

30

ASPECTOS DEL CONTENIDO, CONSENTIMIENTO INFORMADO, EN LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA PARA LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS BUCALES

ASPECTS OF THE CONTENT, INFORMED CONSENT, IN THE DENTAL CARE OF PATIENTS WITH BUCAL PATHOLOGIES

MSc. Jessica Scarlet Apolo Morán¹

E-mail: jessica_apolo@yahoo.com

MSc. José Lizardo Apolo Pineda¹

E-mail: jocapolopineda@yahoo.com

MSc. José Fernando Apolo Morán¹

E-mail: pepeapolo@hotmail.com

¹ Universidad de Guayaquil. República del Ecuador.

¹Instituto Tecnológico Superior José Ochoa León. República del Ecuador.

Cita sugerida (APA, sexta edición)

Apolo Morán, J. S., Apolo Pineda, J. L., & Apolo Morán, J. F. (2017). Aspectos del contenido, consentimiento informado, en la Carrera de Odontología para los pacientes con patologías bucales. *Revista Conrado*, 13(59), 206-217. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>

RESUMEN

Con el objetivo de revisar los fundamentos y bases legales de su procedimiento y su vinculación con la patología bucal, se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados sobre el tema, se resalta el reconocimiento de la autonomía del paciente y el proceso de consentimiento informado han provocado un cambio en la relación médico paciente, del cual no puede sustraerse la práctica clínica en la Odontología. Además de la profundización en el estudio de los principios bioéticos y su aplicación por parte de los que prestarán los servicios sanitarios. Se concluye que los profesionales y estudiantes de la salud oral tienen que estar consciente de la importancia de la obtención del consentimiento informado (CI), pero siempre dándole al paciente la libertad de decidir por sí mismo, brindándole información fidedigna acerca de su diagnóstico y alternativas de tratamiento, utilizando un lenguaje sencillo, comprensible, sin términos técnicos, por lo menos los mínimos posibles, para que comprenda adecuadamente, reflexione y pueda finalmente dar su consentimiento y es fundamental que los profesores velen porque sus estudiantes apliquen adecuadamente el proceso de consentimiento informado (CI) en la actividad clínica y que tomen conciencia de la importancia del enriquecimiento del proceso de comunicación para su futuro desempeño profesional.

Palabras clave:

Relación médico-paciente; consentimiento informado; patología bucal, Odontología, bioética.

ABSTRACT

With the objective of reviewing the legal bases and bases of its procedure and its relationship with oral pathology, a bibliographic review of published articles on the subject was carried out, the recognition of the patient's autonomy and the informed consent process were highlighted. A change in the patient physician relationship, from which clinical practice in dentistry can not be subtracted. In addition to deepening the study of bioethical principles and their application by those who will provide health services. It is concluded that oral health professionals and students have to be aware of the importance of obtaining informed consent (CI), but always giving the patient the freedom to decide for himself, providing him with reliable information about his diagnosis and alternatives Of treatment, using a simple, understandable language, without technical terms, at least as low as possible, to understand properly, reflect and finally give consent, and it is essential that teachers ensure that their students properly apply the process of informed consent (CI) in clinical activity and that they become aware of the importance of enriching the communication process for their future professional performance.

Keywords:

Doctor-patient relationship; informed consent; Oral pathology, dentistry, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La Bioética como disciplina científica, como ética aplicada surge y se desarrolla impetuosamente en su condición de necesidad histórica objetiva en la Segunda mitad del siglo XX. Es una disciplina muy joven, las referencias que se conocen acerca de los códigos y regulaciones sobre la experimentación clínica son posteriores a la Segunda Guerra Mundial (Amaro Chelala, 1998; Reyes González, 2015).

Como fue planteado por Amaro Chelala (1998); Martínez Sánchez (2001); Cañete, Guilhem, & Brito (2012); y Canaviri Delgado, Karlab & Ramírez Montaña (2016), en el Código de Nuremberg de 1946, constituye el primer intento de establecer normas éticas para la experimentación en el ser humano. En éste, el énfasis se hacía en los intereses de la sociedad más que en el de los propios pacientes y se refería a los riesgos de carácter vital, pero no a las molestias que puede sufrir el paciente. Posteriormente en 1964, la Asociación Médica Mundial adoptó la llamada Declaración de Helsinki sobre la investigación en el ser humano, lo que se ratificó en las reuniones de la Asamblea Mundial, 11 años después en Tokio, en 1983 en Venecia y en Hong Kong en 1989. Sus principios fundamentales estriban en la necesidad de que el protocolo de ensayos clínicos sea aprobado por un Comité de Ética y la necesidad del requisito más esencial de la experimentación humana, que se respete la integridad personal, física y mental del sujeto, el cual no podrá ser sometido a riesgos impredecibles o desproporcionados a los posibles beneficios, que se proteja de su libertad de participar o no a través de su consentimiento previo antes de ser incluido en el estudio, que no se lesione su privacidad y que no se subordinen sus intereses a los intereses de la ciencia o de la sociedad. Estos requisitos éticos se superponen a las responsabilidades penales, civiles y deontológicas que determinan las leyes y reglamentos de cada nación.

En 1978, la Comisión Nacional para la protección de las personas objeto de experimentación biomédica y de la conducta, creada por el congreso de los Estados Unidos, produjo un documento titulado *Informe de Belmont*, en el que se establecieron los principios básicos de la Bioética, cuya aplicación práctica, es válida en nuestros días, la cual constituye una guía de los criterios éticos para la investigación en seres humanos, en concreto con niños.

