

UNIVERSIDAD: Universidad Nacional de La Plata.

NÚCLEO DISCIPLINAR/COMITÉ ACADÉMICO: Salud.

TÍTULO DEL TRABAJO: DIFICULTADES EN EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN RESIDENCIAS ODONTOLÓGICAS.

AUTOR/ES: Zemel Martín, Miguel Ricardo.

E-MAIL DE LOS AUTORES: martinzemel@gmail.com.ar

PALABRAS CLAVES: consentimiento informado – odontología.

PALAVRAS-CHAVES: consentimiento informado – odontologia.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objeto establecer las posibles causas que obstaculizan el proceso de consentimiento informado (C.I.) en el programa de Residencias Odontológicas Universitarias (R.O.U.) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo tomando como variables: “conocimiento del C.I.” y “utilización del C.I.” en odontólogos de las R.O.U. Se tomó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima a 78 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes a las R.O.U. Resultados: De los encuestados, 45 (57,69%) residentes correspondieron al sexo femenino; edad media de 28,39 años; moda y mediana 28 años. Respecto al conocimiento del C.I., sobre un total de 780 opciones totales, la población encuestada sólo contestó 278 (35,64%) correctamente. En relación con la segunda variable, 56 (71,79%) odontólogos manifestaron realizar el C.I., aunque la mayores dificultades (79,89%) que aseveraron tener estuvieron centradas en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la temática.

**A partir de los resultados hallados en los instrumentos de trabajo iniciales se concluye que si bien los residentes tienen escasos conocimientos respecto al C.I., la mayoría demuestra poseer un alto interés en utilizarlo en su consulta odontológica.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado en la formación universitaria

Hoy día el deber de informar en las prácticas clínicas incluye fundamentalmente lo relativo al diagnóstico y riesgos del tratamiento propuesto y a los alcances de éste. De este modo, se puede comprender fácilmente la aparición del consentimiento informado en la Odontología. Este se presenta como la respuesta al derecho del paciente a decidir conciente y libremente. Se estima entonces, que constituye uno de los máximos aportes que la práctica del Derecho ha realizado en los últimos siglos al conjunto de los derechos humanos contenidos en las diversas teorías, consecuencia necesaria o explicación de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia.

El consentimiento informado, definido por Beauchamp & Childress como la autorización para iniciar un plan de tratamiento (Hartshorne, 1993), se instrumenta en la práctica odontológica diaria como un documento escrito por medio del cual se deja constancia de lo anteriormente descrito. Sin embargo, para que un paciente pueda firmar el consentimiento informado debe haber recibido y comprendido una información suficiente, encontrarse libre, y ser competente para tomar la decisión en cuestión a través de un documento que refuerce la situación contractual de la práctica moderna.

Países como Estados Unidos, España e Italia han generado, no sólo jurisprudencia en la temática, sino también numerosos espacios de formación académica. En este sentido, 54 Facultades de Odontología de los Estados Unidos de América que intervinieron en un estudio sobre la planificación de los planes de tratamiento, la mitad mostraron tener

incorporado la explicación de los riesgos del tratamiento y el pedido de consentimiento en el momento que presentan el plan propuesto, mientras que el resto de las Unidades Académicas lo hace posteriormente al inicio del plan de tratamiento. (Hook, 2002).

Un estudio sobre el impacto de la ética odontológica en el currículum realizado en la Universidad de Minnesota (Bebeau, 1994) reveló que luego de recibir 720 estudiantes un entrenamiento específico durante siete años los beneficios alcanzados fueron altamente significativos. Por otra parte, las recomendaciones del Consejo General Odontológico del Reino Unido dirigidas a la Educación Odontológica presentan un nuevo énfasis sobre la importancia de la Ética y las legislaciones respectivas en los currículums odontológicos. (Bridgman, 1999)

Con todo, se le presenta un nuevo objetivo al ámbito universitario. Un desafío para las nuevas conducciones universitarias a tomar este nuevo paradigma reinterpretándolo, enriqueciéndolo, o bien, y por qué no, juzgándolo. Hoy día todos los campos profesionales deben ser examinados desde la mirada ética. La Odontología, pues, no puede estar exenta de revisar sus obligaciones éticas y las formas en que las lleva adelante.

