



REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

BIOÉTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA RELACIÓN CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Montañés Gallardo, A.

Bioética y consentimiento informado en la relación clínica odontológica. *Cient. Dent.* 2018; 15; 2; 15-22



**Montañés Gallardo,
Alejandro**

Licenciado en Odontología.
Master en Odontología Legal y Forense.
Doctor en Ciencias de la Salud.
Odontólogo estatutario sanitario de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Área Sanitaria Norte de Cádiz. Servicio Andaluz de Salud.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECIS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Centro de Salud Jerez-Centro.
c/José Luis Díez nº 14. 11403.
Jerez de la Frontera (Cádiz).
Tf.: 671563989-657323314

Email:

alejandro.montanes.sspa@juntadeandalucia.es

Fecha de recepción: 6 de marzo de 2018.
Fecha de aceptación para su publicación:
15 de junio de 2018.

RESUMEN

La Bioética ha tenido una lenta incorporación en odontología, expandiéndose a través de procedimientos de mayor riesgo y complejidad, mala praxis o nuevos avances científico-tecnológicos. Esta disciplina debe ser asumida y puesta en práctica no por conveniencia sino por convicción, contribuyendo como una nueva herramienta en la toma de decisiones responsables dentro del ejercicio de una profesión odontológica moderna que exige una cantidad de desafíos morales y sociales que están afectando de manera considerable su práctica diaria. Existen un gran número de cuestiones de carácter ético en el marco de la odontología; el Consentimiento Informado (CI) ocupa un lugar muy importante, considerándose una necesidad legal, un principio moral y un derecho que permite al paciente tomar sus propias decisiones en cuanto a su salud.

Se ha llevado a cabo una revisión no sistemática utilizando la base de datos electrónica PUBMED, incluyendo trabajos del JCR de revisión, artículos originales de investigación descriptiva y artículos de revistas especializadas indexadas no incluidas en el JCR.

Con el presente artículo se pretende llamar la atención del dentista, autoridades sanitarias, sociedades científicas, colegios profesionales o universidad para mejorar la consecución de un modelo bioético de relación clínica odontológica basado en el CI, incrementando, entre otras iniciativas, las enseñanzas sobre Bioética y Legislación Sanitaria en los nuevos Grados de Odontología y formación postgraduada.

PALABRAS CLAVE

Consentimiento informado; Formularios; Actitudes; Conocimientos; Odontología.

BIOETHICS AND INFORMED CONSENT IN THE CLINICAL DENTAL RELATIONSHIP

ABSTRACT

Bioethics has had a slow incorporation in dentistry, expanding through higher risk and complexity procedures, malpractice or new scientific-technological advances. This discipline must be assumed and put into practice not for convenience but for conviction, contributing as a new tool in making responsible decisions within the exercise of a modern dental profession that demands a number of moral and social challenges that are affecting considerably your daily practice There are a large number of issues of an ethical nature in the framework of dentistry; Informed Consent (IC) occupies a very important place, considering a legal necessity, a moral principle and a right that allows the patient to make their own decisions regarding their health.

A non-systematic review has been carried out using the electronic PUBMED database, including JCR review papers, original descriptive research articles and articles from indexed journals not included in the JCR.

This article aims to call the attention of the dentist, health authorities, scientific societies, professional associations or universities to improve the achievement of a bioethical model of clinical dental relationship based on IC, increasing, among other initiatives, the teachings on Bioethics and Sanitary Legislation in the new Degrees of Dentistry and postgraduate training.

KEY WORDS

Informed consent; Consent forms; Attitudes; Knowledge; Dentistry.

INTRODUCCIÓN

La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios¹. Aunque, en relación con la ética médica, el término más adecuado y adaptado a la realidad en la que nos desenvolvemos sea el de la ciencia que trata de estudiar de forma sistemática las dimensiones morales de las ciencias de la vida, así como de los cuidados sanitarios, mediante el empleo de diferentes metodologías éticas, bajo la óptica de un planteamiento interdisciplinar². Es una nueva disciplina que analiza desde el punto de vista moral las repercusiones derivadas de las ciencias médicas para intervenir en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte de los seres humanos, haciendo especial énfasis en la relación clínica sanitario-paciente. Creada en la segunda mitad de siglo XX, surge por la confluencia de, al menos, cuatro factores: el desarrollo espectacular de la biología, los cambios de conciencia de la investigación científica, la aplicación de nuevas tecnologías a la biomedicina y la emancipación de los pacientes. La Bioética en odontología ha tenido una lenta incorporación, expandiéndose de forma similar que la medicina aunque con más retraso, a través de procedimientos de mayor riesgo y complejidad, calidad de servicios, mala praxis, secreto profesional o nuevos avances científico-tecnológicos; posiblemente debido a que esta particular parcela de las ciencias sanitarias no se ha ocupado de temas a los que la sociedad le ha concedido una gran importancia (problemas al final y principio de la vida, negativa a tratamiento en urgencia vital, etc.). Sin embargo, tal circunstancia no debe confundir al profesional de la odontología sobre los cimientos éticos en los que debe desarrollar su ejercicio profesional cotidiano; *“Se es o no ético en los grandes momentos y también en los pequeños”*³.

