

IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Dra. Elina Muñiz Manzano; Especialista 2do Grado Cirugía Máxilo Facial.

Dr. Ángel Soto Fernández; Especialista 2do Grado Cirugía Máxilo Facial.

Dr. Anselmo López Rodríguez; Especialista en Medicina Interna.

Dr. Raúl Padrón Chacón; Profesor Consultante. Máster en Bioética.

Dra. Ma del Rosario Orellana Alvarado; Especialista Medicina General Integral.

Introducción.

Desde la antigüedad es conocida la ética médica, la cual se ha mantenido en estrecha concordancia con la triada siguiente: circunstancias particulares, condiciones del medio y el pensamiento filosófico predominante en cada período. Los grandes cambios que ha logrado la Medicina en los ámbitos no sólo científicos, sino tecnológicos y económico-social han sido partícipes de la deshumanización aumentando cada vez más la separación de la tradicional relación médico-paciente^{1,2} Sustantivado en los reportes de insatisfacción de los pacientes en cuanto a los servicios de salud recibidos, los que se justifican por dificultades en la comunicación.

La historia de la humanidad a través del tiempo ha creado varios documentos cuyo objetivo principal está basado en regir la conducta de los galenos, el juramento hipocrático, código que no solo orienta sino que guía la conducta ética y bioética de los profesionales de salud.

La relación dialéctica entre bioética, ética médica y calidad es una triada indisoluble, siendo la ética un eslabón imprescindible para garantizar la excelencia en los servicios de salud³.

Durante el siglo pasado a nivel mundial sucedieron diversas transformaciones económicas, sociales, políticas que repercutieron en el desarrollo científico y progreso tecnológico lo cual contribuyó al incremento de un materialismo ilimitado aparejado a la deshumanización de la medicina, todo lo cual ha dejado huellas en uno de los aspectos más sensibles, la relación médico-paciente.

La relación médico-paciente es fundamental en todas las especialidades de la medicina, porque es esencial la comunicación entre el médico y la persona que asiste en un momento determinado a pedir la ayuda a un profesional en el que va a depositar toda su confianza para que se le practique un proceder determinado como es en particular la cirugía oral, la cual requiere de la preparación del paciente que va a ser atendido, valorando las individualidades de cada caso.

En el presente trabajo se valoró el tratamiento quirúrgico de los terceros molares retenidos, que son aquellos que una vez llegada la época normal de erupción, se quedan en los maxilares.

La evolución filogenética de las especie a través de los años hasta llegar a la especie humana ha contribuido en esta última a la dificultad en la erupción de los molares, en especial los inferiores, cuya formación tardía se debe a los cambios que han sufrido los maxilares y la mandíbula con la dieta moderna, más blanda y refinada por lo que requiere menos masticación y favorece esta tendencia, que ha dado como resultado falta de espacio para que puedan erupcionar normalmente. Los más frecuentes son los terceros molares inferiores y superiores, seguido por los caninos superiores^{4, 5, 6}

Los terceros molares han sido asociado con la aparición de patologías diversas, como caries en él o en la cara distal del segundo molar y reabsorción de las raíces de éste, dolor miofacial, quistes y tumores odontogénicos, además se producen procesos sépticos muy frecuentes, como la pericoronitis que pueden provocar celulitis facial odontogénica y traer graves complicaciones con peligro para la vida del paciente, también pueden producir desbalance oclusal, ocasionando disturbios en la Articulación Témporo Mandibular (ATM) y apiñamiento dentario.^{7, 8} Por todas estas alteraciones y la falta de espacio en los maxilares y mandíbula se indica el tratamiento quirúrgico de los terceros molares retenidos.

En dependencia de la posición y retención del hueso maxilar o mandíbula será el tratamiento planificado por el cirujano por lo que se realizará el corte del hueso para la extracción del diente y en ocasiones es necesario dividirlo para extraerlo en partes o combinar ambas.

