cuenta el consentimiento informado.

Sin embargo, el dilema no está en la cantidad de información que debe ser revelada sino en lo que los profesionales deben hacer con ella para ayudar a la toma de decisiones informadas. Si nos basamos en lo que los profesionales exponen y en lo que una persona razonable considera necesario, se corre el riesgo de no revelar todo o parte de la información importante para el paciente que toma la decisión (38). Por eso, cuando la información se hace inteligible se le acercar a quien toma la decisión: “le doy la explicación para que él entienda de primera mano que es un implante, tengo hasta unos dummies, que le muestro y que él puede observar por todos lados para que tenga la experiencia directa en qué consiste un implante y le explico en qué consiste el procedimiento y los tiempos de recuperación y el manejo posterior”, (5:9 (3038:3360) - D5: Entrevista 4). Teniendo en cuenta que las decisiones bien informadas, reportan satisfacción al profesional, en la medida en la cual desde la especialidad se acierta y satisface la búsqueda de bienestar del paciente, a pesar de los contratiempos y tensiones que esto conlleve, resultados que no solo hablan de la idoneidad, sino también de la capacidad para detectar el conflicto de intereses dentro en la misma información a la cual accede.

Son muchos los componentes de la percepción de satisfacción, no solo valorar la propia idoneidad y competencia para informar, también acertar “el tratamiento del dolor o en la lectura radiográfica, (3:12 (4628:4853) - D 3: Entrevista 5), “en el tratamiento endodóntico realizados, (3:13 (5196:5435) - D 3: Entrevista 5), “cuando se reducen los costos y se procuran los beneficios”, (4:7 (2656:2726) - D 4: Entrevista 3), a pesar de las limitaciones económicas de los pacientes, (3:26 (7574:7835) - D 3: Entrevista 2).

- **Categorías analizadas desde la justicia y no maleficencia.**

Aparte de considerar prioritario la conservación de los dientes naturales, funcionales, biológicos y sus tejidos circundantes, los entrevistados, manifiestan que su mayor conflicto se presenta al preguntarse por lo más conveniente en cada uno de los casos, no solo en relación con el diagnóstico y pronóstico, sino también en cuanto al costo-beneficio y la condición sociocultural de los pacientes. Uno de los especialistas entrevistados subraya la importancia que para él tiene detectar los dilemas que se generan desde el nivel psico-sociocultural del paciente (D2). No obstante, para otros lo recomendable es la cautela ante las expectativas con las cuales llega el paciente a fin de no incurrir en prácticas desaconsejables (D3). Ante situaciones tan complejas otros recomiendan apoyarse en la interconsulta, alternativa que pone de manifiesto la idoneidad del profesional: “Por más que yo tenga los conocimientos y pueda decir solamente yo necesito un manejo interdisciplinario para que todo funcione lo mejor posible” (2:18 (7049:7194) - D 2: Entrevista 1) y, proyecta el tratamiento a largo plazo (D4 y D5), dado que la decisión se

complejiza más cuando se considera lo económico (D6). Si se tiene en cuenta que la cobertura del sistema de salud estatal incluye el tratamiento endodóntico, pero no la rehabilitación ni el implante, el asunto de los costos apremia a que el paciente opte por la extracción, influido de alguna manera por la cobertura del sistema.

Aspecto que modifica el proceso de ponderación y el balance costo beneficio, sobre todo en el campo de la atención pública en salud oral, de todos modos y para todas las personas “las obligaciones utilitaristas en justicia son correlativas a los derechos de los individuos, garantizables por el consenso social y por ley al promover la máxima utilidad en cuanto suma de la utilidad en cada circunstancia”. Principio utilitarista despreocupado de la distribución justa en cada caso y a lo largo del ciclo de vida (38).

En relación con la garantía de no maleficencia, uno de los especialistas considera que el “facilismo en la extracción e implantes dentales” (D3), para evitar los tratamientos previos costos y prolongados, además de poner en evidencia la falta de recursos de la mayoría del pueblo colombiano, tiene que ver con el hecho de que muy pocos profesionales cuentan con los recursos suficientes para invertir en tecnología de punta, microscopios y láser, aunque éstas y los biomateriales han consolidado la endodoncia y sus alternativas de tratamiento como procedimientos altamente confiables, si los diagnósticos se efectúan a tiempo: para adecuarse a los protocolos y “no hacer daño, por sobre todo”, aunque con esto no se viole un derecho.