En el desarrollo histórico de la teoría del consentimiento informado según afirma Hernández Gutiérrez (2015); Simón (1999, 2000), Simón & Concheiro (1995) se pueden citar cuatro factores que han contribuido de forma determinante para convertirla en un requisito ineludible

en toda relación sanitaria de calidad ética, entre los que se pueden citar los siguientes:

- » El desarrollo del consentimiento informado como teoría legal en Estados Unidos. La mayor parte de los requisitos del consentimiento informado se han gestado en sus tribunales. Este factor es considerado como el de mayor peso e importancia.
- » El movimiento de reivindicación de los derechos civiles en la década de los sesenta y setenta que tendrá su expresión en 1973 en la promulgación, por parte de la Asociación Americana de Hospitales, de la primera Carta de los Derechos de los Pacientes que sirvió como modelo a seguir a todas las demás cartas de los derechos de los pacientes.
- » El desarrollo de los requisitos del consentimiento informado en el marco de la investigación. Esto se logra con el Código de Núremberg en 1947, que es el primer código internacional relevante en torno a la idea de consentimiento voluntario. A partir de éste Código surgen diversas declaraciones, protocolos y normas legales sobre investigación contribuyendo al desarrollo y perfección de los requisitos exigibles, los que se pueden aplicar a la investigación y a su vez a la práctica asistencial. El "Informe Belmont", elaborado por la Comisión Nacional para la protección de Sujetos Humanos de Biomédicas y Ciencias de la Conducta, a solicitud del Congreso norteamericano, aporta una reflexión decisiva sobre la ética de la investigación. La comisión tiene por objetivo establecer los principios éticos fundamentales que deben orientar la investigación, concretamente la investigación con niños. Los principios reunidos en el Informe Belmont, con algunas modificaciones, han pasado a ser los principios éticos generales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- » El desarrollo a partir de 1970 de una disciplina llamada Bioética. Este término fue utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter que planteó la necesidad de establecer un puente entre la ciencia experimental y las humanidades, definiéndola como "una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con el conocimiento del sistema de los valores humanos". La bioética se convierte en un puente entre las dos culturas: la científico-biomédica y la humanista, identificándose y circunscribiéndose el problema principal: la supervivencia de la especie humana (de las naciones y de las culturas), así lo afirmó Abellán (2006).

Todos estos factores, cada uno por medios diferentes, se han proyectado en una misma dirección: la necesidad de reconocer a los pacientes como seres autónomos, capaces de tomar sus propias decisiones en todo aquello que les afecte.

En el Informe Belmont como se mencionó anteriormente trata sobre dos principios éticos: el primero de ellos llamado el “Respeto por las personas”, conocido también como “principio de autonomía”, y el segundo el de “la beneficencia”, que se resumen en 2 frases respectivamente, “tratar a los seres humanos como un fin de sí mismos y no como un medio” y el segundo “ayudar, o al menos no hacer daño” (Amaro Chelala 1998; Martínez Sánchez, 2001).

Su creciente aceptación, la convierte en asidero y posible conciencia moral de la sociedad, introduciéndose en el ámbito académico en Cuba, donde se incrementa su aplicación en la década del 90. Sus principios fundamentales son: beneficencia, justicia y autonomía.

Precisamente de autonomía y justicia se trata cuando aplicamos el termino consentimiento informado, definiéndose este según Rodríguez Núñez & Martínón, (1995), como *“la conformidad expresada por el paciente, manifestada por escrito y tras la obtención de una información adecuada para la realización de un diagnóstico o terapéutica sobre su persona”*.

La indisoluble relación de la autonomía con el Consentimiento Informado radica en que la realización más concreta de los principios de intimidad y autonomía yacen en la doctrina del Consentimiento Informado (CI), que se ha convertido en el requisito fundamental y central de la toma de decisiones médicas moralmente válidas. Un acto autónomo verdadero satisface los criterios del Consentimiento Informado. Es una decisión y un acto sin restricciones internas ni externas, con tanta información como exige el caso y acorde con la evaluación hecha por la persona en el momento de tomar una decisión. Es por ello que para que el consentimiento informado no se convierta en un mero hecho contractual y frío, con actitudes paranoides por ambas partes debe ante todo, respetar el derecho a la autonomía y a la intimidad que el paciente tiene. (Silva Hernández, 2015).

La calidad de la atención médica lograda y el desarrollo científico alcanzado por países como Cuba, según afirmó Silva Hernández (2015), se refleja en sus indicadores de salud, la cual se manifiesta en el respeto a quien recibe los servicios y a quienes lo ofertan, por lo que el cuidado de la dignidad humana representada ampliamente en el consentimiento informado debe ser una premisa para ofrecer servicios de salud con calidad, según los principios de la bioética, lo cual constituye un reto ético de primer orden para los profesionales del sector de la salud.

Actualmente como afirmara Roba Izzeddin (2011), se evidencian diversos cambios en el área de la salud, en este caso en el campo de la Odontología, ya que se ven

incrementadas día a día las exigencias de información detallada por parte del paciente, esto ha conllevado al nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente. Por ende, los recientes lineamientos exigen al profesional informar a su paciente todo lo concerniente a su salud bucal, por lo que esta disciplina de servicio debe estar enfocada bajo una amplia responsabilidad social e individual.

En la Odontología la aplicación del Consentimiento Informado se considera un requisito fundamental en la relación Médico-Paciente, puesto que el paciente posee una idea general del tratamiento que va a recibir en las clínicas que ofertan este servicio, sin embargo en el caso de la asignatura Patología Bucal el tratamiento generalmente no cae dentro del conocimiento que el paciente posee, de aquí la vital importancia que tiene aplicar el consentimiento informado y la necesidad de brindar la información adecuada acerca de los beneficios, alternativas y riesgos del tratamiento por parte del Odontólogo, por tal motivo se pretende en la presente investigación abordar aspectos relevantes del consentimiento informado en los pacientes con patologías bucales, que los estudiantes necesitan incorporar en su formación con vista a su futuro desempeño profesional.

DESARROLLO

Ozar (1985); Fox, Arnold & Brody (1995); y Goldie, Schwartz, McConnachie & Morrison (2000), expresaron que en la mayoría de los currículos odontológicos el ramo de ética es enseñado en forma tradicional mediante una clase expositiva. Ozar (1985), notó que hace tiempo existía la inquietud por realizar innovación de la enseñanza de la ética en odontología y se estaba buscando la forma de hacerla más práctica y entretenida.

Con respecto a esta inquietud, refirió Berk (2001), las nuevas tendencias en materia de educación de esta asignatura incluyen cursos separados de ética, dictados frecuentemente durante el primer año de estudio, reforzados en forma continua de manera horizontal y vertical a través de los diferentes niveles, siendo el refuerzo más importante el realizado durante los cursos en los cuales el alumno realiza su práctica clínica.