En este tipo de tratamiento quirúrgico que además de ser el más frecuente que se realiza en la cirugía ambulatoria maxilofacial, pueden producirse complicaciones por las características de la operación, las mismas pueden ser fractura de éste, de dientes vecinos, o de la mandíbula; lesión a nervios y en ocasiones la impactación puede presentarse en regiones importantes como el seno maxilar, proceso condíleo, o cercano a estructuras anatómicas importantes, del maxilar o mandíbula lo que puede producir desplazamientos a espacios virtuales que pueden crear serios problemas al paciente^{9, 10}.

El conocimiento acerca de este tipo de proceder quirúrgico, así como las complicaciones que involucra, debe informarse a cada paciente y familiar del mismo, especificando además las particularidades de cada persona, por lo que se hace necesaria una buena relación médico paciente y es mediante el proceso de consentimiento informado que se explica todo lo relacionado con los riesgos o posibles complicaciones que se pueden presentar en el acto quirúrgico.

En el proceso de información para acceder al consentimiento del paciente están implícitos importantes principios bioéticos, el primero es la no maleficencia, ésta consiste en no hacer daño al paciente, físico, ni psíquico, por lo que se le explica todo lo relacionado con la intervención quirúrgica y se crean las condiciones óptimas para la realización del proceder, valorando las características clínicas individuales de cada paciente; el beneficio o beneficencia del paciente, que se alcanza cuando se realiza el tratamiento correcto según requiera cada caso, evitando complicaciones, y la autonomía se pone de manifiesto cuando se estima y respeta la decisión del paciente al consentir o no en la realización del tratamiento quirúrgico¹¹⁻¹⁴.

Materiales y metodología.

En el presente trabajo se realizó un estudio descriptivo, prospectivo transversal en el que se recogieron datos de 50 pacientes operados durante el año 2012. El tratamiento quirúrgico fue ambulatorio,

el mismo se desarrolló en el servicio de Máxilo Facial perteneciente al Hospital Manuel Fajardo.

Variables a considerar:

Edad, sexo, tercer molar retenido inferior o superior, nivel de conocimiento del consentimiento informado y relación de este con el nivel escolar de los pacientes.

Criterio de inclusión:

Pacientes de 18 hasta 60 años o más que tenían diagnóstico de terceros molares inferiores o superiores retenidos, que quisieran participar en la investigación.

Criterio de exclusión:

Pacientes con menos de 18 años, y con deterioro cognitivo u otras alteraciones de la consciencia.

Procedimiento:

– Confección de la historia clínica por el especialista en Cirugía Máxilo facial.

– Se realizó el diagnóstico del tercer molar retenido inferior o superior mediante el examen clínico y radiográfico correspondiente.

– Se le explicó a pacientes y familiares acerca del tratamiento quirúrgico a realizar, sus características así como posibles complicaciones.

– Los pacientes y familiares una vez que comprendieron y consintieron en realizar el procedimiento firmaron el acta de consentimiento informado.

– Se indicó al paciente el chequeo pre-operatorio y se citó a consulta.

– Los pacientes cuyo resultado de chequeo pre-operatorio fue correcto se les aplicó el procedimiento quirúrgico.

– Se realizaron Indicaciones post-quirúrgicas.

– Se continuó evolución del paciente por consulta externa hasta el alta.

Resultado y discusión.

