

VICERRECTORADO DE DESARROLLO Y CALIDAD DE LA DOCENCIA
Convocatoria 2007-2008

PROYECTO DE INNOVACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DOCENTE

Título: *ASPECTOS DEONTOLÓGICOS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA*

Proyecto nº: 142

Responsable: María Elena Labajo González

Tipo: Grupos Innovadores: Proyectos de innovación educativa y mejora de la docencia

Centro: Facultad de Medicina

Departamento: Toxicología y Legislación Sanitaria

Componentes del proyecto: María Elena Labajo González, Bernardo Perea Pérez, Andrés Santiago Sáez, Elena Albarrán Juan.

Resumen: Se analizarán los diferentes aspectos deontológicos que se plantean a diario en la consulta odontoestomatológica, tanto en el ámbito de la actuación clínica, como en las diferentes relaciones que se establecen en el gabinete dental (metodología no-presencial).

Palabras clave: Deontología, Ética profesional, Bioética, Odontología, Estomatología.

Presentación: video 1.

Caso 1:

- Introducción al caso 1: vídeo 2.
- Planteamiento al caso 1: escena ¿1? (no se numeró).
- Solución 1.1: escena 1, solución 1 ¿? (no se numeró).
- Solución 1.1: vídeo 3.
- Solución 1.2: escena 1, solución 2 ¿? (no se numeró).
- Solución 1.2: vídeo 4.
- Solución 1.3: escena 1, solución 3 ¿? (no se numeró).
- Solución 1.3: vídeo 5.

Caso 2 (escenas cambiadas de orden):

- Introducción al caso 2: vídeo 6.
- Planteamiento al caso 2: escena 4 ó 5 (Perea se confundió al final).
- Solución 2.1: escena 4-5, solución 1.
- Solución 2.1: vídeo 7.
- Solución 2.2: escena 4-5, solución 2.
- Solución 2.2: vídeo 8.
- Solución 2.3: escena 4-5, solución 3.
- Solución 2.3: vídeo 9.

Caso 3:

- Introducción al caso 3: vídeo 10.
- Planteamiento al caso 3: escena 2.
- Solución 3.1: escena 2, solución 1.
- Solución 3.1: vídeo 11.
- Solución 3.2: escena 2, solución 2.
- Solución 3.2: vídeo 12.
- Solución 3.3: escena 2, solución 3.
- Solución 3.3: vídeo 13.

Caso 4:

- Introducción al caso 4: vídeo 14.
- Planteamiento al caso 4: escena 3.
- Solución 4.1: escena 3, solución 1.
- Solución 4.1: vídeo 15.
- Solución 4.2: escena 3, solución 2.
- Solución 4.2: vídeo 16.
- Solución 4.3: escena 3, solución 3.
- Solución 4.3: vídeo 17.

Vídeos: en el despacho hablando... planteamiento general y soluciones.

Escenas: role-playing... planteamiento general y soluciones.

PROYECTO DE INNOVACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DOCENTE

Título: *ASPECTOS DEONTOLÓGICOS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA*

Introducción:

Los aspectos deontológicos y la ética profesional son dos cuestiones fundamentales en la consulta de Odontología, tanto en la actuación clínica en sí como en las relaciones que se establecen dentro del marco de la atención odontoestomatológica.

La libertad diagnóstica, terapéutica y de prescripción, la generación de documentos odontológico- legales, la prescripción de fármacos o de recursos terapéuticos rehabilitadores, el consentimiento informado o el secreto profesional son alguno de los ámbitos clínicos en los que la deontología profesional y la ética profesional inciden particularmente en la práctica clínica diaria.

Los aspectos deontológicos y la ética profesional, también son objetivo a estudiar en el presente proyecto, tanto en las relaciones que se establecen con los pacientes, con empleados y empleadores así como con otros compañeros (odontólogos y estomatólogos y el resto de los profesionales paraodontológicos).