Tradicionalmente, la odontología ha podido relacionarse más con matices técnicos del ejercicio de la profesión que con cualidades éticas vocacionales de quien la practica. Esta nueva disciplina (Bioética) que puede aportar los elementos necesarios para que se entienda la razón de ser de las normas, debe ser asumida y puesta en práctica no por conveniencia, sino por convicción⁴. Además, contribuye como una nueva herramienta en la toma de decisiones responsables dentro del ejercicio de una profesión odontológica moderna que exige una cantidad de cuestiones morales y sociales que están afectando de manera considerable su práctica diaria.

Existen un gran número de cuestiones de carácter ético en el marco concreto de la odontología. La evaluación y el análisis de la calidad de los servicios dentales prestados por diferentes profesionales resulta una necesidad demandada por el público. La Bioética tendrá como una de sus funciones principales ayudar al sanitario, mediante el fomento de la deliberación entre este último y el paciente, sobre la mejor adopción de decisiones relativas a las actuaciones que se vayan a seguir en el marco asistencial⁵. Los avances en las tecnologías sanitarias en general y en la odontología en particular, han determinado que los pacientes estén mejor informados sobre la variedad, ventajas e inconvenientes de nuevos tratamientos. Cabe destacar que, al igual que en diferentes especialidades o profesiones sanitarias, el Consentimiento Informado (CI) entra a formar parte, como una actividad más, del ejercicio de la práctica clínica del profesional de la odontología, considerándose no sólo una necesidad legal, sino un principio moral y un derecho que permite al paciente tomar sus propias decisiones en cuanto a su salud^{6,7}.

ASPECTOS LEGALES DEL CI

Las leyes sobre el CI varían según cada país pero los principios éticos sobre los que se asienta son internacionales. En España, a raíz del Convenio de Oviedo⁸, se promulgó la Ley Básica 41/2002 de Autonomía del paciente⁹, mejorando ciertos aspectos sobre la que estaba anteriormente en vigor (Ley General de Sanidad de 1986¹⁰), dotando de mayor estabilidad legislativa el procedimiento de CI. Brands y cols.,¹¹ realizan un análisis de la legislación holandesa y establecen la necesidad de una relación de confianza entre el odontólogo y su paciente, concediendo al CI un papel fundamental de la mencionada relación. La Asociación Dental Americana¹² afirma que *“el dentista debe informar al paciente del tratamiento propuesto y las alternativas razonables, de manera que le permita involucrarse en la toma de decisiones”*. Igualmente la Guía sobre el Consentimiento Informado realizada por la Academia Americana de Odontopediatría¹³ recoge que el CI es el proceso mediante el cual se proporciona al paciente o al tutor, en el caso de un menor, la información pertinente relativa a las necesidades de diagnóstico y tratamiento, de manera que la decisión en relación con el tratamiento pueda ser tomada por el paciente, debiendo los dentistas estar al tanto de los antecedentes culturales y lingüísticos de sus pacientes y sus familias, y cuidar de que la información esté disponible en formatos apropiados para ayudar a los padres en la decisión. En EEUU, algunos estados permiten el consentimiento verbal, que debe ser documentado en el expediente médico, mientras que otros pueden requerir consentimiento por escrito. Los profesionales de la salud oral deberían revisar las leyes que se aplican en cada estado para determinar su nivel de cumplimiento. En países en desarrollo como India, Kakar y cols.,¹⁴ abordan algunas cuestiones fundamentales relativas al CI en odontología, al ser una especialidad que requiere un amplio conocimiento de los principios que la regulan, para aplicarlos a la gran variedad de circunstancias que surgen en el ejercicio profesional de la misma, indicando que cualquier procedimiento *“invasivo e irreversible”* requiere CI. Quarnstrom¹⁵ apunta que el CI se hace necesario, cuando existe la posibilidad de provocar problemas o cuando las complicaciones potenciales son manifiestamente negativas para el paciente. Algunos tratamientos incluidos dentro de la actividad odontoestomatológica específica de dedicación a la cirugía oral y maxilofacial, atrae más litigios que cualquier otro procedimiento, siendo un tema que, según Perea y cols.,¹⁶ genera preocupación y análisis. Conti y cols.,¹⁷ comprobaron, tras revisar su legislación estatal, que el trato dentista-paciente no se puede basar en una relación de amistad o familiaridad, nacida de un tratamiento previo o de la costumbre que se alcanza tras acudir en