## 6.1 Conclusiones

- a. En conjunto los entrevistados tiene en cuenta la multifactorialidad al momento de informar al paciente para decidir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales, pero ninguno se refiere a un protocolo dialógico con el paciente o aun consentimiento informado que indague por la multifactorial.
- b. Los entrevistados hacen énfasis en informar sobre todo desde lo tecno-científico, costo beneficio, éxito y fracaso, pero algunos pocos realmente interactúan de manera dialógica en la toma de decisiones.
- c. El paternalismo configura de manera tal “la auto-comprensión de la identidad profesional odontológica”, que parece no dejar espacio a la autocrítica ni posibilidad a otra alternativa de relación el paciente, paradójicamente en profesionales bien intencionados al formular el plan de tratamiento y al actuar. El esquema de atención saber-poder vs ignorancia-sumisión, impone de entrada un tipo de relaciones asimétricas, que refuerzan lo racional, objetivo y experto a favor del profesional y en detrimento de la autonomía del paciente, aunque la excusa sea la beneficencia del paciente. Lo desconcertante es que, aun así, el profesional requiere de la autonomía del paciente para obtener el consentimiento informado, para lo cual es importante que al paciente se le informe debidamente.
- d. El intento de influir sobre los profesionales, de parte de los pacientes es palpable y, no solo de los profesionales en las decisiones de los pacientes. Aunque, la corriente anti-paternalista insista en que la autonomía reside en el paciente y, que de parte del profesional se espera que evite con los costos excesivos, a disminuir los riesgos y a tener en cuenta las condiciones sociales. Igualmente, resulta imprescindible que el paciente

aprecie los riesgos y beneficios de una u otra alternativa de tratamiento, bien sea como éxito o fracaso, mayores costos futuros o nuevos tratamientos posibles.

- e. La Interdisciplinariedad no es un último recurso, sino un dinamismo que acompaña todo el proceso de decisión entre endodoncia e implantes dentales.
- f. La competencia mercantilista entre las áreas odontológicas será reemplazada por la complementariedad cuando se logren enfoques orientados a mejorar calidad de vida de los pacientes que nos consultan (enfoque dialógico y ética de cuidado), considerando riesgo beneficio y alcances hacia el futuro del tratamiento a efectuar.
- g. Los objetivos de la investigación se han cumplido todos, pero la contundencia de los hallazgos amerita continuar la investigación en los dilemas éticos identificados.



## 7. Referencias Bibliográficas

1. Naranjo, R., Duque, F., Correa, D., y Sanín, L. Evaluación clínica de la oseointegración de implantes con plasma rico en plaquetas y hueso liofilizado en pacientes con pérdida dentoalveolar por trauma en el sector anterior: primera fase 1. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. [en línea]. 2009; 20 (2): 149–160. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v20n2/v20n2a06.pdf>
2. Academy of Osseointegration. Guidelines of the Academy of Osseointegration for the provision of dental implants and associated patient care. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* [en línea]. 2010; 25(3), 620–627. URL disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/4fac/3f61eeddfdb6442ecb2a0f5917ead11ce968.pdf>
3. Iqbal, M. K., & Kim, S. A Review of Factors Influencing Treatment Planning Decisions of Single-tooth Implants versus Preserving Natural Teeth with Nonsurgical Endodontic Therapy. *Journal of Endodontics* [en línea]. 2008; 34(5): 519–529. doi: 10.1016/j.joen.2008.01.002
4. Popelut, A., Valet, F., Fromentin, O., Thomas, A., & Bouchard, P. Relationship between sponsorship and failure rate of dental implants: A systematic approach. *PLoS ONE* [en línea]. 2010; 5(4). doi: 10.1371/journal.pone.0010274
5. Aminoshariae, A., Teich, S., Heima, M., & Kulild, J. C.. The role of insurance and training in dental decision making. *Journal of Endodontics* [en línea]. 2014; 40(8): 1082–1086. doi: 10.1016/j.joen.2014.05.007
6. Kwang, S., Aminoshariae, A., Harding, J., & Mickel, A.. The Critical Time-lapse between Various Restoration Placements and Subsequent Endodontic Intervention. *Journal of*

- Endodontics 2014; 40(12):1922-1926. doi:10.1016/j.joen.2014.08.005
7. Iqbal, M., Kim, S., & Yoon, F. An Investigation Into Differential Diagnosis of Pulp and Periapical Pain: A PennEndo Database Study. *Journal of Endodontics* 2007; 33 (5): 548-551. doi: 10.1016/j.joen.2007.01.006
  8. Setzer, F. C., & Kim, S. Comparison of long-term survival of implants and endodontically treated teeth. *Journal of Dental Research* 2014; 93(1): 19–26. doi: 10.1177/0022034513504782
  9. Ferrer, J.J. Los principios de la bioética. San Juan, Puerto Rico. Cuadernos del programa regional de bioética 1998; 7: 39-52.
  10. Chuang, S. K., Tian, L., Wei, L. J., & Dodson, T. B. Predicting dental implant survival by use of the marginal approach of the semi-parametric survival methods for clustered observations. *Journal of Dental Research* 2002; 81(12): 851–855. doi: 10.1177/154405910208101211
  11. Kim, S. G., & Solomon, C. Cost-effectiveness of Endodontic Molar Retreatment Compared with Fixed Partial Dentures and Single-tooth Implant Alternatives. *Journal of Endodontics* 2011; 37(3): 321–325. doi: 10.1016/j.joen.2010.11.035
  12. Muñoz, X., Nuñez, C., Bustamante, E., y Altermatt, C. Compromiso bioético de los estudiantes durante proceso de enseñanza aprendizaje clínico en odontología. *Acta Bioethica* 2013; 19 (2): 307-313. doi: 10.4067/S1726-569X2013000200016
  13. De Vries, Stanczyk, A., Ryan, K., & Kim, S. A Framework for Assessing the Quality of Democratic Deliberation: Enhancing Deliberation as a Tool for Bioethics. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* 2011: 3-17. doi: 10.1525/jer.2011.6.3.3
  14. Iqbal, M. K., & Kim, S. A Review of Factors Influencing Treatment Planning Decisions of Single-tooth Implants versus Preserving Natural Teeth with Nonsurgical Endodontic Therapy. *Journal of Endodontics* 2008; 34(5): 519–529. doi: 10.1016/j.joen.2008.01.002
  15. Garg, A. & Guez, G. Sponsorship and Dental Implants: Is the Line Between Product Performance and Profit Blurred. *Dental Implantology Update* [en línea]. 2010; 21(12): 89–91. URL disponible en: <https://internationaldentalimplantassociation.com/documents/pdf>
  16. Kwang, S., Aminoshariae, A., Harding, J., & Mickel, A. The Critical Time-lapse between Various Restoration Placements and Subsequent Endodontic Intervention. *Journal of Endodontics* 2014; 40(12): 1922-1926. doi:10.1016/j.joen.2014.08.005
  17. Echezarreta, R.S., y Echezarreta, Y.D. Impacto científico y ético del desarrollo de la implantología en la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [en línea]. 2009; 8(4): 1-7. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n4/rhcm29409.pdf>

