

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA DESDE LA MIRADA DEL PACIENTE

Zemel Martín; Miguel Ricardo

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Resumen:

Las personas que asisten a la Clínica Odontológica, también llamados como “pacientes”, en las últimas décadas progresivamente demandaron y exigieron el respeto de sus “nuevos” derechos sanitarios. Entre los factores que condujeron a esta transformación social se observó el reconocimiento efectivo de los derechos civiles.

Por tanto, el respeto por la autonomía del paciente se convirtió en el eje de la toma de decisiones sanitarias modificando el paradigma de atención clínica en Odontología. Cabe entonces evaluar la implementación clínica del citado derecho bioético desde la mirada de la persona que asiste un Centro hospitalario universitario.

OBJETIVO: El presente trabajo se propuso como objetivo evaluar los procesos que determinan el ejercicio del respeto por la autonomía desde la mirada del paciente que recibe atención clínica en el Hospital Odontológico Universitario de la FOUNLP.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) “grado de conocimiento del consentimiento informado”; b) “instrumentación del derecho a la información clínica”. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 120 pacientes del Hospital Odontológico Universitario, FOUNLP. El muestreo comprendió 60 pacientes de clínicas de alta complejidad (Grupo A) y 60 pacientes de clínicas de mediana complejidad (Grupo B). Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1.

RESULTADOS: En relación con la primer variable se evaluó el indicador “identificación de componentes del consentimiento informado” hallándose positivamente: Grupo A=34, 56,67%; Grupo B=37, 61,67%; $p>0.05$.

Al medir “identificación del concepto de autonomía” se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: Grupo A=32, 53,33%; Grupo B=35, 58,33%; $p>0.05$.

Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador “obtención del consentimiento”, registrándose positivamente: Grupo A=54, 90,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p>0.05$.

Al medir “conformidad con la información recibida” se registró positivamente: Grupo A=27, 45,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p<0.05$. Al evaluar “conformidad con el plan de tratamiento propuesto” se registró positivamente: Grupo A=56, 93,33%, Grupo B=58, 96,67%; $p<0.05$.

CONCLUSIONES: A partir de los datos tomados de la muestra procesada se pudo concluir que: a) ambos grupos de pacientes presentaron una significativa identificación positiva de conocimientos asociados al consentimiento informado como también su obtención en la práctica clínica; b) No obstante, el grupo de pacientes que protagonizó prácticas de alta complejidad presentó un mejor nivel de conformidad respecto al derecho a la información clínica ($p<0.05$).

Investigación financiada por CONICET

Palabras clave: Ética odontológica – Bioética – Derechos sanitarios

Introducción

El nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente en la sociedad occidental actual hizo que el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo, y en particular sobre su salud, sean factores preponderantes a considerar en esta relación. De esta forma, el derecho a la información aparece como una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud siendo a su vez, éste último, uno de los fundamentales derechos de la persona humana.

Si se considera que el deber de informar incluye fundamentalmente lo relativo al diagnóstico y riesgos del tratamiento propuesto, se puede comprender los alcances del consentimiento informado en la Odontología. Este se presenta como la respuesta al derecho del paciente a decidir consiente y libremente. Se estima entonces, que constituye uno de los máximos aportes que la práctica del Derecho ha realizado en los últimos siglos al conjunto de los derechos humanos contenidos en las diversas teorías, consecuencia necesaria o explicación de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia.

Como respuesta de este cambio de mentalidad surge el concepto de consentimiento informado, definido como el proceso por el cual a un paciente se le provee la suficiente información para tomar una decisión informada y razonada del procedimiento clínico. Este proceso se da sin ninguna coacción o fraude, e incluye explicar la necesidad del tratamiento, sus beneficios, alternativas, costos, riesgos y complicaciones o la no aceptación del tratamiento de la condición diagnosticada; este proceso debe darse con claridad, en un lenguaje comprensible y de forma oportuna (1).

