

Bogotá, 05 de junio del 2020

Señores:

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**

Respetados señores:

Por medio de la presente nos permitimos presentarles el trabajo de grado que ha sido aprobado y lleva por título: Implicaciones bioéticas al decidir entre tratamiento de endodoncia e implantes dentales: Estudio cualitativo en especialistas de odontología, realizado por las estudiantes Gloria Angélica Castillo Buitrago y Luz Adriana Ochoa Zambrano, residentes del Posgrado de Endodoncia de la Universidad Santo Tomas extensión Bogotá, como requisito para optar al título de especialista en endodoncia el cual recibieron asesoría metodológica y científica por parte del Dr. Oscar Mauricio Jiménez Peña y el Dr. Luis Fernando Bedoya Rodríguez respectivamente.

Atentamente;



Gloria Angélica Castillo Buitrago

**Nombre del estudiante 1**

*Luz Adriana Ochoa Z.*

Luz Adriana Ochoa Zambrano

**Nombre del estudiante 2**

Bogotá, 05 de junio del 2020

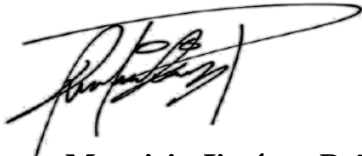
Señores:

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**

Respetados señores:

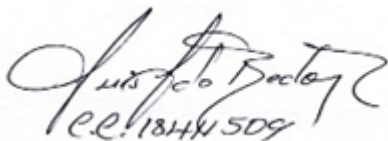
Por medio de la presente nos permitimos presentarles el trabajo de grado que ha sido aprobado y lleva por título: Implicaciones bioéticas al decidir entre tratamiento de endodoncia e implantes dentales: Estudio cualitativo en especialistas de odontología, realizado por los estudiantes Gloria Angélica Castillo Buitrago y Luz Adriana Ochoa Zambrano, residentes del Posgrado de Endodoncia de la Universidad Santo Tomas extensión Bogotá, como requisito para optar al título de especialista en endodoncia el cual recibieron asesoría metodológica y científica por parte del Dr. Oscar Mauricio Jiménez Peña y el Dr. Luis Fernando Bedoya Rodríguez respectivamente.

Atentamente;



**Dr. Oscar Mauricio Jiménez Peña.**

Asesor Metodológico.



**Dr. Luis Fernando Bedoya Rodríguez.**

Asesor Científico

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

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

Castillo, A., y Ochoa, L.

***Resumen***

Al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales deberían tenerse en cuenta factores multidisciplinarios que intervienen en la elección final del tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente y relacionados con los dilemas éticos implicados al momento de decidir entre uno u otro tratamiento. Por tanto, es necesario caracterizar los dilemas éticos que tienen ocurrencia al decidir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dentales. En la etapa previa de revisión literaria, se identifican las categorías correspondientes a la controversia: orígenes y tipos de información, veracidad de la información, idoneidad profesional, problemas éticos en la relación profesional-paciente, ejercicio ético y conflicto de intereses. En la segunda etapa se realiza el análisis cualitativo por medio de entrevistas individuales semiestructurada, bajo consentimiento informado, a seis especialistas de las áreas odontológicas relacionadas al dilema. Se transcribe y procesa la información por medio del Atlas ti identificando nodos, categorías y códigos. Así se llega a identificar que los profesionales se preocupan por mantenerse actualizados, en su mayoría respetan la autonomía del paciente y consideran que se presenta conflicto de intereses económicos. No perciben que haya competencia entre endodoncia e implantes dentales, aunque no son indiferentes ante la disputa comercial entre las grandes clínicas por sus intereses de rentabilidad. La investigación pone de manifiesto como los valores están inmersos en todos los momentos de la formación y práctica profesional con miras a la atención de los pacientes, como a la consolidación de la fiducia social, sobre todo al decidir entre uno u otro tratamiento.

*Palabras claves: endodoncia, implante dental, longevidad y análisis costo-beneficio. Bioética.*

### **Abstract**

*The moment of deciding between endodontics and affected dental implants can take into account multidisciplinary factors that intervene in the final choice of the most appropriate treatment for the patient's needs and related to the ethical dilemmas involved when deciding between one or another treatment. Therefore, it is necessary to characterize the ethical dilemmas that must occur when deciding between endodontic treatment or dental implant treatment. In the previous stage of literary review, identify the categories corresponding to the controversy: origins and types of information, veracity of the information, professional suitability, ethical problems in the professional-patient relationship, ethical exercise and conflict of interest. In the second stage, the qualitative analysis is carried out by means of semi-structured individual interviews, with informed consent, of six specialists from the dental areas related to the dilemma. Information is transcribed and processed through the Atlas to identify nodes, categories, and codes. In this way, it is possible to identify that professionals care about staying up-to-date, most of them respect the patient's autonomy and consider that there is a financial conflict of interest. They do not perceive that there is competition between endodontics and dental implants, although they are not indifferent to the commercial dispute between the large clinics for their profitability interests. The research shows how the values are embedded in all moments of professional training and practice with a view to patient care, such as the consolidation of social trust, especially when deciding between one or another treatment.*

*Keywords: endodontics, dental implant, longevity and cost-benefit analysis, bioethics.*

### **INTRODUCCIÓN**

Al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales es necesario tener en cuenta los factores que intervienen en la elección final del tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente y relacionados con los dilemas éticos presentes en la decisión (Kim & Solomon, 2011).