reiteradas ocasiones al consultorio dental, dado que tal relación podría llevar al paternalismo; además, el odontólogo debe esforzarse en alcanzar las expectativas del paciente de acuerdo con la información que sobre el tratamiento se le ha propuesto, para que el fundamento del CI no sea el formulario escrito sino la interacción entre facultativo y paciente. Jafarey y Moazam¹⁸ hacen una reflexión sobre la importancia no sólo legal -ya que la Ley de Protección al Consumidor de India así lo establece- sino moral de obtener un adecuado CI basado en una relación “predominantemente gobernada por la confianza”, donde el respeto por la dignidad y el derecho de autonomía del paciente sean los pilares de la relación establecida, concluyendo que el CI debe ser un “imperativo moral”. No podemos ver en el CI una necesidad legal o un deber sino una virtud de buena práctica dental que debemos ejercer de acuerdo a la necesidad de comprensión y adaptación de cada paciente⁷.

PERCEPCIÓN DEL DENTISTA EN RELACIÓN AL CI

La valoración del odontólogo sobre diferentes aspectos del CI también ha sido motivo de estudio. Un trabajo de Tahir y cols.,¹⁹ se centró en analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la necesidad e importancia del CI en un grupo de 375 estudiantes de último curso y recién graduados de odontología, mediante la entrega de un cuestionario validado. Existieron diferencias entre los estudiantes y los recién titulados respecto al concepto y contenidos del CI; sin embargo, la mayoría coincide en utilizarlos en procedimientos invasivos y quirúrgicos y como documento de salvaguarda legal para el odontólogo. El formulario escrito no es excusa para librar al facultativo de su responsabilidad con el paciente, concluyendo que existe una alta sensibilización sobre el concepto de CI, pero hay muchas lagunas en la forma de obtenerlo, su contenido, necesidad, aplicación y práctica. Kotrashetti y cols.,²⁰ presentan un discreto, aunque interesante, estudio de los conocimientos y práctica del CI en un grupo de 44 dentistas de una zona urbana de India que, aunque no sirva como indicador, ofrece una imagen de la práctica odontológica de este país en desarrollo. Entre un 68-77% no ofrece explicaciones sobre riesgos o efectos secundarios relacionados con los procedimientos diagnósticos o terapéuticos y sólo un 14% obtiene el CI escrito. Adeyemi y cols.,²¹ realizan un estudio en 56 dentistas que trabajan en centros de enseñanza y hospitales del suroeste de Nigeria para evaluar su percepción y considerar aspectos relevantes del CI a través de un cuestionario. Un elevado porcentaje (98,4%) afirmó haber realizado un CI de una manera u otra, de los cuales un 59,6% afirman que lo obtienen de forma verbal en procedimientos de rutina. Los autores concluyen que los conocimientos sobre el CI resultan insuficientes y se deben mejorar, aunque la actitud frente al mismo es positiva. Chate²² determinó el nivel de conocimiento y comprensión en un grupo de 233 ortodoncistas de tres zonas de Reino Unido (Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte), mediante un cuestionario sobre aspectos legales y práctica clínica del CI. Como requisito se esta-