El carácter de “proceso” que revistió la implementación del consentimiento informado en los últimos tiempos permitió un profundo desarrollo de aspectos éticos, jurídicos y clínicos. A partir de este concepto se construyó su contenido incluyendo una serie de habilidades prácticas constituyendo un verdadero desafío educativo. De este modo, los profesionales que comenzaron a enfrentarse con la implementación clínica del proceso de consentimiento informado (PCI) debieron adquirir habilidades para la aplicación práctica del mismo (2), entre las que se encontraron fundamentalmente: a) las técnicas de entrevistas clínicas, soporte emocional y relación de ayuda que permitieron estructurar el encuentro profesional-paciente de una forma metodológicamente adecuada y develar la dimensión humana del PCI; b) los protocolos de evaluación de capacidad (3-5) que permitieron determinar si el paciente no estuvo en condiciones de tomar decisiones y son otros los que debieron hacerlo en su lugar; c) los formularios de consentimiento informado que sirvieron para apoyar el proceso oral –si son legibles y estuvieron bien diseñados– registrarlos y monitorizarlos y por último, para probar legalmente que se dio la información y se obtuvo el consentimiento.

El concepto de informar las decisiones en las prácticas clínicas recibió una creciente atención en los años recientes. La doctrina legal del consentimiento informado, en el cual es requerido el odontólogo para revelar la naturaleza del procedimiento, las alternativas y los riesgos envueltos, se convirtió en una conversación de “un sentido” sin que signifique ello la participación del paciente. Por tanto, los pacientes deben tener la oportunidad de ser participantes informados en las decisiones clínicas, debiendo el Odontólogo proveer información considerando la naturaleza del tratamiento propuesto, los beneficios y los riesgos del mismo, y los beneficios y riesgos de los tratamientos alternativos, incluyendo el rechazo al tratamiento. Especialmente, durante el primer contacto con un nuevo paciente, el Odontólogo puede jugar un rol vital alentando al paciente para que descubra sus propios intereses y expectativas, respetando y redescubriendo de este modo su propia autonomía (6). De ahí que la comprensión de estos conceptos filosóficos por parte del odontólogo debiera de ser fundamental.

El consenso de enseñar métodos ha sido un foco ético de discusión reciente, los pacientes debieran consentir en un procedimiento aunque el mencionado acto podría complejizarse si el procedimiento será llevado a cabo por residentes e incluso por primera vez. En este sentido, un estudio llevado a cabo en una universidad norteamericana sobre el conocimiento de las prácticas de los residentes y la voluntad de parte de los pacientes de dejar a los profesionales mejorar técnicas en ellos, determinó la necesidad de brindar esta información oportunamente (7). Para ello, deberá capacitarse a los profesionales de la salud en las dimensiones bioéticas y legales, como también en aquellas vinculadas con los procesos comunicacionales posibilitando un cambio sustancial en la práctica profesional (8).

Obtener el consentimiento informado requiere de un entrenamiento específico y una evaluación sistematizada que posibilite enriquecer los distintos procesos educativos relacionados. Por tanto, cabe examinar si las capacitaciones que se ofrecen en los ámbitos hospitalarios benefician la relación clínica y disminuyen la vulnerabilidad de los pacientes en la atención odontológica. Si bien su evaluación podría realizarse desde distintas aristas, se propuso para esta investigación comparar las percepciones de los pacientes atendidos por estudiantes de postgrado que asistieron voluntariamente a una capacitación en Bioética con una muestra control.

Metodología

Se llevó adelante un diseño observacional haciendo la recolección de datos en forma prospectiva. Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) “grado de conocimiento del consentimiento informado”; b) “instrumentación del derecho a la información clínica”. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 120 pacientes del Hospital Odontológico Universitario, FOUNLP.

Se tomó una muestra de pacientes que concurrían regularmente al Hospital Odontológico Universitario. El tamaño de muestra fue calculado mediante Epilnfo Versión 3.3.2, considerando un Nivel de Confianza de 95% y realizando un posterior ajuste al tamaño de la población. Así se obtuvo un tamaño muestral de 60 pacientes de clínicas de alta complejidad (Grupo A) y 60 pacientes de clínicas de mediana complejidad (Grupo B).

