

PERCEPCIONES DE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PCI

Miguel R., Sapienza M., Seara, S.; Cocco L., Pólvora B., Iantosca A., Zemel M., Saporitti F., Ruiz R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

A partir de ciclo lectivo 1998, se implementa en la totalidad de las prácticas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata (FOUNLP) el proceso de consentimiento informado (PCI).

El objetivo del presente estudio fue conocer diferentes aspectos, respecto a las fortalezas y debilidades de la ejecución del PCI en las prácticas odontológicas que llevan a cabo los alumnos de la Carrera de Odontología. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: relación clínica establecida, ejecución y dificultades en la obtención del consentimiento informado. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 123 alumnos regulares del cuarto año de la Carrera de Odontología de la FOUNLP.

En relación a los resultados se observó que la edad mínima de la muestra fue 21 y la edad máxima 42, promedio 24.17, moda y mediana 24 años. En relación con la variable relación clínica, los alumnos manifestaron que el proceso de consentimiento informado generó las siguientes actitudes sobre los pacientes: Aumentó su protagonismo = 24 (20,17%), provocó indiferencia = 82 (68,91%), ofreció desconfianza = 3 (2,52%), los pacientes decidieron con prudencia = 10 (8,40%).

En relación con la variable ejecución, los alumnos señalaron que al realizar el Proceso de Consentimiento Informado se privilegiaron los siguientes aspectos: firma = 97(78,86%), terapéutica = 87 (70,73%), diagnóstico = 77 (62,60%), riesgos = 76 (61,79%), alternativas = 76 (61,79%), costos = 75 (60,98%), capacidad de decisión = 47 (38,21%), anamnesis = 40 (32,52%), garantías = 28 (22,76%).

Por otra parte, en referencia a la variable dificultades halladas, la distribución fue: necesidad de mayores conocimientos = 76,42%, inconvenientes en la relación clínica = 56,10%, dificultades en su ejecución = 30,08%, no presentaron dificultades = 30,89%.

Estudios empíricos en la comunicación entre la comunicación entre doctores y pacientes han identificado numerosas características que están asociadas con los modelos de comunicación durante visitas oficiales. Por ejemplo, características del paciente, edad, educación, raza, género, condiciones de insinidad, status de salud y duración de la relación profesional-paciente, están asociadas con el grado al cual los pacientes creen en sus profesionales integrándolos en las decisiones clínicas. Además, aquellas características de los profesionales como el entrenamiento, especialidad, volumen de práctica, satisfacción profesional, etnicidad y conocimientos psicológicos, han estado asociados con la comunicación y estilos de participación de los mismos. Los estilos de comunicación de éstos han estado asociados al riesgo de las demandas por malas prácticas, y la satisfacción del paciente en lo referido al cuidado y los resultados clínicos del mismo. No es sabido que estas características del paciente y el profesional son asociadas a la extensión observada en los documentos de consentimiento informado.

Para tal fin, será oportuno enfatizar entonces, el estudio de situaciones problemáticas que permitan dilucidar las ventajas de la utilización habitual del documento de consentimiento informado con la ayuda de consultas bibliográficas, emitiendo hipótesis. Utilizando las ideas y conocimientos previos como así mismo elaborando estrategias.

Braddock C. (2002) mostró que muy pocos médicos encuentran un mínimo criterio de obtención de consentimiento informado en su práctica de rutina. El autor demostró que trabajar más horas por semana predice un mayor empobrecimiento del proceso de obtención del consentimiento

informado. Los profesionales que trabajaron más horas por semana recibieron más presión de tiempo.

El estudio anterior halló una pequeña asociación independiente entre la duración de la visita y el trato que recibió el documento de consentimiento informado. Sumado a lo descripto, los profesionales que se unieron a estas prácticas comprendieron que éste reduce el riesgo de recibir sanciones por falta de responsabilidad profesional. Estos descubrimientos sugirieron direcciones en la práctica clínica que ayudará a alcanzar la meta de envolver al paciente en las decisiones clínicas.

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que: 1) un amplio sector de alumnos manifestó necesitar mayores conocimientos sobre el PCI; 2) el no tener los conocimientos suficientes le generó ciertas dificultades en su relación con el paciente, 3) No obstante, se observó que al implementarlo privilegiaron aspectos trascendentes del PCI. Cabrá entonces reflexionar sobre su profundización en el ámbito académico.

Palabras clave: odontología - educación – consentimiento - estudiantes

Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

- Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13 (4): 344-352
- Hook C.R., Comer R.W., Trombly R.M., Guinn J.W. 3rd, ShROUT M.K. Treatment planning processes in dental schools. J Dent Educ. 2002; 66 (1): 68-74
- Kipper D et al. Questionamentos éticos relativos a graduacao e a residencia medica. Bioetica. 2002; 10 (2): 107-128
- Simón P., Rodríguez Salvador J., Martínez Maroto A., López Pisad R. Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin (Barc) 2001;117(11): 419-426