A continuación se presentarán una serie de situaciones, se analizarán y se evaluarán las formas de enfrentarse a ellas, por supuesto partiendo del hecho de que no hay dos situaciones ni dos circunstancias iguales y de que las propuestas aportadas pueden no ser válidas en algunas ocasiones.

La importancia de conocer los diferentes aspectos deontológicos que inciden en el trabajo del odontólogo y el estomatólogo persigue los siguientes fines:

- Conocer las situaciones deontológicamente comprometidas en la consulta de odontología.
- Evitar las demandas.
- Mejorar la relación con el paciente y con otros compañeros de profesión.
- Fomentar la comunicación paciente-profesional.

Los problemas relacionados con el ejercicio profesional de la odontología se han incrementado muy rápidamente en los últimos años. Este problema afecta de forma “crítica” a los recién licenciados que están encontrando un panorama legal y laboral cada vez más complicado.

¿Qué proponemos desde el ámbito de los estudios de pregrado para paliar esta situación?

Nuestra propuesta es reforzar ciertos aspectos de la formación relativos al conocimiento de los aspectos deontológicos del ejercicio profesional. Desde el punto de vista odontológico-legal, conocer los aspectos deontológicos relacionados con el ejercicio profesional es una de las formas en las que se pueden evitar problemas legales.

Ahora bien, en el marco docente actual es muy difícil transmitir a los alumnos información sobre actitudes de pacientes y profesionales y así como conocimientos y habilidades que suelen adquirirse únicamente mediante la experiencia clínica.

Vamos a tratar cuatro situaciones que se presentan con cierta frecuencia en la consulta dental.

1. El paciente que acude con un tratamiento aparentemente incorrecto de otro profesional.
2. El paciente que nos solicita un informe tergiversado.
3. El paciente que no quiere firmar el consentimiento por su confianza en nosotros.
4. El paciente que nos solicita un tratamiento alejado de la ortodoxia clínica o los protocolos reconocidos.

En todas las situaciones contempladas el planteamiento que haremos será similar: una introducción al problema, las diferentes posibilidades de abordaje del mismo y por último la opción recomendada.

Título I: Resumen.

- I. Actuación ante el paciente que acude con un tratamiento aparentemente incorrecto de otro profesional.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación I”.

CARA:

Ante esta situación, es fácil, en muchos casos, y especialmente si consideramos que el tratamiento del otro profesional no ha sido el correcto, caer en las descalificaciones. Esto es algo que debemos intentar no hacer nunca.

En “voz en off: Las posibilidades de actuación son:

1. Ignorar el problema
2. Informar al paciente remarcando la incorrección del tratamiento.
3. Informar al paciente con mesura sobre la situación y qué le recomendamos.

VIDEO:

Mostrando a un paciente que acude a la consulta quejándose de la actuación de otro profesional. Incita a la crítica. Pide un informe que diga que el trabajo que realizó el otro profesional está mal.

Título I: Desarrollo.

Situación I. Actuación ante el paciente que acude con un tratamiento aparentemente incorrecto de otro profesional y nos incita a criticarle.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación I”.

Es relativamente frecuente que en revisiones rutinarias o ante demandas asistenciales concretas de los pacientes detectemos tratamientos aparentemente defectuosos de otros colegas.

Ante esta circunstancia tenemos que ser conscientes de varios puntos:

- ✦ No debemos juzgar el trabajo de otro profesional sin conocer las circunstancias en las que se ha realizado.
- ✦ No debemos describir lo que vemos desde puntos de vista maximalistas: no todo lo que no está perfecto está mal. Existen grados de calidad, y esto hay que saber expresarlo.
- ✦ No debemos ocultar la situación al paciente, ya que estaríamos, de alguna manera, responsabilizándonos de ese tratamiento.

- ✦ Debemos explicar al paciente la situación en términos mensurados y realistas. Normalmente los problemas legales que pueden implicar estas situaciones (y en los que podemos vernos envueltos) depende más de cómo se comunique la situación que de la situación en sí.