bleció que las preguntas debían ser contestadas correctamente. Las áreas en las que demostraron tener más dudas fueron la cantidad de información suministrada, la valoración de la incapacidad del paciente para dar consentimiento, la situación jurídica del menor, el tiempo de validez de un consentimiento escrito o la necesidad de realizar CI en procedimientos con anestesia general. Los resultados proporcionan una oportunidad para mejorar los conocimientos éticos y legales en la obtención de un consentimiento válido, antes de iniciar cualquier tratamiento de ortodoncia. Tres años más tarde Sharma y Chate²³ realizan una evaluación similar en un grupo de 207 ortodoncistas recién graduados miembros de la Sociedad de Ortodoncia Británica, obteniendo pobres resultados de participación, con una tasa de respuesta del 61% y un alto número de respuestas sin contestar, con 13 respuestas contestadas de 21 posibles, confirmando la falta de conocimiento legislativo en lo que respecta al CI. Recientemente, un trabajo de Gupta y cols.,²⁴ analiza la actitud y conocimientos frente al CI en la práctica privada de un grupo de 156 dentistas de la ciudad india de Bathinda, mediante la entrega de un cuestionario estructurado con tres posibles respuestas, según si la pregunta versa sobre conocimientos (sí, no o no sabe) o sobre actitud frente al CI (nunca, siempre o a veces). Los resultados concluyen un conocimiento desigual entre los dentistas recién graduados (menos de 5 años de experiencia) frente a los más experimentados (más de 10 años) con diferencias estadísticamente significativas, sugiriendo la necesidad de implantar programas de sensibilización para mejorar los vacíos existentes e inculcar actitudes positivas en relación al proceso de CI.

CONSENTIMIENTO ESCRITO Y SUS EFECTOS EN EL PACIENTE

Kakar y cols.,¹⁴ se muestran contrarios a la necesidad de realizar un CI escrito a la hora de ejecutar simples procedimientos diagnósticos tales como exámenes clínicos generales, radiografías o sondaje de exploración, ya que se suponen necesarios para realizar la evaluación completa y precisa del estado bucodental del paciente. Mirza²⁵ establece, básicamente, tres tipos de CI en el ejercicio de la odontología:

- a. Consentimiento implícito o tácito: el paciente coopera de forma pasiva sin discusión. Previamente ha existido un proceso de buena comunicación y entendimiento, que proporciona suficiente información para entender el procedimiento y por qué se realiza. No necesita ser documentado en la historia clínica.
- b. Consentimiento verbal: el paciente pone de manifiesto su acuerdo con el proceso que se le va a realizar, tras la información recibida por el personal sanitario. Se realiza en tratamientos de rutina, exámenes diagnósticos y profilaxis, a condición de ser registrados documentalmente.
- c. Consentimiento escrito: necesario en intervenciones que implican riesgos donde interviene la anestesia o sedación,

procedimientos restauradores, invasivos, quirúrgicos, administración de medicamentos con alto riesgo conocido y así sucesivamente.

En cuanto a la forma escrita, el CI debe adaptarse a las necesidades del caso, debiendo cumplir los requisitos legales, deontológicos, de legibilidad y comprensión para que el paciente pueda entender su contenido¹⁴. En los trabajos de Valenza y cols.,^{26,27} y Glick y cols.,²⁸ se analizan los formularios de CI estándar actuales según el nivel de cada paciente (índice de alfabetización o experiencias previas). Para ello prueba la eficacia de un CI personalizado a través de una historia clínica electrónica, elaborando diversos documentos o smartconsents que fueron entregados a 50 pacientes de una escuela dental. Se dividieron en dos grupos; uno control, al que se le suministró un formulario estándar y el otro con el nuevo smartconsent. Los resultados ofrecieron diferencias significativas mejorando el diseño, la satisfacción y entendimiento con los nuevos documentos desarrollados, ayudando en la toma de decisiones y la relación clínica. En España, el Consejo General de Dentistas ha desarrollado un programa informático denominado Consin, actualizado desde 2012, que permite a los colegiados elaborar documentos escritos de CI específicamente personalizados a la medida de la demanda y del tipo de paciente que se va a tratar, ofreciendo textos con información relevante en casos de factores de riesgo o circunstancias particulares sobre las que se debe obtener el consentimiento²⁹.

La capacidad de los pacientes en la toma de decisiones en odontología es un hecho que condiciona al paciente odontológico. La fobia al dentista ha generado el interés suficiente para que se analice de manera particular. Holden y Holden³⁰ estudian las diferentes formas en que los dentistas perciben la ansiedad y fobia de los pacientes, detallando la importancia de abordarla como una verdadera enfermedad psicológica ya que su impacto puede mermar la capacidad de consentir en los pacientes más vulnerables, impidiendo la protección de sus derechos o dignidad personal tal como establece el Convenio Europeo de Bioética⁸. No consideran plausible realizar evaluaciones psiquiátricas completas a los pacientes que acuden con fobia al consultorio dental, sin embargo, proponen tomar medidas que aseguren decisiones racionales y congruentes en individuos que demuestran fobia, mediante tratamientos iniciales cortos y sencillos para, posteriormente, realizar terapéuticas definitivas donde los niveles de ansiedad y dolor hayan disminuido considerablemente y puedan estar en condiciones de dar un consentimiento adecuado. Concluyen que hace falta tiempo y habilidad del personal sanitario para desarrollar las técnicas que permitan adoptar este tipo de intervenciones en la práctica dental. Ferrus-Torres y cols.,³¹ evaluaron la eficacia de un formulario escrito de CI para un procedimiento de cirugía oral (exodoncia quirúrgica de tercer molar inferior impactado) en 87 pacientes, mediante la explicación de forma verbal y escrita de siete posibles complicaciones que pueden surgir a consecuencia del procedimiento. Los pacientes completaron un test de ansiedad (Corah) y un cuestionario sobre el nivel de comprensión el mismo día que se le suministró la información. A los siete días regresaron para la revisión y evaluación posoperatoria. Los pacientes no re-

