

# La derivación de pacientes, un acto de Responsabilidad profesional

Od. Ernesto A. Canga \*\*\*

\*\*\*Profesor titular Interino de la Cátedra de Periodoncia  
Facultad de Odontología de la  
Universidad Nacional del Nordeste  
Dirección del autor San Martín 1533 CP 3400 Corrientes .  
Correo electrónico [ernestocanga@gigared.com](mailto:ernestocanga@gigared.com)

Todas las profesiones exigen en su ejercicio conocimientos y habilidades técnicas, es lo que llamamos **responsabilidad profesional**

Mucho se ha escrito desde siempre sobre la relación odontólogo-paciente y en esta relación **el correcto diagnóstico y la derivación oportuna** desempeñan un papel preponderante si de odontólogo de practica general se trata.

El objetivo de este artículo es ver la manera de mejorar esa relación entre estos tres actores, odontólogo de practica general, el paciente y el odontólogo especialista.

Creemos que para lograrlo hay varios aspectos considerar:

1º el paciente por lo general concurre a la consulta de "su" odontólogo, que en la mayoría de los casos es de practica general.

2º el odontólogo puede tener interés, o no, para realizar la prestación que la patología del paciente requiere, este es el primer problema, puede el odontólogo tratante haber tomado cursos de actualización pero que **la responsabilidad profesional** le diga que sus conocimientos no son tan vastos para tratar la patología del paciente en cuestión

Consideramos que esto es subsanable si el odontólogo es capaz de diagnosticar correctamente la enfermedad que aqueja al paciente, en lo que a **enfermedad periodontal** se refiere, en estos casos siempre debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales: la inspección ocular, maniobras semiológicas e instrumental y el examen radiográfico.

El odontólogo debe contar con los conocimientos básicos de normalidad de los tejidos y a partir de allí , ante la simple observación, ya puede hacer un diagnóstico **visual**, corroborando con instrumento idóneo (sonda periodontal) y el examen radiográfico, lo que intuye , es la patología que presenta el paciente.

En esa inspección ocular debe tener presente las características topográficas normales de los tejidos gingivales y sus desviaciones hacia lo anormal en lo que a color, textura, tamaño y forma se refieren, desviaciones hacia distintas intensidades del color rojo, aumento de tamaño,. Textura, consistencia ( friable y blanda o dura y fibrosa) retracción de los tejidos etc. No es motivo de este trabajo **analizar en profundidad** ni los aspectos normales, ni las desviaciones de la salud.

Cuando existe una lesión inflamatoria hay dos signos clínicos que debe evaluar, el primero, es en el surco gingival y debe llamar su atención **el sangrado** y saber que ese sangrado es producto, en el mas banal de los casos, de una lesión de la pared blanda del surco (ulceración del epitelio)por acumulo de placa subgingival y el otro signo que debe llamar su atención es la penetración en profundidad de la sonda periodontal mas allá de los 4 mm... a partir del margen gingival . esta medición de la profundidad, le da una idea clara respecto de la severidad de la lesión.

La imagen radiográfica, si bien no es concluyente, le da una noción de la perdida de sustentación de la pieza dentaria por destrucción de los tejidos

de soporte, lo importante acá es saber que el **margen óseo termina aproximadamente a 1mm. del límite amelocementario** y toda pérdida ósea que supere, en menos, esa distancia debe ser considerada patológica, solo bastan 14 placas peri apicales tomadas con la técnica del paralelo ( Cono Largo o de Mackormac - Fitz Gerald) para evitar deformaciones por diferencia de angulación y distancia foco diente y observar las crestas óseas de las caras interproximales de los dientes. existen otras técnicas hoy día pero reservadas para el especialista, (Rx digital y por sustracción )

Nuevamente **la responsabilidad profesional** hace que el odontólogo de practica general otorgue al paciente la posibilidad de ser derivado a otro profesional especializado en periodoncia para que pueda verse beneficiado con un tratamiento adecuado ya que en definitiva, la derivación del paciente es beneficiosa para los tres actores de los que hablamos mas arriba (odontólogo de practica general, paciente y odontólogo especialista) simplemente porque ambos profesionales se benefician al tratar todos los aspectos de la boca del paciente y el paciente, porque recibe atención idónea **de la afección periodontal** ( en este caso) que es lo que lo aqueja.

Revisando la bibliografía, sobre este tema, el principal escollo en la derivación está en **la poca comunicación** entre los propios odontólogos involucrados ( de practica general y especialistas), el segundo escollo es, en orden de importancia, las consideraciones **morales y éticas**, atento a que existen odontólogos que no desean perder los honorarios del paciente, otros que tiene miedo de perder prestigio profesional delante “su” paciente. y otros derivan al paciente como último recurso, pero la mayoría de las veces es demasiado tarde,.( Ej. sabemos que la destrucción periodontal es continua con brotes de exacerbación periódica) ya que estuvo mal tratada por años y el odontólogo especialista no puede a veces aplicar una terapia periodontal adecuada con margenes de éxito.

Otro tema a considerar son las **implicancias legales** : Los odontólogos estamos obligados a realizar todos los esfuerzos que sean razonables para conservar la salud oral de nuestros pacientes **incluyendo necesariamente la de los tejidos periodontales**, una practica negligente en este sentido como hacer exploraciones periodontales reducidas ,o no hacerlas, no utilizar por ejemplo todos los medios de diagnostico clínicos, ,radiográficos y bacteriológicos para detectar patógenos periodontales, realizar solo las practicas autorizadas por la obra social del paciente son conductas negligentes que pueden acarrear una inesperada demanda por parte de este.