18. Scannapieco, F.A. *Treatment of Periodontal Disease*. New York, USA. 2010, p.119-120
19. Potter, K. S., McQuistan, M. R., Williamson, A. E., Qian, F., & Damiano, P. Should Endodontists Place Implants? A Survey of U.S. Endodontists. *Journal of Endodontics* 2009; 35(7): 966–970. doi:10.1016/j.joen.2009.04.021.
20. Skupien, J.A., Onofre, R.S., Cenci, M.S., Moraes, R.R., & Cenci, T.P. A systematic review of factors associated with the retention of glass fiber posts. *Braz Oral Res.* 2015; 29 (1): 1-8. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0074
21. Kwang, S., Aminoshariae, A., Harding, J., & Mickel, A. The Critical Time-lapse between Various Restoration Placements and Subsequent Endodontic Intervention. *Journal of Endodontics* 2014; 40(12): 1922-1926. doi:10.1016/j.joen.2014.08.005
22. Doyle, S. L., Hodges, J. S., & Pesun, I. J. Factors Affecting Outcomes for Single-Tooth Implants and Endodontic Restorations 2007; 33 (4): 399–402. doi: 10.1016/j.joen.2006.12.025
23. Alzahrani, A. A. H., & Gibson, B. J. Scoping review of the role of shared decision making in dental implant consultations. *JDR Clinical and Translational Research* 2018; 3(2): 130–140. doi: 10.1177/2380084418761340
24. Ruskin, J.D., Morton, D., Karayazgan, B., & Amir, J. Failed Root Canals: The Case for Extraction and Immediate Implant Placement. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63: 829-831. doi: 10.1016/j.joms.2005.02.018
25. Tomasi, C., Wennstro, J.L., & Berglundh, T. Longevity of teeth and implants – a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008; 35(1): 23-32. doi: 10.1111/j.1365-2842.2007.01831.x
26. Jang, H.W., Kang, J.K., Lee, K., Lee, Y.S., & Park, P.K. A retrospective study on related factors affecting the survival rate of dental implants. *The Journal of Advanced Prosthodontics* 2011; 3(4): 204. URL disponible en: <https://doi.org/10.4047/jap.2011.3.4.204>.
27. Borén, D.L., Jonasson, P., Kvist, T. Long-term Survival of Endodontically Treated Teeth at a Public Dental Specialist Clinic. *Journal of Endodontics* 2015; 41(2): 176-181. doi: 10.1016/j.joen.2014.10.002.
28. Asnariz, T. ¿De qué hablamos cuando hablamos de bioética? *Revista Selecciones de Bioética*. Pontificia Universidad Javeriana 2002; 16; 37 – 57.
29. Muñoz, X., Nuñez, C., Bustamante, E., y Altermatt, C. Compromiso bioético de los estudiantes durante proceso de enseñanza aprendizaje clínico en odontología. *Acta Bioethica* 2013; 19 (2): 307-313. doi: 10.4067/S1726-569X2013000200016
30. Iqbal, M., Kim, S., & Yoon, F. An Investigation Into Differential Diagnosis of Pulp and

