



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA
DENTOMAXILAR**

**“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS CLÍNICAS DEL
ESTUDIANTE EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFANTILES,
ODONTOPEDIATRÍA BÁSICA E INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD DE
CHILE, COHORTE 2013.”**

NICOLE PORTALES MONSALVE

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL
PROF. DRA MAYERLING PINTO GONZÁLEZ**

**TUTOR ASOCIADO
PROF. DRA GISELA PIMENTEL PATRONI**

**Santiago – Chile
2014**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA
DENTOMAXILAR**

**“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS CLÍNICAS DEL
ESTUDIANTE EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFANTILES,
ODONTOPEDIATRÍA BÁSICA E INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD DE
CHILE, COHORTE 2013.”**

NICOLE PORTALES MONSALVE

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL
PROF. DRA MAYERLING PINTO GONZÁLEZ**

**TUTOR ASOCIADO
PROF. DRA GISELA PIMENTEL PATRONI**

**Santiago – Chile
2014**

A mi familia, esposo, amigos y Jim.

Los amo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
Educación universitaria.....	2
Innovación Curricular en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. 2	
Evaluación del aprendizaje.....	4
Evaluación clínica del estudiante en ciencias de la salud.	5
Odontopediatría.....	6
Odontopediatría en la Universidad de Chile.	6
Simplificación del trabajo, planificación y desempeño clínico en Odontopediatría, Universidad de Chile.	8
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODO.....	16
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES.....	39
SUGERENCIAS.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS Y APÉNDICES.....	46

RESUMEN

Introducción: Los cursos de Odontopediatría Básica e Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile trabajan en la modalidad de atención simplificada que se imparte en forma teórica y con demostración en cuarto año de la carrera. Sin embargo, no existe información objetiva respecto a cómo el estudiante aplica estos conocimientos al atender niños.

Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo en que se incluyó a los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile que cursaron el ramo de Odontopediatría Básica e Integral el año 2013. Un único examinador calibrado observó el cumplimiento de las normas clínicas de los estudiantes, mediante la aplicación de una pauta de observación que contempló seis dimensiones: barreras básicas de seguridad, áreas de trabajo, mesa de trabajo para examen e instrucción de higiene oral, mesa de trabajo para operatoria básica, posición de trabajo y estado del box al término de la sesión.

Resultados: De la muestra de 209 estudiantes, se consiguió un total de 120 observaciones, siendo 88 estudiantes de Odontopediatría Básica (4º año) y 32 de Odontopediatría Integral (5º año). De las seis dimensiones evaluadas en ambos cursos, en sólo dos de ellas se logró un nivel superior al 60% que se consideró satisfactorio: 71% y 66% en Odontopediatría Básica y 76% y 68% en Odontopediatría Integral, para las dimensiones barreras básicas de seguridad y posición de trabajo respectivamente.

Conclusiones: Se detectó un incumplimiento de las normas clínicas por el estudiante en la atención de pacientes infantiles tanto en Odontopediatría Básica como en Odontopediatría Integral de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile, cohorte 2013 siendo sólo satisfactoria en las dimensiones barreras básicas de seguridad y posición de trabajo.

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje ha sido definido como el cambio progresivo en las capacidades de las persona, como resultado de la experiencia, para entender, controlar y realizar su potencial como individuos dentro de un orden social (Yip y Barnes, 1997).

La evaluación del aprendizaje permite la indagación y comprensión del proceso de enseñanza-aprendizaje. Es parte integral de éste, de modo que persigue una aproximación al mismo, en claves de conocimiento y comprensión (Santos, 1999).

En Odontología, la evaluación no se limita sólo al aspecto teórico, sino que también se debe evaluar la práctica clínica del estudiante en la atención de pacientes, tanto adultos como infantiles. La evaluación del desempeño clínico, definido como lo que el estudiante o el profesional hace en determinadas condiciones, por ejemplo, durante una prueba, o mientras está siendo observado, o en la práctica clínica, es fundamental. El desempeño es permanente y continuo e indica la actividad y no el producto terminado, por lo que para saber si un estudiante es competente, se debe observar lo que realiza en vivo. (Schwarz y Wojtczak, 2003).

En este aspecto, es importante conocer qué pasa con el estudiante de odontología, específicamente en Odontopediatría, ya que éste debe enfrentar y realizar diversos procedimientos clínicos en pacientes infantiles, para lo cual necesita manejar una serie de conocimientos y protocolos, además de cumplir con la exigencia de planificar la sesión de trabajo en pos de favorecer una atención en niños más eficiente y eficaz.

MARCO TEÓRICO

Educación universitaria.

Los nuevos lineamientos en educación implican una serie de transformaciones en la forma de entender, organizar y llevar a cabo la docencia universitaria, siendo el principal cambio, pasar de un paradigma centrado en la enseñanza del profesor, a uno centrado en el aprendizaje del estudiante (López, 2012). La formación va en una dirección que fomenta el aprendizaje, la innovación, la flexibilidad, la autonomía, el trabajo en red y el aprendizaje colaborativo. La mayor participación del estudiante le dará herramientas para desenvolverse en la sociedad del conocimiento. Esto también ha acontecido en las carreras biomédicas, siendo un gran desafío para los participantes: docentes y estudiantes, asumir el cambio.

La educación odontológica en pregrado corresponde a un procedimiento pedagógico particular, dadas las características de la carrera, pues requiere la adquisición de habilidades académicas, clínicas e interpersonales (Divaris, 2008). El proceso educativo en la clínica odontológica se da en un ambiente de múltiples factores que configuran el particular escenario donde el estudiante debe desempeñarse. Estas variables podrían resumirse en: necesidad de integrar y aplicar las ciencias básicas y preclínicas en este nuevo escenario, necesidad de desarrollar y entrenarse en habilidades técnicas y clínicas, la relación del estudiante con un tutor que guía el proceso y la participación de un paciente que demanda una solución satisfactoria a su problema (Vergara y Zaror, 2009).

Innovación Curricular en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

El proceso de Innovación Curricular, se centra en una formación basada en competencias, lo que significa habilitar a los estudiantes para que sepan actuar de manera pertinente en los contextos profesionales, enfrentando y resolviendo con criterios de calidad profesional, ética y científica, aquellos problemas que les

competen, para lo cual seleccionan y movilizan sus recursos personales (conocimientos, destrezas, valores, experiencias, etc.) y recursos del medio, estando en condiciones de dar razón de las decisiones que adoptan, y de responsabilizarse de los resultados de las mismas. Esto significa que el odontólogo formado en la Facultad, debe saber actuar en la complejidad y la incertidumbre de las situaciones propias de su desempeño profesional. Deberá poseer las condiciones para trabajar en equipos multidisciplinares y multiprofesionales, integrándose a redes, para contribuir a la calidad de vida de la población. Deberá actuar como profesional haciéndose responsable del proyecto país, y a la vez, siendo actor comprometido con el mismo (Proyecto de Innovación curricular Universidad de Chile, 2013).

En América Latina es escasa la investigación educacional referida a la odontología y ello atenta contra el perfeccionamiento de la enseñanza que debe atender a nuestra idiosincrasia y cultura, así como la rápida evolución de la teoría y práctica pedagógica. En medicina, odontología y otras profesiones de la salud se ha impuesto el concepto de “evidencia” como base sólida e indispensable para arribar a decisiones diagnósticas y terapéuticas correctas. La misma necesidad de evidencia existe respecto a la educación en Odontopediatría (Bordoni, Escobar y cols. 2010).

Las principales fuentes de saber sobre la enseñanza y el aprendizaje se encuentran, por un lado, en la literatura educacional odontológica y odontopediátrica, y por otro, en la investigación que se haga en la propia institución.

Se sabe poco acerca de cómo ocurre la incorporación de competencias durante el proceso de aprendizaje y de cómo mejorar su calidad; respecto de la evaluación del aprendizaje clínico incluido su respaldo teórico; del destino que siguen los graduados y en qué medida su porvenir y, por cierto, el de sus pacientes, depende de lo que haya hecho por ellos durante su carrera. Existen interrogantes por indagar, de allí la importancia de realizar y alentar la ejecución de investigaciones que vayan proporcionando las evidencias necesarias para mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje y, en consecuencia, en el nivel del graduado y su actuación profesional (Bordoni, Escobar y cols.2010).

Evaluación del aprendizaje.

Tradicionalmente se ha considerado la evaluación como la última etapa del proceso pedagógico, una especie de requisito final. Esto ha venido cambiando gracias a que los procesos de evaluación se han convertido en objeto de investigación y experimentación. La evaluación es, ahora, una poderosa herramienta en el mejoramiento de la enseñanza, del aprendizaje y, específicamente para los estudiantes, una forma más de aprender (Jane, 2004).

La evaluación del aprendizaje permite la indagación y comprensión del proceso de enseñanza-aprendizaje. Es parte integral de éste, de modo que persigue una aproximación al mismo, en claves de conocimiento y comprensión (Santos, 1999), junto con aportar información sobre cómo y bajo qué condiciones se enseña y se aprende (Villarruel, 2003).

La evaluación debe ser considerada como una de las competencias claves de los docentes, ya que estos necesitan saber cómo planificar la evaluación, observar el aprendizaje, analizar e interpretar la evidencia, retroalimentar a los estudiantes, y apoyarlos en la autoevaluación (Assessment Reform Group, 2005).

La evaluación debe promover un compromiso hacia las metas de aprendizaje y un entendimiento compartido de los criterios según los cuales serán evaluadas. La comunicación clara de los criterios de evaluación a los estudiantes implica formularlos en términos que ellos puedan entender, debe ser usada para enriquecer las oportunidades de aprender de todos ellos en cualquiera de las áreas del quehacer educativo. Al tener claridad sobre lo que constituye un desempeño excelente y descripciones de los niveles de logro para alcanzarlo, al recibir retroalimentación con ideas concretas sobre qué hacer para avanzar, todos los estudiantes se benefician (Assessment Reform Group, 2005).

Una forma de evaluar aprendizaje es tomar muestras de las ejecuciones de los estudiantes y utilizar la observación como estrategia de recogida de información sistemática. Ésta puede acompañarse de registros cerrados (pautas de cotejo, escalas, rúbricas) o de registros abiertos, y puede hacerse por parte del profesorado, por parte de los compañeros o por parte del propio estudiante, pero en cualquier caso debe proporcionar información sobre la progresión en el desarrollo de la competencia y sugerir caminos de mejora (Cano, 2008).