Sánchez & Vergara González (2008), plantean que la finalidad de estos cambios es que los dilemas éticos sean abordados en el momento en que se van presentando de forma natural. Así Fox, et al. (1995); Goldie, et al. (2001), tuvieron consenso en la literatura científica disponible en que la ética debe ser enseñada de forma multidisciplinaria e interprofesional.

El desconocimiento que impera en los profesionales de la salud acerca de la normativa que regula sus labores profesionales es una vivencia cotidiana en los establecimientos de salud. La formación universitaria actual resulta borbónica porque no informa adecuadamente sobre los aspectos legales del ejercicio de estos profesionales, y tampoco reconoce que la relación que se da entre el usuario del servicio de salud y el prestador se ha transformado democratizándose. Sin embargo la educación sigue reproduciendo una imagen omnipotente y autosuficiente de la figura del profesional de salud, que nada tiene que ver con los cambios de la realidad (Zárate, 2003).

Zárate, Cornejo & Carhuapoma (2006), plantea que una estrategia para prevenir juicios por responsabilidad profesional pasa por afianzar la relación médico paciente, pero la Universidad se resiste a hablar intensamente de ciertos temas como el consentimiento informado los cuales deben darse a conocer al enfermo, o familiares para iniciar un tratamiento. Si esta no se instrumenta, se da una situación de vulnerabilidad muy grande que lo expone a juicios por responsabilidad profesional y a una violación de los derechos en salud.

Agrega este autor que desde los espacios de formación universitaria, los profesionales de la salud analizan en escasas sesiones, la importancia y trascendencia del consentimiento informado para determinados procedimientos médicos o para solicitar la participación de los pacientes en trabajos de investigación científica; pues bien, visto este tema desde la perspectiva de salud, en la realidad actual en los hospitales, donde se viene incorporando equipos cada vez más sofisticados para el tratamiento de las enfermedades, en el cual participa diferentes profesionales y para los cuales solo se utiliza un llamado consentimiento simple, es decir una información verbal muy escueta sobre el procedimiento al que va a ser sometido el paciente.

El rol de la educación superior consiste en la formación de competencias, preparando al profesional de la salud para la construcción de su conocimiento, conduciéndolo de manera continua hacia una formación integral. El profesor, en este contexto, refirió Augusto Noro, Frota de Albuquerque & Machado (2006), presenta un papel fundamental porque además de transmitir informaciones influirá en la formación del futuro profesional por medio de su experiencia y de sus actitudes, y que pasan por la convivencia entre ellos durante las actividades de enseñanza-aprendizaje. Ante esto, las prácticas pedagógicas están sujetas a un análisis crítico y, consecuentemente, pasan por un proceso de renovación y reciclaje, a una mejor fijación de los conocimientos y la formación de recursos humanos, que es necesario examinar críticamente

y hacer recomendaciones para lograr mejores condiciones para el desarrollo de la calidad educacional.

Garbin, Gonçalves, Garbin & Moimaz (2009), realizaron una evaluación de las metodologías de enseñanza-aprendizaje de la bioética en las facultades de odontología brasileñas, encontraron que entre las 182 facultades de odontología activas en Brasil, apenas 57 (31,3%) presentaban en su malla curricular la asignatura de bioética, se observó que la asignatura se enseña generalmente de forma teórica (77,8%), sus principales formas de evaluación son: prueba escrita (100%) y seminarios y/o trabajo en grupo (75%), en cuanto a los profesores apenas el 6,4% de los profesores emplean referencias bibliográficas sobre bioética dirigidas específicamente a la odontología, de forma general la mayoría de los entrevistados (74,2%) consideró que la bioética se relaciona de forma directa o indirecta con todas las otras asignaturas, con respecto a la importancia de la bioética en la formación del cirujano dentista, el 64,7% apuntó a la relación profesional-paciente, en este estudio concluyeron que la bioética presenta una metodología de enseñanza y prácticas de evaluación conservadoras, haciéndose necesarias otras metodologías dirigidas para la reflexión de los problemas actuales en el área de odontología, que contribuyen significativamente a la formación integral del cirujano dentista.

Por otra parte, Buendía-López & Álvarez de la Cadena-Sandoval (2006), realizaron un estudio simultáneo en dos universidades que dictan la carrera de odontología, en Chile y México, con el fin de determinar el nivel de conocimientos que sobre bioética tienen los alumnos de esta carrera. Se constató que en ambas universidades el nivel de conocimiento es vago; no obstante, en Chile han recibido más información o la han obtenido por sí mismos, aunque tienen menos disposición a ampliar sus conocimientos en bioética, finalmente concluye que, en ambas universidades, los alumnos no poseen un conocimiento suficiente o al menos aceptable sobre bioética, como se puede inferir todo esto nos invita a pensar y tomar conciencia sobre la necesidad de una formación en bioética, que solamente es posible mediante el apoyo e interés de las autoridades directivas de la universidad, en primera instancia, estas insuficiencias necesitan ser atendidas desde los primeros años de formación para formar profesionales en el campo de la odontología de forma integral.

Torres-Quintana & Romo (2006), consideran que los odontólogos son profesionales expertos en conocimientos y habilidades específicas para solucionar problemas de salud oral con la intención de promover el bienestar del paciente; Luengas Aguirre (2003), afirma que se realiza con el propósito de mejorar la salud oral de quien solicite la atención mediante el establecimiento de un

diagnóstico y un tratamiento, sentando las bases de una relación de confianza entre el profesional y el paciente para definir la vía de intervención, límite y alcance de la acción terapéutica.

Lolas (2000), refirió que como en la práctica clínica existe una necesidad de atención se involucra el odontólogo como ser integral con un deber de conducta con su vida profesional, en concordancia con los principios éticos escritos en las reglas morales. De la misma forma, como refirió Francisconi (1998), además de garantizar la confidencialidad a sus pacientes, debe presentar las distintas alternativas de tratamiento, obtener su consentimiento y respetar sus decisiones.