Los dilemas éticos respecto a la veracidad de los índices de éxito y/o fracaso de ambos tratamientos son cada vez más serios, dada la presunta manipulación que ejercen farmacéuticas y

casas comerciales sobre los resultados de las investigaciones que soportan las opciones de tratamiento, (Iqbal & Kim, 2008). Lo que parece afectar la transparencia de la información disponible a la hora de ponderar el costo- beneficio del tratamiento, (Popelut, Valet, Fromentin, Thomas, & Bouchard, 2010), la naturaleza y dialogicidad del acto, sesgándose a favor del mercado. Pues, la propaganda tecno-científica, estética y rentista, presiona la deseabilidad de odontólogos y pacientes respecto de los implantes quienes los perciben como óptimos, olvidando los riesgos y las

opciones endodónticas, lo que conduce a la extracción de dientes y al remplazo por implantes, (Aminoshariae, Teich, Heima, & Kulild, 2014). Impase que se agudiza si falta actualización y dialogo con el paciente.

Además de incierto, en el caso de estos tratamientos, resulta controvertido diferenciar entre éxito y fracaso puesto que los criterios para diferenciarlos son distintos y diferentes en el grado de exigencia. Mientras la endodoncia mira a la curación completa de la enfermedad periapical y funcionamiento clínico sin signos ni síntomas, los criterios de valoración de implantes apuntan a la supervivencia y funcionalidad de los implantes en boca, (Torabinejad et al., 2015). Dilemas éticos que se acentúan al preguntarse que debería hacerse a favor del paciente sobre todo cuando surgen complicaciones biológicas, pues, aunque haya factores comunes a ambos tratamientos, en cuanto a asimilación biológica, los procesos son distintos, (Iqbal & Kim., 2007).

Acercas de lo anterior, el profesional no solo debería conocer los aspectos científicos, también los legales y sociales, de igual manera darlos a conocer a los pacientes, sobre todo en relación con riesgos, alternativas de tratamiento, complicaciones, costo, beneficio efectividad, éxito y supervivencia. De otra parte, conocer la historia de vida en salud del paciente permite valorar las expectativas de éste en el momento actual, (Ferrer, 1998, pp 24-26).

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar los dilemas éticos que tienen ocurrencia al decidir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales. Se busca aportar información desde la práctica profesional, para ampliar los aportes hechos por la investigación cuantitativa entorno a los dilemas éticos que se suscitan cuando se trata de decidir entre uno u otro tratamiento. En base a la literatura revisada, se estructuran preguntas acerca de aquellos tópicos que podrían plantear dilemas éticos al momento de decidir entre ambos tratamientos (ver tabla 1), (Lee, Vergara & Astorga., 2013). Se recurre los enfoques éticos principialista, del cuidado y de la deliberación, (Vries, 2011) para el análisis bioético de las entrevistas.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo, con enfoque en la teoría fundamentada, efectuado a 6 especialistas: 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, en el campo de la especialidad y por no hallarse o haberlo sido sancionados por algun tribunal de etica odontologica.

**Diseño de las preguntas.** Se utilizó para la entrevista un formato semiestructurado de pregunta abierta, elaborado a partir de la revisión bibliográfica realizada, se evalúan por expertos para asegurar la coherencia lógica de las mismas, tarea que efectúan un psicólogo y un experto en bioética, se acopia lo sugerido y se

someten de nuevo a la evaluación de los expertos externos.

**Desarrollo de las entrevistas.** Se contactan los especialistas seleccionados a través de teléfono de contacto, se acuerda el día, hora y sitio de encuentro. se explica el objetivo de la investigación, los compromisos de confidencialidad y protección de datos y se diligencia el consentimiento informado. En algunos casos los entrevistados solicitaron revisar previamente el cuestionario (el cual fue mostrado sin ningún tipo de enunciado que pudiera generar condicionamiento en su respuesta). Después de obtener la autorización escrita, en donde consienten ser grabados en audio, se procede a realizar la entrevista, hecha por uno de los investigadores principales. (Ver anexo 1).

**Transcripción y análisis de los datos.** Las transcripciones de las entrevistas, el análisis de los datos y la identificación de los nodos, fueron realizados por un evaluador externo a fin de evitar sesgos. La definición de los códigos o “nodos” fue por mutuo acuerdo. La identificación previa de unidades temáticas, se relacionan entre sí, según el contenido de los artículos especializados previamente revisados. El análisis de la información se efectúa a través del programa Atlas Ti, (ver tabla 2).

**Tabla 1:** Unidades temáticas o categorías.

TOPICOS ANALIZADOS EN LA CONTROVERSIA
1. 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)
2. Sobre la veracidad y tipo de información que el profesional suministra al paciente al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales. (PEVI).
3. En relación con la idoneidad profesional para decidir entre endodoncia e implantes dentales (IP).
4. Problemas éticos en la relación profesional-paciente al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales (PERPP)
5. Problemas Tecnocientíficos al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales. (TC)
6. Acerca de los posibles conflictos de intereses al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales (CI).

## RESULTADOS.

Se entrevistan seis especialistas odontólogos así: 3 hombres, un rehabilitador oral, un cirujano maxilofacial y un endodoncista y, tres mujeres: una endodoncista, una cirujana oral y una periodoncista. La media de la edad los entrevistados es 41 años con una desviación estándar de +/- 6,0332. Se verifico que cumplieran con los criterios de inclusión definidos. Los resultados de las entrevistas se resumen en la tabla 3 (ver tabla 3).