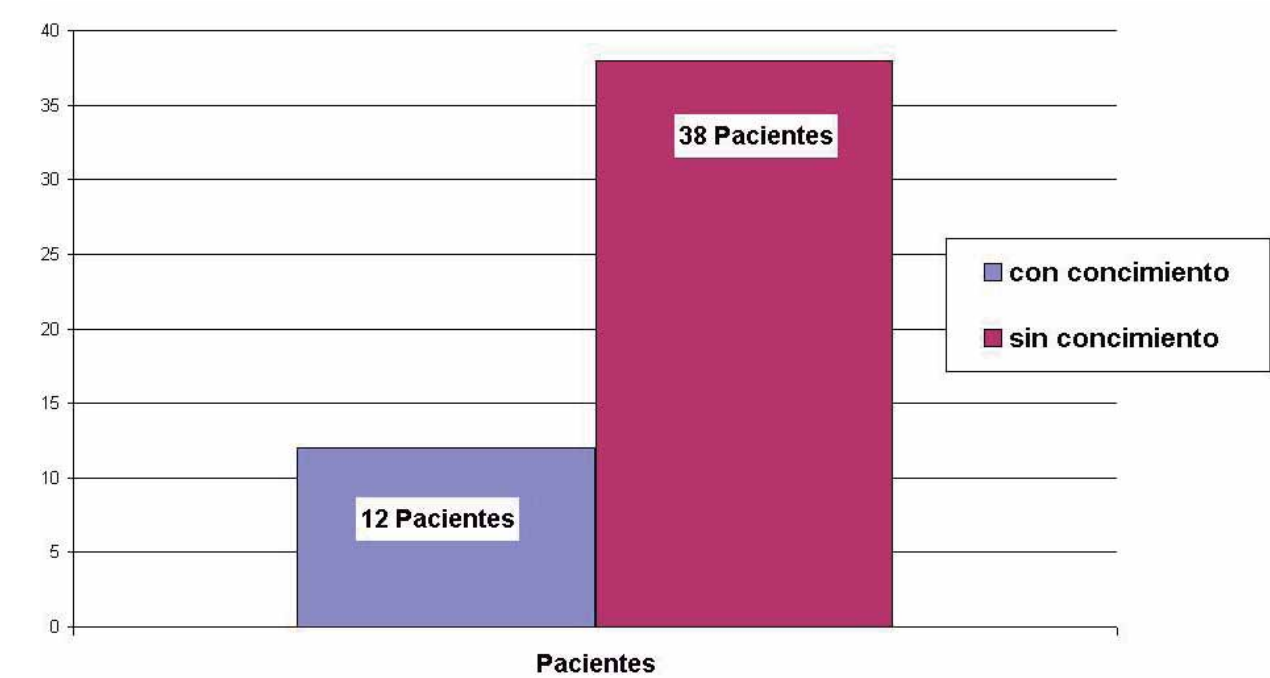
TABLA 1: Distribución de los pacientes por edad y sexo

Grupos de edad (años)	SEXO Femenino		SEXO Masculino		Total	
	F	%	M	%	TOTAL	%
18-29	24	48%	10	20%	34	68%
30-39	3	6%	5	10%	8	16%
40-49	3	6%	2	4%	5	10%
50-59	1	2%			1	2%
60 o más	1	2%	1	1%	2	4%
Total	32	64%	18	36%	50	100%

La **Tabla 1** reflejó el número de pacientes atendidos. El mayor número correspondió al grupo de 18 a 29 años, para un total de 34 pacientes que hizo un 68% lo que reflejó que los terceros molares retenidos predominan en el grupo más joven, ya que en la mayoría no tienen espacio suficiente para la erupción y muchos de estos están en tratamiento de ortodoncia, en los que se indican este tratamiento quirúrgico, coincidió también con el sexo femenino, 24 pacientes para un 48%.

Estos resultados obtenidos coincidieron con los diferentes autores revisados en la literatura.

Gráfico1: Nivel del conocimiento sobre el proceso de consentimiento informado



Con conocimiento acerca del proceso de consentimiento informado12- 24%
Sin conocimiento acerca del proceso de consentimiento informado-38- 76%

El número de pacientes que tenían conocimiento acerca del proceso de consentimiento informado fue menor, 12 para un 24% con relación a los pacientes que desconocían la existencia de un proceso de información acerca del proceder a realizar, sus complicaciones y la importancia del consentimiento antes de realizar el tratamiento.

TABLA 2: Relación del conocimiento acerca del proceso de consentimiento informado y el nivel de escolaridad.

Nivel escolar de los pacientes	TOTAL	Con conocimiento		Sin conocimiento		TOTAL
		SI	%	NO	%	
Universitario	19	10	20%	9	18%	38%
Pre-universitario	13	1	2%	12	24%	26%
Secundaria	4	-	-	4	8%	8%
Técnico medio	14	1	2%	13	26%	28%
Total	50	12	24%	38	76%	100%

La **Tabla 2** reflejó la relación del conocimiento acerca del proceso de consentimiento informado y el nivel de escolaridad de cada paciente, de los 12 que conocían este proceso de información, 10 tenían nivel universitario, para un 20%, es importante destacar que este grupo estuvo conformado por médicos, familiares de médicos, licenciadas en enfermería, abogados y personal técnico de la salud.