Cañete, et al. (2012); y Anaya (2008), expresaron que en el manual de ética del Colegio Médico Americano define el consentimiento informado como *“la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”*, reconociendo los principios bioéticos en cada uno de los pacientes; autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Así mismo Carbajal (2013); y Vera (2016), plantearon que en este documento consta de dos partes: el derecho a la información y la libertad de expresión, como todo derecho el médico tiene el deber de informar de manera clara, precisa, con términos entendibles para el paciente, evitar los sesgo, explicar el procedimiento a realizarse, los riesgos y beneficios que estos implican; todo lo necesario, referente a la patología del paciente.

Parece ser, según lo observado que las metodologías centradas en el estudiante, como el aprendizaje basado en solución de problemas, proporcionan la mejor forma de lograr estos objetivos.

Esto significa que al paciente debe brindársele una información detallada, debe comprender lo que se le va a hacer, por lo que da su consentimiento, la forma válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación, indudablemente es un acontecimiento de comunicación.

Según Cardozo (2006), la información debe poseer los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de la patología, es decir el odontólogo debe explicar la justificación del tratamiento, así como, describir anticipadamente sus beneficios.
- Descripción de procedimientos, objetivos y forma de realizarse.
- Mención de beneficios a corto mediano y largo plazo.
- Advertencia de incomodidades previstas y restricción en actividades diarias.
- Información de las diversas alternativas, ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Explicación de las consecuencias en caso de tardanza del tratamiento.
- Criterios de preferencia del odontólogo y sugerencias personales acertadas.
- Información al paciente de la existencia de la alternativa de ampliar la información que se le está suministrando.
- Proveer libertad al paciente para modificar la decisión, sin alterar la atención odontológica del mismo.
- Derecho del paciente de conocer los costos que conlleva el procedimiento.

Si se le presenta como un problema a solucionar por parte del estudiante que si el paciente que acude a consulta con una lesión en la mucosa, que puede ser por ejemplo un paciente de 20 años con dolores acentuados con la masticación, que se irradia a la rama ascendente de la mandíbula, la mucosa por detrás del tercer molar inferior izquierdo está eritematosa cubriendo una parte de la corona y sufre a veces la presión de la cúspide del molar antagonista, al realizar palpación de la región es dolorosa y sangra a la menor presión, puede palparse una adenopatía simple en la cadena ganglionar submandibular, que se localiza por debajo del ángulo mandibular en el tercer molar en brote.

Como se pudo observar pudiera ser una pericoronaritis de origen traumático, ya que el tercer molar inferior izquierdo se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente, el diente antagonista que se encuentra brotado, durante la masticación traumatiza con sus cúspides, por lo que pudiera ser Pericoronaritis aguda congestiva, pero para corroborar este diagnóstico es necesario realizar un detallado interrogatorio, confección de historia clínica y examen bucal minucioso del paciente para identificar los síntomas que presenta el paciente, además de un estudio Imagenológicos, que puede ser radiografías periapicales y oclusal, lateral oblicua de mandíbula y/o panorámica.

Para indicarle la radiografía hay que explicarle detalladamente la necesidad de esta, resaltar la importancia de este medio de diagnóstico para establecer el diagnóstico definitivo y poder aplicar la terapéutica necesaria en este caso. Pues aunque la radiografía no nos ofrece un diagnóstico certero de pericoronaritis, puesto que los tejidos blandos

inflamados no se observan en esta, pero si permite juzgar la situación y posición del diente, la forma de su corona y sus raíces y las relaciones anatómicas, todo ello condicionará el tipo de tratamiento.

Una vez hecho el diagnóstico de pericoronaritis es preciso establecer el pronóstico de evolución del diente, valorar las posibilidades de erupción en la arcada, las posibilidades de recidiva de la infección y los riesgos de complicaciones, así se tendrá en cuenta la posición en la arcada, el estado de los molares y premolares homolaterales, los desplazamientos dentarios preexistentes, los grados de armonía dentomaxilar, la forma y estado de la mucosa que cubre el tercer molar y antecedentes de pericoronaritis u otros accidentes eruptivos, las condiciones de higiene bucodentaria.

Después de valoradas las condiciones antes planteadas se tendrá que indicar el tratamiento al paciente que consistirá en el uso de antimicorbianos, analgésicos, antiinflamatorios, lavado profuso con solución salina, se le indicarán colutorios con antiséptico débil (clorhexidina al 0,02 %), peróxido de hidrógeno al 3 % o perborato de sodio, además se le aplicará anestésicos locales que permite la exploración y el desplazamiento del tejido blando subyacente y se le indica que mantenga una higiene bucal adecuada.

Este tratamiento es el indicado de forma inmediata, luego cuando remitan los síntomas y signos de esta pericoronaritis según las condiciones existentes en boca se decide realizar el tratamiento quirúrgico, se realizará primeramente la incisión y drenaje, luego eliminación del saco u opérculo (operculectomía) con bisturí o Electrocirugía, pues en este caso se determinó mediante la radiografía que la posición del tercer molar mesioangulada, no favorecía su ubicación adecuada en la arcada dentaria, por lo que se realiza la exéresis de este molar.

Se puede utilizar láser pero esto depende del estado del proceso inflamatorio, este método acelera el tratamiento de la pericoronaritis y disminuye el uso de medicamentos.

Es importante destacar que el pronóstico de estos pacientes es favorable, porque una vez sometidos al tratamiento, ya sea quirúrgico o medicamentoso, se restablece su salud y pueden continuar una vida normal, pero puede tener complicaciones, las cuales se observan con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida.

- » Generalmente está asociada con los terceros molares inferiores retenidos que tienen una posición vertical, con inclinación hacia distal y que estén cerca o en el plano de oclusión, aunque puede presentarse en relación con cualquier diente retenido.
- » Es muy importante el diagnóstico clínico, radiológico y microbiológico para aplicar un tratamiento más eficaz y

correcto, que restablezca la salud del paciente y evitar secuelas y complicaciones.

Como vimos en este paciente requiere del tratamiento inmediato antes descrito, pero por la posición del tercer molar y no poder ubicarse adecuadamente en la arcada dentaria inferior requiere de tratamiento quirúrgico, es aquí donde el profesor junto al estudiante de Odontología, debe explicarle detalladamente al paciente los riesgos que tiene de mantener ese molar en la arcada dentaria, que puede tener mejoría pero que los síntomas pueden aparecer nuevamente y agravarse el caso, por lo que el paciente tiene que dar su consentimiento para realizarse el tratamiento inicial, la realización de radiografías y posteriormente para la intervención quirúrgica.