**Tabla 2:** Categoría con sus códigos establecidos con Atlas-ti

Categoría	Códigos (Tópicos temáticos)
Confiabilidad de la información, (CI)	Fuentes. Acceso Veracidad.
Información transmitida al paciente, (ISP)	Dilemas del profesional frente al tratamiento.  Solución al dilema.  Información transmitida al paciente.  Factores de éxito de los tratamientos.
Idoneidad para decidir, (IP).	Satisfacción del profesional.  Consulta interdisciplinar.  Especialidad interconsulta.
Tecnocientífico (TC).	Tecnología y biomateriales
Problemas éticos(PERPP)	Plan de tratamiento Competencia
Conflictos de intereses, (CI)	Dilemas éticos. Como evitar CI

**Categoría 1 confiabilidad de la información:**

**Fuentes de actualización, acceso a la información y frecuencia:** los entrevistados buscan estar actualizados en sus respectivos campos. A través de artículos científicos, congresos y conferencias, son algunas de las fuentes de actualización referidas. Uno de los

entrevistados, participa en un grupo de apoyo de endodoncia donde discuten casos clínicos al respecto. Otros pertenecen a asociaciones de sus respectivas especialidades. Los tiempos de actualización oscilan entre una vez por semana y tres veces al año.

**Veracidad de la información consultada:** En general todos los especialistas dudan de la información consultada; 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, pero ninguno específico la aplicación de algún estándar que evalué los artículos que leé y que realmente justificó el concepto de lectura crítica.

**Categoría 2: Información dada a pacientes.**

**Dilemas del profesional frente al tratamiento.** Cuando se preguntó a los entrevistados acerca del dilema entre salvar un diente con endodoncia o extraerlo y realizar un implante, todos afirman que en algún momento de su práctica clínica han tenido dilemas al respecto. Aunque todos tiene como prioridad salvar el diente, el dilema surge cuando revisan lo más conveniente para determinado paciente según su estado de salud, condición de los tejidos y 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 consideran riesgoso “cumplir con las expectativas de los pacientes, porque se incurre en prácticas inadecuadas”, (D3). Otros expresaron que cuando la decisión no es tan evidente requieren apoyo de otros especialistas(D5).

**Solución al dilema.** Coinciden los entrevistados en informar a los pacientes de modo explícito a cerca de las alternativas reales de tratamiento, riesgos, beneficios y complicaciones posibles. Enfatizan en la interconsulta entre especialidades para prever el éxito y solucionar dichos dilemas.

**Información transmitida al paciente.** Además de afirmar ser explícitos y veraces en la información que dan a los pacientes sobre los tópicos del tratamiento. Alguno subraya que: “aparte de contarles a sus pacientes como va a realizar el procedimiento, les habla de los materiales y sugiere cual es el tratamiento más adecuado a la condición económica”, (D2).

**Factores de éxito de los tratamientos:**

Entre los factores que subrayan los entrevistados como los más determinantes del éxito, aquellos relacionados con: estado sistémico, estilo de vida autocuidado, hábito de fumar e higiene oral. Solo uno de los entrevistados enfoco su respuesta a factores relacionados con el

procedimiento: la asepsia, técnicas, materiales y equipos usados (D6).

**Categoría 3: Idoneidad para decidir.**

En cuanto a la Satisfacción del profesional con el tratamiento realizado las respuestas coinciden por especialidad. Mientras los endodoncistas se muestran satisfechos por la ausencia de sintomatología, los cirujanos miran a la osteointegración primaria del implante. Solo una periodoncista manifestó satisfacción al constatar en los controles posteriores a un año que todo está en condiciones adecuadas. En cuanto al rehabilitador, subraya que siempre queda satisfecho pues está seguro de lo que hace.

**Consultas interdisciplinarias y especialidades de mayor interconsulta:**

En general los entrevistados efectúan interconsultas, dan importancia a la interdisciplinariedad con miras al éxito. Las especialidades más interconsultadas son la endodoncia, la periodoncia seguidas de la rehabilitación y la cirugía.

**Categoría 4: Tecnocientífico**

**Tecnología y materiales biocompatibles.**

Todos concuerdan en que las nuevas tecnologías contribuyen al éxito de los tratamientos, sobre todo en endodoncia donde el avance es mayor y se logra mantener los dientes y mejora porcentajes de éxito, (D4, D3).



### **Categoría 5: problemas éticos**

**Plan de tratamiento:** Los entrevistados incluyen en el plan de tratamiento aspectos cómo: expectativas del paciente, protocolos y alternativas de tratamiento. Al respecto, uno de los especialistas considera que la opinión del paciente no es determinante en el tratamiento, refiere que para él es importante que el paciente entienda y consienta el tratamiento a efectuar, pero quien decide finalmente lo mas conveniente es el profesional, a su juicio así evita incurrir en prácticas inadecuadas que hacia el futuro son nocivas para la salud del paciente. (D4)

### **Percepción de la competencia entre endodoncia e implantes dentales:**

En su mayoría no perciben competencia o rivalidad entre las áreas mencionadas. A su juicio los implantes son la última opción y endodoncia la primera opción, pues sus campos están bien definidos. Pero, no desconocen la disputa comercial entre las grandes clínicas que se mueven más por la rentabilidad que por la ciencia, (D5).

### **Categoría 6: Conflictos de intereses:**

**Dilemas éticos:** Coinciden los entrevistados en que el único conflicto de interés entre especialidades es el económico, sobre todo ocasionados por el mercado de implantes, pues se presenta como único tratamiento, (D1). Alguno de los entrevistados califica de “facilistas” a quienes, para evitar problemas jurídicos, sugieren implantes dentales sin

oportunidad a otras opciones de tratamiento, (D3).

**Como evitar esos conflictos:** Educando en la ciencia, en la práctica y en ética para evitar conflictos (D3, D4, D5, D6). No obstante, alguno subraya que: “los principios morales se forman en casa, frente a la persuasión para la estafa en que se convierte el ánimo de lucro” (D4). De todos modos, los dientes con mal pronóstico no deberían salvarse a fin de evitar gastos extras, afirma otro, (D1). De aquí que desde el inicio del tratamiento sea indispensable la claridad de criterios, y tratar al paciente como si fuera uno mismo, (D1, D5).