- Periapical Pain: A PennEndo Database Study. *Journal of Endodontics* 2007; 33 (5): 548-551. doi: 10.1016/j.joen.2007.01.006
31. Singer, S. L., Henry, P. J., & Rosenberg, I. Osseointegrated Implants as an Adjunct to Facemask Therapy: A Case Report. *Angle Orthodontist* 2000; 70(3): 253–262. doi: 10.1043/0003-3219(2000)070<0253:OIAAAT>2.0.CO;2
  32. Bilbeny, N. Textos claves de la ética. Madrid, España: Tecnos. 2012, p.57-60,359-376, 421-434
  33. Habermas, J. Del uso pragmático, ético y moral de la razón práctica, en *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid, España: Trotta. 2000, p. 49-50, 52,77-78
  34. Jonas, H. El principio de responsabilidad. Barcelona, España: Herder. 1995.
  35. Potter, K. S., McQuistan, M. R., Williamson, A. E., Qian, F., & Damiano, P. Should Endodontists Place Implants? A Survey of U.S. Endodontists. *Journal of Endodontics* 2009; 35(7): 966–970. doi:10.1016/j.joen.2009.04.021
  36. Zurita, E., Matta, E., y Salinas, E. Espacio biológico: invasión , preservación y protocolos de acción en periodoncia y odontología restauradora. *Revista Científica Odontológica* 2015; 3(2): 343-349. doi: 10.21142 / 2523-2754-0302-2015-% p
  37. Beauchamp, T.L., y Childress, J.F. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat* 2011; 17(64): 1-7. URL disponible en:  
[http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_agronomia/Produccion\\_Animal/Produccion\\_Animal/Bioetica.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf)
  38. Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. Principios de Ética Biomédica. Barcelona, España: Masson, S.A. 1999, p.103-116,117-130,202-208,254-255,257,274-275,277,278,279;283
  39. Ferrer, J.J. Los principios de la bioética. San Juan, Puerto Rico. Cuadernos del programa regional de bioética 1998; 7: 39-52.
  40. Federación Dental Internacional. Manual de ética dental 2. 2018. URL disponible en: [https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi\\_dental\\_ethics\\_manual\\_2-es.pdf](https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi_dental_ethics_manual_2-es.pdf)
  41. Peñaloza, T., y Guerreiro, C. Guía de diagnóstico clínico para patologías pulpares y periapicales. Versión adaptada y actualizada del “consensus conference recommended diagnostic terminology”, publicado por la asociación americana de endodoncia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2015; 26 (2): 398-424. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoa/v26n2/v26n2a10.pdf>
  42. Quintana, S.M., Sjostrom, P., Socarrás, D.A., y Baldeón, G.M. Microbiota de los

- ecosistemas de la cavidad bucal. *Revista Cubana Estomatología* 2017; 54(1): 88-99. URL disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1323/621>
43. Zuolo, M.L., Carvalho, M.C., Kherlakian, D., Mello, J.E., y Fagundes, M.I. Retratamiento endodóntico con instrumentos recíprocos: Un estudio prospectivo. Reporte de una serie de casos. *Revista de la Sociedad de Endodoncia de Chile* 2014; 29: 4-10. URL disponible en: <https://www.socendochile.cl/upfiles/revistas/29.pdf>
  44. Peñarrocha-Oltra, D., , Monreal-Bello, A., Peñarrocha-Diago, M., Joge-Alonso, Botticelli, D. , & Canullo, L. Microbial Colonization of the Peri-implant Sulcus and Implant Connection of Implants Restored With Cemented Versus Screw-Retained Suprastructures: A Cross-sectional Study. *Journal of Periodontology* 2016; 87 (9): 1002-11. doi: 10.1902 / jop.2016.160017.
  45. Velasco, E., Monsalve, L., Jiménez, A., Segura, J.J., Matos, N., y Moreno, J. El tratamiento con implantes dentales en los pacientes adultos mayores. *Av Odontoestomatología* 2015; 31(3): 1 – 5. doi:10.4321/S0213-12852015000300011. 16.
  46. Packer, M., Nikitin, V., Coward, T., Davis, D.M., & Fiske, J. The potential benefits of dental implants on the oral health quality of life of people with Parkinson's disease. *The Gerodontology Association and Blackwell Munksgaard* 2009; 26:11-8. doi: 10.1111/j.1741-2358.2008.00233.x
  47. Koward, J., Stenport, V., Nilsson, M., & Jemt, T. Causes of Death in Implant Patients Treated in the Edentulous Jaw: A Comparison between 2098 Deceased Patients and the Swedish National Cause of Death Register. *International Journal of Dentistry* 2009; 1-8 .doi: 10.1155/2019/7315081.
  48. Chrcanovic , B.R., Albrektsson, T., & Wennerberg, A. Dental implants inserted in male versus female patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation* 2015; 42: 709–722. doi: 10.1111/joor.12308
  49. González, P.O., Torassa, D., y Dominguez, A. Estudio comparativo sobre el comportamiento y la distribución de las tensiones en implantes dentales cortos e implantes dentales estándares en la región posterior del maxilar superior. Un estudio en elementos finitos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* 2015; 9(1), 36-41. doi: 10.1016/j.piro.2015.10.00
  50. Anitua, E., Tapia, R., Luzuriaga, F., & Orive, G. Influence of implant length, diameter and geometry on stress distribution using finite element analysis. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2010; 30 (1): 89-95. doi: 10.11607/prd.00.0895
  51. Prado, J.I., y Merchant, R.J. Evaluación del éxito y fracaso de tratamientos de implantes en la facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, entre los años 2010 y 2013, mediante encuesta de satisfacción (tesis de pregrado). Universidad Andrés Bello,