Se han realizado estudios sobre la evaluación de algunos factores predictivos de dificultad en la extracción de los terceros molares inferiores retenidos como fue le realizado por Burgos Reyes, Morales Moreira, Rodríguez Martín, Aragón Abreu & Sánchez Ruiz (2017), donde la mayoría de los pacientes presentaron terceros molares con raíces fusionadas en más de 2/3, los estudios imagenológicos, específicamente las radiografías panorámicas, son fundamentales para la correcta evaluación preoperatoria del paciente, puesto que permiten determinar con exactitud la posición, profundidad, tipo de impactación y textura del hueso; así mismo Lombardi (2010), señala la importancia de la disposición espacial del tercer molar como factor determinante de la complejidad de extracción de la pieza; de ahí la importancia del análisis preoperatorio radiográfico del paciente. Según Burgos Reyes, et al. (2017), en el estudio la extracción de terceros molares retenidos en posición distoangular requirió mayor tiempo de intervención quirúrgica; de acuerdo a la literatura consultada, la intervención, en estos casos, requiere más tiempo por la necesidad de realizar osteotomía distal y odontosección para lograr la avulsión del molar. Como se puede observar son varias las complicaciones postquirúrgicas luego de la exéresis de los terceros molares por eso son imprescindibles en el caso del paciente que hacíamos referencia detallarles los riesgos que tiene este proceder, para que con todos los elementos pueda decidir con entera libertad y materializar su consentimiento para el tratamiento que requiere.

Se deben aplicar los principios en todo momento, desde que llega el paciente a la consulta teniendo un trato cortés y respetuoso para con todos sin distinción, así como realizarle correctamente el diagnóstico (siguiendo los pasos pertinentes), comunicándole de forma clara y sencilla de acuerdo a las características individuales de cada uno, la situación que presenta y las vías necesarias para resolverla, obteniendo su consentimiento, además también preservar la

privacidad de cada consulta, lo cual se viola con reiterada frecuencia.

Para que el CI tenga validez según Cardozo (2006), debe cumplir los siguientes requisitos:

- Existencia de información médica adecuada para que el paciente tome la decisión suficientemente informado.
- Aplicación en pacientes competentes y sanos en cuanto a salud mental se refiere.
- Debe ser otorgado por el odontólogo tratante (concepto de titularidad).
- El propósito del CI debe estar enfocados a recuperar la salud del enfermo.
- El proceso debe estar orientado a una forma externa (verbal y escrita).
- El tiempo de obtención del CI debe ser previo a la realización del acto médico.

Cañete, et al. (2012); y Carbajal (2013), refieren que el CI es un documento que consta de dos partes: el derecho a la información y la libertad de expresión, como todo derecho el médico tiene el deber de informar de manera clara, precisa, con términos entendibles para el paciente, evitar los sesgo, explicar el procedimiento a realizarse, los riesgos y beneficios que estos implican; todo lo necesario, referente a la patología del paciente.

El Consentimiento Informado a criterio de Silva (2015), está considerado como paso esencial en la relación Médico-Paciente, cuya importancia radica en que en su doctrina ocurre la realización más concreta de los principios de Autonomía e Integridad, convirtiéndose por tanto, en el requisito fundamental y central de la toma de decisiones moralmente válidas.

El Consentimiento Informado a criterio de Martínez Sánchez (2001), tiene implícito que el paciente haya recibido y comprendido la información acerca de su problema clínico y que de forma autónoma y libre puede aceptar o no determinado planteamiento diagnóstico o terapéutico, ahora bien para que esto se efectúe debe contarse con la competencia del paciente y de no contar con esto, será asumida por los padres u familiares, por lo que se hace necesario tener en cuenta la edad, la capacidad intelectual, madurez emocional y el estado psicológico del paciente.

Afirma Carbajal (2013), que entre las situaciones que se debe escribir en este documento, encontramos una Intervención quirúrgica, un procedimiento invasivo en los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento que

impliquen un riesgo físico o psicológico y en caso de hospitalización de paciente psiquiátrico, en el caso del paciente de la pericoronaritis este aspecto tiene que incluirse en el CI, que aunque no lleva hospitalización si tiene riesgos desde la aplicación de anestésicos hasta las molestias que conlleva un acto quirúrgico en la cavidad bucal, así queda involucrado todo el personal tratante así como la institución donde está siendo atendido, se recomienda informar diariamente el estado de salud a los familiares o al paciente

El consentimiento informado (CI) según refieren Castellanos Arcís, López Fernández, Caballé Ferreiras & García Alderete (2009), no es una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un tratamiento o investigación, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los niveles de atención. No se utilizará terminología médica a menos que sea imprescindible, en caso de ser necesaria, el investigador deberá explicarle al sujeto su significado. El lenguaje utilizado será práctico, sencillo, directo y comprensible para los sujetos de cualquier nivel de escolaridad. La única fórmula válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación. El documento firmado no debe ser nunca el centro ni la finalidad del proceso del consentimiento. Como procedimiento no consta solo de información verbal transmitida a los participantes en una investigación clínica, sino además un documento escrito donde se le señalen al paciente todos los aspectos o elementos obligados que aseguren el conocimiento en forma real de los riesgos y beneficios que el estudio signifique. El consentimiento informado es un derecho del paciente y tiene su basamento legal y ético internacional.

Se han realizado investigaciones acerca del CI en Odontología como el realizado Hernández Gutiérrez (2015), la cual en su tesis doctoral encontró que el 80,2% de los profesionales ya sean odontólogos y médicos-estomatólogos aplicaban el CI a sus pacientes, de ellos el 90% utiliza la forma verbal y escrita muestra que el 29,7% de los encuestados reconoce dedicar a la obtención del CI todo el tiempo necesario independientemente del género o años de experiencia profesional, el 53,1% de la muestra dedica al tema 10 minutos o menos, no se implican en ello el 10,8% y un 6.3% no da respuesta alguna al respecto. Afirma posteriormente que esto nos ayuda a aclarar algunas de las cuestiones anteriormente planteadas, ya que efectivamente se puede deducir que la visión que el profesional tiene del CI es distorsionada y cree que es una autorización que debe obtener por parte del paciente para cumplir con un requisito legal y con el fin de

no perder tiempo puede terminar delegando en el personal colaborador la obtención del mismo, por lo que afirmó que esto lleva a pensar que hay un desconocimiento del tema no solo a nivel legal sino también ético.