En orden le continuó el nivel pre-universitario, de 13 pacientes solo 1 conocía representando un 2%, para el nivel medio, de 14 pacientes, solo 1 conocía acerca del tema, igualmente representó un 2% y los pacientes que cursaban nivel secundario ninguno conocía acerca de este proceso.

Del 76% que representó a los pacientes que no tenían conocimiento acerca del proceso de información sobre el consentimiento de un proceder dentro del ámbito sanitario en bienestar de la salud, un 18% era universitario, un 24% correspondió con niveles de pre-universitario y 26% cursaba el nivel técnico y un 8% de los pacientes cursaba nivel secundario.

Conclusiones.

Los resultados del presente trabajo son reflejo de la incompleta preparación acerca de la información sobre los derechos que tiene una persona que asiste a una instalación de salud; de la necesidad cada vez mayor de instruir a profesionales de la salud en estudios bioéticos que le permitan a éste un buen desarrollo de la comunicación en la relación médico-paciente como medio para alcanzar la excelencia en el desenvolvimiento de su trabajo, garantizando calidad en el proceder a realizar y por ende la pronta y total recuperación del paciente. De esta forma el médico, como profesional y persona humana, se une en estima, colaboración y respeto a la persona, en esta ocasión como paciente, que acude a él en busca de ayuda, de confianza como profesional responsable es de este modo que debe analizarse la importancia del conocimiento acerca del proceso de consentimiento informado y que no solo represente una protección legal para el profesional. ◀

Bibliografía.

1. González P.: La comunicación humana en la relación médico paciente. Rev. Bioética. 2005; 2.
2. Acosta JR.: "La comunicación humana y la calidad de la atención médica". En: Bioética desde una perspectiva cubana. Ed. Félix Varela, 2007. pp. 355-377.
3. Curbelo T.: Ética, Bioética y Salud. En: Fundamentos de Salud Pública. Ed. Ciencias Médicas. 2004; I. pp. 61.
4. Archer HW. Dientes retenidos. En: Cirugía Bucal. 3ed. Editorial Científico Técnica, 1978; I. pp. 124-237.
5. Kruger G. Dientes retenidos. En: Cirugía Buco Máxilo Facial. 4ed. Editorial Científico Técnica, 1982. pp. 81-97.
6. Donado M. Diente retenido. En: Cirugía Bucal, Patología y Técnica. Barcelona: Masson, 2005. pp. 385-94.
7. Socarrás Díaz L. Incidencia de pericoronaritis en pacientes atendidos en la Consulta Estomatológica. Cojimar Abril 2006-2007. ISCM, 2008.
8. Salmerón, J.I, Plasencia, J, Pujol, C & Vila, N.: Ectopic third molar in condylar region. Int. J Oral Maxillofac. Surg., 2008; 37: 398-400.
9. Algozaín AY, Viñás GM. Desplazamiento accidental hacia el espacio para faríngeo de un tercer molar inferior retenido. Rev. Cub Est. 2008. disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci-arttex&pid=SOO34-5072008000100008&Ing=es>
10. Libersa PR. Fractura mandibular después de eliminar terceros molares incidencia y elementos relacionados. Dental Abstracts. 2003, 10 (5) : 174.
11. Pérez G.D.: Consentimiento Informado en Cirugía General. Bioética, septiembre-diciembre 2009; 9 (3): 18-21.
12. Sánchez S. A.M.: El Consentimiento Informado y la Relación médico-paciente. Bioética, septiembre-diciembre 2009; 9 (3): 4-8
13. Herazo Acuña B.: Propuesta de Documento: El Consentimiento Informado para procedimientos, intervenciones y tratamiento en salud. Rev. Fed. Odontol. 2008; 7(222): 26-28.
14. Harbin AS, Galbin AJ, Goncalves I.: Término de Consentimiento Informado: su importancia en la Odontología Brasileña. Arq. Odontol. 2008; 44(4): 42-44.