Otro problema que se puede añadir es la respuesta del paciente que, en ocasiones, es difícil de manejar adecuadamente, especialmente si nosotros hemos comunicado mal la situación.

CASO:

Paciente que llega a consulta con un molar inferior fracturado. No le duele ni recuerda que le haya dolido nunca. Cree que tenía una gran reconstrucción en ese molar pero no está seguro. Quiere arreglárselo.

Tras hacer una radiografía periapical, observamos una endodoncia antigua con un material de relleno poco denso y que el los conductos mesiales se queda a 3-4 mm. del ápice radiográfico. Observamos una imagen radiolúcida alrededor de estos ápices que podría corresponderse con un quiste o granuloma.

Cuando indagamos sobre si nunca le molestó el molar, el paciente responde que no. Únicamente manifiesta que cada cuatro o cinco meses le sale un “bultito” de pus en la zona del vestíbulo que se rompe al poco tiempo y todo vuelve a la normalidad. El paciente quiere que le pongamos una corona y seguir como está.

Cuando insistimos en intentar conocer el tiempo transcurrido desde el tratamiento, el paciente “cree recordar” que lo realizó su anterior dentista hace varios años.

ALTERNATIVAS DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO RECOMENDADO:

Ante esta situación, relativamente frecuente, podríamos actuar de diferentes formas:

1. Ignorando el problema:

Al paciente nunca le ha molestado el molar y no da importancia a la fístula. Él quiere reconstruir la pieza con una corona y seguir masticando normalmente.

Ésta forma de actuar sería reprobable desde el punto de vista deontológico y legal ya que no estaríamos informando adecuadamente al paciente de su situación actual y de las futuras repercusiones futuras. Además, si tras haber diagnosticado una situación anómala o patológica debida a un posible tratamiento defectuoso, la ignoramos, la responsabilidad de dicho tratamiento recae sobre nosotros.

2. Informar al paciente insistiendo o exagerando en la incorrección del tratamiento:

A veces se piensa que siendo algo exagerado o vehemente en la comunicación del problema detectado, el paciente será consciente (hasta ahora no lo era) y se tratará.

Además hay profesionales que piensan que esta “franqueza” reforzará su propio papel como terapeuta.

Esta actuación es un error clásico y por desgracia frecuente que puede acarrear consecuencias desagradables para todos según la reacción del paciente.

El paciente puede sentirse “engañado y/o lesionado” por el dentista que le trató (ni siquiera está seguro de quién fue). En muchos casos su prioridad pasará a ser “hacer justicia”, nos pedirá un informe y desaparecerá de la consulta. Y tal vez con el tiempo nos llamen a declarar en un juicio para que nos reafirmemos sobre nuestras opiniones.

En este caso, el exagerado mensaje transmitido al paciente ha conseguido que:

- a) no hagamos el tratamiento,
- b) tengamos un problema legal y tengamos que ir a declarar,
- c) tenga un problema legal otro compañero,
- d) toda la profesión en su conjunto quede desprestigiada.

En ocasiones no ocurren todas estas posibilidades, pero sí algunas de ellas. En cualquier caso no es deseable y podría significar incluso un “expediente deontológico”.

3. Informando al paciente “con medida” sobre su situación y lo que le recomendamos:

Lo ideal sería comunicar al paciente el problema que tiene (la infección periapical y la fístula) y que posiblemente sea debida a algún problema en la endodoncia, y que no podemos asegurar lo que ha pasado ya que ha transcurrido mucho tiempo y no sabemos si existía algún problema en los conductos, y ni siquiera sabemos el material de relleno empleado.

Deberíamos proponerle rehacer la endodoncia, informándole del riesgo de fracaso ya que no conocemos el material, y también del riesgo de fractura.

Nos debemos abstener de opinar sobre un tratamiento del que realmente no conocemos las circunstancias.