Estos resultados nos alertan sobre la importancia que tiene el realizar el CI con calidad, dedicándole el tiempo necesario para que el paciente entienda su diagnóstico y la terapéutica a aplicarle, es decir el tratamiento y las alternativas terapéuticas, utilizando un lenguaje sencillo, comprensible, sin términos técnicos, por lo menos los mínimos posibles, porque si no comprende adecuadamente, no se le da la posibilidad de decidir por sí mismo, de tener la libertad de decidir, así no violar entonces la autonomía.

Afirma Hernández Gutiérrez (2015), que es importante no ver solamente el CI como una norma o el requisito legal sino desde una base bioética. Se ofrece una visión más amplia para la discusión racional, para la comprensión del otro, para permitir el disenso y consenso y se da una nueva visión a la libertad y autonomía del paciente, ayudando a que la relación profesional-paciente sea más participativa y comprometida. Y todo esto se puede lograr si se tienen claros los principios bioéticos de *autonomía, justicia, beneficencia y no-maleficencia*.

En un estudio realizado por Martín Zemel (2006), en odontólogos residentes en la Universidad de la Plata en Argentina, se concluyó que, a pesar de poseer unos conocimientos teóricos escasos sobre la práctica del CI, existía una tendencia significativa a destinar tiempo en la consulta dental para su empleo, siendo esto más notorio en los más jóvenes.

Estos estudios destacan la importancia que tiene el CI para brindar una atención al paciente con calidad, pero identifica además las dificultades que existen y la violación de los principios de la bioética

Como afirmaran Rodríguez Núñez, et al. (1995); el Comité de Bioética de Cataluña (2008); y Cortes Gallo (2006), hay que insistir en que el verdadero CI es aquel originado por una armónica relación médico paciente (RMP) y no debería tener nunca por objeto o finalidad la firma de un formulario por parte del paciente. Aunque este es un buen medio para transmitir información y sobre todo, para dejar evidencia de que este proceso se ha realizado por sus posibles consecuencias legales, no deben ser en modo alguno ni el centro ni la finalidad del proceso de CI y deben ir siempre precedidos por la conversación y el diálogo.

En la búsqueda del bien del paciente, es indispensable según plantean Casale Capogni (2000); Torres Quintana,

et al. (2006); y Guillermo(2008), que el cirujano dentista cuente con las competencias profesionales que respalden las siguientes características: conocimiento disciplinario; responsabilidad; actualización permanente de sus saberes; habilidad para procedimientos odontológicos teniendo una clara conciencia de sus límites; ética y respeto al secreto profesional; honestidad para informar completa y verazmente sobre el problema de salud y el tratamiento, con la intención de obtener su consentimiento; capacidad para solucionar problemas de salud dental; amabilidad, limpieza, puntualidad e inteligencia, planteamiento que compartimos los autores de la presente investigación.

El consentimiento informado requiere un soporte documental a la información que ha de ser fundamentalmente oral, forma parte de la práctica médica siendo un requisito esencial del acto médico y de la relación médico paciente.

Al informarle al paciente sobre el procedimiento que se realizara, se le entregara un documento donde se refleje por escrito dicha información, este debe ser elaborado por los profesionales que realicen el procedimiento y debe ser realizado por el comité de ética de la institución en el caso de una investigación, este documento debe estar firmado por el paciente o por el representante legal en caso de incapacidad o menores de edad.

Los diferentes aspectos que deben cumplir un documento de Consentimiento Informado (CI) según Martínez Sánchez (2001); y Tallones (2005), son los siguientes:

- Brindar datos suficientes sobre la naturaleza y el origen del proceso.
- Explicación breve y sencilla (comprensible) de los objetivos del procedimiento, así como de la forma que se llevara a cabo.
- Beneficios esperados.
- Molestias y posibles riesgos.
- Existencia o no de alternativas diferentes, de forma que el paciente pueda seleccionar y tener en cuenta sus preferencias.
- Efectos esperados si no se realiza nada.
- Disposición a aclarar dudas y ampliar información.
- Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Nombre del médico que informa sobre el procedimiento.

- Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información.
- Firma del médico, del paciente y la fecha.

La información que se les brinda a los pacientes, familiares y voluntarios sobre los procedimientos a los cuales será sometido, deberá ser clara, simple, inteligible y concisa para que sea entendible. Es importante destacar que no todos los pacientes o voluntarios tienen el mismo nivel cultural, por tanto la información ha de ser diferente en función de cada paciente, de cada circunstancia en particular. Es importante a criterio de Martínez Sánchez (2001), que se debe:

- Escribir con frases cortas y directas.
- Utilizar la mínima cantidad de puntuaciones diferentes del punto y la coma.
- Usar palabras cortas.
- Hacer que los pacientes lean y critiquen los documentos.
- Incluir el mínimo número de palabras técnicas, intentando sustituirlas por descripciones sencillas y cortas.

El formulario impreso constituye un magnífico medio de apoyo de transmisión de información, algunos médicos utilizan la toma de notas en la historia clínica, otros utilizan grabaciones de las conversaciones con sus pacientes y en la actualidad se utilizan los videos (Oliva Linares, Bosch Salado & Carballo Martínez, 2001).

García Rillo (2013), afirma que en los odontólogos la autonomía del paciente adquiere relevancia en la relación odontólogo-paciente, pues éste reconoce su participación en el proceso de la enfermedad y se hace copartícipe de la misma, asumiendo igualmente riesgos y eventualidades; pero siempre bajo el pleno conocimiento de lo que va a decidir. Al recuperar la responsabilidad compartida en el tratamiento, el universo ético del odontólogo armoniza el ejercicio profesional con las expectativas del paciente posibilitando promover y preservar, conjuntamente, la vida saludable de las personas.