**Tabla 3.** 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 recurro 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>
	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 si debes de irte directamente al artículo”.</p>

**Tabla 3: Continuación.**

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>
	Información suministrada al paciente	<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 3: Continuación.**

Categorías	Códigos	Citas relevantes
(continuación) Información dada al paciente (PEVI)	Factores de Éxito de los tratamientos	<p><b>D1:</b> “están más relacionados con el paciente. Uno siempre trata de hacer todo lo mejor, de planear lo mejor posible el tratamiento usando los mejores materiales y demás, pero el cuidado del paciente influye mucho... Solicito todos los exámenes diagnósticos que requiera, a fin de prever complicaciones y me ayudan a definir si el paciente es apto para dicho procedimiento. Evaluar clínicamente que realmente se va a poder rehabilitar”.</p> <p><b>D2:</b> “es que algunos pacientes por ahorrarse algunos pesos prefieren acudir a profesionales que no son especialistas y lógicamente esto sale más costoso, porque de ahí llegan los fracasos”. “Otro factor que condiciona el éxito es la biología dental y bucal”. “acudir a compañeros de diferentes especialidades y de ahí depende el éxito de cada tratamiento”.</p> <p><b>D3:</b> “La condición ideal del paciente en la parte sistémica uno. La parte oclusal es súper clave porque un implante bien puesto no debería fracasar... el compromiso de la higiene del paciente.”</p> <p><b>D4:</b> “básicamente que el paciente no tenga enfermedades sistémicas que puedan afectar la integración.</p> <p><b>D5:</b> “Las condiciones también sistémicas del paciente, por ejemplo, los hábitos que pueda tener el paciente como fumar, bruxismo, higiene oral, todo eso depende y va a influir directamente en el éxito del tratamiento”.</p> <p><b>D6:</b> “Primero que todo tener una muy buena asepsia con el paciente, tener todo esterilizado, tener todos los materiales, que no se nos falte nada, tener una buena técnica al momento de hacer una endodoncia, hacerla paso a paso, hacerla calmado, son factores que condicionan mucho”</p>
Idoneidad para decidir (IP)	Satisfacción del profesional	<p><b>D1:</b> “Explicándole al paciente todas las opciones posibles, soy supremamente explícita en todo”</p> <p><b>D2:</b> “en mi caso que es la implantología yo quedo satisfecho prácticamente en todos los casos que realizo, porque uno sabe lo que hace”</p> <p><b>D3:</b> “Cuando un año después de haberlo rehabilitado yo le hago un mantenimiento y lo encuentro en buenas condiciones, ahí siento que el tratamiento fue un éxito”.</p> <p><b>D4:</b> “cuando coloco el implante y el implante cumple con todas las características clínicas que yo pueda verificar en el momento que diga: si va a ser viable”</p> <p><b>D5:</b> “cuando soluciono el problema al paciente es decir el paciente viene con dolor y definitivamente se va sin dolor me siento satisfecho independientemente del resultado radiográfico”.</p> <p><b>D6:</b> “cuando el paciente está libre de dolor, si llega con una pulpitis o si llega con una molestia, que esté el diente totalmente asintomático”.</p>
	Consulta interdisciplinar Especialidad más interconsultada	<p><b>D1:</b> “a veces se puede requerir de periodoncista, endodoncista, tiene que haber multidisciplinariedad por que la idea es ofrecerle al paciente lo mejor”.</p> <p><b>D2:</b> “Claro que sí, uno no se las sabe todas, “como rehabilitador oral tengo que estar en contacto más que todo con endodoncia y con periodoncia”.</p> <p><b>D3:</b> darse uno la posibilidad que un ojo clínico desde otra especialidad o desde otro concepto vea la situación y le amplíe a uno el panorama”. “Yo creo que endodoncia y rehabilitación”.</p> <p><b>D4:</b> “definitivamente prefiero inter-consultar con otro especialista en el área respectiva, o periodoncia o endodoncia antes de tomar determinaciones, mas con endodoncia”</p> <p><b>D5:</b> “siempre lo hago, tanto con periodoncista, como con rehabilitador o implantólogo si tengo la duda entre mantener el diente o extraerlo”. “Rehabilitación siempre, porque si el diente está muy destruido, lo que dictamina ya si se puede salvar o no es el rehabilitador”</p> <p><b>D6:</b> “Entonces se debe hacer interconsulta, porque el diente no es solamente pulpa”. “Periodoncia”</p>

**Tabla 3: Continuación.**

Categorías	Códigos	Citas relevantes
Tecnocientífico (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 primaria 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>
	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>

**Tabla 3: Continuación.**

Categorías	Códigos	Citas relevantes
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 ayudarlo 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>
	Como evitar los conflictos de intereses	<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>

**DISCUSION:**

**Confiabilidad de la información.**

Aunque algunos dan cuenta clara de estar interesados en actualizarse y lo demuestran, sobre todo en el campo de su especialidad, en algunos casos no es suficiente para informar al paciente y cualificar la práctica, ya que la información engañosa abunda, (Clark & Levin., 2019). De ahí la importancia de realizar una lectura crítica pues la mayoría de la información suministrada se basa en metodologías observacionales que no

gozan de la confiabilidad experimental, que de respaldo al principio de justicia y autonomía con apoyo en evidencias científicas. Dado el crecimiento acelerado de la investigación y el volumen de la información que da cuenta de esto, la frecuencia de capacitación debería ser constante, (Popelut et al., 2010) (Torabinejad et al., 2007).

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?, (Habermas., 2000, pp.49-50). No se trata solo de cualificar la experticia sino de ser veraz ante sí mismo, como profesional confiable, y de aportar las razones suficientes para la deliberación ética, (Clark & Levin., 2019).