Incluso aunque nuestra forma de comunicar haya sido la adecuada, podemos tener una “reacción inadecuada” por parte del paciente. Imaginemos que el paciente se siente estafado por el dentista anterior, tiene un conflicto con él, le demanda, y todo ello lo justifica con nuestras palabras. Es bastante frecuente. En principio si hablamos con el paciente mensuradamente y sin “cargar las tintas” será menos probable que esto suceda.

En cualquier caso el paciente podría solicitarnos un informe sobre lo dicho, y si lo hemos atendido tendríamos que darlo. La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente reconoce el derecho de éste a un informe al final del tratamiento, pero el tratamiento puede acabar tras el diagnóstico. Tras abrir una historia clínica, hacer radiografías y emitir un diagnóstico, el paciente tiene derecho a solicitar un informe sobre su estado bucodental, y el dentista tendría que dárselo. Por eso es tan importante insistir en la idea de que “no debemos decir a un paciente nada que no estemos dispuestos a poner por escrito y firmar”.

VIDEO:

Mostrando a un paciente que acude a la consulta quejándose de la actuación de otro profesional. Incita a la crítica. Pide un informe que diga que el trabajo que realizó el otro profesional está mal.

Toma 1: Paciente llega quejándose de un molar inferior. Se explora y se hace radiografía. Se observa endodoncia corta con quiste. Cuenta la sintomatología y la aparición del un granito de pus, pero insiste en que no le duele. ¿Cuándo se la hicieron? El paciente no lo recuerda. El paciente quiere colocarse una corona y seguir como está.

Toma 2: De acuerdo. Si nunca le ha molestado y usted quiere le pongo una corona.

Toma 3: Usted, tiene una infección porque aunque no la haya dolido la endodoncia está mal hecha. Por lo tanto habría que rehacer el tratamiento entero.

Toma 4: Tiene infección y fistula. Posiblemente sea debido a algún problema con la endodoncia. No conocemos las circunstancias en las que se realizó. Podemos intentar rehacerla, pero existe riesgo de fractura al re-endodnciar.

Toma 5: ¿Podría usted darme un informe de todo esto para reclamar?

Título II: Resumen.

II. Paciente que solicita un informe tergiversado.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación II”.

CARA:

Paciente que solicita un informe tergiversado.

En “voz en off: Las posibilidades de actuación son:

1. Accedemos a su petición y hacemos el informe en los términos que nos solicita para hacer posteriormente el tratamiento.
2. No aceptar y denunciar el hecho ante la compañía de seguros.
3. Plantear al paciente la imposibilidad de realizar el informe con falsedades.

VIDEO:

Mostrando el caso.

Título II: Desarrollo.

Situación II. Actuación ante el paciente que nos solicita un informe “amañado” para una compañía de seguros y nos asegura que realizaremos el tratamiento posteriormente.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación II”.

La palabra “informe” induce con frecuencia a confusión entre los profesionales sanitarios. Se confunde, por ejemplo, informe de alta con informe pericial. Y no es, ni mucho menos, lo mismo.

Tenemos obligación, tal y como señala la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, de proporcionar al paciente al final de un tratamiento un informe de alta en el que conste el diagnóstico inicial y los procedimientos clínicos, nada más.

Si lo que se nos solicita es una valoración de los daños y secuelas producidos y la repercusión en la vida del individuo, lo que se nos está solicitando es un informe pericial. Y al respecto tenemos que tener claro varios aspectos fundamentales:

- ✦ No tenemos obligación de realizar un informe pericial si no queremos.
- ✦ El informe pericial es un acto profesional independiente por el que se deben percibir honorarios, cosa que no ocurre con el informe de alta.
- ✦ Debemos tener presente cuando emitimos un informe pericial que con mucha probabilidad acabará en juicio y que muy posiblemente tengamos que acudir allí al menos a ratificarlo, cuando no a justificarlo o defenderlo.
- ✦ Por último tenemos que saber que nuestro Código de Ética y Deontología prohíbe en su Art. 54.1 tratar y peritar al mismo paciente: “*La actuación como perito es incompatible con la asistencia al mismo paciente*”.