Ofrecer al paciente la información verídica, científica y técnica relacionada con el diagnóstico y tratamiento odontológico, no debe ser propiamente una obligatoriedad para el odontólogo como afirmara Grillo (2013), sino un acto de respeto y reconocimiento del paciente como persona que posee la capacidad de comprender su padecimiento y tomar decisiones de vida en una situación límite de salud y enfermedad. De ahí que sea el resultado de un trabajo permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, y se considere el fundamento sobre el que

se establece el encuentro odontólogo-paciente, ya que la información que se proporciona debe ser clara, oportuna, suficiente y veraz, de manera que el paciente o tutor haya comprendido adecuadamente, y sea capaz de decidir libremente, bajo las condiciones de libertad, información, capacidad, voluntad y comprensión, expresando así su conformidad como lo refiere la consejería de salud en la guía para el consentimiento informado, lo cual refiere la trascendencia de este acto, por lo que debe asegurarse la comprensión de la información por parte del paciente.

Como plantea Chaple Gil (2015), los odontólogos son, para la sociedad, profesionales con conocimientos y habilidades técnicas comprobadas, por lo que les corresponde priorizar el bienestar de sus pacientes, así mismo cuando alguien se gradúa de odontólogo toma un compromiso con la comunidad y acepta las normas y obligaciones de su profesión.

Pérez Pacaréu, Morejón del Rosario, Suárez Rodríguez & Rodríguez Carbajal (2015), plantean que se establece el consentimiento informado como una necesidad intrínseca del hombre enfermo y de su familia lo que lleva el CI a un plano más amplio y al contexto puramente social. Se requiere pues de una información clara, con conocimiento de causa, en términos claros, sencillos, sensibles y sobre todo evidentes, de forma tanto verbal como escrita; no solo de la intervención diagnóstica o terapéutica que se vaya a realizar sino de la propia enfermedad, criterios que compartimos los autores de esta investigación, así mismo agrega que debe llegarse mucho más allá y emitir las alternativas de tratamiento dejando claro el beneficio o no de estas alternativas de la terapéutica más avanzada, incluso, si por motivos del contexto social en que vive el enfermo la opción correcta o las alternativas seleccionadas no pueden ser cumplidas.

Ofrecer al paciente la información verídica, científica y técnica relacionada con el diagnóstico y tratamiento odontológico, no debe ser propiamente una obligatoriedad para el odontólogo, sino un acto de respeto y reconocimiento del paciente como persona que posee la capacidad de comprender su padecimiento y tomar decisiones de vida en una situación límite de salud y enfermedad. De ahí que sea el resultado de un trabajo permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, y se considere el fundamento sobre el que se establece el encuentro odontólogo-paciente.

García Rillo (2013), plantea que la función del consentimiento informado deriva de la libre autodeterminación a través de la constante búsqueda de acciones que permitan promover la autonomía del paciente, pero también mediante: el fomento de la racionalidad al tomar decisiones

que mejoren su estado de salud oral; la protección del enfermo al atender su necesidad de salud y a los sujetos de experimentación durante el proceso de investigación; evitar el fraude y la coacción; alentar la autoevaluación en los profesionales de la salud, y reducir la desconfianza. Martínez Otero (2012); Pérez Batista & Suazo, (2009, 2010), afirman que de esta manera que se fortalece una relación odontólogo-paciente a través del derecho a la información, la intimidad del paciente, y el respeto a su autonomía para decidir sobre los aspectos fundamentales que de una y otra forma afectan su vida.

CONCLUSIONES

Los profesionales y estudiantes de la salud oral tienen que estar consciente de la importancia de la obtención del consentimiento informado (CI), el cual se puede obtener de forma oral-escrita, pero siempre dándole la paciente la libertad de decidir por sí mismo, brindándole información fidedigna acerca de su diagnóstico y alternativas de tratamiento, utilizando un lenguaje sencillo, comprensible, sin términos técnicos, por lo menos los mínimos posibles, para que comprenda adecuadamente, reflexione y pueda finalmente dar su consentimiento respetando los principios bioéticos.

Es fundamental que los profesores velen porque sus estudiantes apliquen adecuadamente el proceso de consentimiento informado (CI) en la actividad clínica de Patología Bucal desde un punto de vista bioético, respetando los valores de los pacientes y que tomen conciencia de la importancia del enriquecimiento del proceso de comunicación profesor, estudiante-paciente para su futuro desempeño profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, J. C. (2006). *Bioética, Autonomía y Libertad*. Madrid: Fundación Universitaria Española.
- Amaro Chelala, J. R., & González Revuelta, M. E. (1998). El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. *Rev. Cub. Med. Milit.*, 27 (1), 54-61. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol27_1_98/mil10198.htm
- Anaya, J. (2008). Consentimiento informado. *Rev. Med.* (Cochabamba), 19 (29), 35-42. Recuperado de <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rmcba/v19n29/v19n29a07>
- Augusto Noro, L. R., Frota de Albuquerque, D., & Machado, M. E. (2006). O desenvolvimento do processo ensino aprendizagem: visão do aluno e do professor. *ABENO* 6(2), 109-114. Recuperado de <http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2006-2.pdf#page=13>
- Berk, N. (2001). Teaching ethics in dental schools: Trends, techniques, and targets. *J Dent Educ*, 65(8), 744-750. Recuperado de <http://www.jdentaled.org/content/65/8/744.abstract>
- Buendía-López, A. L., & Álvarez de la Cadena-Sandoval, C. (2006). Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de américa latina. *Acta Bioethica*, 12(1). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100006
- Burgos Reyes, G., Morales Moreira, E., Rodríguez Martín, O., Aragón Abreu, J. E., & Sánchez Ruiz, M. (2017). Evaluación de algunos factores predictivos de dificultad en la extracción de los terceros molares inferiores retenidos. *Rev. MEDICIEGO*, 23(1). Recuperado de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/613/1080>
- Canaviri Delgado, J., Karla, J. I., & Ramírez Montaña, I. (2016). Importancia del consentimiento informado. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 74. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200015&lng=es&tlng=es
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18(1), 121-127. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>
- Carbajal, L. (2013). El consentimiento informado. *Rev acta pediátrica de México*, 34(2), 53-4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640341001.pdf>
- Cardozo C., Rodriguez E., Lolas F., & Quezada A. (2006). Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioetica. *Escritos de Bioetica No 2*, Universidad de Chile.
- Casale Capogni, A. (2000). Construcción bioética en odontología con base en los valores humanos. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, 58(197). Recuperado de <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc5819700construccion.htm>