### **Información transmitida al paciente.**

Este punto hace parte de la relación profesional-paciente. La concurrencia de múltiples factores al momento de decidir entre endodoncia e implantes dentales, pareciera que condicionaran la relación odontólogo-paciente a partir del dominio de la información especializada frente a la condición socio-cultural del paciente, hay asimetría del saber-poder, lo que probablemente se refleje en el diligenciamiento del consentimiento informado. Queda claro en los aportes que la relación clínica poco a poco se encamina hacia el diálogo, a la deliberación, consideración 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, (Salles., 2018) (Clark & Levin., 2019).

La incertidumbre al momento de decidir entre tratamientos, pone de manifiesto el expreso deseo de acertar, de salvaguardar la autonomía moral, de ajustarse a normas deontológicas. No es solo cuestionar la verdad de la información científica, sino decidir que aporta ésta a la acción correcta,

deliberada según principios de razonabilidad y libertad, (Habermas., 2000, p.50) (Beauchamp & Childress., 1999, p.p. 117-130), a fin de ejercer la ética del cuidado, en contextos culturales específicos, (Clark & Levin., 2019), (Emanuel & Emanuel., 1992) (Alzahrani & Gibson., 2018).

En situación de incertidumbre, se hace perentorio ponderar los beneficios, los riesgos a largo plazo y los costos en que puede incurrir el paciente, próximos y remotos, de ambos tratamientos, (Beauchamp & Childress., 1999, pp. 286-300). Indispensable, entonces que paciente y profesional de manera autónoma, informada y razonables decidan lo benéfico, (Beauchamp, & Childress., 1999, p.p.113-116). Para lograrlo, algunos entrevistados recurren a la atención personalizada, constatan el compromiso sistémico del paciente, el costo-beneficio y uno incluyo el factor psicosocial del paciente (D2), factor importante a valorar dentro del presupuesto junto con lo tecnológico, (D2) (D6), (Gatten, Christine, Riedy, Hong, Johnson, & Cohenca., 2011).

### **Idoneidad para decidir.**

Son muchos los factores intervinientes en la toma de decisiones entre uno u otro tratamiento que la hacen subjetiva, incierta, compleja y riesgosa, desde la presión de las instituciones de salud, las expectativas del paciente, los avances científicos y el enfoque formativo de los profesionales (Aminoshariae., et al 2014). Es de entender que a la mayoría de entrevistados le satisfaga, en primera

instancia, la resolución de la sintomatología como lo clínicamente deseable, sin embargo, se echa de menos una visión más amplia e integral de la salud.

Se muestran satisfechos por el deber cumplido, (D1), (D2), (D5) y (D6), en lo que concuerdan con la academia de osteointegración: “cualquier odontólogo, general o especialista, puede y debe realizar cualquier procedimiento siempre y cuando cuente con la capacitación y experticia, 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 los avances en todo sentido incrementan las exigencias de las especialidades, lo que aprovecha el mercado para azuzar la competencia entre especialidades, (Garg, & Guez., 2010).

Por el contrario, cuando se falla a la obligación con un solo paciente se afecta la confianza pública y el cumplimiento de lo deontológico en su validez moral, (Habermas, 2000, p.65).

Aprender a desempeñarse en condiciones de incertidumbre, en contextos de diálogo interdisciplinario, contribuiría a alcanzar mejores resultados ante el incremento permanente de las tensiones entre tratamientos. Al respecto los profesionales insisten en la interconsulta, (Levin., 2012).

### **Problemas éticos**

**Plan de tratamiento:** Para los entrevistados ceñirse a los protocolos de atención es

requisito ético ineludible, si se quieren garantizar los derechos de los pacientes. No obstante, dicha práctica se circunscribe en contextos socioculturales particulares, como lo hace notar Salles, A (2008).

Hacer que el paciente se informe sobre sus responsabilidades en el éxito del tratamiento aparece como preocupación de los entrevistados, que va más allá del paternalismo. Educar contribuye a la ética del cuidado y a la deliberación, en la medida que posibilita acceder a los supuestos y motivaciones del paciente y se acierte en la decisión, (Clark & Levin, 2019).

A pesar, de lo anterior, alguno de los entrevistados relativiza el papel en la deliberación sobre el tratamiento: “después de éste (el paciente) exponer su problema, quien sabe lo que es conveniente es el profesional y éste último quien decide”. Además, insiste el entrevistado: “no se puede incurrir en prácticas inadecuadas solo por darle gusto al paciente” (D4). Postura que nada tiene que ver con modelos dialógicos para la toma de decisiones éticas, pues se acentúa la asimetría profesional-paciente y se acentúa el paternalismo, (Emanuel & Emanuel, 1992) (Alzahrani & Gibson., 2018). Al decir de Habermas, J (2000, p.70), el debate moral no consiste en hacer “esto o lo otro” sino en que lo que se haga “sea lo justo, lo mejor y lo único que puede hacerse”, (Gatten, et al., 2011).

Por eso no se puede desconocer que: “los implantes evocan dolor e inflamación inducidos por la cirugía, se



asocian con mayores intervenciones posteriores y no ofrecen mejores tasas de supervivencia que el diente tratado endodónticamente”, (Iqbal & Kim., 2008b). 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, (Milan et al., 2008).

**Competencia:** 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”, (Doyle et al., 2006) (Borén et al., 2015) (Alley., 2009).