El consentimiento informado en la formación de Postgrado de odontólogos

La descripción del acápite anterior invita a reflexionar sobre la importancia que esta temática debiera de tener en los currículums universitarios de las carreras y programas académicos relacionados con las Ciencias de la Salud.

Las **Residencias Odontológicas Universitarias** (R.O.U.) son un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la práctica odontológica.

El Odontólogo debe proveer información considerando la naturaleza del tratamiento propuesto, los beneficios y los riesgos del mismo, y los beneficios y riesgos de los tratamientos alternativos, incluyendo el rechazo al tratamiento. Especialmente, durante el primer contacto con un nuevo paciente, el Odontólogo puede jugar un rol vital alentando al paciente para que descubra sus propios intereses y expectativas. (Eijkman, 2001). De ahí que la comprensión de estos conceptos filosóficos por parte del Odontólogo que se forma profesionalmente en un programa de Residencias debiera de ser fundamental.

La aparente ausencia en los diseños curriculares de las Carreras de Odontología y en el programa académico de Postgrado de las R.O.U. de una asignatura específicamente filosófica que tenga como objetivo los tratados de la Antropología Filosófica y los fundamentos deontológicos del ejercicio profesional dificultaría el aprendizaje integral de determinadas temáticas como lo pueden ser, entre otras, la libertad y dignidad humana o la conciencia moral, los cuales se podrían considerar como contenidos previos y fundantes del consentimiento informado. No obstante, el programa académico de las **Residencias Odontológicas Universitarias** ofrece una completa formación en Odontología Legal la cual contempla los aspectos jurídico-técnicos que confieren al documento su validez legal.

Por todo, se estima conveniente, entonces, establecer la existencia de obstáculos impidan un correcto proceso de C.I. en la consulta odontológica de los alumnos de las R.O.U:

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar las posibles causas que obstaculizan el proceso de consentimiento informado en el programa de Residencias Odontológicas Universitarias.

Objetivos específicos:

1. Establecer el grado de conocimientos que poseen los residentes respecto a conceptos éticos, bioéticos y legales, y particularmente con el proceso de consentimiento informado.
2. Precisar las situaciones de la relación entre el profesional y el paciente que desfavorecen a este proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la indagación bibliográfica con el objeto de ampliar y actualizar la temática considerada.

En el trabajo de investigación se tuvieron en cuenta dos variables, a saber: a) conocimiento del consentimiento informado en odontólogos pertenecientes a las R.O.U. de la F.O.U.N.L.P.; b) utilización del consentimiento informado en residentes a las R.O.U. de la F.O.U.N.L.P. Ambas presentaron las dimensiones: "bioética", "jurídica" y "clínico-profesional de la Odontología Legal".

Se efectuó un estudio descriptivo con odontólogos residentes que pertenecen al programa de las R.O.U. De este modo, la recolección de los datos se llevó a cabo en forma prospectiva.

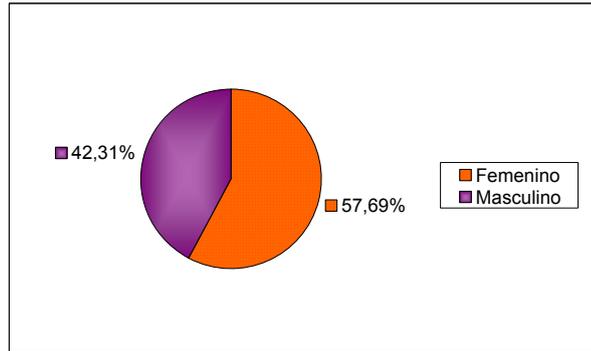
El instrumento de trabajo (encuesta), tomado a 78 odontólogos de ambos sexos, revistió características de estructurado, voluntario y anónimo. Asimismo, se puso a punto sometiéndose a la evaluación de la Asesoría Pedagógica de la Facultad de Odontología.

Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando herramientas informáticas específicas. Se realizó la cuantificación de los datos numéricos y nominales obtenidos, y la descripción de sus parámetros. Se representaron los datos obtenidos a través de los gráficos pertinentes para cada caso en particular, se analizaron resultados parciales y elaboraron conclusiones preliminares.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

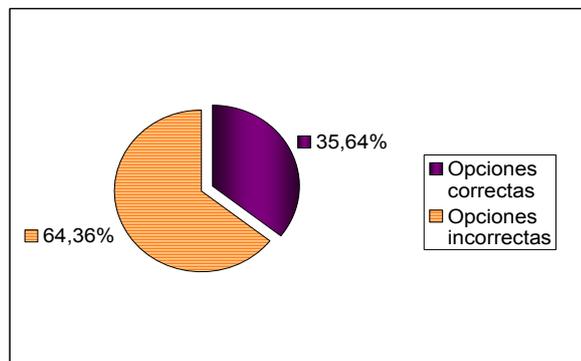
Del análisis del instrumento a 78 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes a las Residencias Odontológicas Universitarias, los resultados parciales fueron: De los encuestados, 45 (57,69%) residentes correspondieron al sexo femenino. El rango de edades fue de 25 y 50 años; edad media 28,39 años; moda y mediana 28 años. El promedio de los años de graduados fue 3,46 años, mientras que la moda fue de 2 años y mediana 3 años.

Gráfico 1. Distribución por género



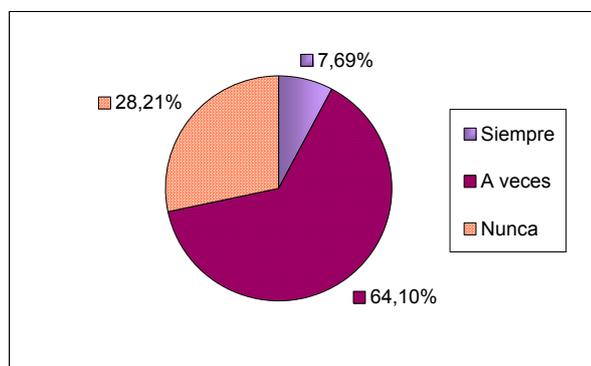
En relación con la variable aspectos teóricos de la práctica de consentimiento informado, sobre un total de 780 opciones totales, la población encuestada sólo contestó 278 (35,64%) correctamente.

Gráfico 2. Conocimientos teóricos sobre el consentimiento informado.



En relación con la variable aspectos clínicos de la práctica de consentimiento informado, 56 (71,79%) odontólogos contestaron afirmativamente que tienen un tiempo previsto en la consulta con su paciente al diálogo y a la transmisión de la información sobre el plan de tratamiento propuesto.

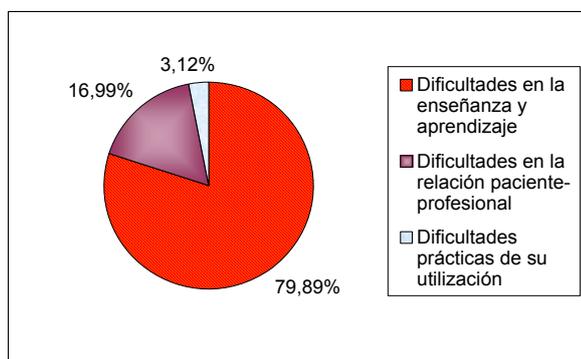
Gráfico 3. Implementación del proceso de consentimiento informado en la práctica odontológica.