El autorreporte implementado en ambos Grupos fue de tipo estructurado y cerrado. En este sentido, sólo se solicitaron datos de tipo epidemiológico para la posterior caracterización de la muestra. La encuesta tuvo dos apartados, siendo el primero compuesto por 15 afirmaciones que valoraron éticamente situaciones concretas de la Facultad, la práctica recibida y la relación clínica. El paciente debió evaluar su grado de conformidad con las mismas a partir de una Escala de Lickert ofrecida. La codificación final de la misma resultó en tres opciones: Muy satisfactorio, satisfactorio e insatisfactorio.

La encuesta fue tomada bajo condiciones controladas. El proceso de construcción y validación del instrumento se realizó mediante un juicio de expertos que verificó la validez del contenido y constructo aplicando la V de Aiken (0,99), luego se evaluó la confiabilidad obteniendo resultados del Alfa de Crombach (0,73) y el análisis Factorial, esta secuencia ha sido descrita por diversos autores para la validación de cuestionarios. (9, 10). Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando el programa SPSS 15, tomando un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se aplicaron pruebas

de hipótesis para la evaluación de diferencias significativas para cada grupo antes y después del Curso, considerando diferencias significativas para $p < 0.05$

Por último, cabe señalar que la información obtenida del registro de los instrumentos de trabajo fue de carácter confidencial, hecho probado en la condición anónima de las encuestas realizadas. Asimismo, se resaltó en todo momento el carácter voluntario y libre en el llenado de los autorreportes que se obtuvieron de los sujetos de investigación. En este sentido, se proporcionó información donde se les explicó los objetivos de la misma y la metodología a llevar a cabo. En todos los casos, luego de suministrarles la información se les hizo firmar un documento de consentimiento informado donde se dejó constancia por escrito del carácter voluntario y anónimo de su participación. La confección de éste último fue realizada con la Asesoría de la Asignatura Introducción a la Odontología Legal y el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Por último, los resultados obtenidos del procesamiento de la información fueron devueltos al finalizar la investigación.

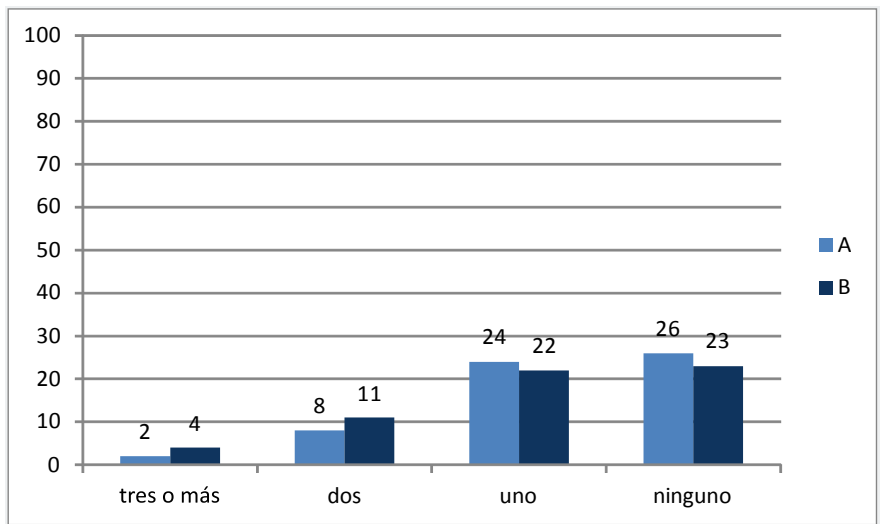
Resultados

En el grupo A, 60% (36/60) pertenecieron al género femenino, con rango de edades entre 12 a 56 años (mediana 20 años). En los pacientes de género masculino, el rango de edades osciló entre 17 a 22 años (mediana 19 años).