cuerdan la mayoría de la información que reciben antes de dar su consentimiento; sin embargo, recuerdan dos complicaciones con más frecuencia: parestesia del labio inferior-mentón y lengua homolateral. Esto puede deberse a la naturaleza irreversible de la complicación y a su repercusión en la vida diaria. Un estudio más reciente de Torres-Lagares y cols.,³² analiza el efecto que tiene el formato de CI sobre la ansiedad preoperatoria de los pacientes. Realizaron un estudio prospectivo en 91 pacientes que se iban a someter a extracción del tercer molar inferior. Se establecieron tres grupos, de manera que a cada uno se le suministró la misma información, una de manera verbal (mediante una entrevista), escrita (a través de un formulario) y audiovisual (mediante el visionado de un video y explicación de voz) respectivamente, sobre el procedimiento, los posibles riesgos y el postoperatorio. Todas las dudas planteadas por los tres grupos fueron contestadas por el personal facultativo. Se registró el nivel de ansiedad preoperatorio y si el mismo mejora tras proporcionar la información. Los resultados obtenidos concluyen que el formato más adecuado, aunque sin afirmarlo estadísticamente, sería el oral, aunque pareció razonable sugerir que una combinación del oral y escrito mejoraría la relación entre paciente y médico. Descartan el audiovisual ya que aumenta la ansiedad de los pacientes (con resultados estadísticamente significativos) y no muestra ventajas en este campo de la odontología (cirugía) en relación a otros (estética). Rubiños Lopez y cols.,³³ efectuaron una comprobación del impacto de aplicar un formulario de CI en un grupo de 462 pacientes que iban a someterse a una exodoncia en un Centro de Atención Primaria de Galicia. El 93,7% dio su consentimiento, aunque un 47,3% expresó su deseo de no ser informado. El tiempo empleado para la obtención del consentimiento fue de media 4 minutos, concluyendo que no constituye una barrera que obstaculice la práctica clínica, ni se requieren cambios organizativos importantes, más allá del tiempo consumido por el hecho de realizar un CI escrito para extracciones dentales bajo anestesia local, posiblemente por ser considerado un tratamiento habitual y cotidiano en los servicios públicos de salud, aún a sabiendas de la obligatoriedad legal de obtenerlo. En este estudio se demostró que la lectura de documentos de CI no aumenta los niveles de estrés, ni empeora el manejo de pacientes con mayor índice de ansiedad. Por último los autores analizan la cantidad y calidad de los documentos suministrados según el tipo de población a la que se le suele administrar (personas mayores, nivel cultural, etc.), así como el tamaño de la letra, espacio interlineado, gramática, legibilidad u otras características de diseño, concluyendo que el motivo primordial de su uso es ayudar al paciente a tomar una decisión y no a la obtención de una firma ya que se convertiría en una herramienta de la medicina defensiva más que un instrumento que facilite la relación entre médicos y pacientes para mejorar la confianza necesaria que debe estar presente en cualquier entrevista clínica. Degerliyurt y cols.,³⁴ abordaron la cantidad y tipo de información que el paciente desea saber sobre los riesgos específicos asociados a un tratamiento y si desean recibirla de forma escrita. Para ello analizaron las respuestas suministradas mediante un cuestionario de 12 preguntas a 212 pacientes que iban a someterse a cirugía