Santiago de Chile, 2014

52. Álvarez, L.N., y Triana, A. Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en enfermería* 2007; 25(1): 56-68. URL disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901/36916>
53. Troncoso, M.P., Suazo, S.V. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4): 499-503. doi: 10.1590/S0103-21002007000400019
54. Gracia, D., y Judez, J. *Ética en la práctica clínica*. Madrid, España: Tricastela 2004, p.21-32
55. D'Andrea, M., Daniels, J., & Heck, R.. Evaluating the impact of multicultural counseling training. *Journal of Counseling & Development* 1991; 70(1): 143-150. doi: 10.1002/j.1556-6676.1991.tb01576.x
56. Clark, D., & Levin, L. In the Dental Implant Era – Why We Still Bother Saving Teeth? *Dental Traumatology* 2019: 0–2. doi: 10.1111/edt.12492
57. Torabinejad, M., Anderson, P., Bader, J., Brown, L. J., Chen, L. H., Goodacre, C. J., White, S. N. Outcomes of root canal treatment and restoration, implant-pA systematic review. *Journal of Prosthetic Dentistry* 2007; 98(4): 285–311. doi: 10.1016/S0022-3913(07)60102-4
58. Popelut, A., Valet, F., Fromentin, O., Thomas, A., & Bouchard, P. Relationship between sponsorship and failure rate of dental implants: A systematic approach. *PLoS ONE* 2010; 5(4): 1 - 5. doi: 10.1371/journal.pone.0010274
59. Doyle, S. L., Hodges, J. S., & Pesun, I. J. Retrospective Cross Sectional Comparison of Initial Nonsurgical Endodontic Treatment and Single-Tooth Implants. *Journal of Endodontics*, 2006; 32(9): 1 - 5 doi:10.1016/j.joen.2006.06.002
60. Hannahan, J. P., & Eleazer, P. D. Comparison of Success of Implants versus Endodontically Treated Teeth. *Journal of Endodontics* 2008; 34 (11): 1302–1305. doi: 10.1016/j.joen.2008.08.011
61. Esposito, M., Tallarico, M., Trullenque-Eriksson, A., & Gianserra, R. Endodontic retreatment vs dental implants of teeth with an uncertain endodontic prognosis: 1-year results from a randomised controlled trial. *European Journal of Oral Implantology* 2017; 10(3): 293–308. URL disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/320045220\\_Endodontic\\_retreatment\\_vs\\_dental\\_implants\\_of\\_teeth\\_with\\_an\\_uncertain\\_endodontic](https://www.researchgate.net/publication/320045220_Endodontic_retreatment_vs_dental_implants_of_teeth_with_an_uncertain_endodontic)
62. Goodacre, C.J., Bernal, G., Rungcharassaeng ,K., & Kan,J. Complicaciones clínicas con implantes y prótesis de implante. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 2003; 90(2): 121-

132. doi:10.1016/S0022-3913(03)00212-9
63. Sebring, D., Kvist, T., & Derks, J. Indications for Extraction before Implant Therapy: Focus on Endodontic Status. *Journal of Endodontics* 2019; 1–6. doi: 10.1016/j.joen.2019.01.008
64. Luna, F., y Salles, A.L.F. *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires, Argentina.: Fondo de Cultura Económica. 2008, p. 156-160.
65. Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 1992; 267(16): 2221-6. doi: 10.1001/jama.1992.03480160079038
66. Gatten, D. L., Riedy, C. A., Hong, S. K., Johnson, J. D., & Cohenca, N. Quality of life of endodontically treated versus implant treated patients: A university-based qualitative research study. *Journal of Endodontics* 2011; 37 (7): 903–909. doi: 10.1016/j.joen.2011.03.026.
67. Millán, M.A., y Garrido, G.M. Persona y rostro, principios constitutivos de la bioética. *Persona y bioética* 2012; 16(2): 165-174. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v16n2/v16n2a07.pdf>
68. Hilú, R., y Balandrano, F. El éxito en endodoncia.. *Endodoncia* 2009; 27(3): 131-138. URL disponible en: [https://www.academia.edu/43171655/Opini%C3%B3n\\_del\\_Experto\\_](https://www.academia.edu/43171655/Opini%C3%B3n_del_Experto_)
69. Azarpazhooh, A., Dao, T., Figueiredo, R., Krahn, M., & Friedman, S. A survey of dentists' preferences for the treatment of teeth with apical periodontitis. *J Endod* 2013; 39 (10): 1226-1233. doi: 10.1016/j.joen.2013.06.023
70. Kim, S. G., & Solomon, C. Cost-effectiveness of Endodontic Molar Retreatment Compared with Fixed Partial Dentures and Single-tooth Implant Alternatives. *Journal of Endodontics* 2011; 37(3): 321–325. doi: 10.1016/j.joen.2010.11.035
71. Oshida, Y., Tuna, E. B., Aktören, O., & Gençay, K. Dental Implant System. *International Journal of Molecular Sciences* 2010; 11(4): 1580–1678. doi: 10.3390/ijms11041580.
72. Sarmast, N. D., Wang, H. H., Sajadi, A. S., Angelov, N., & Dorn, S. O. Classification and Clinical Management of Retrograde Peri-implantitis Associated with Apical Periodontitis: A Proposed Classification System and Case Report. *Journal of Endodontics* 2017; 43(11): 1921–1924. doi: 10.1016/j.joen.2017.06.034

## Apéndice A

Formato de entrevista realizada con categorías.