Cuando se deriva un paciente al especialista , la información que se debe remitir ( por escrito), junto al paciente debe detallar porque se deriva acompañando la mayor cantidad de aspectos clínicos , si hubo tratamiento de alguna urgencia y si se recetó alguna medicación cual fue esta y en que dosis.

Y la información del odontólogo especialista, al devolver el paciente tratado al odontólogo derivante, que tambien debe ser por escrito detallando todo el tratamiento instituido debiendo ser eficiente y conciso. La que se archivará en la ficha del paciente.

Atento a que el odontólogo del paciente es el responsable del cuidado de la salud bucal del mismo y no escapa a este además, **la responsabilidad profesional** que le delega el especialista en lo que hace **al mantenimiento de la salud periodontal del paciente tratado.**

Los pacientes que sufren una gingivitis o una periodontitis leve a moderada, sanan después de ser tratados y sus **tejidos periodontales, pueden ser mantenidos en salud por el odontólogo de práctica general.**

Si el profesional tiene los conocimientos básicos sobre periodoncia **sabe que la fase de mantenimiento, es tan importante como el tratamiento mismo,** porque que con

ella se evita el recrudescimiento de la lesión primitiva y también del intervalo de tiempo que debe mediar entre visita y visita para lograr este objetivo de la fase del tratamiento, y sabe que debe tener en cuenta factores inherentes al paciente y ambientales (factores de riesgo) que regulen la periodicidad de las mismas; por ejemplo: conocer la actitud del paciente frente a su enfermedad, su estado de salud general, La edad, si es un paciente fumador, no olvidar los factores psicosociales que de manera directa o indirecta afectan su calidad de vida. todo esto se debe valorar a la hora de programar las sesiones de mantenimiento y el intervalo de las mismas. En que consiste una visita para el mantenimiento de la salud periodontal de un paciente tratado: básicamente

1º En la revisión de la HC y ajustarla a la fecha de la visita

2º Exploración clínica intra y extra oral

2.1 Estado de los tejidos gingivales (color, tamaño, forma, textura)

2.2 Profundidad de sondaje de sitios tratados y no tratados, (presencia de sangrado, de

Secreción etc.

2.3.Revisión de las zonas ganglionares y glándulas salivales

3º Corroborar la correcta higiene practicada por el paciente y ajustarla de ser necesario y reforzar la motivación sobre el correcto control de la placa bacteriana (biofilm)

4º Toma de radiografías si fuesen necesarias ante algún foco de recidiva a juicio del profesional

5º Raspaje y alisado radicular cuando hayan depósitos de placa y cálculos

6º Atento a los datos obtenidos planear el lapso de tiempo que mediará con la nueva visita

**En conclusión** por todo lo expuesto, todos los actores salen beneficiados con una actitud de **responsabilidad profesional** y en este caso en particular del conocimiento básico sobre aspectos clínicos de la enfermedad periodontal.

Con este camino de ida y vuelta, de mutuo respeto y teniendo en cuenta las consideraciones morales y éticas mencionadas y porque no las implicancias legales que pueden suceder por una practica no adecuada, el tercer actor, **el paciente** es el mas beneficiado de la buena relación entre profesionales, porque entre ambos dieron solución no solo al problema de fondo por lo que consultó sino a otros aspectos de su salud bucal.y **al mantenimiento de su salud periodontal**

Además hoy hay gran interés por la Odontología Preventiva, ha sido redescubierto el valor de una correcta higiene bucal y las visitas periódicas al odontólogo, de manera que el profesional de practica general puede, o mejor dicho debe encarar su profesión comprendiendo que su rol principal en el marco de la odontología toda es de promover la salud oral y proveer el tratamiento requerido hasta el máximo de su destreza y conocimientos para las necesidades de la salud del paciente

## **Bibliografía:**

Abrams,Caton.J,Polson, A.M. "Histologic comparison of interproximal gingival tissues related to the presence of bleeding".J Periodontol. 55:629. 1984;  
Amato,R.Caton. J, Polson. A et. Al. "Interproximal gingival inflammation related to conversion to bleeding to a no bleeding state" J.periodontol. 57:63. 1986;

Canga Ernesto,A. "La importancia del mantenimiento de la salud periodontal"Revista de la Fundación Juan José Carraro año2 N°3 pag 8-11. 1997

Carranza,Fermín A. Periodontología Clínica 9ª edición parte 5 cap. 30 sección 1 ( Michael G. Newman y henry Takey) pag 456-478.2002

Glisman , Milton A. " Referir al paciente periodontal" Periodotology.2000 (ed. Esp.) Vol.1 pag.110.113. 2202.

Radiología Odontológica: Fundamentos.... Gomez Mataldi, Recaredo A. cap. 4 "Técnicas radiográficas" pag.90 - 93 1968

Rimoli Eduardo : Boletín de la Sociedad Argentina de Periodontología "El diagnostico Periodontal en la practica diaria" pag 13 . 1995

Salzman.J.A .: "Generalist-Especialits relations" New York Dent.,37:361.1967.

Weiner,L.: "The relationship Between the specialist and the referring dentist.". J Ontario Dent. Assn.45:295.1968.

Ziman Edwin. "Consideraciones legales del tratamiento periodontal" Peridontology 2000 (Ed esp) Vol.1, , 114-130. 2002