

ENTRENAMIENTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO EN LA TOMA DEL CONSENTIMIENTO

Miguel R., Cocco L., Zemel M., Sapienza M., Pólvora B., Iantosca A., Di Girolamo G., Blanco N., Miguel L.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

La reciente Ley Nacional N° 26.529 establece las consideraciones particulares del consentimiento informado e historia clínica en el ámbito de la República Argentina. En este sentido, la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata (FOUNLP) implementa desde el año 1998 el proceso de consentimiento informado (PCI) en todas las prácticas clínicas llevadas a cabo en las asignaturas de sus diferentes programas de estudios de grado y postgrado. El objetivo de la investigación fue examinar los diferentes aspectos, respecto a fortalezas y debilidades de la toma del consentimiento informado en las prácticas clínicas realizadas por estudiantes de Odontología. Se efectuó un estudio descriptivo sobre variables: conocimientos teóricos sobre responsabilidad profesional y obtención del consentimiento informado. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 123 alumnos regulares del quinto 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 la evaluación de la variable conocimientos teóricos, se registraron tres niveles: Nivel óptimo= 36 estudiantes (29,03%), Nivel suficiente= 76 estudiantes (61,29%), Nivel insuficiente= 12 estudiantes (9,68%). En relación con la segunda variable, los alumnos señalaron que al realizar el Proceso de Consentimiento Informado se privilegiaron los siguientes aspectos en el momento de su obtención: 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%). 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 insania, 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) la mayoría de la muestra presentó un alto nivel de conocimientos respecto al proceso de consentimiento informado en la práctica odontológica; 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 fundamentales del proceso de consentimiento informado. Cabrá entonces reflexionar sobre su profundización en el ámbito académico. Palabras clave: Legislación dental – Educación odontológica – Bioética

Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13 (4): 344-352
- 2- 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
- 3- Kipper D et al. Questionamentos éticos realtivos a graduacao e a residencia medica. Bioética. 2002; 10 (2): 107-128
- 4- 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