### **Acerca del origen, tipos y nivel de confiabilidad científica de la información tenida en cuenta al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o implantes dentales. Información (OTI)**

1. Para orientar su práctica clínica: ¿a qué fuentes de información relacionadas con el tema recurre usted?
2. ¿Con qué frecuencia usted se informa o se capacita sobre estas alternativas de tratamiento?
3. Aunque la información que usted encuentra sea de fuentes confiables, ¿Ha dudado de la veracidad de esta información?
4. ¿Se ha visto enfrentado a dilemas a la hora de sugerir al paciente uno u otro tratamiento?
5. ¿Cómo ha solucionado dicho dilema?

### **Sobre la veracidad y tipo de información que el profesional suministra al paciente al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales. (PEVI).**

6. A su juicio, ¿cuál es la información necesaria que usted debe brindarle a su paciente para que él decida entre uno u otro tratamiento?
7. ¿Según su experiencia, cuáles son los factores que condicionan el éxito endodóntico o el éxito del implante?

### **En relación a la idoneidad profesional para decidir entre endodoncia e implantes dentales (IP)**

8. Dada su formación y experiencia en la endodoncia o en la implantología, ¿cuándo considera que el tratamiento efectuado por usted le deja plenamente satisfecho?
9. ¿Realiza consultas interdisciplinarias antes de ayudarle a su paciente a tomar una decisión entre uno u otro tratamiento?
10. ¿Con cuál especialidad frecuenta más la interconsulta?
11. ¿Cuál es su percepción acerca de la competencia que podría existir entre las dos especialidades para la realización de uno u otro tratamiento?



12. Según su percepción, ¿cómo influyen los avances tecnológicos y de materiales biocompatible en las alternativas endodónticas y de implantes dentales?

**Problemas éticos en la relación profesional- paciente al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales (PERPP)**

13. Al momento de establecer el plan de tratamiento entre endodoncia e implantes dentales usted sobre todo tiene en cuenta, lo que quiere el paciente, revisa los protocolos de manejo o considera las alternativas de tratamiento, Por favor explique.

**Acerca de los posibles conflictos de intereses al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales (CI)**

14. ¿Cuál cree usted que son los conflictos de intereses más frecuentes al momento de decidir entre tratamiento de endodoncia o tratamiento de implantes dentales y cómo evitarlos?

Tabla 6. *Resumen de resultados de las entrevistas.*

Categorías	Códigos	Citas relevantes
Confiabilidad de la información (OTI)	Fuentes	<p><b>D1:</b> sobre todo artículos, asisto a conferencias, actualizaciones de implantes”.</p> <p><b>D2:</b> “recurso, más que todo, a artículos indexados publicados en revistas, congresos y cursos”.</p> <p><b>D3:</b> “Asisto a congresos, reviso meta-análisis o información indexada o con un nivel de evidencia importante”.” Me apoyo en la página de la Asociación Colombiana de periodoncia y medicina “</p> <p><b>D4:</b> “Pues usualmente tengo una suscripción de la Asociación de Cirugía Máxilo- facial Internacional”.</p> <p><b>D5:</b> “Principalmente artículos científicos, en mi caso recurso al Journal de endodoncia, trauma y congresos y cursos de extensión”.</p> <p><b>D6:</b> “Tenemos un grupo de apoyo, que son unos compañeros entonces nos reunimos y hacemos mesas académicas”.</p>

Tabla 6. (Continuación). Resumen de resultados de las entrevistas.

Categorías	Códigos	Citas relevantes
	Acceso	<p><b>D1:</b> “Por lo menos 3 al año. Y pues leo artículos seguido, dependiendo del grado de complejidad de pacientes que tenga, consulto”</p> <p><b>D2:</b> “soy docente prácticamente todos los días me informo”</p> <p><b>D3:</b> “por lo menos una vez al semestre como mínimo, si puedo más, mejor”</p> <p><b>D4:</b> “la revista es mensual”</p> <p><b>D5:</b> “Todo el tiempo estoy viendo las nuevas actualizaciones”</p> <p><b>D6:</b> “a leer así una vez por semana un artículo.</p>
	Veracidad	<p><b>D1:</b> “depende de las pruebas que hagan, si tiene pruebas de muchos pacientes son más...digamos verosímiles, pero cuando de pronto la casa comercial como tal cuenta, ella obviamente va a ir a favor de sus implantes”.</p> <p><b>D2:</b> “En algunas ocasiones hay dudas, porque a pesar de que las fuentes son importantes la experiencia, de nosotros los profesionales, nos enseña a dudar y a intercambiar opiniones para planes de tratamiento diferentes”.</p> <p><b>D3:</b> “Sí, cuando es patrocinado o es muy comercial... uno dice de eso tan bueno no dan tanto”.</p> <p><b>D4:</b> “algunas veces la gente publica únicamente los éxitos y no publican los fracasos”.</p> <p><b>D5:</b> “los artículos pueden estar manipulados, uno no puede confiar ciegamente en un estudio porque puede haber conflicto de intereses”.</p> <p><b>D6:</b> “uno no puede creer todo en internet. Entonces ahí sí debes de irte directamente al artículo”.</p>

Tabla 6. (Continuación). Resumen de resultados de las entrevistas.

