

Ejercicio de la autonomía en pacientes atendidos en el Hospital Odontológico Universitario

Miguel Ricardo; Catino Magali; Zemel Martín; Cocco Laura; Di Girolamo Germán; Sapienza María Elena; Pólvara Beatriz; Iantosca Alicia

Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata. 50 e/ 1 y 115, La Plata (1900)

Director | Miguel Ricardo - olfoip@yahoo.com

Fuente de apoyo financiero | Subsidio UNLP

“Sin conflicto de interés”

Resumen

El presente trabajo tuvo objetivo revisar los procesos que conllevan al respecto del principio de autonomía en los pacientes que fueron atendidos durante las prácticas universitarias de la Carrera de Odontología. Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) “nivel de conocimiento del principio de autonomía”; b) “aplicación del principio de la autonomía”. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria y anónima a una muestra por sorteo de 200 pacientes del Hospital Odontológico Universitario, FOUNLP. El muestreo comprendió 100 pacientes de clínicas de mediana complejidad (Grupo A) y 100 pacientes de clínicas de alta complejidad (Grupo B). Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1. La evaluación de la primer variable mostró un mayor conocimiento de aspectos bioéticos vinculados con la autonomía y el consentimiento informado en los pacientes del grupo B ($p < 0.05$), mientras que la segunda variable presentó un alto ejercicio de los derechos sanitarios en ambos grupos ($p > 0.05$). Por último, se sugirió una revisión sistemática del ejercicio de los aspectos bioéticos en la práctica odontológica que posibilite su cotidiana custodia. Investigación financiada por UNLP

Palabras Clave | Ética odontológica, Bioética, Educación odontológica

Summary

The objective of this research was to review the processes that lead to respect the principle of autonomy in patients who were treated during the student practices dental career. A descriptive study was performed on variables: a) “level of knowledge of the principle of autonomy”; b) “application of the principle of autonomy”. A closed voluntarily and anonymously by drawing a sample of 200 patients Dental University Hospital, FOUNLP survey was recorded. The sample comprised 100 patients in clinical médium complexity (Group A) and 100 patients clinics high complexity (Group B). Statistical analyzes were performed using Epi Info™ Version 3.3.2 and 3.1 EPIDAT. The evaluation of the first variable showed a greater understanding of bioethical issues related to autonomy and informed patients in group B ($p < 0.05$) consent, while the second variable showed a higher exercise of health rights in both groups ($p > 0.05$). Finally, a systematic review of the exercise of the bioethical aspects in dental practice that enables safekeeping daily suggested. Subsidied by UNLP

Key words | Dental Ethics – Bioethics – Dental Education

Introducción

El nuevo ordenamiento jurídico establecido en el Código Civil de la Nación se sumó a la construcción de un complejo andamiaje legal que ha modificado la praxis odontológica, y por ende, su enseñanza en el ámbito universitario. En este contexto se desarrolla la Bioética constituyéndose un lugar privilegiado en la formación profesional de los nuevos graduados médicos y odontólogos, particularmente luego de su legislación positiva en el contexto nacional a partir de la comprensión del impacto en la salud humana (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Por tanto, esta nueva relación clínica originó un modelo diferente de formación profesional odontológico en sus dimensiones éticas y legales. (6) El paradigma emergente fue uno de los factores que impulsaron la renovación del currículum odontológico en diversos países del mundo, y en particular en el contexto latinoamericano, como en el caso de las Carreras de Odontología argentinas que sufrieron una sustancial transformación de su perfil profesional durante los años 90 (7,8, 9, 10, 11). Entre los derechos sanitarios prioritarios se acordó el respeto por la autonomía del paciente convirtiéndose en el eje de la toma de decisiones sanitarias en diversos países. Se consideró al concepto de autonomía como la capacidad de evaluar las situaciones y la facultad de actuar sin restricciones considerando los valores y creencias del propio individuo (12).