oral. El 57% quería tener información acerca de todas las complicaciones, el 33% de las más comunes y sólo un 10% no deseaba recibir información, el 78% desea recibirla por escrito, aunque también de forma verbal. El porcentaje de hombres que querían conocer más riesgos fue significativamente mayor. El estudio concluye que un proceso de CI escrito, generalmente, proporciona más información de lo que la mayoría de los pacientes desean. Un estudio de Carr y cols.,³⁵ evaluó la eficacia de un método de CI mediante la explicación personalizada y abreviada de diapositivas para mejorar la comprensión de los riesgos y las limitaciones del tratamiento de ortodoncia. Seleccionaron 80 pares de sujetos (padres incluidos) a los que se les informó sobre cuestiones generales y específicas del tratamiento. Todos leyeron el formulario de consentimiento, vieron la presentación de diapositivas personalizada y completaron una entrevista con preguntas estructuradas, obteniendo una puntuación según el nivel de comprensión obtenido. Los elementos que se presentan por primera vez en la presentación de diapositivas obtuvieron mejores resultados que los que se presentan más adelante, por tanto, la información más importante debe ser presentada inicialmente a los pacientes, y cualquier información proporcionada más allá de los primeros 7 puntos se debe dar como material suplementario para llevar a casa. Ernst y cols.,³⁶ llevaron a cabo un estudio para determinar si los pacientes y sus padres memorizaban la información suministrada previa a un tratamiento de ortodoncia. Demostraron un alto nivel de recuerdo en el proceso de consentimiento en relación con el tipo de aparato que se le iba a colocar (89,8%), las razones del tratamiento (96%), los riesgos (75,5%), la duración (83,3%), la posibilidad de resolver dudas (96%) e información del tratamiento en general (94%). Sin embargo, al preguntar sobre riesgos específicos se demostró poca retentiva respecto a la caries (36,8%), la reabsorción radicular (<21%), la retención postortodoncia (56,3%) o la duración de la misma (35%). Llegaron a la conclusión de que en general el proceso de consentimiento funciona bien, pero se debe centrar más en áreas específicas de interés como son los riesgos del tratamiento de ortodoncia. Un trabajo posterior realizado por Pawlak y cols.,³⁷ analiza la eficacia de un método parecido para mejorar la comprensión en el proceso de CI en pacientes ortodóncicos. Se utilizó una presentación en formato visual y en video donde se especificaban a través de pequeños cortes los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento. Se dividieron dos grupos formados por 35 pacientes (y sus padres). A uno se le suministró una presentación de diapositivas y un video, al otro sólo la presentación (sin video). Ambos grupos fueron entrevistados personalmente por los investigadores utilizando un cuestionario de preguntas abiertas y además formularios para obtener datos demográficos, niveles de legibilidad, preguntas sobre salud y un test psicológico. Hubo diferencias significativas en cuanto a la comprensión en general entre los dos grupos mejorando también la legibilidad de los documentos administrados gracias a las presentaciones ofrecidas. La cantidad de información mostrada ayudó a memorizar a corto plazo los conceptos que se deseaban transmitir, concluyendo que, llegado el caso, se podría considerar aportar información menos relevante. El estudio de

Alagesan y cols.,³⁸ intenta evaluar la práctica clínica del CI entre los ortodoncistas y pacientes en el distrito indio de Dakshina. Mientras que los resultados mostraron que los ortodoncistas (79,14%) eran conscientes de los conocimientos respecto al CI, no ocurría lo mismo con los pacientes (35,14%). El resultado global demostró la enorme brecha que existe entre ambos, debiendo estar más involucrados en el proceso de toma de decisiones. La falta de conocimiento mostrado por los pacientes según lo revelado por esta investigación ayudará a los ortodoncistas a desarrollar un enfoque eficaz en la participación de aquellos y a respetar sus decisiones a lo largo de la línea de tratamiento, además de proporcionar una salvaguarda para el profesional en las cuestiones médico-legales y construir una buena relación hacia los pacientes y sus padres.

La cantidad de información verbal o escrita que necesita cada paciente depende de factores inherentes a cada individuo por lo que resulta materialmente imposible elaborar documentos a la carta. Además, el proceso de CI escrito generalmente proporciona más información de lo que la mayoría de los pacientes desean³⁴ por lo que queremos finalizar estas líneas redundando, en la necesidad de realizar un CI acorde a las necesidades del paciente ya que el fundamento del mismo no es el formulario escrito sino el esfuerzo en alcanzar las expectativas del paciente de acuerdo con la información que sobre el tratamiento se le ha propuesto¹⁷.