CASO:

Una mujer llega a nuestra consulta con su hija de 7 años. Presenta los dos incisivos centrales superiores, 11 y 22 fracturados y una herida inciso-contusa en labio a ese nivel. Nos comenta que la niña ha sufrido un accidente en el colegio haciendo deporte. Nos indica que necesita un informe para la compañía aseguradora del colegio para que le “arreglen la boca”.

A la exploración nos encontramos una boca en muy mal estado, con policaries y grandes destrucciones tanto en los dientes definitivos como en los temporales presentes. La higiene es pésima.

La madre de la paciente nos comenta que un familiar le ha dicho que el seguro del colegio le arreglaría toda la boca si un dentista hace un informe exagerando “un poco” las consecuencias del accidente. Nos propone que hagamos un informe, la niña se arregla la boca con nosotros y el seguro del colegio paga el tratamiento.

ALTERNATIVAS DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO RECOMENDADO:

Ante esta situación, podríamos actuar de diferentes formas:

1. Accedemos a su petición y hacemos el informe en los términos que nos solicita para hacer posteriormente el tratamiento:

Sería difícil elegir un comportamiento más incorrecto y que pudiese tener para nosotros peores consecuencias.

En primer lugar al hacer el informe falso estaríamos quebrantando gravemente el comportamiento que nuestra propia profesión nos exige a través del Código de Ética y Deontología Profesional.

En segundo lugar estaríamos redactando un documento falso, que si se hiciese público, implicaría cometer delito de falsificación de documento público. Si fuésemos llamados a declarar ante el juez y siguiéramos negando la verdad implicaría cometer delito de “falso testimonio” (que además está agravado para los peritos).

Por último, y aunque después de decir todo lo anterior el argumento parece superfluo, que nadie espera que si la madre de la paciente no se ha preocupado anteriormente de la salud bucodental de su hija, lo haga cuando reciba la compensación (si es que se consigue). Y aunque quisiera realizarlo, nuestro Código de Ética y Deontología Profesional nos impide peritar y tratar a un mismo paciente.

Por lo tanto esta conducta, además de absurda, es completamente impresentable desde el punto de vista profesional y puede tener muy desagradables consecuencias deontológicas y legales para nosotros.

2. No aceptamos y denunciaremos el hecho a la compañía de seguros:

Tenemos también que ser cautos con la postura contraria. Aunque esta actitud respondería a motivaciones mucho mejores que la anterior, no deja de esconder sus peligros.

Seguir este comportamiento implica poner datos que el “paciente” o su representante legal nos ha confiado en conocimiento de otros, y esto podría ser un delito de revelación de secreto además de atentar contra la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Se podría argumentar que todos tenemos la obligación de denunciar los delitos de los que tengamos conocimiento, pero tendríamos que demostrar el hecho y esto en ocasiones no es fácil. Por lo tanto nos parece una postura no adecuada.

3. Plantear a la madre de la paciente que no podemos tratar y hacer un informe pericial, que si lo hiciéramos sin tratarlo tendría que responder estrictamente a la verdad y que lo que puede hacerse es tratarse y pedir un informe “de alta” al final del tratamiento en el que se reflejaría estrictamente la verdad:

Evidentemente creemos que ésta tendría que ser la respuesta. O tratamos y hacemos un informe de alta al final del tratamiento, o hacemos el informe pericial pero no tratamos.

Y siempre con la verdad por delante. Que nunca tengamos que avergonzarnos de algo que hayamos dicho o escrito durante el ejercicio de nuestra profesión.

En cualquier caso, tratar o hacer el informe pericial a un paciente con este perfil puede llegar a tener consecuencias negativas para nosotros.

VIDEO:

Mostrando a la madre de una paciente infantil que nos solicita un informe “amañado” para una compañía de seguros y nos asegura que realizaremos el tratamiento posteriormente.