El reconocimiento del paciente como "persona" en sentido pleno y dotado, de plena capacidad de decisión, es uno de los grandes aportes de la ética biomédica. A partir de esta perspectiva se contribuyó a superar la visión excesivamente paternalista de la práctica sanitaria, según la cual el profesional estaba habilitado para decidir en forma unilateral el tratamiento a seguir. Este nuevo paradigma de relación clínica incluyó el derecho del paciente a que se le explique de un modo objetivo y comprensible los tratamientos propuestos, y a dar —o no— su consentimiento de modo explícito en cada caso. Esta moderna valorización de la autonomía del paciente encuentra su concreción a través del denominado "consentimiento informado". Este tuvo un amplio desarrollo tanto en el ámbito de la investigación como en el clínico cotidiano enfrentando en ambas áreas diferentes desafíos (13,14)

En estos años frecuentemente se observó que los profesionales sanitarios tendieron a considerar al consentimiento informado desde un punto de vista puramente legal, como una suerte de "medida defensiva" de su labor, para prevenir una eventual responsabilidad, y que suele traducir, especialmente en el ámbito hospitalario, en el llenado de ciertos formularios por el paciente. En realidad, el sentido del consentimiento informado trasciende esta visión formalista, dado que es mucho más que un mero requisito legal. Se trata de

una obligación ética básica de todo profesional de la salud, que responde a la necesidad de respetar la dignidad del paciente como "persona".

La tarea del profesional es en este modelo muy distinta a la propia del modelo paternalista: su obligación moral no es ahora procurar el mayor beneficio posible tal como él lo entiende, independientemente de lo que opine el paciente. Se trata, por el contrario, de ayudar al paciente a descubrir y decidir qué es lo que le parece más beneficioso para sí mismo. En otras palabras, el profesional ofrece ahora al paciente un punto de partida: lo que desde su perspectiva como profesional de la salud, con sus conocimientos y experiencia, estima que es la decisión clínica más acertada. A partir de ahí se inicia un proceso dialógico, donde el intercambio mutuo de información es un aspecto decisivo, que culmina cuando el paciente decide en forma autónoma qué opción diagnóstica o terapéutica acepta y cuál rechaza.

La relación odontólogo-paciente ha pasado de ser un sistema vertical, en el que el odontólogo era el centro del sistema, que de forma paternalista tomaba las decisiones, en muchos casos de forma unilateral, e indiscutible debido al alto conocimiento especializado relacionado con el tratamiento de enfermedades dentales siendo el paciente receptor pasivo de los cuidados; a otro horizontal, donde el paciente es el axis y centro del sistema sanitario, el cual debe ser respetado como agente autónomo y como tal debe de participar activamente en conjunto con el profesional y tomar sus propias decisiones. 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.

Se construyó, por tanto, un concepto de consentimiento entendido como un "proceso" compuesto por una serie de elementos éticos y jurídicos fundamentados en los principios de autonomía, responsabilidad y libertad (15), asociados a determinantes sociales, y comprendidos recientemente por la citada legislación nacional en la materia. El presente trabajo se propuso como objetivo revisar los procesos que conllevan al respecto del principio de autonomía en pacientes que atendidos durante las prácticas universitarias de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (FOUNLP).

Materiales y Métodos

Se trató de un estudio descriptivo de tipo transversal. La muestra estuvo constituida por 100 niños (50 del sexo masculino y 50 del sexo femenino) de 9 y 10 años de edad atendidos en la Asignatura Integral Niños en el segundo cuatrimestre del 2014.

Se registraron los datos en la historia clínica. El examen clínico de los pacientes niños se realizó con espejos, pinza para algodón y jeringa triple para el secado con aire, en un ambiente de luz natural.

Se estableció el tipo de lesión de los primeros molares inferiores permanentes de acuerdo al código ICDAS.