Por otra parte, al interrogar a los residentes sobre las dificultades que encuentran al implementar el proceso de consentimiento informado, la distribución fue: 42 (24,42%) considero no poseer todavía los conocimientos suficientes sobre el consentimiento informado, 28 (16,28%) no se me fue explicado como implementar la toma de consentimiento, 17 (9,88%) no conozco un documento sencillo y claro, 16 (9,30%) trae complicaciones en la comunicación entre el paciente y el profesional, 14 (8,14%) el paciente

no lo comprende, 14 (8,14%) el paciente no quiere firmar el documento, 13 (7,56%) no posee, en la mayoría de mis trabajos, de una adecuada provisión del documento, 9 (5,23%) no existe una normativa que lo regule, 7 (4,07%) el paciente no le interesa dialogar sobre el tratamiento, 6 (3,49%) requiere demasiado tiempo clínico, y 6 (3,49%) es una práctica no pagada por el paciente ni por la cobertura médica. En este sentido, al agrupar las respuestas anteriores en aspectos comunes y aplicarse un índice de multiplicación respecto al grado de importancia la distribución fue: dificultades en el proceso de enseñanza y aprendizaje del consentimiento informado 79,89% (índice=10), dificultades suscitadas en la relación odontólogo-paciente 16,99% (índice=5), dificultades en las cuestiones prácticas de su utilización 3,12 % (índice=1).

Gráfico 4. Dificultades encontradas en la implementación del proceso de consentimiento informado.



Con todo, el escaso conocimiento de los aspectos teóricos del proceso de consentimiento informado descrito anteriormente tuvo una relación directa con las dificultades que relataron tener los residentes en su práctica. No obstante, a partir de los anteriores datos, se desprendió un marcado interés por parte de los residentes en llevar a cabo el proceso de consentimiento informado y utilizar el respectivo documento en la consulta odontológica.

El entrenamiento implícito en las técnicas de consentimiento informado es requerido con urgencia. La mentoría informal debe ser reconocida como un método de entrenamiento importante para el consentimiento informado y ser respaldado por las apropiadas enseñanzas y estrategias evaluativas para asegurar que los instructores de residentes lo hagan efectivamente. (McClellan K. et al 2004)

CONCLUSIONES

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir hasta este momento: que a pesar que los residentes detentan escasos conocimientos teóricos sobre la práctica del consentimiento informado, existe una tendencia significativa a llevar a cabo este proceso en la consulta odontológica. Por lo tanto, cabe reflexionar a cerca de la incorporación en el diseño curricular del programa de las R.O.U. de espacios educativos relacionados con la temática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bebeau MJ. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. J Dent Educ. 1994; 58 (9): 684-692
2. Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better

- Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13 (4): 344-352
3. Bridgman M. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. Br Dent J. 1999; 187 (4):217-219
 4. Brown G., Manogue M., Rohlin M. Assessing attitudes in dental education: Is it worthwhile? Br Dent J 2002; 193 (12): 703-707
 5. Chapple H., Shah S., Caress A., Kay E. J. Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. Br Dent J 2003; 194 (6): 321-327
 6. Clark P. What residents are not learning: Observations in an NICU. Acad Med. 2001 76 (5): 419-424
 7. Eijkman MA. Dental health education: from education to informed decision making. Patient Educ Couns. 2001; 42(2):101-104
 8. Hartshorne J.E. Principles of valid informed consent to treatment in dentistry. J Dent Assoc South Africa. 1993; 68 (3): 40-47
 9. Hook J. Treatment planning processes in dental schools. J Dent Educ. 2002; 66 (1): 68-674
 10. Kipper D. Questionamentos éticos relativos a graduacao e a residencia medica. Bioetica. 2002; 10 (2): 107-128
 11. Miguel R. Consentimiento informado en odontología. La Plata: Edufolp; 2004
 12. McClean K., Card Sh. Informed consent skills in Internal Medicine Residency: How are Residents Taught, and what do they learn? Acad Med. 2004; 79 (2): 128-133
 13. Santen S., Hemphill R., Mc Donald M., Jo C. Patients' Willingness to allow residents to learn to Practice Medical Procedures. Acad Med. 2004; 79 (2):144-147
 14. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
 15. Schneider C. The Practice of Autonomy and the Practice of Bioethics. J Clinical Ethics. 2002; 13 (1): 72-77