### **Tecno científico: Tecnología y biomateriales**

Los entrevistados reconocen que sin los avances de la tecnología aplicada a los procedimientos clínicos de ambas especialidades en beneficio de los pacientes, no sería posible lograr una mejor optimización de los tiempos de atención y recuperación, (Beauchamp et

al., 2011); a pesar de que nunca se puede garantizar el absoluto éxito de los tratamientos, ya que las ciencias de la salud son inexactas en cuanto a las respuestas biológicas, (Setzer, & Kim., 2014). Por eso el mejor uso que se puede dar de estas tecnologías es ajustándolas a las necesidades del paciente: preservar antes que remplazar, a sus condiciones sistémicas, patológicas, anatómicas y no solo porque lo impone el mercado, (Penarrocha., 2016) (Setzer & Kim., 2014) (Sebring, Kvist & Derks., 2019) (Habermas., 2000, pp.77-78).

No es suficiente con el conocimiento de la complejidad de los factores biológicos, (Setzer & Kim., 2014) ni con desempeñarse adecuadamente en los procedimientos clínicos, (Doyle et al., 2006) (Kim & Solomon., 2019) o, en los procedimientos para ponderar el costo efectividad y los costos beneficios de ambos tratamientos, (Alzhrani et al., 2018) (Chugal, Clive & Spangberg., 2007) (Tomasi et al., 2008), estas competencias conforman el modo como la razón instrumental ostenta el poder-saber-destreza para imponerse a quien no conoce o no tiene poder. Por eso es indispensable, de igual manera, el dialogo moral para comprender que ningún procedimiento en salud es éticamente neutro o políticamente desinteresado y, que la verdad científica y la rectitud moral deben ir a la par siempre que se trate de dirimir entre tratamiento endodóntico o tratamiento de implantes dental, (Habermas., 2000, pp. 77-78), también, (Ruskin et al., 2005) (Tomasi et al., 2008) (Debellian., 2014).

### **Conflicto de intereses.**

A juicio de los entrevistados es la motivación económica la que incentiva el conflicto entre endodoncia e implantes dentales; pues para Habermas, J (2000) el influjo de lo subjetivo determina el modo como se pondera y se sugiere lo conveniente, en lo cual subyace el conflicto. De aquí la indispensable deliberación sobre lo que realmente necesita el paciente, las alternativas viables y los riesgos previsibles, (Habermas., 2000, p.78).

Para la mayoría de los participantes en la investigación, el conflicto de intereses lo agudiza el mercado de implantes, pues se ofrece como tratamiento definitivo (D1, D4, D5) y hace ver fácil lo que es riesgoso (D3), oculta los intereses del clínico y arriesga la confianza pública, (FDI., 2018). No obstante, el punto más cuestionable es el del ocultamiento de los riesgos de ambos tratamientos y posibles costos futuros, (Potter, McQuistan, Williamson, Qian & Damiano., 2009). 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, 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, al igual que el manejo interdisciplinar, (Torabinejad, et al., 2014).

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, Potter, K et al (2009), al considerar que a pesar de la información fundamentada que respalda el tratamiento endodóntico como primera opción, o las diferentes alternativas existentes, hay profesionales que recomiendan sin más consideración el tratamiento de implantes, sin previsibilidad de riesgos y de costos a largo plazo. Sin embargo, no se debe 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”, (Vahdati, Torabinejad, & Handvsides., 2018).

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 en la formación y la interconsulta (D5), sin dejar de recalcar que “la preferencia por la endodoncia en caso de periodontitis apical es mayor a la exodoncia o al implante dental”, (Azarpazhooh, Dao, Figueiredo, Krahn & Friedman., 2013). La mayoría de los pacientes esperan la conservación del diente, aunque haya profesionales que no lo consideren así, (Clark, & Levin., (2019). Paradoja que motiva a investigar las percepciones psicosociales de los pacientes, (Gatten et al., 2011)

(Torabinejad et al., 2014), acerca de los contenidos de idoneidad y destreza de los profesionales para resolver conflictos bioéticos, (Kim & Solomon., 2011, p.p. 321-325), sobre todo para ponderar el costo efectividad y el costo-beneficio al decidir entre tratamientos, (Setzer, & Kim., 2014), (Kim & Solomon., 2011).

### **Categorías analizadas desde la autonomía y la beneficencia**

Los participantes en el presente estudio subrayan que, al estructurar los planes de tratamiento suministran al paciente toda la información sobre las alternativas posibles, riesgos, beneficios y complicaciones y al menos uno compartió el modo didáctico para hacerlo, a fin de que el paciente este informado para decidir, (Beauchamp et al., 2011). No obstante, en un caso en particular, el entrevistado disiente de lo anterior, pretendiendo conservar su autonomía como profesional, decisión justificada en el conocimiento. (Ver tabla 3: *categoría: PERPP. Código: plan de tratamiento, D4*). De igual manera, al interrogar por los criterios correspondientes al principio de autonomía, expuestos en el marco teórico de la presente investigación, los entrevistados reafirman que buscan el mayor beneficio para el paciente, eso sí salvaguardando el rol del profesional en tanto autoridad-informada.

Sin embargo, el dilema no está en la cantidad de información transferida al paciente, sino cómo profesional y paciente toman decisiones informadas, de consecuencias previsibles y resultados

satisfactorios, (Beauchamp & Childress., 1999).

### **Categorías analizadas desde la justicia y no maleficencia**

Aparte de considerar prioritario la conservación de los dientes naturales, 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 insiste en la importancia que para él tiene detectar los dilemas que se generan desde el nivel psico-sociocultural del paciente (D2). No obstante, otros recomienda la cautela ante las expectativas con las cuales llega el paciente a fin de no incurrir en prácticas inadecuadas (D3), según la situación otros recomiendan apoyarse en la interconsulta y así salvaguardar la idoneidad profesional, (categoría IP, código: D1), proyectar el tratamiento a largo plazo (D4 y D5), dado que la decisión se complejiza cuando se considera lo económico (D6), factor que modifica el proceso de ponderación y el balance costo efectividad, costo beneficio, sobre todo en el campo de la atención pública en salud oral, de todos modos y para todas las personas, a veces sin tener en cuenta que “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”, (Beauchamp et al., 2011).