FIG1. Identificación del concepto de autonomía por pacientes atendidos en las clínicas universitarias

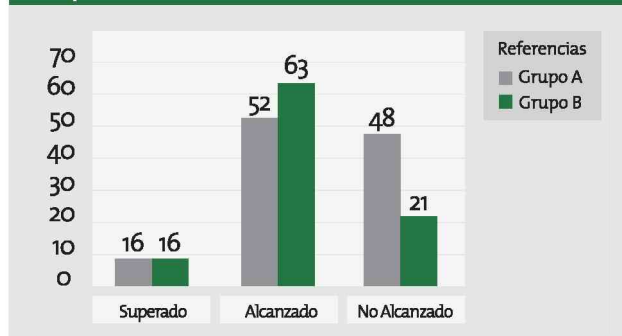


FIG 2. Identificación de aspectos a valorar en el proceso de consentimiento informado

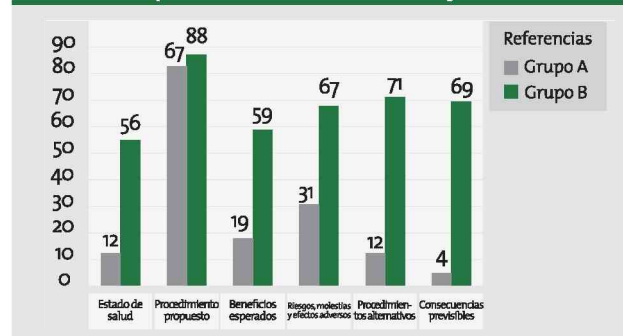


FIG 3. Identificación del concepto de revocabilidad del consentimiento.

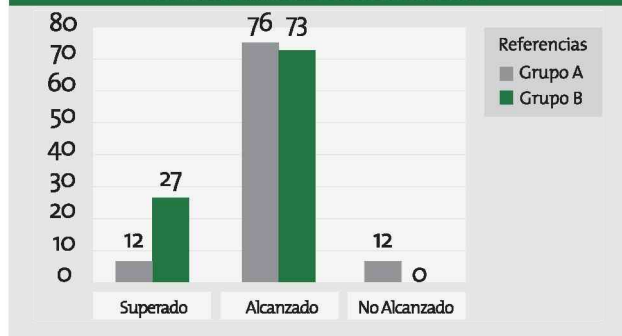


FIG 4. Reconocimiento del ejercicio positivo del derecho la autonomía de la voluntad

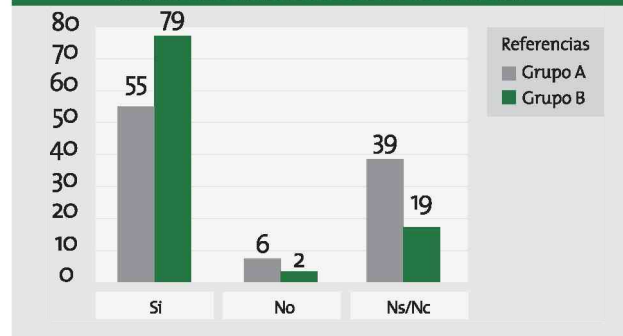


FIG5. Obtención del consentimiento informado

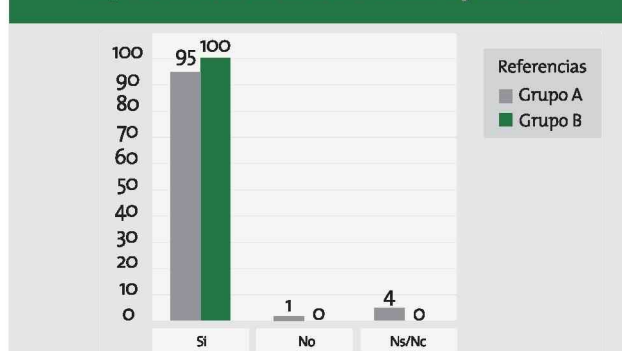
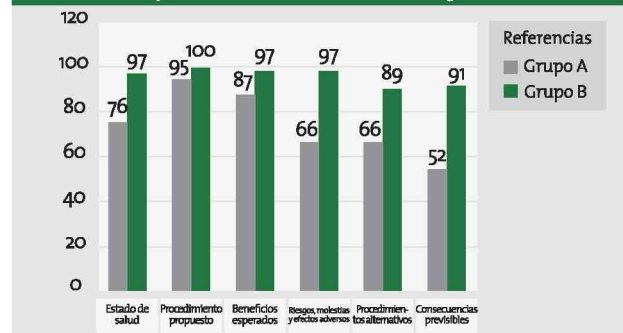