Evaluación clínica del estudiante en ciencias de la salud.

La evaluación basada en el desempeño se define como una evaluación que exige aprendices dedicados a las actividades clínicas específicas. Esto permite la evaluación de la capacidad de realizar tareas clínicas y no de mera recitación del conocimiento médico (Glossary of Medical Education Terms 2013).

La evaluación en la práctica clínica permite verificar el proceso enseñanza-aprendizaje y se lleva a cabo a través de la observación e interrelación del estudiante con el docente para posteriormente plasmar cuantitativamente el resultado obtenido a través del empleo del juicio valorativo. La evaluación veraz, justa y objetiva, es un reto para el docente y a su vez contribuye en el desarrollo profesional del individuo que ejerce la docencia, ya que los resultados obtenidos en cada cohorte de estudiantes le permite crear nuevas estrategias, modificar las existentes o inclusive eliminarlas si se comprueba que no sirven o son poco eficientes (Bello y Pérez, 2012).

La competencia clínica es el dominio de los conocimientos pertinentes y la adquisición de una serie de habilidades relevantes en un nivel satisfactorio incluyendo componentes interpersonales, clínicos y técnicos (Glossary of Medical Education Terms, 2013).

Las competencias que definen cada área clínica o unidad curricular dentro del plan de estudio, deben ser rigurosamente conocidas por el docente y el estudiante. A partir de estas competencias a desarrollar, el docente facilitador debe planificar acciones que fortalezcan el proceso enseñanza-aprendizaje del estudiante para la consecución de éstas (Millán, 2005).

El docente clínico debe promover en el estudiante un ejercicio profesional organizado en estructuras basadas en la jerarquización de conocimientos que estén directamente supeditados a la promoción y divulgación de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación; según sus capacidades y nivel académico, unido a un conjunto de normas de bioseguridad y bioética que implican el ejercicio de la odontología.

En las carreras asociadas a la salud muchos estudiantes, inclusive aquellos con excelente rendimiento, sienten temor de ejecutar procedimientos que afecten la integridad física de los pacientes bajo su cuidado, lo que lamentablemente

ocasiona retrasos en los tratamientos, aumento de citas a los pacientes y en algunos la posibilidad de reprobación de la unidad curricular, por la imposibilidad de cumplir con las competencias exigidas en el periodo académico (Bello y Pérez, 2012).

Odontopediatría

En Odontopediatría, particularmente, el manejo de la conducta constituye el pilar fundamental que la diferencia de otras especialidades. En contraposición a otras disciplinas dentro de la profesión que enfatizan el estudio de una patología específica, la Odontopediatría centra su atención en un paciente especial que, dadas sus características de desarrollo evolutivo, exige conocimientos y entrenamiento adecuado con el fin de brindar un tratamiento exitoso (Bordoni, Escobar y cols. 2010).

El rechazo y la aprehensión frente al tratamiento odontológico han creado tradicionalmente un estereotipo social negativo de la profesión, que en muchas ocasiones lleva a los padres a evitar o postergar el tratamiento de sus hijos. Por otra parte, la gran incidencia de caries en la infancia temprana en grupos de alto riesgo hace del manejo de la conducta una herramienta esencial en la atención integral preventiva.

La evaluación y diagnóstico del comportamiento del niño, son un proceso dinámico, permanente y cambiante, por lo tanto estos deben pensarse como un proceso metódico que requiere planificación y toma de decisiones basadas en una fundamentación teórica y en las evidencias clínicas disponibles (Bordoni, Escobar y cols. 2010).

Odontopediatría en la Universidad de Chile.

Los cursos de Odontopediatría Básica e Integral de la Universidad de Chile tienen como propósito que el alumno de pregrado sea capaz de adaptar al niño a la atención odontológica, proporcionar una atención integral basada en el enfoque de riesgo social, biológico general y bucal; motivar al niño, su familia y la

comunidad para la mantención de su salud bucal.

La metodología del curso involucra clases expositivas, seminarios, lecturas dirigidas, talleres en aula, análisis de casos clínicos, pasos prácticos, así como también trabajo clínico en pacientes infantiles.

En el caso de Odontopediatría Básica, durante los meses de marzo a junio se desarrollan sólo actividades teóricas, a partir de julio, los estudiantes se enfrentan a la atención de pacientes, manteniendo una hora de clases semanal, lo que plantea el gran desafío de llevar a la práctica todo lo aprendido durante el año, sin olvidar el manejo clínico como psicológico del niño. Específicamente, la temática de simplificación del trabajo se trata en el primer semestre, mediante una clase expositiva de 45 minutos, junto con un taller de dos horas y media que se realiza en la clínica, en grupos de aproximadamente diez estudiantes por un tutor clínico. Se les solicita trabajar en parejas y deben realizar un documento de un procedimiento específico, el cual debe contener los materiales a utilizar y las funciones que deben cumplir el operador y su asistente, conformando su propio manual de procedimientos clínicos. Por otra parte, en la atención de pacientes en clínica se mantiene la relación docente estudiante 1:10, la que resulta insuficiente para que un docente pueda reforzar estos aspectos en cada uno de sus estudiantes (Programa Odontopediatría Básica, Universidad de Chile, 2013).

En Odontopediatría Integral de quinto año, las actividades clínicas comienzan en marzo y el estudiante atiende pacientes infantiles durante todo el año académico, debiendo desarrollar una mayor cantidad de acciones y de mayor complejidad que el curso anterior (Programa Odontopediatría Integral, Universidad de Chile, 2013).

La evaluación clínica del curso de Odontopediatría es realizada por cada tutor clínico que dispone de pautas de cotejo según el procedimiento, y que son sugeridas por la coordinación del curso, sin embargo en la práctica, recién el año 2013 se han aplicado en quinto año, como nota de prueba práctica, asociada a un porcentaje.

Simplificación del trabajo, planificación y desempeño clínico en Odontopediatría, Universidad de Chile.

En la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile y específicamente en el ramo de Odontopediatría los estudiantes deben realizar su trabajo clínico bajo la modalidad de atención simplificada con técnica a cuatro manos, lo que implica realizar un tratamiento odontológico en equipo, integrado simultánea y sincronizadamente por dos estudiantes (uno cumple la función de operador y otro de asistente dental), junto al sillón clínico. El objetivo es lograr el máximo de rendimiento en la atención de los pacientes infantiles, en el mínimo de tiempo y con el menor gasto de energía (Manual de ejercicios de Ergonomía en Odontopediatría, 2013).

A pesar del gran interés que concita la ergonomía en el lugar de trabajo para las autoridades de administración en salud, muy pocas escuelas dentales enseñan los conceptos de la odontología a cuatro manos como parte de su currículo. El resultado es que muchos profesionales egresados de dichas escuelas aprenden el trabajo a cuatro manos en su ejercicio profesional, o de las asistentes dentales que se encuentran capacitadas en este tema (Finkbeiner, 2000).

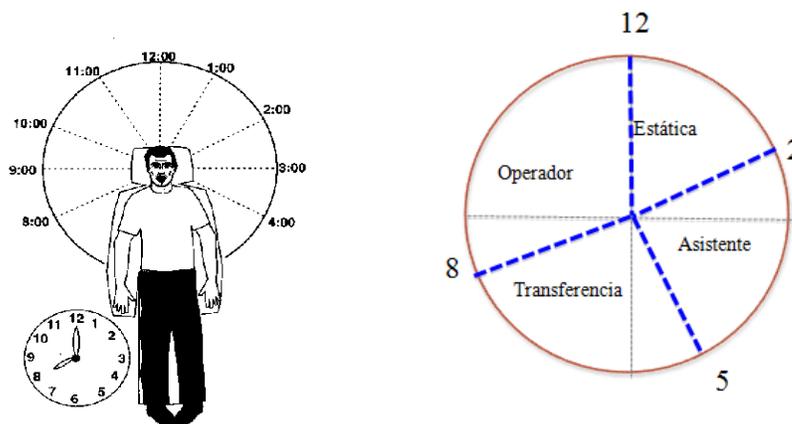
Todos los aspectos de la práctica dental deben ser analizados aplicando los principios de simplificación de trabajo: eliminar, combinar, redistribuir y simplificar. Para cumplir dicho objetivo se necesita que el estudiante que hace de odontólogo y el que hace de asistente estén sentados junto al sillón, realizando cada paso del tratamiento en forma cuidadosa y planificada, sin repetir ni duplicar los procedimientos. También que el equipo y el instrumental sean elegidos sobre la base de la aplicación de principios ergonómicos de simplificación del trabajo. El asistente debe permanecer de manera continua al lado del sillón dental colaborando con el odontólogo, lo que posibilita que éste pueda concentrarse totalmente en la atención del paciente.

Además, este modelo considera realizar previamente un diagnóstico y plan de tratamiento de cada caso, para contemplar el tiempo asignado a los pacientes y aprovechar al máximo la sesión de trabajo (Barrancos, 2007).

Los criterios para aplicar esta técnica implican que el equipo dental esté diseñado ergonómicamente, que el operador y el paciente estén sentados cómodamente para la economía de movimientos; es decir minimizar la magnitud y cantidad de éstos y permitir que durante el tratamiento ocurra una correcta distribución del material e instrumental en la clínica (Segura y Jiménez Rubio-Manzanares, 1998). Estos criterios deben ser considerados cuando se compra o se posiciona un equipo dental y es el dentista quien asigna todas las tareas legalmente permitidas a asistentes capacitados, basándose en guías clínicas entregadas por las autoridades competentes.

El área de trabajo alrededor del paciente se divide en 4 zonas de actividad. Éstas se identifican proyectando un reloj en la cara del paciente (Figura N1), donde se encuentran: la zona del operador, del asistente, de transición y estática; todas ellas definidas para un operador diestro. El operador debe encontrarse entre las 8 y 12 horas, el asistente entre las 2 y 5, el área de transferencia entre 5 y 8, y por último el área estática entre 12 y 2 (Figura N1). El operador cambia de lugar según maxilar y diente a tratar, en cambio el asistente raramente varía de posición.

Figura N1. Ubicación horaria del equipo de trabajo y paciente.



Estas zonas guían la ubicación del paciente, la posición del equipamiento y ayudan a mejorar el acceso al campo operatorio y la visibilidad.