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 tiempos prolongados, 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 hayan consolidado la endodoncia y sus alternativas de tratamiento como procedimientos altamente confiables.

**Conclusiones:**

- La mayoría de los entrevistados tiene en cuenta informar sobre los múltiples factores que concurren (lo técnico científico, el costo beneficio, éxito y fracaso, etc) al momento de decidir entre tratamiento endodóntico y tratamiento de implantes dentales, pero algunos pocos realmente interactúan de manera dialógica con el paciente en la toma de decisiones, en busca de mejorar la calidad de vida de ellos.
- La actitud paternalista por parte del profesional no deja espacio para que pueda reflexionar sobre su decisión del plan de tratamiento a efectuar, aunque cuente con todas las herramientas del conocimiento. Además, imposibilita toda alternativa de relación dialógica con el paciente. El esquema de atención saber-poder vs ignorancia-sumisión, se justifica erróneamente desde el beneficio del paciente, sin dar espacio a decisiones consensuadas, sustentadas en lo científico, objetivo del profesional; cayendo en detrimento de la autonomía del paciente.

Lo desconcertante es que, aun así, el profesional demanda de la autonomía del paciente para obtener el consentimiento informado, para lo cual es exigitivo que al paciente se le informe debidamente.

- Se evidencia un conflicto entre paciente y profesional cuando el paciente viene informado inadecuadamente frente a lo que el profesional recomienda que se haga, desde su conocimiento y experticia. Aunque el antipaternalismo defiende que la autonomía reside en el paciente hay momentos en los que esto no es viable.

La importancia de educar al paciente contribuye a la ética del cuidado y la deliberación, ya que le da la posibilidad a ese paciente no solo participar en la decisión, sino también de estar motivado frente al tratamiento efectuado de forma consensuada.

- La Interdisciplinariedad no es un último recurso, sino un dinamismo continuo y constante que acompaña todo el proceso de decisión entre los profesionales de distintas especialidades, en este caso en el dilema a la hora de elegir entre endodoncia e implantes dentales.
- La competencia mercantilista entre las áreas odontológicas se reemplazará por la complementariedad cuando se logren enfoques orientados a mejorar la calidad de vida, costo efectividad, de acuerdo a las necesidades de salud oral de los pacientes y a una evaluación del análisis costo beneficio de acuerdo a su ciclo vital a través del diálogo, el cuidado y la deliberación crítica.

## **RECOMENDACIONES**

- Los objetivos de la investigación se han cumplido todos, pero la contundencia de los hallazgos amerita continuar la investigación en los dilemas éticos identificados.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Aminoshariae, A., Teich, S., Heima, M., & Kulild, J. C. (2019). The Role of Insurance and Training in Dental Decision Making. *Journal of Endodontics*, 40(8), 1082–1086. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2014.05.007>
- Alzahrani, A. A. H., & Gibson, B. J. (2018). Scoping review of the role of shared decision making in dental implant consultations. *JDR Clinical and Translational Research*, 3(2), 130–140. <https://doi.org/10.1177/2380084418761340>
- Arun Garg, and G. G. (2010). Sponsorship and Dental Implants: Is the Line Between Product Performance and Profit Blurred. *Dental Implantology Update*, 21(12), 89–91.
- Azarpazhooh, A., Dao, T., Figueiredo, R., Krahn, M., & Friedman, S. (2013). A survey of dentists' Preferences for the treatment of teeth with apical periodontitis. *Journal of Endodontics*, 39(10), 1226–1233. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2013.06.023>
- Beauchamp, T & y James F. Childress, J Principios de Ética Biomédica, Bioética & Debat ( 2011; 17(64): 1-7, volumen 17, núm. septiembre diciembre 2011 64 TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA).
- (Beauchamp et al., 2011) Cfr. N. DANIELS: *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge/Nueva York/Melburne 1985, 5ª reimpr. 1995.
- Habermas, J (2000). *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona. Editorial Peninsula.
- Clark, D., & Levin, L. (2019). In the Dental Implant Era – Why We Still Bother Saving Teeth? *Dental Traumatology*, 0–2. <https://doi.org/10.1111/edt.12492>
- Nadia M. Chugal, Jonathan M. Clive, Larz S.W. Spångberg,(2007), Endodontic treatment outcome: effect of the permanent restoration, volume 104, Issue 4, pages 576- 582, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.04.011>
- Doyle, S. L., Hodges, J. S., & Pesun, I. J. (2006). Retrospective Cross Sectional Comparison of Initial Nonsurgical Endodontic Treatment and Single-Tooth Implants. 32(9). <https://doi.org/10.1016/j.joen.2006.06.002>
- Esposito, M., Tallarico, M., Trullenque-Eriksson, A., & Gianserra, R. (2017). Endodontic retreatment vs dental implants of teeth with an uncertain endodontic prognosis: 1-year results from a randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol*, 10(3), 293–308.
- Ezekiel J. Emanuel, L. L. E. (1999). *Comunicación especial Cuatro Modelos de la Relación Médico-Paciente*.