CONCLUSIÓN

El consentimiento informado ha supuesto un cambio de paradigma en la nueva relación clínica pasando de un modelo tradicional paternalista al principio de autonomía en el que el paciente es el que decide tras ser informado acerca de su enfermedad y las posibilidades terapéuticas que ofrece. Este hecho genera un creciente interés en el colectivo sanitario y población general debido a la compleja asimilación de la nueva legislación relacionada con el CI por parte de los profesionales que forman parte del sistema sanitario, al número de pacientes que inician acciones judiciales o a la existencia de jueces que han dictado sentencias en base a la ausencia de un adecuado proceso de información, provocando reacciones de diversa índole en el colectivo sanitario, que ha tenido que adaptarse a los cambios actuales de forma rápida y en la población general que ha encontrado un respaldo para salvaguardar sus derechos.

La creciente aparición de nuevas facultades de odontología es un hecho, ofreciendo al país un conjunto de profesionales técnicamente preparados para brindar servicios a la comunidad. Muchos de los trabajos revisados concluyen en la necesidad de implantar programas de sensibilización para mejorar los vacíos existentes e inculcar actitudes positivas en relación al proceso de CI, por lo que se recomienda desde estas líneas un mayor énfasis en las enseñanzas de Bioética y Legislación Sanitaria.

Conviene reforzar la participación de los comités de ética ubicados en las instituciones odontológicas (públicas y privadas) o en los colegios profesionales, no sólo con el fin de mediar en los princi-

pales conflictos acaecidos entre dentista y paciente -donde con relativa frecuencia se acaba en los tribunales de la jurisdicción civil o penal-, sino para favorecer, a través de formación continuada, el intercambio de conocimientos sobre legislación o derecho sanitario.

Un diseño de formularios de CI adaptados a la realidad individual (diagnóstica, terapéutica o cultural) de cada paciente con el asesoramiento de especialistas o servicios jurídicos, garantizan el modelo de autonomía, libertad e individualidad del paciente dentro del nuevo marco de relación clínica basado en la toma de decisiones compartida. En la actualidad, aunque vayamos por buena senda, aún queda camino por recorrer. Este objetivo se puede alcanzar si se concientia al dentista y al resto de profesionales sanitarios, auxiliares e higienistas -y no sólo de la odontología, sino

de la medicina o enfermería-, del hecho de informar al usuario como una obligación más de su actividad profesional -cada uno en el marco de sus competencias-, aunque también, el proceso de CI mejoraría ostensiblemente si existiera una adecuada alfabetización del paciente en el marco sanitario, es decir, si éste asumiera sus deberes, siendo capaz de comprender y utilizar la información con el fin de tomar mejores decisiones respecto a su salud.

La historia y evolución del CI siguen su curso, sus defectos, los que se han venido detectando y los que vayamos observando en su desarrollo deberán ir resolviéndose asumiendo el reto con sentido común y responsabilidad, apoyándonos en la medicina, la filosofía o el derecho, no obstante, quedarán limitaciones y desafíos morales por explorar.