Para implementar efectivamente el trabajo a cuatro manos cada miembro del equipo dental debe asumir responsabilidades, tanto individuales como colectivas, cada miembro debe estar consciente de las necesidades del otro (Finkbeiner, 2000).

Griffin y cols. (2008) han demostrado que el uso de la técnica a cuatro manos aumenta la retención de sellantes en un 9%, cuando se controlan otros factores como el tiempo, el tipo de sellante y el método de limpieza de las superficies a sellar, en comparación con la aplicación a dos manos.

Odontopediatría dentro de la carrera de Odontología busca que sus estudiantes incorporen criterios ergonómicos en sus actividades (Apud y Meyer, 2003), ya que esto se relaciona con la posición, no solo del odontólogo sino también con la postura que debe tener el paciente; la posición del asistente, el mobiliario y la unidad de trabajo, hasta cómo se ubica el instrumental dentro de la bandeja. Si hay una buena posición ergonómica habrá salud laboral y un mejor rendimiento profesional (Giglioli, 2011), ya que en la práctica odontológica el estrés, la tensión, las malas posturas y la vibración segmental pueden contribuir a que aparezcan problemas a nivel del sistema músculo esquelético del personal que la ejerce (León, 2006).

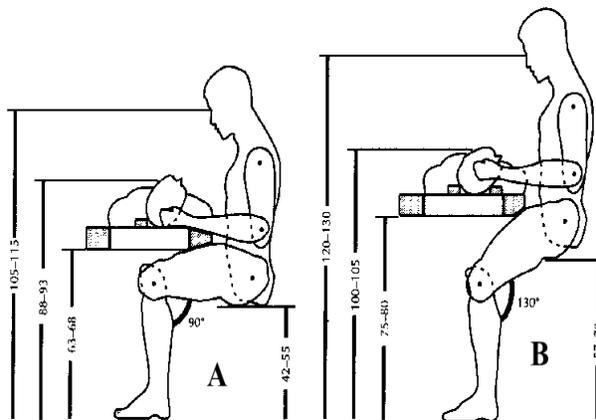
Dentro de la ergonomía se habla también de la optimización integral que significa la obtención de una estructura sistémica para cada conjunto interactuante de hombres y máquinas satisfaciendo simultánea y convenientemente a los siguientes tres criterios fundamentales: participación, protección y producción.

Pueden resaltarse tres aspectos de la ergonomía: el primero consiste en que el principal sujeto de estudio es el hombre en interacción tanto con el medio natural como artificial, un segundo aspecto puntualiza su estatuto de ciencia normativa, y el tercero añade su vertiente de protección de la salud-física, psíquica y social de las personas (Giglioli, 2008).

En este contexto la posición de máximo equilibrio será aquella en la que el operador realiza su trabajo sentado con el mayor número de músculos en semirelajación. Las características que definen esta posición es que el operador se encuentre sentado con la columna vertebral erguida, perpendicular al plano del suelo, y con mínima flexión cervical, para que los músculos paravertebrales

cumplan su función y las cargas recaigan sobre los cuerpos vertebrales sin comprimir los discos intervertebrales. Las plantas de los pies deben apoyarse sobre el suelo para que las cargas y el peso corporal se distribuyan adecuadamente sobre las piernas y pies, descargándose la columna vertebral. Además, si los pies no llegan al suelo habrá compresión contra el asiento en la zona posterior de los muslos, dificultándose el retorno venoso. Las piernas formarán con los pies un ángulo de 90° , perpendiculares al suelo. Los muslos y las piernas deberán formar también un ángulo de 90° a nivel de la rodilla. Los dos muslos deben estar separados de manera que formen entre sí un ángulo de 60° , configurando el cóccix y las rótulas un triángulo equilátero (triángulo fisiológico de sustentación). Los brazos deben estar pegados al cuerpo, con una flexión del codo tal que brazo y antebrazo formen un ángulo de 90° (Segura y Jiménez Rubio-Manzanares, 1998) (Figura N2).

Figura N2. A correcta posición de trabajo, B incorrecta posición de trabajo.



Los alumnos de odontología a pesar de tener el conocimiento teórico en cuanto a las posturas ergonómicas que deben adoptar antes y durante el acto clínico con el paciente, no lo ponen siempre en práctica. Además la mayoría de los docentes no son modelos ergonómicos en el área clínica, desconocen las posturas correctas por lo que no pueden orientar al respecto, corrigiendo y alertando sobre los riesgos ergonómicos a los estudiantes que estén bajo su tutoría (Giglioli, 2008).

Los cursos de Odontopediatría de la Universidad de Chile realizan su trabajo clínico en pacientes, utilizando las dependencias físicas de la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile, por lo que se rigen por el Manual de las Normas para las Actividades Clínicas de los Alumnos creadas en el 2004, actualizadas en el 2012 y dirigidas a todas las personas que trabajan en dicha clínica: estudiantes, profesionales odontólogos y funcionarios. En éstas se encuentra la información necesaria para que el estudiante realice su trabajo según los principios y fundamentos que guían la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile. Por ejemplo, se señala que previo a la atención de cualquier paciente, es preciso que el estudiante solicite y prepare todos los elementos necesarios (instrumental y materiales) para trabajar sin interrupciones en su puesto de trabajo. Se recomienda que el estudiante realice una planificación de la sesión clínica, en lo posible por escrito. En el Manual de las Normas se enuncia que debe disponer de la ficha clínica, radiografías del paciente, instrumental estéril, insumos, pieza de mano debidamente desinfectada, trabajos de laboratorio, modelos de estudio, lámpara de fotocurado, si corresponde, etc. (pág. 34,35).

En Odontopediatría resulta fundamental cumplir con la exigencia de planificar la atención y preparar adecuadamente la sesión de trabajo en pos de favorecer una atención en niños más efectiva, que conlleve a un tratamiento exitoso, ya que el estudiante también debe preocuparse de la adaptación y manejo psicológico del paciente infantil.

Todo esto permite al estudiante de odontología alcanzar un adecuado desempeño clínico, término definido como lo que el estudiante o el profesional hace en determinadas condiciones, por ejemplo, durante una prueba, o mientras está siendo observado, o en la práctica clínica. El desempeño es permanente y continuo, e indica la actividad y no el producto terminado. Para saber si un estudiante es competente, tenemos que observar lo que realiza en vivo, no en una situación aislada (Schwarz y Wojtczak, 2003).

El punto de partida para planificar un tratamiento es realizar un diagnóstico correcto. La planificación constituye el fundamento de la Odontopediatría profesional. Implica una organización y racionalización de los procedimientos, siendo la base para restablecer la salud oral y su mantenimiento. Es importante

para obtener una planificación adecuada, tener el firme compromiso de beneficiar al niño desde un punto de vista integral, no solo a su dentición, y conseguir modificar sus actitudes hacia la Odontología, además de efectuar el tratamiento necesario. Siempre debemos tener en cuenta los antecedentes del paciente, el plan de tratamiento debe realizarse por escrito, de modo que en todo momento esté a la disposición del odontólogo y personal auxiliar.

La elaboración de un plan de tratamiento tiene varias ventajas: establecer y obedecer una cierta secuencia, evitando improvisaciones, aportando por tanto al Odontólogo una guía de los actos operatorios a realizar en cada cita. Hace posible una previsión del tiempo requerido para la realización completa del tratamiento, así como el número probable de citas (Boj, Catalá y cols. 2011).

Los pasos del plan de tratamiento propuesto para alcanzar los objetivos deben tener un orden secuencial, desde la primera hasta la última cita. Al ordenar dicho plan hay que considerar hacerlo según prioridades, también es preferible trabajar por cuadrantes o sextantes. Es preciso recordar que la programación debe considerar el hecho de que las sesiones con un paciente deben ser de corta duración (Castillo, 2011).

En este contexto se presenta la necesidad de conocer en forma objetiva si el estudiante de Odontopediatria es capaz de aplicar, en la práctica de la actividad clínica con pacientes reales, lo aprendido en clases, talleres y demostraciones. Corresponde entonces preguntarse, ¿cómo es el cumplimiento de las normas clínicas por el estudiante de cuarto y quinto año de la carrera, en Odontopediatria?

Conocer esta información a través de un único observador capacitado y calibrado permitirá ser el punto de partida para proponer mejoras en las estrategias del curso y de esta forma contribuir a que el estudiante de la Universidad de Chile alcance las competencias requeridas para ser el profesional de excelencia, que el país necesita.

A la fecha no existen estudios en los que se evalúe el cumplimiento de las normas clínicas por el estudiante en la atención clínica de pacientes pediátricos. A nivel local sólo existe un estudio realizado por una estudiante de sexto año de la Universidad de Chile durante el 2012, cuyo tema está relacionado parcialmente, pues incluyó la preparación de la mesa de trabajo en la aplicación de sellantes.

Algunos de esos resultados serán comparados con los obtenidos en este estudio (Figueroa, 2013).

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las normas clínicas por el estudiante de Odontología, en la atención de pacientes infantiles, en Odontopediatria Básica e Integral de la Universidad de Chile, cohorte 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el cumplimiento de las normas clínicas por el estudiante en la atención de pacientes infantiles, en Odontopediatria Básica (cuarto año) de la Universidad de Chile, cohorte 2013.

Determinar el cumplimiento de las normas clínicas por el estudiante en la atención de pacientes infantiles, Odontopediatria Integral (quinto año) de la Universidad de Chile, cohorte 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó computador, hojas tamaño carta (para impresión de consentimiento informado para participantes de la investigación y pauta de observación), impresora HP Photosmart C3180 All-In-One, lápiz pasta, un evaluador calibrado, programa computacional Microsoft Excel y cámara fotográfica Canon PowerShotSX230 HS.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, utilizando como universo a los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile que cursaban el ramo de Odontopediatría Básica e Integral año 2013. La muestra también incluyó el universo de alumnos de Odontopediatría Básica (138 alumnos regulares) e Integral (69 alumnos regulares de la asignatura).

Se incluyeron a todos aquellos estudiantes que trabajaban asistidos por su compañero durante procedimientos de examen, instrucción de higiene oral u operatoria básica y que habían firmado el consentimiento informado (Anexo N°1).

Se excluyó a los estudiantes cuyo box clínico asignado correspondió a un sistema trimodular, a zurdos, a los que trabajaban solos y a los que no hubieran firmado el consentimiento informado.