En el grupo B, 53% (32/60) correspondieron al género femenino, con rango de edades entre 13 a 41 años (mediana 20.5 años). En los pacientes de género masculino, el rango de edades osciló entre 17 a 62 años (mediana 19.5 años).

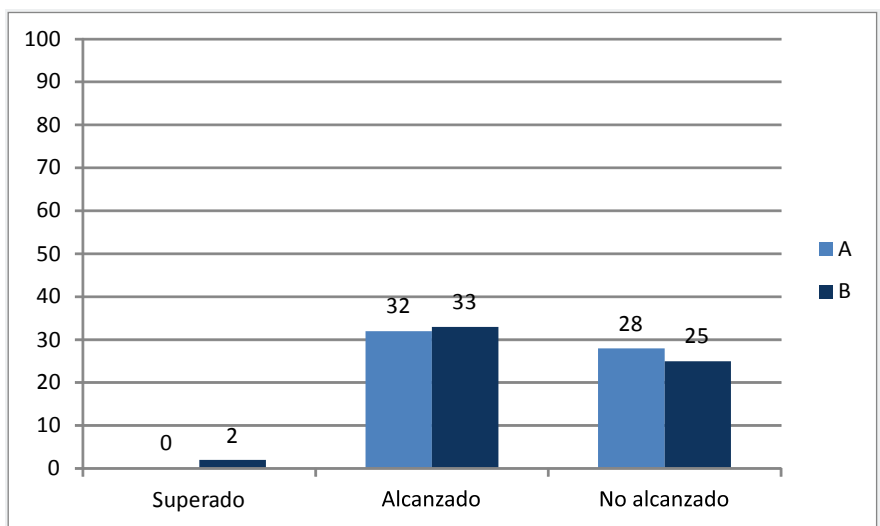
En relación con la primer variable se evaluó el indicador “identificación de componentes del consentimiento informado” hallándose para el Grupo A: tres o más = 2 (3,33%); dos=8(13,33%); uno=24(40,0%); ninguno=25(43,33%); Grupo B: tres o más = 4(6,67%); dos=11(18,33%); uno=22(36,67%); ninguno=23(38,33%). Surge así una distribución positiva: Grupo A=34, 56,67%; Grupo B=37, 61,67%; $p > 0.05$.

Gráfico 1. Identificación de componentes del consentimiento informado



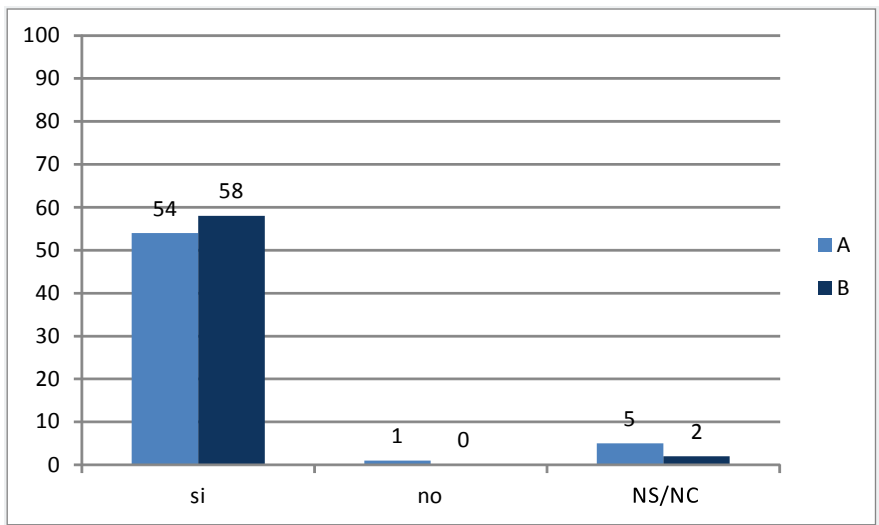
Al medir “identificación del concepto de autonomía” se halló para el Grupo A: Superado=0 (0%); Alcanzado =32(53,33%); No alcanzado=28(46,67%); Grupo B: Superado=2(3,33%); Alcanzado =33(55,0%); No alcanzado=25(41,67%). Se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: Grupo A=32, 53,33%; Grupo B=35, 58,33%; $p>0.05$.