FIG 6. Identificación de aspectos a valorar en el proceso de consentimiento informado



Resultados

La edad mínima de la muestra fue 18 y la edad máxima 57, promedio 36.43, moda 36 y mediana 37 años. En relación con la primer variable se evaluó el indicador “identificación del derecho a la autonomía de la voluntad” se registró la siguiente distribución: Grupo A: Superado=0; Alcanzado=52; No alcanzado=48; mientras que para el Grupo B: Superado=16; Alcanzado=63; No alcanzado=21

Fig 1 | En la valoración del indicador “identificación de aspectos incluidos en el proceso de consentimiento informado” la distribución presentada fue la siguiente: Grupo A: estado de Salud=12; procedimientos terapéuticos propuestos con especificación de los objetivos perseguidos=67; beneficios esperados del procedimiento=19; riesgos, molestias y efectos adversos previsibles=31; especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto=12; consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados=4; mientras que para el Grupo B la distribución fue: estado de Salud=56; procedimientos terapéuticos propuestos con especificación de los objetivos perseguidos=88; beneficios esperados del procedimiento=59; riesgos, molestias y efectos adversos previsibles=67; especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto=71; consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados=69.

Fig 2 | Por otra parte, en la valoración del indicador “identificación del concepto de revocabilidad del proceso de consentimiento informado” la distribución fue: Grupo A: Superado=12; Alcanzado=76; No alcanzado=12; mientras que para el Grupo B: Superado=27; Alcanzado=73; No alcanzado=0

Fig 3 | Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador “reconocimiento del respeto a la autonomía de su voluntad”, siendo la distribución: Grupo A: Sí=55; No=6; Ns/Nc=39; mientras que en el Grupo B: Sí=79, No=2; Ns/Nc=19.

Fig 4 | Al evaluar el indicador “obtención del consentimiento”, la distribución fue: Grupo A: Sí=95; No=1; Ns/Nc=4; mientras que en el Grupo B: Sí=100, No=0; Ns/Nc=0.

Fig 5 | Finalmente, al valorar el ejercicio efectivo de la práctica del consentimiento informado, los pacientes reconocieron haber recibido diferentes aspectos de la información sanitaria. En este sentido, la distribución fue: Grupo A: estado de Salud=76;

procedimientos terapéuticos propuestos con especificación de los objetivos perseguidos=95; beneficios esperados del procedimiento=87; riesgos, molestias y efectos adversos previsibles=66; especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto=66; consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados=52; mientras que para el Grupo B la distribución fue: estado de Salud=97; procedimientos terapéuticos propuestos con especificación de los objetivos perseguidos=100; beneficios esperados del procedimiento=97; riesgos, molestias y efectos adversos previsibles=97; especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto=89; consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados=91.

Discusión

La valorización y práctica del proceso de consentimiento informado del paciente representó un fenómeno altamente positivo en el ejercicio de la Odontología. Esta situación fue claramente representada al observar el amplio reconocimiento de ambos grupos de pacientes en el proceso de obtención del consentimiento informado (Grupo A: 95%; Grupo B: 100%).