Pauta de observación de cumplimiento de la norma

Se confeccionó una pauta dicotómica diseñada específicamente para este estudio, por parte de dos expertas en docencia del equipo académico de Odontopediatría. Esta pauta fue entregada a cada docente del departamento (en total 19 académicos) para que fuera revisada dando opción a anotar sugerencias para optimizar su uso, las que posteriormente fueron analizadas por las mismas expertas para considerar la aplicación de dichas modificaciones a la pauta.

Un único observador capacitado y calibrado, realizó la observación directa de alguno de los procedimientos clínicos antes mencionados, en todos los estudiantes del curso, a quienes se les asignó un número según el box de trabajo, en la “Pauta de Observación de cumplimiento de la norma clínica” (Anexo N°2) para su tabulación y expresión de resultados. Complementariamente se tomaron

fotografías del box clínico durante y al finalizar la atención clínica.

La capacitación del observador se realizó respecto de los ítems de la pauta mencionada y del funcionamiento de la clínica de Odontopediatría, con el fin de lograr un buen entendimiento del tema por parte del examinador. Esta capacitación se hizo previa a la calibración, mediante la observación de fotografías clínicas pertenecientes al Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, en tres sesiones dirigidas por un tutor y otras tres sesiones de observación directa del cumplimiento de las normas clínicas por parte de los estudiantes.

Para la calibración, el examinador observó 20 imágenes completando la pauta de observación dicotómica (la misma que se usó posteriormente con los estudiantes) y evaluando cada una de ella. Este ejercicio se repitió una semana después de manera de asegurar que el examinador usara el mismo criterio al momento de evaluar. Se obtuvo un índice de concordancia Kappa de 0,8.

Descripción de las dimensiones de la pauta

Barreras básicas de seguridad: consideró la utilización de mascarilla y lentes de protección por parte del operador y asistente, y el uso de lentes de protección y pechera en el paciente. No se consideró en esta pauta el uso de guantes, ya que en opinión del equipo docente, éstos son usados por todos los alumnos sin excepción.

Áreas de trabajo: se consideraron tres ítems. Cabe destacar que si existe una observación que no se cumpla, se consignará todo el ítem de las áreas clínicas, como insatisfactorio.

1. El primero se refiere a la mantención de las áreas clínicas:
 - a. Área clínica directa o limpia: se consideró las superficies de trabajo como mesón y cajonera rodante, donde está todo lo que va a entrar en la boca del paciente, materiales e insumos destinados a procedimientos odontológicos, limpios o estériles. Debe estar delimitada y separada del área sucia.

- b. Área sucia: se consideró, aquella zona donde depositan en forma transitoria el material, instrumental contaminado, impresiones, etc.; en general todo aquello que haya tenido contacto con el paciente y usado durante la atención odontológica.
 - c. Área administrativa: es aquella zona donde realizan procedimientos como escribir y/o completar la ficha del paciente, mirar radiografías. Sólo pueden tener artículos de escritorio, máquina fotográfica o computador. En dicho espacio nunca debe haber instrumental, insumos dentales, mochilas o comestibles.
2. .El segundo ítems hace referencia a la ficha del paciente en atención, que debió encontrarse evolucionada y con todas las firmas requeridas del docente a cargo de grupo y debe encontrarse en el área administrativa.
 3. Por último, el tercer ítem hace mención al braquet dental en Odontopediatría., el que debe estar vacío para el trabajo simplificado.

Mesa de trabajo para examen y/o instrucción de higiene oral: contempló la presencia de bandeja con instrumental de examen con doble pinza, micromotor con contra ángulo montado, escobilla de profilaxis, cepillo del paciente y algún elemento de prevención (macro modelo o espejo de mano).

Mesa de trabajo para operatoria básica:

- Se refiere a que en la mesa de trabajo exista instrumental de examen con doble pinza.
- Radiografía del paciente en atención correctamente identificada y puesta en el negatoscopio o en el área administrativa, visibles al momento de la observación.
- Elementos de anestesia: Carpule, anestesia tópica, solución anestésica y aguja corta.
- Elementos de aislación absoluta tales como goma dique, perforador de goma, clamps, porta clamps y seda dental; o aislación relativa como tómulas de algodón en cantidad suficiente, es decir no cuantificable en una vista rápida.

- Matrices individuales de 5 milímetros y cuñas para cavidades de operatoria clases II.
- Material de base o protección pulpodentinaria: se refiere a hidróxido de calcio o vidrio ionómero (V.I.) de auto o foto polimerización.
- Material para obturación de amalgama: cápsula de amalgama, portaamalgama, condensador y al menos un bruñidor. Para resina compuesta se requirió ácido, adhesivo, microbrush, lámpara de fotocurado, resina compuesta en su dispensador y al menos una espátula de resina y por último, si la restauración se hizo con vidrio ionómero reforzado con resina, se debió constatar la presencia de primer, V.I líquido y polvo, gloss, lámpara de fotocurado, espátula de plástico, block de papel y microbrush.
- Material de chequeo oclusal: cinta o papel de articular.

Cabe aclarar que no se consideró evaluar las fresas por ser poco factible, ya que el observador no debía interferir u obstaculizar el desarrollo de las actividades clínicas de los estudiantes trabajando con su paciente.

Posición de trabajo: se incluyó en este ítem la posición del operador de acuerdo a los punteros del reloj; este debió estar sentado entre las 8 y 12 horas, con las piernas formando un ángulo de 90° con el piso, la distancia focal entre el operador y el paciente debió ser de 30 a 40 cm. El asistente debió estar sentado entre las 2 y las 5 horas y 10 cm más alto que el operador o a una altura que le permita una completa visibilidad del campo operatorio. El sillón reclinado en 45° si se trabaja en el maxilar inferior y 180° para maxilar superior. Este último ítem no aplicó cuando se observó examen y/o instrucción de higiene, ya que en el primero la posición puede variar según maxilar y en la instrucción de higiene lo ideal es realizarla con el paciente sentado en 90° o de pie frente a un espejo.

Box al término de la sesión: se refiere a que una vez que el estudiante haya abandonado el box una vez finalizada la atención, el sillón dental debió estar en posición vertical y no debieron existir papeles botados en el piso ni en el mesón de trabajo y este último debió estar limpio. Esta observación requirió que al momento de acercarse el observador al box, éste no estuviera ocupado por otro estudiante o

que ya se hubiera iniciado el aseo por el personal auxiliar.

Evaluación del cumplimiento de la norma: se evaluó el cumplimiento de la norma clínica por parte del estudiante para los procedimientos antes descritos. Se realizó tomando en cuenta los ítems observados de la pauta. Al total de respuestas afirmativas de cada pauta, se aplicó una escala al 60% para discriminar si el cumplimiento era satisfactorio (mayor al 60%) o insatisfactorio (menor al 60%)

Instrumentos de sistematización de la información

Los datos fueron recolectados en una planilla Excel 2010.

Las respuestas se tabularon por curso en forma separada y se realizó un análisis comparativo de los porcentajes obtenidos.

RESULTADOS

Del total de la muestra de 209 estudiantes, se observó a 120 de ellos realizando algún procedimiento de examen, instrucción de higiene u operatoria básica. De ellos, 88 corresponden a estudiantes de Odontopediatría Básica (4°) y 32 de Odontopediatría Integral (5°) año.

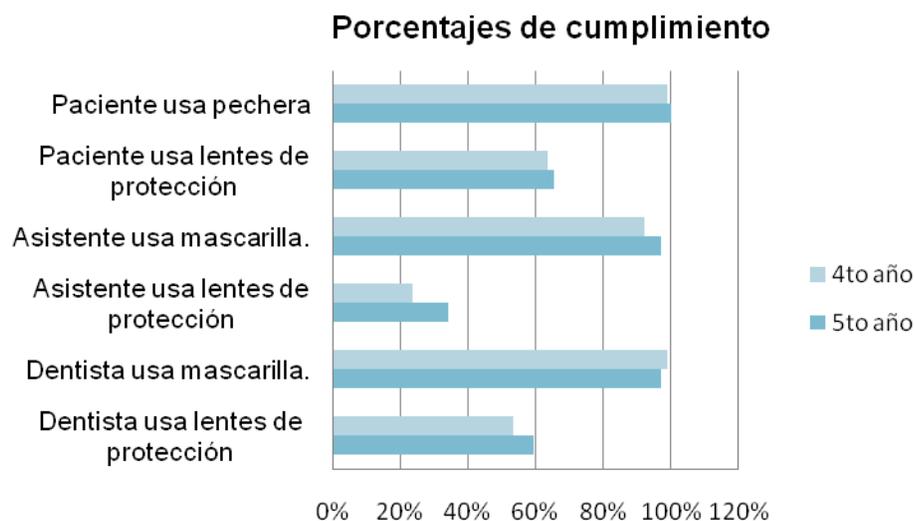
Tabla N1. Distribución de participantes por curso y sexo.

Curso	Hombres		Mujeres		Total
	N°	%	N°	%	
4°	37	42	51	58	88
5°	14	44	18	56	32

Para facilitar la presentación de los resultados, a continuación se expresarán en porcentajes de respuestas favorables en relación a la dimensión observada mediante pauta, indicando el curso de pertenencia.

Barreras básicas de seguridad.

Gráfico N1. Porcentajes de cumplimiento en dimensión barreras básicas de protección.



La primera dimensión observada corresponde a presentación personal, donde se evidenció que en cuarto año, el uso de mascarilla por parte del operador y el uso de pechera por parte de los pacientes, obtuvieron los mayores porcentajes de cumplimiento (99% ambos), mientras que el uso de lentes de protección por parte del asistente fue el ítem con menor desempeño, un 24%.

En quinto año, los ítems que se encontraron bajo el nivel satisfactorio (60%) fueron el uso de lentes de protección por parte del dentista y asistente dental.