Categorías	Códigos	Citas relevantes
Información dada al paciente (PEVI)	Dilemas del profesional frente al tratamiento	<p><b>D1:</b> “Si...pero siempre le muestro todas las alternativas”.</p> <p><b>D2:</b> “Si, en algunas ocasiones me he enfrentado a dilemas porque no todos los pacientes presentan el mismo nivel psicosocial y cultural...dependiendo de eso uno como profesional debe ofrecer un plan de tratamiento adecuado.”.</p> <p><b>D3:</b> “hay mucho riesgo porque a veces los pacientes no entienden por más que uno quiera salvarlo pues las probabilidades son muy pocas y la responsabilidad es muy alta, de uno no cumplir con sus expectativas”</p> <p><b>D4:</b> “Si yo creo que siempre hay algo de dilema”</p> <p><b>D5:</b> “casi siempre hay dilema, afortunadamente yo trabajo con un implantólogo, estoy rodeado de muchos especialistas”.</p> <p><b>D6:</b> “Primero la parte económica del paciente, a veces uno quiere salvar un diente, pero el paciente no tiene los recursos económicos entonces ahí es complicado”.</p>
	Solución dilemas	<p><b>D1:</b> “yo siempre le muestro todas las alternativas... hay que ver costo, condiciones clínicas, realmente lo que sea mejor para el paciente... puede haber ciertas complicaciones que puedan requerir de cirugías adicionales y eso es súper importante no solo por la parte económica sino por el bienestar del paciente”.</p> <p><b>D2:</b> “Al paciente se le deben presentar diferentes planes de tratamiento,”.</p> <p><b>D3:</b> “prefiero soportar o promover el tema de conservar lo propio y no cuerpo extraño”</p> <p><b>D4:</b> “le doy la explicación para que él entienda de primera mano que es un implante, tengo hasta unos dummies, que le muestro... siempre le explico a los pacientes que la cirugía es la última opción en algo que después de eso no hay opción... le digo que necesito el concepto del otro especialista y que si eso no es viable pues él le dirá... yo nunca hago extracciones sino tengo la certeza de que está completamente deteriorado”.</p> <p><b>D5:</b> “se toma la decisión en conjunto con el implantólogo, ya sea la endodoncia o definitivamente la extracción y el implante... se le informa al paciente cuál es la mejor opción de tratamiento dependiendo de todo eso”.</p> <p><b>D6:</b> “Pues hablando mucho con el paciente, dándole muchas alternativas, diciéndole qué es mejor”.</p>

Tabla 6. (Continuación). Resumen de resultados de las entrevistas.

Categorías	Códigos	Citas relevantes
	<p>Información suministrada al paciente</p>	<p><b>D1:</b> “yo siempre le muestro todas las alternativas, desde el tratamiento ideal, el que puede llegar a ser o el real”.</p> <p><b>D2:</b> “socializar los diferentes materiales que existen en el mercado odontológico, también se debe socializar sobre sus pros y sus contras en cada tratamiento, y así cada paciente según su condición económica él mismo decidirá</p> <p><b>D3:</b>” Los riesgos es una y los costos, riesgo, costo, beneficio, claramente... pero además de eso es evitar que el profesional se vuelva facilista, para cualquiera es más fácil sacar el diente y poner un implante, que someterse a un sobre tratamiento y tener que ir varias veces con la posibilidad de riesgo y lo que pueda pasar en el camino, pero lo que yo le digo a mis pacientes es si fueran mis dientes o los de mi familia o los de mi mamá pues yo les daría el chance porque no al primer dolor de cabeza uno se la quita,”</p> <p><b>D4:</b> “Entonces yo creo que para cualquier cosa siempre el paciente debe tener la mayor cantidad de información posible, nunca le sobra”.</p> <p><b>D5:</b> “se le explica al paciente las dos posibilidades y cuál puede tener mayor previsibilidad en el tiempo y de acuerdo con eso se toma la decisión”</p> <p><b>D6:</b> “entonces la información es la que uno tenga presente en ese momento, a modo de presentarle un dibujo, de mostrarle un dibujo diciéndole: mira yo te voy a hacer esto, por qué lo voy a hacer, explicándole el por qué se hace”.</p>

Tabla 6. (Continuación). Resumen de resultados de las entrevistas.