Toma 1: Madre y paciente llegan a la consulta. La madre de la menor refiere que la niña sufrió un accidente practicando deporte en el colegio, que le dieron un balonazo en la cara y cayó al suelo y que se le fracturaron los dos dientes. Pide un pequeño informe para compañía aseguradora del colegio para que le paguen el arreglo de la boca, que “por supuesto la niña realizará con nosotros”. La madre de la paciente comenta que un familiar le ha dicho que el seguro le “arreglaría toda la boca a la niña”. Nos propone un informe algo inflado, nosotros hacemos el tratamiento, la niña se arregla la boca y todos contentos.

Toma 2: De acuerdo. Le pongo alguna lesión más que podría haber sido causada por el accidente y las espero.

Toma 3: Nos parece una inmoralidad y planteamos denunciar el hecho ante la compañía de seguros del colegio.

Toma 4: Planteamos a la madre de la paciente que no podemos hacerlo, que es una incorrección y que nos tenemos que ceñir estrictamente a la verdad. Podemos tratar a la menor y hacerle un “informe de alta” al final del tratamiento en el que se reflejaría estrictamente la verdad.

Título III: Resumen.

III. Paciente que no quiere firmar el consentimiento informado porque “confía en nuestro criterio”.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación III”.

CARA:

Mostrando el caso clínico. Paciente que no quiere firmar el consentimiento por completa confianza en nosotros.

En “voz en off: Las posibilidades de actuación son:

1. Aceptar la confianza del paciente y realizar el tratamiento sin el documento de consentimiento.

2. Insistir en informarle verbalmente y consignar su consentimiento en la historia clínica.
3. Informar al paciente sobre nuestra obligación legal sobre lo conveniente que resulta que él esté informado.

VIDEO:

Mostrando esta alternativa.

Título III: Desarrollo.

Situación III. Actuación ante el paciente que no quiere firmar el consentimiento (o lo firma sin mirar) por que tiene una “confianza total” en nuestro criterio.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación III”.

Esta situación se da con relativa frecuencia. Pacientes antiguos, con buenas experiencias previas, referidos o de familias a las que hemos tratado en reiteradas ocasiones, plantean este “problema” ocasionalmente.

Independientemente de lo gratificante que puede resultar, profesional o personalmente esta confianza depositada en nosotros, debemos ser precavidos. La Ley de Autonomía del Paciente (41/2002) obliga a todos, a los profesionales a informar y al paciente a decidir. El derecho a “no saber” de paciente, también descrito en la ley, se reserva para otros casos mucho más graves y en todo caso implica la designación de un interlocutor por parte del paciente.

Por el contrario, el “privilegio terapéutico”, es decir, la posibilidad de que el profesional se reserve cierta información que podría perjudicar -sobre todo psicológicamente al paciente-, tampoco es de aplicación para la inmensa mayoría de nuestros tratamientos.

CASO:

El paciente acude a la consulta. Su madre, ya anciana, es paciente nuestra y la relación terapéutica con nosotros ha sido muy buena. El paciente normalmente acude como acompañante de su madre, y en alguna ocasión ha acudido a la consulta para problemas muy puntuales.

En esta ocasión, el paciente sí quiere que tratemos su problema. Tiene una fractura en el segundo premolar superior izquierdo (25) y quiere arreglársela. Quiere ponerse una corona.

Una vez explorado, constatamos una fractura de la cúspide palatina del 25 nivel ligeramente subgingival. El diente presenta una endodoncia antigua con un buen sellado apical. La conclusión a la que llegamos, es que el tratamiento más

recomendable sería una gingivectomía, la colocación de un perno-muñón y una corona.

Cuando en cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente, y sobre todo siguiendo los dictados del más mínimo sentido común, vamos a informar al paciente sobre los posibles riesgos y la posibilidad de fracaso debido al nivel de la fractura, pero el paciente nos interrumpe. Dice que su confianza en nosotros es completa, que su madre nos aprecia mucho, que no entiende de papeles ni de terminología odontológica.