En resumen, hubo coincidencia en el punto más deficiente en ambos cursos

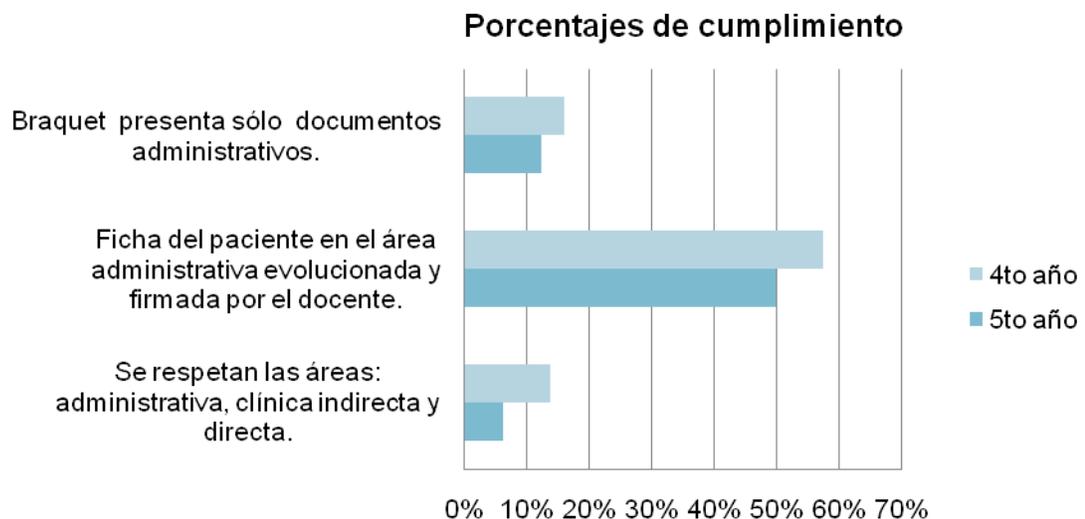
En la siguiente imagen se aprecia a una pareja de trabajo en la asignatura que formaron parte del estudio (Imagen N1).

Imagen N1. Se muestra la vista que apreciaba el evaluador calibrado para completar la pauta de observación en cada pareja de trabajo.



Áreas de trabajo.

Gráfico N2. Porcentaje de respuestas afirmativas por ítem en dimensión áreas de trabajo.



En relación a las áreas de trabajo en cuarto año, solo un 14% respeta y utiliza en forma correcta los espacios clínicos incluyendo el braquet; por otro lado un 57% de los estudiantes observados contó con su ficha clínica correctamente evolucionada y firmada por el docente.

En quinto año ninguno de los sujetos observados logró un nivel satisfactorio, encontrándose todos bajo el 60% de evaluaciones positivas.

A continuación se muestra una imagen donde se aprecia el gran incumplimiento en cuanto al respeto de las áreas clínicas (Imagen N2).

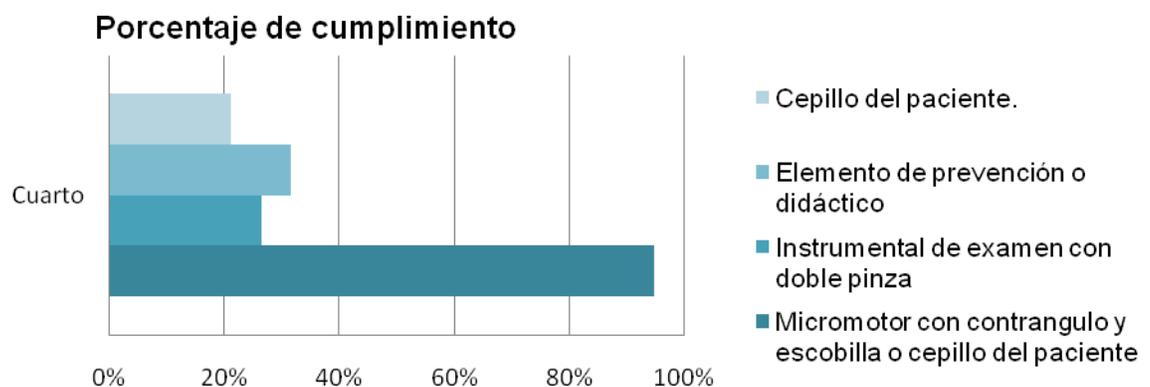
Imagen N2. Se observa el box de trabajo de dos estudiantes de Odontopediatría Básica.



Mesa de trabajo para examen y/o instrucción de higiene oral.

Cabe destacar que en Odontopediatría integral, al momento de la observación, no se vio a ningún estudiante realizando procedimientos de examen y/o instrucción de higiene oral, por lo que sólo se analizó a cuarto año.

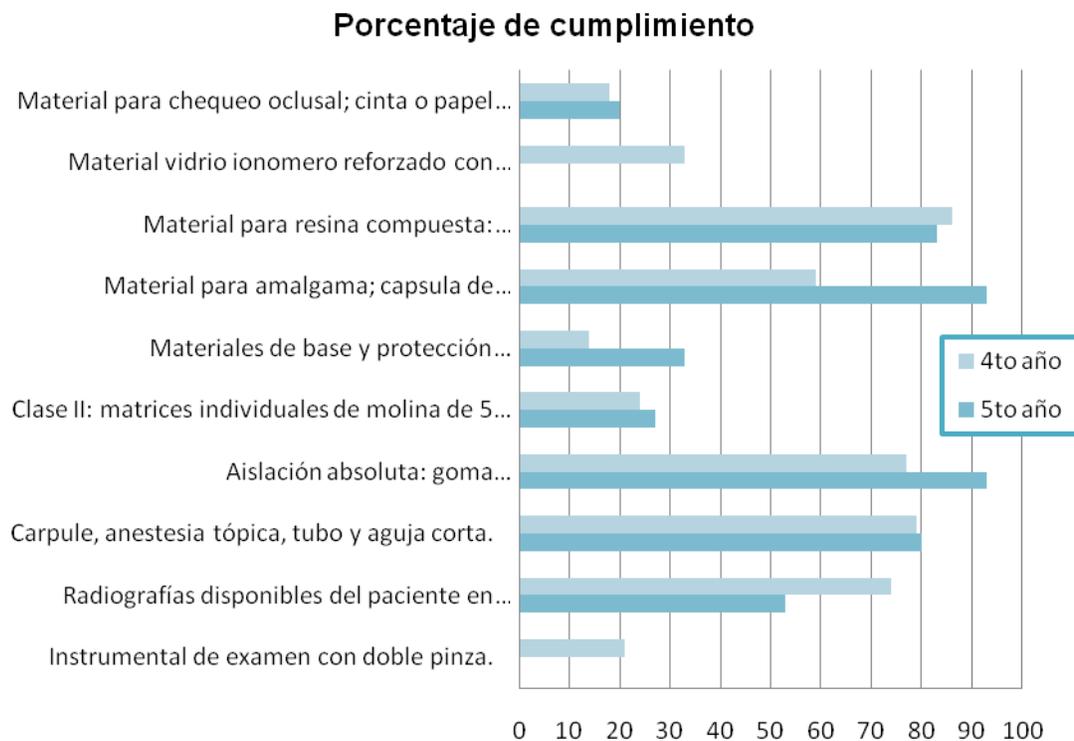
Gráfico N3. Porcentaje de estudiantes con evaluación positiva respecto al total de observados.



De una total de 19 observaciones en cuarto año, el 95% cumplió con tener preparado su micromotor con contra ángulo y escobilla de profilaxis montado en su puesto de trabajo; por otro lado, solo un 21% contaba con el cepillo del paciente.

Mesa de trabajo según procedimiento clínico: operatoria.

Gráfico N4. Número de evaluaciones positivas en mesa de trabajo para operatoria dental.



En operatoria dental, de un total de 66 observaciones en cuarto año, los aspectos con mayor porcentaje de acierto fueron: contar con lo necesario cuando el material de obturación fue resina compuesta: ácido, adhesivo, lámpara de fotocurado, resina, espátula de resina y microbrush (86%), seguido por el ítem que incorpora carpule, anestesia tópica, tubo y aguja corta (79%), también un 77% de los participantes contaban con lo necesario para aislación absoluta (goma dique, perforador, clamps, porta clamps, seda) o aislación relativa (tórulas en cantidad

suficiente) y un 74% presentaban radiografías disponibles del paciente en atención. Destacable es que sólo un 21% presentó instrumental de examen con doble pinza y un 18% contaba con papel de articular.

En quinto año, de los sujetos observados en la dimensión mesa de trabajo para operatoria dental, los valores más destacados fueron: 93% (28 observaciones positivas) presentaban lo necesario para realizar aislación absoluta o relativa, igual porcentaje de alumnos tenía lo necesario para realizar obturaciones de amalgama. También un 83% de los observados contaban con lo necesario cuando el material de obturación fue resina compuesta (Imagen N3). Por el contrario, ninguno de los observados cumplió con el requisito de contar con instrumental de examen con doble pinza para atención simplificada.

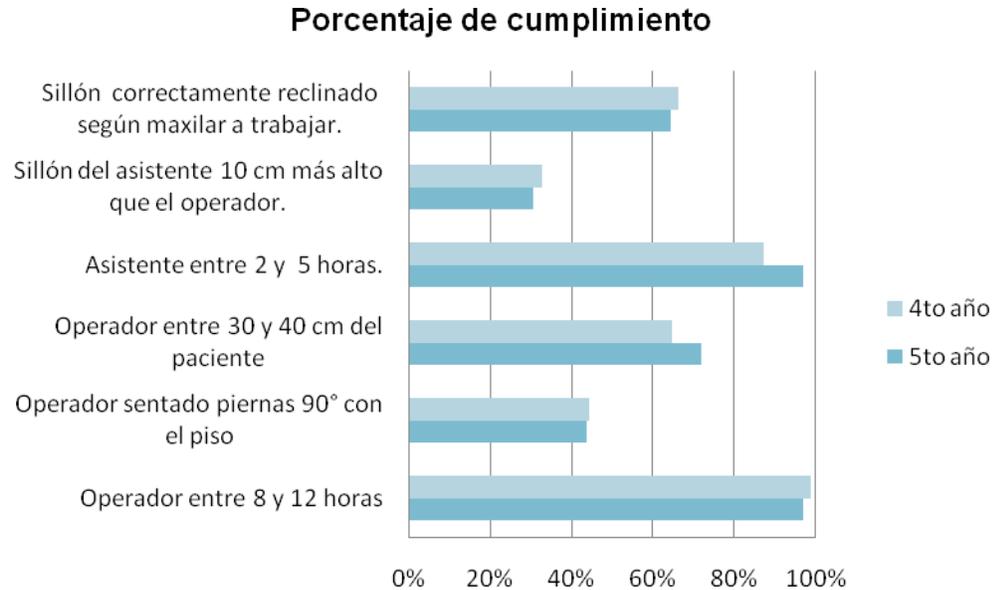
No se apreció en el gráfico ningún valor en relación obturaciones de Vidrio Ionómero reforzado con resina en quinto año, debido a que no se observó a sujetos realizando dicho procedimiento.