- Castellanos Arcís, M. L., López Fernández, J. M., Caballé Ferreiras, M., & García Alderete, H. (2009). El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. *Rev Cubana Estomatol*, 46(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es.
- Chaple Gil, A. (2015). Consentimiento informado en tratamientos estéticos dentales. *Rev Cubana Estomatol*, 52(SupEsp). Recuperado de <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/839/182>
- Consejería de salud. Guía de consentimiento informado. España: Junta de Castilla y León, s/f.
- Cortes Gallo, G. (2006). El consentimiento informado en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 63(1), 64.
- España. Comité de Bioética de Cataluña. (2008). Guía sobre el consentimiento informado. Recuperado de <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esconsentiment.pdf>
- Fox, E., Arnold, R., & Brody, B. (1995). Medical ethics education. Past, Present, Future. *Acad Med*, 70, 761-769. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7669152>
- Francisconi, C. (1998). Sida y bioética. *Rev Topodrilo*, 50(6), 21-24.
- Garbin, C.A.S., Gonçalves, P.E., Garbin, A.J.I., & S.A.S. (2009). Evaluación de las metodologías de enseñanza-aprendizaje de la bioética en las facultades de odontología brasileñas. *Educación Médica*, 12(4), 231-237. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500005&lng=es&tlng=es
- García Rillo, A. (2013). Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología. *Rev Humanidades Médicas*, 13(2), 393-411. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v13n2/hmc07213.pdf>
- Goldie, J. (2000). Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*, 34, 108-119. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10652063>
- Goldie, J., Schwartz, L., McConnachie, A., & Morrison, J. (2001). Impact of a new course on students' potential behavior on encountering ethical dilemmas. *Med Educ*, 35, 295-302. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11260454>
- Guillermo, E., et al. (2008). Perspectiva de los pacientes sobre los valores humanos en los profesores y estudiantes de licenciatura en odontología. *Revista Odontológica Mexicana*, 12(2), 65-69.
- Hernández Gutiérrez, P. M. (2015). Consentimiento Informado en Odontología. Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- Lolas, F. (2000). Bioética y antropología médica. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Lombardi, A. (2010). Fractura mandibular como complicación de la exodoncia del tercer molar inferior. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.*, 98(4), 339-342.
- Luengas Aguirre, M. I. F. (2003). La bioética en la relación clínica en odontología. *Rev Asoc Dent Mex.*, 60(6), 233-239. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od036g.pdf>
- Martínez Otero, J. M. (2012). Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. *Cuad Bioét*, 23, 151-167. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/77/151.pdf>
- Martínez Sánchez, R. (2001). La necesidad de utilizar el consentimiento informado en proyectos de investigación. Recuperado de <http://www.ipk.sld.cu/bolepid/bol35-01htm>
- Oliva Linares, J. E., Bosch Salado, C., & Carballo Martínez, R. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev. Cub. Invest. Biomed*, 20(2), 150-8.
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington: OPS.
- Ozar, D. (1985). Formal instruction in dental professional ethics. *J Dent Educ*. 49, 696-701. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/3871065/>
- Pérez Batista, R., & Suazo, M. (2009). El consentimiento informado, autonomía y en la consulta hospitalaria de la ciudad de Santo Domingo. *Ciencia y Sociedad*, 34 (4), 578-596.
- Pérez Batista, R., & Suazo, M. (2010). El consentimiento informado, autonomía y beneficencia en la consulta hospitalaria de la ciudad de Santo Domingo (II). *Ciencia y Sociedad*, 35 (1), 7-20.

- Pérez Pacaréu, M., Morejón del Rosario, Y., Suárez Rodríguez, G., & Rodríguez Carbajal, A. (2015). El consentimiento informado en la especialidad de alergología desde una perspectiva de ciencia, tecnología y sociedad. *Medisur*, 13(5). Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2905>
- Reyes González, S., & Reyes González, E. (2006). Consentimiento informado y medios diagnósticos. Recuperado de http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion3/consentimiento_informado_II/sivia_reyes.htm
- Roba Izzeddin A. (2011). El odontólogo frente al consentimiento informado. Aspectos relevantes. *Act. Odontol.* 49(2). Recuperado de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art-20/>
- Rodrigo Núñez, A. (1996). El consentimiento informado en pediatría. *Cuaderno de bioética*, 5 (22), 188-195.
- Rodríguez Núñez, A., & Martinón, J. M. (1995). El consentimiento informado en pediatría. Aspectos prácticos. *Cuadernos de bioética*, 6(22), 188-95.
- Sánchez, C. Z., & Vergara González, C. (2008). Ética en el currículo de las carreras de odontología. *Acta Bioethica*; 14(2), 212-218. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200012>
- Silva Hernández, C. A. (2015). La autonomía, la integridad y el consentimiento informado. Su importancia en la ética médica. Recuperado de <http://www.psiquiatrico-hph.sld.cu>
- Simón L. P. (2000). *El Consentimiento Informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Tricastela.
- Simón L. P., & Concheiro, L. (1995). El consentimiento informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética. *JANO*, 48(1117), 897-910.
- Simón, L. P. (1999). El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. *Medifam*, 5(5), 264-271.
- Tallones, F. C. (2005). El consentimiento informado en el derecho médico. Recuperado de www.pastoralsida.com.ar/recursospastorales/consentimiento.
- Torres Quintana, M. A., & Romo, O. F. (2006). Bioética y ejercicio profesional de la odontología. *Acta Bioethica*, 12(1), 65-74. Recperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100010
- Vera, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Rev Med. La Paz*, 22(1), 58-68. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v22n1/v22n1_a10.pdf
- Zárate, C. E. (2003). Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. *SITUA* 23, 4-11, Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/derechos.htm
- Zárate, C. E., Cornejo, V. R., & Carhuapoma, M. (2006). Los profesionales de salud y el consentimiento informado: retos de la educación universitaria. *SITUA* -15 (1,2).