Actualmente, la reglamentación de la Ley Nacional N° 26529 insta a los profesionales de la salud, entre otras cuestiones, a un trato digno y respetuoso hacia sus pacientes como también el respeto de su intimidad, de la autonomía de la voluntad y el ofrecimiento de una clara información sanitaria (5). En este aspecto, pacientes que se encontraron en tratamientos de alta complejidad pudieron reconocer el cumplimiento de sus derechos sanitarios. En este contexto, el énfasis puesto en la autonomía del paciente debe procurar no conducir al futuro profesional al extremo opuesto, el del relativismo moral. Se cae en el relativismo moral cuando el principio de autonomía es erigido como principio supremo de la relación profesional-paciente, sin ninguna vinculación con un bien que trascienda a los

sujetos en cuestión. En este sentido, cabe señalar que la autonomía no es el único ni el más importante de los principios bioéticos, sino que está subordinado al imperativo de no dañar y al de justicia.

Los resultados hallados permitieron observar el tratamiento de la Bioética durante la formación de grado de la Odontología. El significativo conocimiento de conceptos bioéticos por parte de los pacientes, como su ejercicio efectivo, denota un trabajo sistemático y un cuidado de los aspectos éticos en la práctica odontológica.

Finalmente, las Universidades deben asumir la mayor parte de la formación bioética de los profesionales de la salud, mirada desde una perspectiva integral y no solamente técnica científica. De este modo, problemáticas como el respeto por la autonomía del paciente y la obtención del consentimiento informado para tratamientos odontológicos deben ser parte de los contenidos a debatir dentro de su formación como futuros graduados odontólogos.

Conclusiones

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se pudo concluir que: a) si bien existió un significativo reconocimiento del ejercicio de aspectos bioéticos y legales vinculados con la autonomía y el consentimiento informado, el grupo de pacientes que asistió a las clínicas de alta complejidad presentaron un

mayor nivel de conocimientos ($p > 0.05$); b) Cabe señalar la necesidad de continuar con una revisión sistemática del ejercicio de los aspectos bioéticos en la práctica odontológica que posibilite su cotidiana custodia.

BIBLIOGRAFÍA

- Moiso A. Determinantes de Salud. En: Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata: Edit. EDULP; 2007: 176-181
- Comisión sobre Determinantes de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final. Edit. Journal S.A.; 2008: 26,97
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26529. Bol Ofic de la Rep Arg 20/11/2009
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 26742. Bol Ofic de la Rep Arg 24/05/2012
- Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). Decreto 1089/2012. Bol Ofic de la Rep Arg 06/07/2012
- Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
- Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching of bioethics in dental graduate programs in Brazil. Braz Oral Res. 2006;20(4):285-289.
- Reid KI. Respect for patients' autonomy. J Am Dent Assoc. 2009; 140(4):470-474.
- García Rupaya CR. Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú. Acta Bioethica 2008; 14(1): 74-77
- Miguel R, Zemel M, Cocco L, Ruiz R, Sapienza M, Pólvora B, Iantosca A, Seara S. El Proceso de Consentimiento Informado en La Carrera de Odontología de la UNLP. Rev de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. 2006; 3(1):39-43.
- Min de Educ de la Nación Argentina. Res 1413/08. Contenidos curriculares básicos para Carreras de Odontología. 2008. Disponible en: <http://www.coneau.edu.ar> [Último acceso: diciembre 2015]
- Grávalos C, Ramos V, Ayllón C, Ruiz P, Aranda R, Cortés-Funes H, Martínez J. Actuaciones sobre la autonomía, información y participación de los pacientes con cáncer colorrectal en un Hospital de Día de Oncología Médica. Rev de Bioética y Derecho. 2010; 18:2-9
- Mexasa F, Efronb A, Raggio Luizc R, Cailleaux-Cezara M, Chaissonb R, Condea M. Understanding and retention of trial-related information among participants in a clinical trial after completing the informed consent process Clinical Trials 2014; 11:70-76
- Grady Ch. Enduring and Emerging Challenges of Informed Consent. New England Journal of Medicine 2015; 372(9):855-886
- Donayre F. El Odontólogo desde una perspectiva social y bioética. Rev. Estomatol. Herediana. 2007; 17(1):3-4