Imagen N3. Mesa de trabajo para Operatoria Básica



Posición de trabajo.

Gráfico N5. Número de evaluaciones positivas en posición de trabajo.



En cuarto año, en la dimensión posición de trabajo los ítems: ubicación horaria del operador y asistente, inclinación del sillón según el maxilar a trabajar y distancia operador paciente fueron contestados satisfactoriamente en un 99%, 87%, 66% y 65% respectivamente. El punto más deficiente con un 33% correspondió al ítem sillón del asistente 10 cm más alto que el operador.

En quinto año, en cuanto a posición de trabajo para operador y asistente, un 97% de los observados se encontraban correctamente ubicados en relación a los punteros del reloj, entre 8-12 horas y entre las 2 y las 5 horas respectivamente. Asimismo, un 65% presentó el sillón correctamente reclinado según el maxilar a trabajar. En el otro lado, sólo un 31% de los asistentes observados se encontró sentado 10 cm más alto que el operador.

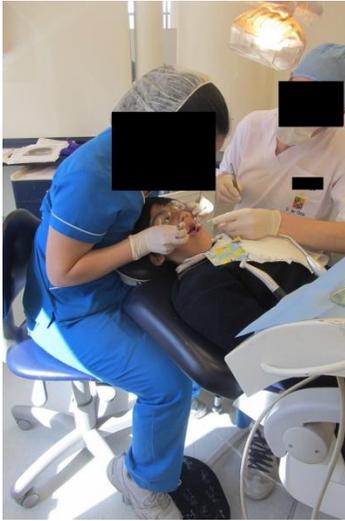
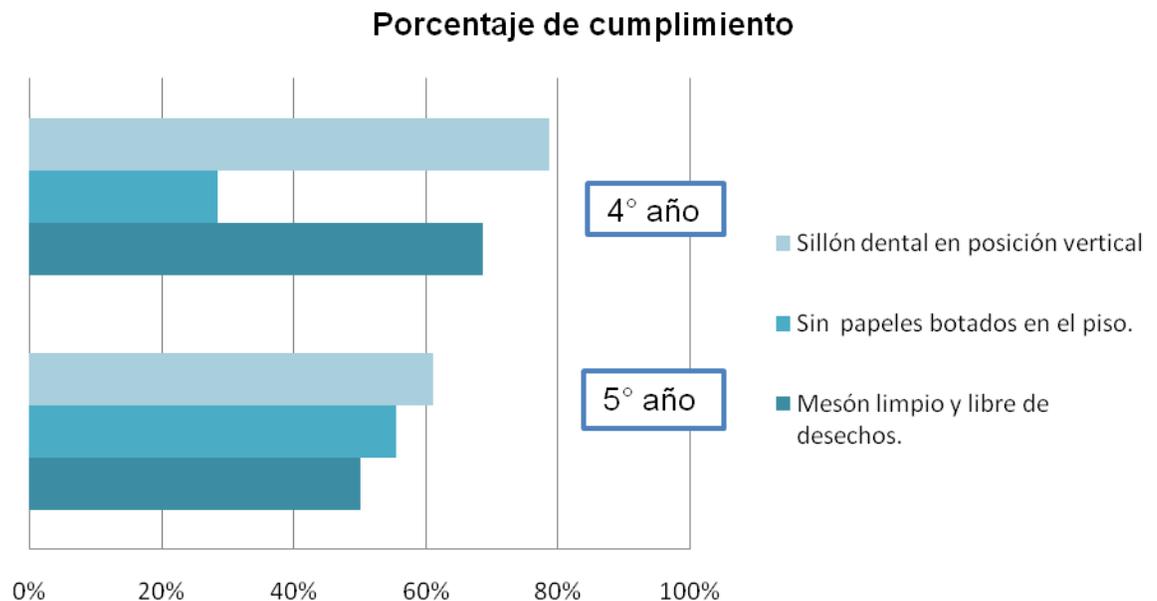


Imagen N4. Se aprecian dos de los puntos peor evaluados en esta dimensión; operador sentado con piernas en 90° con el piso y distancia operador paciente.

Dimensión box de trabajo al final de la sesión

Gráfico N6. Número de evaluaciones positivas en la última dimensión.



Finalmente en relación al box clínico al término de la sesión en cuarto año el punto más deficiente se encuentra en relación a los papeles botados en el piso, sólo un 29% de los observados aprobaron este ítem. En quinto año sólo el ítem sillón dental en posición vertical al término de la sesión fue evaluado satisfactoriamente (61%).

Imagen N5. Se aprecian dos box clínicos, el primero (izquierda) evaluado Insatisfactoriamente y el segundo (derecha) evaluado satisfactoriamente con el sillón en posición vertical, sin papeles en pisos ni mesones.



DISCUSIÓN

Del total de la muestra de 209 estudiantes se consiguió un total de 120 observaciones. Hubo cuatro pérdidas: dos estudiantes que se retiraron oficialmente del curso antes de la observación y dos que se fueron por intercambio estudiantil a España. Asimismo 28 estudiantes fueron excluidos: siete estudiantes que no firmaron el consentimiento informado, 16 alumnos que utilizaron sistemas trimodulares, tres que trabajaron solos y dos zurdos.

La mayor baja en el número de observaciones en Odontopediatría Básica se debió principalmente a tres razones:

- Al inicio tardío del funcionamiento de la clínica que constó de 14 sesiones clínicas y pese a que el examinador calibrado estuvo en todas ellas fueron insuficientes para tener más observaciones.
- Al gran número de estudiantes y a la distribución que fue en tres pisos diferentes de la Clínica Odontológica de la Universidad (zócalo sur, segundo piso norte y tercer piso tanto norte y sur) lo que significó una dificultad adicional para realizar las observaciones.
- Muchos de los estudiantes de este nivel demoraban varias sesiones en ingresar pacientes, realizar su respectiva ficha clínica y presentarla a su docente para que éste diera el pase a la atención clínica.

Por otra parte en Odontopediatría Integral, las observaciones se iniciaron a partir del segundo semestre académico, el que contempló 13 sesiones clínicas, donde junto con ser un curso numeroso, fue difícil que la única observadora pudiera cubrir el trabajo clínico simultáneo de los estudiantes, con mayor complejidad de procedimientos a realizar y en menor tiempo, lo que no permitía observar a muchos alumnos por sesión.

Respecto a estos temas de evaluación del cumplimiento de las normas clínicas existe poca bibliografía nacional e internacional, lo que imposibilita discutir con otros autores, ya que recién en los últimos años se ha visto un mayor desarrollo en el ámbito docente en Odontología y más específicamente en Odontopediatría, por ello la finalidad de este estudio es contribuir y obtener

información objetiva como punto de partida y análisis.

El pregrado de Odontología de la Universidad de Chile contempla los cursos de Odontopediatría Básica e Integral, en cuarto y quinto año de la carrera, los que tienen como finalidad última brindar atención odontológica al paciente infantil, por lo que resulta fundamental revisar la forma en que los estudiantes aplican los contenidos de atención simplificada y su cumplimiento en la atención clínica.

Es importante recordar que Odontopediatría es el único curso de la carrera en que se trabaja con la modalidad de atención a cuatro manos, por lo que ésta técnica modifica algunos aspectos en la distribución de los instrumentos y elementos necesarios para la atención del paciente infantil en sus áreas de trabajo. Los aspectos evaluados en la pauta aplicada en este estudio apuntan a los aspectos organizativos y de planificación, más que a la aplicación de la técnica pura del trabajo con esta modalidad, puesto que conseguir un aprendizaje profundo y la capacidad que los estudiantes lo apliquen íntegramente en la atención no resulta viable, pues requiere de mayor dedicación en tiempo dentro del currículo del curso, como por ejemplo se requiere gran coordinación entre el operador y el asistente para que logren el traspaso de instrumental con movimientos clase I y II, que son los de menor gasto de energía. Los docentes del curso en pregrado coinciden en la importancia de que los estudiantes integren y apliquen el trabajo simplificado en la atención en niños, destacando fundamentalmente la planificación de las sesiones de trabajo y disponer de lo necesario para aprovechar y disminuir al máximo el tiempo hora sillón del niño, ya que esto resulta un factor decisivo en la adaptación de éste a la atención odontológica.

Dentro de los programas de los dos cursos, la evaluación se divide por áreas: psicomotora, cognitiva y actitudinal. El ámbito cognitivo es lo que más tiene ponderación (80% en cuarto año y 55% en quinto año) siendo las pruebas de selección múltiple las que se llevan mayores valores porcentuales y es un área que ha sido más explorada desde el punto de vista de educación en ciencias de la salud. En cambio, el área psicomotora o clínica pasa de un 15% en cuarto año a un 40% en quinto año, la que en sí es reprobatoria (se requiere un 4,0 como

mínimo), tiene una valorización muy distinta entre ambos cursos y resulta ser un aspecto pendiente de investigación, en Odontopediatría y en otras áreas de nuestra facultad.

En este estudio se vio que en el cumplimiento de normas en la atención clínica, la dimensión barreras básicas de protección logró un nivel satisfactorio tanto en Odontopediatría Básica e Integral y una posible explicación a este hecho podría ser que éstas son normas transversales a la carrera que están presentes en las otras clínicas como cirugía, periodoncia, operatoria, prótesis, etc. por lo que reciben refuerzo. Además, el estudiante se ha formado desde preclínico, en su trabajo de simulación en fantómas, con el uso obligatorio de guantes, mascarillas y lentes de protección; por lo que resulta entendible que esta norma sea la que tiene más incorporada a su rutina.

La dimensión posición de trabajo también logró un nivel satisfactorio y se refiere a la posición del operador entre 8 y 12 horas, que esté sentado con sus piernas en 90° con el piso, a 30 o 40 cm del paciente y el asistente entre las 2 y 5 horas con su sillín 10 cm más alto que el operador y finalmente que el sillón del paciente este correctamente reclinado según maxilar a trabajar; siendo seis sub-ítems que implican poder atender al paciente, como se considera aceptable con un 60% para el rendimiento mínimo, si el estudiante cumple en 4 de 6, da resultados aceptables, por lo que aunque se vio que fallaron en que el operador esté sentado con sus piernas en 90° del piso y el asistente con su sillín 10 cm más alto para obtener adecuada visión del campo de trabajo, igual pueden lograr atender al paciente, quizás con un mayor gasto energético, pero con la buena disposición de sacar adelante la atención, son puntos no determinantes.