Gráfico 2. Identificación del concepto de autonomía.



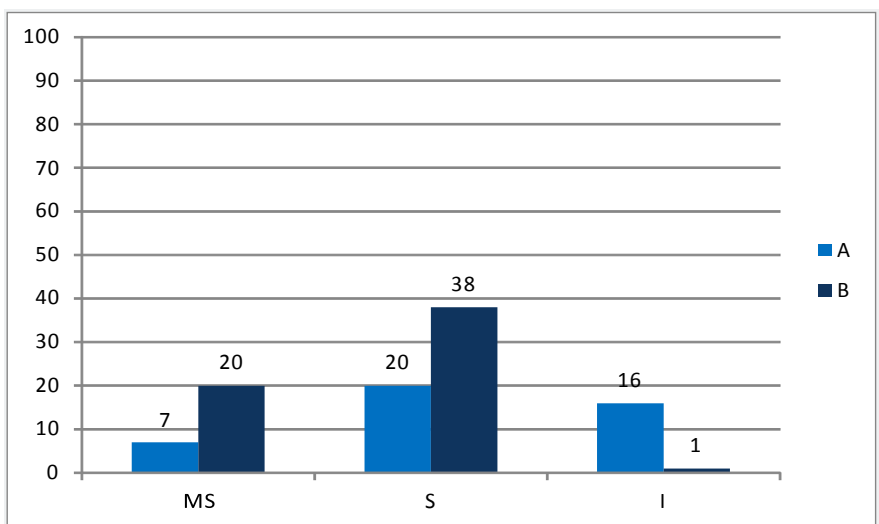
Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador “obtención del consentimiento”, registrándose Grupo A: si=54(90,0%); no=1 (1,67%); ns/nc=5(8,33%); Grupo B: si=58(96,67%); no=0(0%); ns/nc=2(2,33%). Se halló una obtención positiva entonces para el: Grupo A=54, 90,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p>0.05$.

Gráfico 3. Obtención del consentimiento.



Al medir “conformidad con la información recibida” se registró para el Grupo A: muy satisfactoria=7(11,67%); satisfactoria=20(33,33%); indiferente=16(26,67%); poco satisfactoria=14(23,33%); muy insatisfactoria =3(5,0%); Grupo B: muy satisfactoria=20(33,33%); satisfactoria=38(63,33%); indiferente=1(1,67%); poco satisfactoria=1(1,67%); muy insatisfactoria =0 (0%). Registrándose positivamente: Grupo A=27, 45,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p < 0.05$.

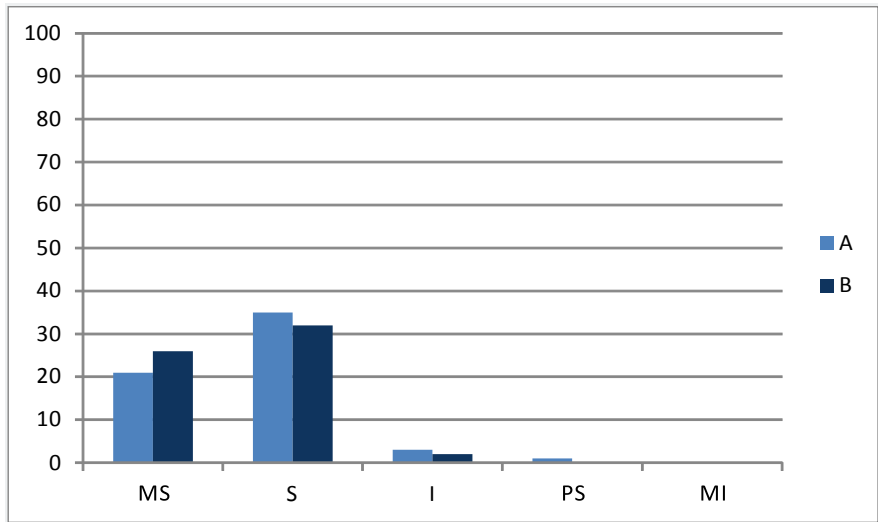
Gráfico 4. Conformidad con la información recibida.