ALTERNATIVAS DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO RECOMENDADO:

Ante esta situación, podríamos actuar de diferentes formas:

1. Aceptamos la confianza del paciente y realizamos el tratamiento sin el documento de consentimiento.

No es un planteamiento acertado. Aunque siempre halaga la confianza depositada en nosotros como profesionales, debemos tener presente, y la experiencia lo confirma, que estas relaciones van bien cuando todo va bien, pero cuando ocurre algo inesperado y no deseable, comienzan los reproches y los problemas.

Tenemos que asumir que el dar información y pedir consentimiento forma parte de los actos intrínsecos e indelegables de nuestra profesión. No hacerlo ya es una incorrección aunque no se produzca ningún problema. De hecho existen sentencias donde se condena al dentista simplemente por no hacer en consentimiento aunque no se haya producido ningún resultado adverso.

En este caso, además, estamos hablando de una intervención quirúrgica –aunque sea leve- para rehacer el margen gingival y exponer el borde coronario de la zona fracturada. La Ley 41/2002 exige en el caso de intervenciones quirúrgicas, un documento que demuestre por escrito cómo se ha producido todo el proceso de información y consentimiento. Asimismo, por el especial riesgo de fracaso en la rehabilitación de coronas por fracturas a este nivel, debido a la dificultad de adaptación de la encía marginal, es de especial conveniencia recabar el consentimiento por escrito.

También tenemos que tener presente que los riesgos que no conozca y asuma el paciente, los asumimos legalmente nosotros. Y ese no es nuestro papel.

2. Insistimos en informarle verbalmente y consignamos su consentimiento en la historia clínica.

Aunque es una situación mejor que la referida en el punto anterior, no deja de presentar sus mismos problemas. Si surge cualquier incidente, se deteriora la relación terapéutica y acaba produciéndose una demanda, nosotros no habremos cumplido estrictamente con la Ley.

Es cierto que la ley 41/2002 dice que el consentimiento podrá ser verbal en la mayoría de las ocasiones. Desde este punto de vista el procedimiento antes mencionado será correcto para la inmensa mayoría de los procedimientos odontoestomatológicos. Pero en

este caso concreto estamos hablando de una intervención quirúrgica –aunque sea mínima- y la Ley nos impone un documento específico para este caso.

3. Informamos al paciente sobre nuestra obligación legal y sobre lo conveniente que resulta que él esté informado.

Creemos que es el planteamiento correcto. Si con toda franqueza le dejamos claro que él debe saber y que nosotros no podemos actuar si él no sabe y no consiente por escrito, no suele haber problemas.

Al fin y al cabo nosotros estamos proponiendo una relación de adultos en términos de igualdad, y eso también suele agradar a los pacientes.

Si con todo insistiese en no firmar lo recomendable es no tratarlo.

VIDEO:

Mostrando a un paciente que no quiere firmar el documento de consentimiento debido a su “confianza” en el dentista.

Toma 1: Paciente muy amable. Llega a la consulta referido, llevamos años tratando a su madre. Explica su problema y nosotros hacemos el diagnóstico.

Toma 2: El dentista aceptando tratarle sin más.

Toma 3: El dentista insiste en informar verbalmente.

Toma 4: El dentista insiste en realizar el consentimiento informado por escrito.

Título IV: Resumen.

IV. Paciente que solicita un tratamiento que se aleja de la ortodoxia clínica o de los protocolos reconocidos.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación IV”.

CARA:

Paciente que solicita un tratamiento que se aleja de la ortodoxia clínica o de los protocolos reconocidos.

En “voz en off: Las posibilidades de actuación son:

1. Accedemos a su petición y realizamos el tratamiento.
2. Señalamos que no nos parece el tratamiento adecuado, pero lo realizamos, pidiéndole que firme el consentimiento informado.
3. Nos negamos a realizar el tratamiento y proponemos otras alternativas terapéuticas.

VIDEO:

Mostrando el caso.

Título IV: Desarrollo.

Situación IV. Actuación ante el paciente que nos solicita un tratamiento que se aleja de la ortodoxia clínica o de los protocolos reconocidos.