BIBLIOGRAFÍA

1. Callahan D. Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon & Schuster, 1978.
2. Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. New York: Mac Millan, 1996.
3. Ciocca Gomez L. Bioética, ética y odontostomatología legal. Acta bioeth 2006; 12 (1): 59-63.
4. De Caicedo CB. Necesidad de la Bioética en la Educación Superior. Acta bioeth 2006; 12 (1): 35-40.
5. Torres-Quintana MA, Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la Odontología. Acta bioeth 2006; 12 (1): 65-74.
6. Jafarey A, Moazam F. Informed consent is a moral imperative. Indian J Med Ethics 2010; 7 (2): 101-3.
7. Glick M. Informed Consent. A delicate balance. J Am Dent Assoc 2006; 137 (8): 1060, 1062, 1064.
8. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Aprobado por el Comité de Ministros en 1996. Disponible en <http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf> [Consultado el 10 de diciembre de 2013]
9. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002. pp. 40126-32.
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº. 102 de 29 de Abril de 1986 (29 págs).
11. Brands WG, Van der Ben JM, Brands-Bottema GW. Dental and health law 4. The treatment of minors and of adults who are unable to give informed consent. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120 (7-8): 394-8.
12. American Dental Association Division of Legal Affairs. Dental Records. Chicago, Ill. American Dental Association; 2007: 16.
13. Guideline on Informed Consent. Council on Clinical Affairs, American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatr Dent 2015; 37 (5): 95-7.
14. Kakar H, Gambhir RS, Sinh S, Kaur A, Nanda T. Informed Consent: corner stone in medical and dental practice. J Family Med Prim Care 2014; 3 (1): 68-71.
15. Quarnstrom F. Risk versus cost. J Am Dent Assoc 2006; 137: 288-90.
16. Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González ME, Albarrán Juan ME. Professional liability in oral surgery: Legal and medical study of 63 court sentences. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011; 16 (4): 526-31.
17. Conti A, Delbon P, Laffranchi L, Paganelli C. Consent in dentistry: ethical and deontological issues. J Med Ethics 2013; 39: 59-61.
18. Jafarey A, Moazam F. Informed consent is a moral imperative. Indian J Med Ethics 2010; 7 (2): 101-3.
19. Tahir MA, Mason C, Hind V. Informed consent: optimism versus reality. Br Dent J 2002; 193 (4): 221-4.
20. Kotrashetti VS, Kale AD, Hebbal M, Hallikeremath SR. Informed consent: a survey of general dental practitioners in Belgaum city. Indian J Med Ethics 2010; 7 (2): 90-4.
21. Adeyemi AT, Kosoko JO, Ifesanya JU. Dentists' knowledge and attitude towards informed consent taking in a Nigerian teaching hospital. Odontostomatol Trop 2011; 34 (135): 5-10.
22. Chate RA. An audit of the level of knowledge and understanding of informed consent amongst consultant orthodontists in England, Wales and Northern Ireland. Br Dent J 2008; 205 (12): 665-73.
23. Sharma PK, Chate RA. Level of knowledge and understanding of informed consent amongst the training grade group orthodontists in England, Wales and Northern Ireland. J Orthod 2011; 38 (2): 90-8.
24. Gupta VV, Bhat N, Asawa K, Tak M, Bapat S, Chaturvedi P. Knowledge and attitude towards informed consent among private dental practitioners in Bathinda City, Punjab, India. Osong Public Health Res Prospect 2015; 6 (2): 73-8.
25. Mirza AM. Importance of informed consent in dentistry. Int Dent J Stu Res 2012; 1: 13-6.
26. Valenza JA, Spence JM, Taylor D, Walji MF. Smartconsent: a computerized informed consent for dental patients. AMIA Annu Symp Proc 2008 Nov 6:1161.
27. Valenza JA, Taylor D, Walji MF, Johnson CW. Assessing the benefit of a personalized EHR-generated informed consent in a dental school setting. J Dent Educ 2014; 78 (8): 1182-93.
28. Glick A, Taylor D, Valenza JA, Walji MF. Assessing the content, presentation, and readability of dental informed consents. J Dent Educ 2010; 74 (8): 849-61.
29. Consin 2.0. Infomed. Consejo General de Dentistas de España. Madrid, 2012. Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/dentistas/software-del-consejo-general/descarga-de-consin/item/1039-generador-consentimientos-informados.html> [Consultado el 15 noviembre 2014]
30. Holden CL, Holden LN. How many of our patients can really consent?. A perspective on the relevance of the mental capacity act to dentistry. Law and ethics. Dent Update 2014; 41: 46-8.
31. Ferrús-Torres E, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Informed consent in oral surgery: the value of written information. J Oral Maxillofac Surg 2011; 69 (1): 54-8.
32. Torres-Lagares D, Heras-Meseguer M, Azcárate-Velázquez F, Hita-Iglesias P, Ruiz-de-León-Hernández G, Hernández-Pacheco E, Gutiérrez-Pérez JL. The effects of informed consent format on preoperative anxiety in patients undergoing inferior third molar surgery. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2014; 19 (3): e270-3.
33. Rubiños Lopez E, Rodríguez Vázquez LM, Varela Centelles A, Varela Otero F, Blanco Otero AI, Fernández Fraga C y cols. Impact of the systematic use of the informed consent form at public dental care units in Galicia (Spain). Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; 13 (6): 380-4.
34. Degerliyurt K, Gunsolley JC, Laskin DM. Informed consent: what do patients really want to know?. J Oral Maxillofac Surg 2010; 68 (8): 1849-52.
35. Carr K M, Fields H W, Beck F M, Kang E Y, Kiyak H A, Pawlak CE, Firestone A R. Impact of verbal explanation and modified consent materials on orthodontic informed consent. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2012. 141 (2): 174-186.
36. Ernst S, Elliot T, Patel A, Sigalas D, Llandro H, Sandy JR y cols. Consent to orthodontic treatment – Is it working?. Br Dent J 2007; 202: E25.
37. Pawlak CE, Henry W Fields Jr, F Michael Beck, Allen R. Firestone. Orthodontic informed consent considering information load and serial position effect. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2015; 147: 363-72.
38. Alagesan A, Vaswani V, Vaswani R, Kulkarni U. Knowledge and awareness of informed consent among orthodontists and patients: a pilot study. Contemp Clin Dent 2015; 6 (Suppl 1), S242.