Al evaluar “conformidad con el plan de tratamiento propuesto” se registró para el Grupo A: muy satisfactoria=21(35,0%); satisfactoria=35(58,33%); indiferente=3(5,0%); poco satisfactoria=1(1,67%); muy insatisfactoria =0(0%); Grupo B: muy satisfactoria=26(43,33%);

satisfactoria=32(53,33%); indiferente=2(3,33%); poco satisfactoria=0(0%); muy insatisfactoria =0 (0%). Se registró positivamente: Grupo A=56, 93,33%, Grupo B=58, 96,67%; $p<0.05$.

Gráfico 5. Conformidad con el plan de tratamiento propuesto.



Gervasoni refirió en su Tesis que la tendencia actual sobre la información clínica ha ido modificando el modelo paradigmático de la relación médico-paciente del siglo pasado; donde la información entregada era típicamente escueta y las preferencias de los pacientes poco tenidas en cuenta. Este autor instó a que los profesionales reconozcan la existencia de la diversidad de preferencias y evalúen en forma individual los deseos de los pacientes en cuanto a información y participación. En base a los postulados planteados por Gervasoni, se ha mostrado que los pacientes experimentaron una mayor satisfacción al haberseles destinado un mayor tiempo al espacio del diálogo, en la consulta odontológica. (9)

Por tanto, se concordó con Say y Thomson en que se abran nuevas líneas de investigación vinculadas a explorar las expectativas de los pacientes, y se desarrollen entrenamientos específicos para los profesionales resultan necesarias para hallar soluciones a los potenciales problemas relacionados con la información y la toma de decisiones clínicas (10).

Conclusión

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se pudo concluir que: a) ambos grupos de pacientes presentaron una significativa identificación positiva de

conocimientos asociados al consentimiento informado como también su obtención en la práctica clínica; b) No obstante, el grupo de pacientes que protagonizó prácticas de alta complejidad presentó un mejor nivel de conformidad respecto al derecho a la información clínica ($p < 0.05$).

Referencias

1. García F. El odontólogo frente al consentimiento informado: ¿Qué hacer? En: Cardozo C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A, et al. Ética y odontología una introducción. Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética. Chile; 2007: 240.
2. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001;118(3):99-106
3. Shields C., Franks P., Fiscella K., Meldrum M.A. Epstein R. Rochester participatory decision-making scale (RPAD): Reability and validity. *Ann Family Med* 2005; 3(5):436-442
4. Schwartz L., Woloshin S., Welch G. Can patients interpret health information? An assesment of the medical data interpretation test. *Med Decision Making* 2005; 25(3):290-300
5. Wilson HJ, Ayers KMS. Using significant event analysis in dental and medical education. *J Dent Educ* 2004; 68(1):446–53
6. Reid KI. Respect for patients' autonomy. *J Am Dent Assoc.* 2009;140(4):470-474.
7. Santen SA, Hemphill RR, McDonald MF, Jo CO. Patients' willingness to allow residents to learn to practice medical procedures. *Acad Med.* 2004;79(2):144-147
8. Zemel M., Miguel R. Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario. *Revista Redbioética/UNESCO.* 2012; 1 (5): 94-106
9. Gervasoni M. La información en el Consentimiento Informado. Preferencias en una muestra de la población urbana en Uruguay. Tesis de la Maestría en Bioética. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. 2009. Disponible en Colección de Investigaciones en Bioética. Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética: http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos_coleccion.html [Último acceso: julio de 2013]
10. Say R., Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions-challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327:542-545