En “voz en off”: Variado sobre “descripción y circunstancias de la situación IV”.

Con cierta asiduidad los pacientes nos van a proponer soluciones a sus propios problemas bucodentales. Soluciones que han observado en familiares, amigos o compañeros de trabajo, pero que no tienen necesariamente que ser una alternativa de tratamiento válida para ellos mismos.

En algunas ocasiones, los tratamientos ni siquiera tienen cabida en los protocolos terapéuticos reconocidos o no han sido realizados por profesionales con la titulación suficiente.

Además, tenemos que tener presente que los profesionales sanitarios y los depositarios de la formación somos nosotros como odontólogos y estomatólogos. Nosotros diagnosticamos y ofrecemos las diferentes alternativas terapéuticas, aunque finalmente el paciente decida qué tratamiento se realiza de entre las diferentes alternativas propuestas.

CASO:

Un paciente con un polar y un premolar (35 y 36) ausentes. Comenta que sufrió una fractura intentando abrir una botella de cerveza y hubo que extraérselos. Señala que no tiene medios económicos para realizarse un puente y que quiere una prótesis acrílica removible que reponga únicamente esas dos piezas (lo que vulgarmente se conoce como cangrejo).

Cuenta que un compañero de trabajo tiene uno así, que le realizó un protésico dental y que come muy bien con él además de que a él mismo le resultaría más económico.

ALTERNATIVAS DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO RECOMENDADO:

Ante esta situación, podríamos actuar de diferentes formas:

4. Accedemos a su petición y realizamos el tratamiento que nos propone el paciente:

Siempre hemos de tener en cuenta que nosotros somos los profesionales sanitarios, el paciente no tiene la formación necesaria ni para autodiagnosticarse ni para proponer una alternativa terapéutica. Este es nuestro papel como odontólogos y estomatólogos.

Muchos de los tratamientos que se realizaban antiguamente no tienen cabida en los protocolos clínicos actuales, algunos incluso ni siquiera tienen cabida en el mismo sentido común. Una prótesis de este tipo podría servir exclusivamente de prótesis provisional, siempre y cuando obviáramos el hecho de que son prótesis que se desinsertan con cierta facilidad con el consiguiente riesgo de que el paciente se la trague.

También tenemos que tener especial cuidado con tratamientos muy novedosos o experimentales o aquellos relacionados con la odontología “alternativa” ya que no tienen el refrendo de estudios científicos que los respalden.

5. Pedimos al paciente que firme el consentimiento bajo su responsabilidad:

El documento de consentimiento no es ninguna salvaguardia contra las demandas.

Lo principal es tener una correcta actuación clínica además de que el paciente conozca el tratamiento que se le va a realizar, las diferentes propuestas de tratamiento, amén de los riesgos y posibles complicaciones que podrían derivarse del mismo. Y con todo, esto tampoco tiene por qué protegernos de una posible demanda.

No podemos pedir al paciente que firme el consentimiento “bajo su responsabilidad” cuando a todas luces estamos realizando un tratamiento que no es el adecuado.

6. Planteamos al paciente otras alternativas terapéuticas:

Ésta es la postura correcta.

Hemos de explicar al paciente en términos comprensibles por qué la solución que nos propone para su problema no es válida, así como ofrecerle las diferentes alternativas terapéuticas para tratar el mismo.

Si el paciente insiste es mejor no tratarle.

VIDEO:

Mostrando a un paciente que nos solicita un tratamiento que se aleja de la ortodoxia clínica.

Toma 1: Paciente llega. Presenta ausencia de 35 y 36. Comenta que sufrió una fractura y que se los tuvieron que extraer. Comenta que quiere reponérselos mediante un removible de acrílico solo con dos piezas, que un compañero de trabajo tiene uno parecido que le hizo un protésico.

Toma 2: De acuerdo.

Toma 3: Firme usted el consentimiento porque yo no me responsabilizo del tratamiento.

Toma 4: Ese tratamiento no se puede realizar. Planteamos otras alternativas terapéuticas.