Las dimensiones deficientes fueron las mismas para ambos cursos, las que son áreas de trabajo, mesa de trabajo para examen e instrucción de higiene oral, mesa de trabajo para operatoria básica y estado del box al término de la sesión; y una posible explicación a ello es que parte de la responsabilidad en la formación clínica y en el control la tienen los docentes clínicos, quienes cumplen una función dual, proveer atención a los pacientes y enseñar a sus estudiantes, donde se ha socializado que el profesor debe dominar un conocimiento de alto nivel, pero pocos docentes están bien entrenados para su rol de profesor.

Por otro lado, existen condicionantes propias de la carrera que generan estrés y dificultan el aprendizaje profundo en el estudiante como son la necesidad de desarrollar habilidades técnicas y clínicas con la participación de un paciente, en este caso niño, con la complejidad que representa esta atención.

De acuerdo a esto, la tendencia en odontología es exponer a los estudiantes desde temprano al trato con pacientes e integrar las especialidades de la odontología en uno o dos espacios de práctica clínica, en las denominadas clínicas integrales, situación que se considera en la malla curricular innovada de la Facultad de Odontología Universidad de Chile, que entra en su fase de inicio el año 2014 para el primer año. La retroalimentación que deben recibir los estudiantes de sus docentes debe ser la adecuada para un aprendizaje óptimo, y para la obtención de buenas notas en las evaluaciones, pero en el curso no se ha desarrollado este aspecto y pasa más bien por la realización instintiva de ello, dando alta variabilidad en las evaluaciones clínicas, lo que representa un serio problema para los académicos, y una fuente de confusión y estrés para los estudiantes.

En Odontopediatría Básica se entrega el contenido de trabajo a cuatro manos, pero no es evaluado en forma objetiva, sistemática y continua, existen pautas de evaluación dicotómicas que no son completadas por la totalidad de los docentes clínicos fundamentalmente debido a la falta de tiempo disponible para dedicarla a ello, ya que un docente debe preocuparse de 5 parejas de trabajo con sus respectivos pacientes niños y también de sus padres que demandan explicaciones en relación al tratamiento. Además porque el docente de Odontopediatría debe dar apoyo extra a aquel estudiante que pudiese tener dificultades en el manejo del niño en la atención convencional por la diversidad del tipo de pacientes y experiencias pasadas que pudiesen traer.

La clínica del curso se inicia el segundo semestre con la recepción de pacientes, que con el paso de los años y la mayor cobertura en el sistema público de salud (incluyendo atención GES al niño de 6 años) ha resultado difícil y lleva varias sesiones para cada estudiante conseguir un paciente que acepte el tratamiento y se comprometa a asistir a las sesiones de trabajo, que siempre son el mismo día de la semana y pese a que se entrega certificado de asistencia al

colegio, ocurre que muchas veces no pueden venir con la regularidad que se necesita. Las sesiones de trabajo clínico en este curso son de 9 a 12 hrs. por lo que a cada estudiante le corresponde sólo 1,5 hrs. y las exigencias para el alumno son múltiples: primero manejar aspectos administrativos del ingreso, las solicitudes de radiografías según el caso y confección de la ficha clínica con su diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y planificación por sesión. El estudiante debe realizar el tratamiento preventivo, dando énfasis en entregar las herramientas en la mantención de la salud oral, como lo son: asesoramiento dietético, control de higiene bucal, profilaxis, fluoración tópica, sellantes, etc. Para luego pasar a su etapa rehabilitadora donde es clave el manejo del niño para conseguir superar el obstáculo que implica la anestesia, de ser necesaria, pues se sabe que es una de las acciones a la que los niños más temen. En este contexto, el docente debe enfocarse en que estos desempeños se cumplan, por lo que la demás dimensiones evaluadas en este estudio como el respeto de las áreas de trabajo, la preparación del mueble de trabajo para examen, instrucción de higiene oral y de trabajo para operatoria básica junto con el estado del box al término de la sesión, no son evaluados en forma directa (sumativa) y el estudiante conoce esta situación, por lo que éste no lo considera prioritario y por ende lo deja de lado, cumpliendo con lo estrictamente necesario para que el docente no lo suspenda de clínica por no tener las cosas preparadas, pues su finalidad es cumplir con los requisitos clínicos (mínimo de acciones) que si son evaluados en términos de puntaje y constituyen un condicionante para poder tener derecho a presentarse a examen. Específicamente en el programa del curso de Odontopediatría Básica, el área cognitiva representa el 80%, lo actitudinal 5% y las competencias sicomotoras el 15% que considera: prevención y adaptación 5%, presentación de las fichas clínicas 2%, rehabilitación 3%, nota puntaje 3% y trabajo a cuatro manos 2%. La nota de puntaje para cada estudiante se obtiene atendiendo mínimo dos pacientes como responsable directo (operador) y participar como ayudante (asistente) en la atención de pacientes de su compañero de trabajo, en dichos pacientes debe dar las altas preventivas terminadas más cuatro restauraciones (exigido para nota 4,0) con su respectiva ficha clínica, junto con el alta educativa que es obligatoria en cada paciente y consiste en presentar las fichas de

asistencia a dos talleres de paciente y un taller para el padre /o tutor; entonces según tabla con especificaciones propias del curso, que considera la edad y el número de acciones rehabilitadoras, arroja la nota en escala al 60%. En esta área sicomotora, el trabajo a cuatro manos sólo obtiene un 2% que no es reprobatorio (es decir puede ser inferior a 4,0) por lo que resulta de muy poco impacto para el estudiante.

En Odontopediatría Integral, al tener un año más de clínica, se esperaría que los estudiantes mejoraran su cumplimiento de normas clínicas en relación a la mayor práctica, sin embargo mantienen su patrón de funcionamiento igual que en cuarto año. Se sabe que muchos factores influyen en la formación clínica, como la evaluación y la retroalimentación; factores que no están siendo medidos objetivamente ni entregados en forma sistemática en la técnica a cuatro manos y se suma que este es un curso donde se aprecia una mayor heterogeneidad en cuanto a la formación y experiencia de los docentes, lo que podría explicar la diversidad en las exigencias clínicas y el énfasis y/o refuerzo. Respecto en el programa del curso de Odontopediatría Integral, el área cognitiva representa el 55%, lo actitudinal 5% y las competencias sicomotoras el 40%, la que incluye nota del paciente del primer semestre 10%, nota del paciente del segundo semestre 10%, nota puntaje de acciones clínicas 15% y evaluaciones prácticas 5%. Dentro de las notas de cada semestre, va el promedio de la nota de presentación de ficha clínica, alta preventiva o de rehabilitación y ello incluye como trabajó el estudiante, por lo que indirectamente contempla el trabajo a cuatro manos. En este curso, el área actitudinal incluye: puntualidad, trabajo ergonómico como operador/asistente, presentación personal, mantención de orden en el ambiente de trabajo, normas de asepsia, respeto al paciente y a su acompañante, cumplimiento de normas administrativas y capacidad de trabajo en equipo; por lo que hay un reflejo también en este porcentaje. En este curso ocurre lo mismo que en cuarto año, en que no todos los docentes utilizan las pautas sugeridas por la coordinación, sino más bien de la apreciación de cada académico, lo que da una nota subjetiva con un marco de referencia basado en la norma y no en criterio de aprobación.

La pauta generada en este estudio fue revisada en forma y contenido por los distintos docentes participantes del curso, lo que permitió que los docentes reflexionaran respecto a la modalidad en que se están entregando estos contenidos y, por sobre todo, a cómo se está evaluado.

Conscientes de lo difícil que es estar con un grupo numeroso de estudiantes y conociendo la contingencia del día a día, es que esta pauta se simplificó en opción de sí y no, para que resultase práctica y de fácil uso, sugiriendo que se debiera evaluar al estudiante al menos 3 veces, y con porcentajes que fueran en ascenso, dando retroalimentación cada vez que se aplique para permitirle al estudiante mejorar en estos aspectos y conseguir una mayor adherencia a cumplir las normas al finalizar el curso.

También un aspecto interesante de destacar es la necesidad de infraestructura e instrumental para la aplicación de las normas. En la Facultad, existe el Manual de Normas Clínicas y se realiza una inducción a estudiantes y docentes clínicos con el afán de que éstas se cumplan, teniendo el apoyo de las enfermeras del recinto, pero con el paso del tiempo se va dejando de lado, privilegiando cumplir con la atención de pacientes propiamente tal. Se ha visto deteriorada la calidad de las instalaciones, necesiándose reparaciones por fallas producto del gran uso que se les da por distintos operadores. Los cubículos dentales del segundo y tercer piso disponen de un espacio para la ubicación de un asistente de contextura y estatura mediana, dejando incómodo a quien exceda esa medida, por ello se dificulta exigir la totalidad de aspectos que contempla la atención a cuatro manos. Este tema lleva a los docentes a reflexionar y replantear la forma en que se entrega este contenido para que pueda ser aplicado.

Justamente interesa que el estudiante de odontología de la Universidad de Chile se desarrolle y adquiera las competencias descritas en el perfil de egreso, siendo Odontopediatría un área que tribute a ello en forma eficiente.

Recientemente a nivel local una estudiante de sexto año de Odontología de la Universidad de Chile, realizó un estudio como trabajo de investigación para optar al título de cirujano dentista, titulado "Aprendizaje significativo y nivel de satisfacción en la aplicación de un manual de autoenseñanza en la técnica de sellantes en estudiantes de Odontopediatría". En ella se evaluó la bioseguridad al

realizar el procedimiento clínico, además de la distribución de los materiales de trabajo en el curso de Odontopediatría Básica. De los resultados obtenidos, con una muestra de 55 sujetos, respecto a la bioseguridad (gorro, mascarilla y guantes) se constató que todos cumplieron con ello (100%) similar al promedio obtenido en este estudio por cuarto y quinto año donde lograron un 98% de cumplimiento. El uso de los lentes de protección, por parte del operador y paciente fue de 65% en el trabajo de Figueroa, valor que coincide con el obtenido en este estudio por parte del paciente, y que es levemente superior al del operador, quien los utilizó en promedio un 56%. Sin embargo, en cuanto al uso de lentes por parte del asistente se encontraron valores más bajos en ambos estudios (de 40% y 29%).