Categorías	Códigos	Citas relevantes
Tecnológico-científico (TC)	Tecnología y biocompatibles	<p><b>D1:</b> “Es maravilloso.” Igual que todos los avances tanto en la parte de tomografías, donde voy a tener mejores medidas”.</p> <p><b>D2:</b> “sabemos que la tecnología avanza rápido, los materiales biocompatibles nos ayudan a facilitar el éxito y a manejar tiempos en un tratamiento”.</p> <p><b>D3:</b> “Pues me parece que le favorece a la endodoncia el tema de tener más tecnología porque primaría el mantener lo propio”.</p> <p><b>D4:</b> “la tecnología ha conseguido que los tratamientos de endodoncia sean seguros”. “La cirugía endodóntica que hacen con microscopio... ha servido para poder mantener raíces que finalmente acabarían en exodoncia e implante”.</p> <p><b>D5:</b> “el éxito de los tratamientos es mucho más alto debido a esos materiales biocompatibles tanto en endodoncia como en la parte de implantes”</p> <p><b>D6:</b> “hay muchos materiales que son beneficiosos, la biodentina, el MTA”. “influyen mucho en el éxito del tratamiento endodóntico. Y también de los implantes dentales”.</p>
Problemas éticos (PERPP)	Plan de tratamiento	<p><b>D1:</b> “yo soy de las personas que creen que hay que salvar el diente por sobre todas las cosas, la endodoncia es un tratamiento que busca salvar el diente y mantenerlo en boca. Si no es toda la vida, por lo menos el mayor tiempo posible”.</p> <p><b>D2:</b> “Si, sabemos que el diente se salva con un tratamiento de endodoncia, núcleo y corona, pero el paciente no tiene el nivel económico para rehabilitarlo, entonces el paciente decide la exodoncia y tampoco se realizará el implante lógicamente por su nivel económico”.</p> <p><b>D3:</b> “Tengo en cuenta el bienestar del paciente, lo que sea mejor para él... dentro de una o dos opciones viables posibles y certeras”. “Primero los educó, les explico, cuál es su situación y que tomen la decisión, pero primero mi responsabilidad moral es contarles la verdad”</p> <p><b>D4:</b> soy más de la vieja guardia donde el especialista tenía la razón y el paciente poco podía opinar... soy de los que piensa que el paciente viene y expone su problema, yo soy el que sé, él no sabe.” “pero no permitiendo que él decida con respecto a mi tratamiento, él puede opinar me sirve no me sirve, este, qué opciones tengo y probablemente negociar su tarifa”.</p> <p><b>D5:</b> “Yo pienso que lo más importante es tener claro los conceptos de cuándo se debe hacer y cuándo no”.</p> <p><b>D6:</b> “haciendo las cosas bien, siguiendo los protocolos, porque si usted hace la endodoncia bien y la endodoncia igual fracasa”.</p>

Tabla 6. (Continuación). Resumen de resultados de las entrevistas.

Categorías	Códigos	Citas relevantes
	Competencia	<p><b>D1:</b> “En cuanto a mí considero que no la hay”</p> <p><b>D2:</b> “Creo que hablar de competencia entre estos dos tipos de tratamiento es un poco fuerte”. “ahora en este tiempo no se habla mucho de competencia entre estas especialidades”</p> <p><b>D3:</b> “abismal y hostil además la competencia porque todo es cuestión de plata, es un tema monetario, entre más implantes pongas pues más vas a devengar”.</p> <p><b>D4:</b> “Competencia pensaría que existe con periodoncia e implantes, tristemente los cirujanos solemos decir: ¿qué hace el periodoncista ahí tocando el seno maxilar, si eso no es de él?”.</p> <p><b>D5:</b> “Yo no lo veo como competencia. “Pensando en el bienestar del paciente, no sería competencia, sino simplemente nos colaboramos y de pronto el implantólogo ve que es más viable la endodoncia y se puede mantener se hace”. “por temas comerciales pienso yo que se está dando esa guerra entre la endodoncia y la implantología”.</p> <p><b>D6:</b> “Entonces que si hay competencia, claro que si la hay..., cada uno tira hacia su especialidad”.</p>
Conflictos de intereses (CI)	Dilemas éticos	<p><b>D1:</b> “Yo he aprendido que las cosas no se deben hacer exclusivamente por dinero, sino también por ayudarle a la gente y obviamente uno trabaja por dinero, pero si hacemos las cosas como debe ser todo va a funcionar mejor y el paciente va a estar más agradecido e inclusive va a traer más pacientes”.</p> <p><b>D2:</b> “el conflicto de interés es el económico, en este caso puede ser entre más exodoncias más implantes”.</p> <p><b>D3:</b> “plata, plata”</p> <p><b>D4:</b> “Creo que desgraciadamente son muchos porque los especialistas en cirugía y los que ponen implantes, sino tienen unas bases éticas fuertes pueden desviarse al factor económico”.</p> <p><b>D5:</b> “decidiendo por mí mismo o que cada profesional decida de acuerdo con su educación y no pensando o no dándole gusto tal vez a estas grandes compañías, sin dejarse influenciar por eso”.</p> <p><b>D6:</b> “Económicos, total. La parte económica”</p>

Tabla 6. (Continuación). Resumen de resultados de las entrevistas.

Categoría	Códigos	Citas relevantes
	<p>Como evitar los conflictos de intereses</p>	<p><b>D1:</b> “pienso que uno tiene que tratar al paciente como si fuera uno mismo..., Obviamente si uno ve que hay un diente en donde no es viable hacer la endodoncia o rehabilitar pues tampoco se va a poner uno a hacer cosas imposibles”.</p> <p><b>D2:</b> “respeto entre las especialidades.</p> <p><b>D3:</b> “creo que, educando más a los profesionales, pero no tanto en la parte técnica de cada procedimiento, sino en la parte ética en el manejo del paciente”.</p> <p><b>D4:</b> “creo que se pueden evitar si el odontólogo tiene una formación bien definida, una formación ética y algo que no le enseñan a uno en las universidades..., es a no estafar a nadie”.</p> <p><b>D5:</b> “decidiendo por mí mismo o que cada profesional decida de acuerdo con su educación y no pensando o no dándole gusto tal vez a estas grandes compañías”.</p> <p><b>D6:</b> “principio ético de cada uno”. “uno sabe cuándo hizo la endodoncia o muy bien hecha o no la hizo tan bien hecha”</p>