- Ferrer, J.J.98 -Principios\_bioetica (3).pdf. (n.d.).
- FDI (world dental federation). (2018). *Manual de etica dental 2*.
- Gatten, D. L., Riedy, C. A., Hong, S. K., Johnson, J. D., & Cohenca, N. (2011). Quality of life of endodontically treated versus implant treated patients: A university-based qualitative research study. *Journal of Endodontics*, 37(7), 903–909. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2011.03.026>
- Iqbal, M. K., & Kim, S. (2008a). A Review of Factors Influencing Treatment Planning Decisions of Single-tooth Implants versus Preserving Natural Teeth with Nonsurgical Endodontic Therapy. *Journal of Endodontics*, 34(5), 519–529. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.01.002>
- Iqbal, M. K., & Kim, S. (2008b). A Review of Factors Influencing Treatment Planning Decisions of Single-tooth Implants versus Preserving Natural Teeth with Nonsurgical Endodontic Therapy. 34(5). <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.01.002>
- Iqbal, M., Kim, S., & Yoon, F. (2007). An Investigation Into Differential Diagnosis of Pulp and Periapical Pain: A PennEndo Database Study. *Journal of Endodontics*, 33(5), 548–551. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2007.01.006>
- Kim, S. G., & Solomon, C. (2011). Cost-effectiveness of Endodontic Molar Retreatment Compared with Fixed Partial Dentures and Single-tooth Implant Alternatives. *Journal of Endodontics*, 37(3), 321–325. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2010.11.035>
- Landys Borén, D., Jonasson, P., & Kvist, T. (2015). Long-term survival of endodontically treated teeth at a public dental specialist clinic. *Journal of Endodontics*, 41(2), 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2014.10.002>
- Liran Levin. (2012). EDITORIAL. *QUINTESSENCE INTERNATIONAL*, 43(May).
- Peñarrocha-Oltra D<sup>1</sup>, Monreal-Bello A<sup>1</sup>, Peñarrocha-Diago M<sup>1</sup>, Alonso-Pérez-Barquero J<sup>2</sup>, Botticelli D<sup>3,4</sup>, Canullo, Colonización microbiana del surco periimplantario y conexión del implante de implantes restaurados con superestructuras cementadas versus atornilladas: un estudio transversal, *J Periodontol*. Septiembre de 2016; 87 (9): 1002-11. doi: 10.1902 / jop.2016.160017. Epub 2016 6 de mayo.
- Popelut, A., Valet, F., Fromentin, O., Thomas, A., & Bouchard, P. (2010). Relationship between sponsorship and failure rate of dental implants: A systematic approach. *PLoS ONE*, 5(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010274>
- Potter, K. S., Mcquistan, M. R., Williamson, A. E., Qian, F., & Damiano, P. (2009). Should Endodontists Place Implants ? A Survey of U . S . Endodontists. *Journal of Endodontics*, 35(7), 966–970. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2009.04.021>

- Potter, K. S., McQuistan, M. R., Williamson, A. E., Qian, F., & Damiano, P. (2009). Should Endodontists Place Implants? A Survey of U.S. Endodontists. *Journal of Endodontics*, 35(7), 966–970. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2009.04.021>
- Torabinejad, M., Anderson, P., Bader, J., Brown, L. J., Chen, L. H., Goodacre, C. J White, S. N. (2007). Outcomes of root canal treatment and restoration, implant-supported single crowns, fixed partial dentures, and extraction without replacement: A systematic review. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 98(4), 285–311. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(07\)60102-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(07)60102-4)
- Torabinejad, M., Dinsbach, N. A., Turman, M., Handysides, R., Bahjri, K., & White, S. N. (2019). Survival of Intentionally Replanted Teeth and Implant-supported Single Crowns: A Systematic Review. *Journal of Endodontics*, 41(7), 992–998. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2015.01.004>
- Torabinejad, M., Landaez, M., Milan, M., Sun, C. X., Henkin, J., Al-Ardah, A. White, S. N. (2015). Tooth Retention through Endodontic Microsurgery or Tooth Replacement Using Single Implants: A Systematic Review of Treatment Outcomes. *Journal of Endodontics*, 41(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2014.09.002>
- Berglundh, T., Tomasi, C., & Wennstro, J. L. (2008). Longevity of teeth and implants – a systematic review. 35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2007.01831.x>
- Setzer, F. C., & Kim, S. (2014a). Comparison of long-term survival of implants and endodontically treated teeth. *Journal of Dental Research*, 93(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/0022034513504782>
- Setzer, F. C., & Kim, S. (2014b). Comparison of long-term survival of implants and endodontically treated teeth. *Journal of Dental Research*, 93(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/0022034513504782>
- Sebring, D., Kvist, T., & Derks, J. (2019). Indications for Extraction before Implant Therapy : Focus on Endodontic Status. *Journal of Endodontics*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2019.01.008>
- Salles, A. L. F. (2008). relacion medico paciente.pdf. In *nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (pp. 137–173).
- Ruskin, J. D., & Morton, D. (2005). Failed Root Canals : The Case for Extraction and Immediate Implant. 829–831. doi: 10.1016/j.joms.2005.02.018
- Vahdati, S. A., Torabinejad, M., Handysides, R., & Lozada, J. (2019). A Retrospective Comparison of Outcome in Patients Received Both Nonsurgical Root Canal Treatment and Single-tooth Implants. *Journal of Endodontics*, 45(2), 99–103.



<https://doi.org/10.1016/j.joen.2018.10.018>

Ximena Lee Muñoz, Cristian Vergara Núñez, Elizabeth Astorga Bustamante, C. H. A. (2013). COMPROMISO BIOÉTICO DE LOS ESTUDIANTES DURANTE PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE CLÍNICO EN ODONTOLOGÍA, *19*(2), 307–313

**Anexo 1.** 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 que fuentes de información relacionadas con el tema recurre usted
2. Con que 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. Como 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 endodóncia e implantes dentales (IP)**

8. ¿Dada su formación y experiencia en la endodoncia o en la implantología, cuando 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. ¿Cual 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 como evitarlos?