En cuanto a la distribución en la mesa de trabajo de la bandeja con doble pinza, en la tesis de Figueroa, sólo se vio en dos estudiantes (4%) y en este estudio en Odontopediatría Básica se observó un 21% de cumplimiento.

En este estudio además nos interesó evaluar en los alumnos de Odontopediatría Integral, el cumplimiento del uso del doble pinza, basados en que los estudiantes están en una etapa más avanzada de su formación en el área, por lo que deberían tener más internalizado esta metódica en su quehacer, sin embargo ninguno de los observados cumplió con ello. Lo que nos lleva a reflexionar en que las medidas contempladas en el curso, no están siendo debidamente exigidas o reforzadas por los docentes y/o también existe despreocupación por parte de los estudiantes y escasa disposición para cumplir con dicha norma del curso.

Los estudiantes de cuarto año tienen el contenido teórico de técnica a cuatro manos más reciente, y tratan de aplicarlo; junto con el refuerzo de los docentes en mayor cuantía, esto condiciona un estrés adicional que los hace estar temerosos al tratar de cometer menos errores y cumplir con lo exigido.

Cabe destacar que el curso de Odontopediatría, demanda por parte del estudiante contar con mayor cantidad de instrumental, como por ejemplo la doble pinza, lo que altera la organización y la planificación individual de las bandejas de trabajo y a pesar que esta exigencia se remonta a más de 15 años, aún no ha logrado ser incorporada por parte del estudiante.

En cuarto año el ítem braquet presentó sólo documentos administrativos en un 16% y en quinto en un 13%, valores semejantes de incumplimiento lo que pudo deberse a que Odontopediatria es el único ramo de la carrera en el que se le da uso administrativo a esta área, por lo que no es costumbre en los estudiantes.

En relación al respeto de las áreas clínicas, cuarto año cumplió en un 14% y quinto en un 6%, ambos son deficientes, pero peor en quinto donde se apreció que no se respeta el flujo de instrumental e insumos, lo que va en desmedro de la bioseguridad y calidad en la atención de pacientes.

En cuarto año sólo un 14% presentó al momento de la observación algún material para base y protección pulpodentinaria, esto puede ser explicado porque estos materiales suelen venir en presentación comercial polvo/líquido o pasta/pasta, los que podrían perder sus propiedades físicas al demorar en su uso desde su dosificación.

En la dimensión mesa de trabajo para operatoria básica, en el ítem materiales para amalgama; Odontopediatria Básica cumple con esto en un 59% versus un 93% en Integral. Esto podría responder a que el estudiante de quinto año tiene mayor experiencia en la atención clínica, por lo que prepara lo necesario para lograr mayor eficiencia durante ésta.

Un 29% de los estudiantes de Odontopediatria Básica dejan el box sin papeles botados en el piso, acto que prácticamente se duplica en quinto año (56%), lo que podría deberse a que los estudiantes de Integral tienen mayor flexibilidad en su horario de salida de la clínica, al terminar antes de la hora de almuerzo (13:00 hrs.) y no tener otros compañeros presionando por usar las instalaciones inmediatamente después, lo que les permite permanecer más allá del horario en que se retiran los docentes; mientras que en cuarto año el término es a las 11:45hrs. y luego a las 12:00 empieza otro curso, por lo que los docentes se encuentran más presionados en velar por el cierre de la jornada de trabajo clínico.

El 74% de los estudiantes observados en cuarto año presentaban las radiografías disponibles del paciente en atención, mientras que en quinto año esto bajó a 53% lo que podría ser explicado por la falta de rigurosidad exigida por el docente debido a que éste no alcanza a realizar una tutoría clínica directa por

tener que hacerse cargo de un grupo clínico de más de ocho alumnos.

Siendo esta área poco estudiada, con este trabajo se levanta información respecto a este tema y pese a no ser extrapolable debido a sus limitaciones, resulta un aporte para los académicos del departamento interesados en mejorar la calidad de la docencia universitaria y sus procesos evaluativos.

CONCLUSIONES

Se concluye que hay un incumplimiento de las normas clínicas del estudiante en la atención de pacientes infantiles en Odontopediatria Básica de cuarto año y en Odontopediatria Integral de quinto año de la carrera de la Universidad de Chile, cohorte 2013 siendo sólo satisfactorio, es decir sobre el 60% de evaluaciones favorables, en las dimensiones barreras básicas de protección y posición de trabajo (71% y 66% en Odontopediatria Básica y 76% y 68% en Odontopediatria Integral respectivamente). En las restantes cuatro dimensiones observadas que corresponden áreas de trabajo, mesa de trabajo para examen e instrucción de higiene oral, mesa de trabajo para operatoria básica y estado del box al término de la sesión, los resultados fueron insatisfactorios en ambos cursos.

SUGERENCIAS

Se sugiere que los resultados obtenidos en este estudio sirvan de material de discusión para los docentes de la asignatura en virtud de poder considerar mejoras en el curso que se traduzcan en un mayor cumplimiento de las normas clínicas por parte de los estudiantes, con este fin, las fotografías tomadas del box clínico, durante y después de la atención de pacientes, serán seleccionadas, categorizadas por curso y entregadas al Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar.

Además, se propone revisar la forma en que se están evaluando, reforzando y valorizando el trabajo clínico de los estudiantes en términos de porcentaje dentro del funcionamiento del curso y cuáles son los aspectos que si son viables de aplicar según las condiciones de infraestructuras y demás recursos requeridos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apud, E. y Meyer, F. (2003). La Importancia de la Ergonomía para los Profesionales de la Salud. Universidad de Concepción. *Cienc. enferm.* 9(1) 15-20. [Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000100003&script=sci_arttext (revisado 15 octubre 2013)].

Assessment Reform Group (2005). "Assessment for Learning: 10 principles" [Disponible en <http://www.assessment-reform-group.org.uk>], (revisado el 29 octubre 2013)].

Barrancos, Mooney J. (2007). Operatoria dental: integración clínica. Editorial Médica Panamericana, Cuarta edición, capítulo 12, 191-193.

Bello Barrios S. y Pérez Pérez M. (2012). Elementos a considerar por el docente clínico en odontología para la elaboración de estrategias de enseñanza clínica. *Ciencia Odontológica* 9 (2) julio-diciembre 112-122.

Boj J R., Catalá M. y cols (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Primera edición (Madrid); Ripano S.A., capítulo 3, 24-25.

Bordoni N., Escobar A. y cols. (2010). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Primera edición, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 89-937.

Cano M. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado* 12 (3): 1-16. [Disponible en <http://www.ugr.es/~recfpro/rev123COL1.pdf> (revisado 4 de diciembre 2013)].

Castillo Ramón et al. (2011). Estomatología Pediátrica. Primera edición (Madrid); Ripano S.A., capítulo 1, 66.

Comisión de Innovación Curricular (CIC) Facultad de Odontología
 Universidad de Chile. [Disponible en
http://www.odontologia.uchile.cl/pregrado/comision-de-innovacion-curricular/74009/innovacion_revisado (29 octubre 2013)]

Divarisk., Barlow P. J. y cols. (2008). The academic environment: the students' perspective. *Eur. J.Dent.Educ.* 12 (Suppl. 1), 120-130.

Ferro T. María J (2004). Sentimientos negativos implicados en el desempeño estudiantil en la Clínica Odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*; 42(3):187-191 [Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000300006&lng=es revisado (14 noviembre 2013)].

Figueroa, Lucía (2013). Aprendizaje significativo y nivel de satisfacción, en el uso de un manual de autoenseñanza de la técnica de sellantes en estudiantes de la Universidad de Chile. Trabajo de investigación como requisito para optar al título de cirujano dentista.

Finkbeiner, Betty (2000). Four-Handed Dentistry Revisited. *The Journal of Contemporary Dental Practice*.1(4) Fall Issue 1-9.

Guía de aprendizaje ejercicios de Ergonomía en Odontopediatría (2013) apuntes docentes del Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Área Odontopediatría1-7. [Disponible en UCursos Odontopediatría Básica 2013
https://www.u-cursos.cl/odontologia/2013/0/OD4703/1/material_docente/ revisada (10 septiembre 2013)]

Giglioli, S. (2011). La ergonomía es hoy factor de salud y de rendimiento laboral. [Disponible en
http://www.ergonomia.cl/eee/Entrevista_Giglioli.htmlrevisada (02 de agosto 2011)].

IEA Ergonomics Humans Centered Design.

Giglioli S. (2008). Visión Educativa del Lenguaje Ergonómico. *Odous Científica*, IX (1) Enero-Junio 19-24.[Disponible en <http://132.248.9.34/hevila/ODOUSCientifica/2008/vol9/no1/2.pdf> consultada (3 de octubre 2013)].

Glossary of Medical Education Terms IIME [Disponible en <http://www.iime.org/glossary.htm> visitado (20 de noviembre del 2013)].

Griffin S.O., Jones K. y cols (2008). Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. *J Am Dent. Assoc.* 2008 Mar; 139(3):281-9; 358.

Jané, Marc (2005). Evaluación del aprendizaje: ¿problema o herramienta?. *Revista de Estudios Sociales* Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes. N20, 93-98. [Disponible en <http://res.uniandes.edu.co/view.php/451/> consultada (8 noviembre 2013)].

López V.M.(2012). Evaluación formativa y compartida en la universidad: clarificación de conceptos y propuestas de intervención desde la Red Interuniversitaria de Evaluación Formativa. *Psychology, Society, &Education*, 4(1). [Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3961371> Consultado (15 noviembre 2013)].

McGrath C., Yeung W. y cols (2005). Development and evaluation of a questionnaire to evaluate clinical dental teachers (ECDT). *British Dental Journal*; 198(1): 45-48.

Millán Nuñez-Cortés Jesús. Las competencias clínicas. Educ. méd. [revista en la Internet]. [citado 2014 Feb 26]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132005000600005&script=sci_arttext

Programa del curso de pregrado Odontopediatría Básica (2013)
Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología,
Universidad de Chile, 1-5.

Programa del curso de pregrado Odontopediatría Integral (2013)
Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología,
Universidad de Chile, 1-7.

Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C., Baptista Lucio P. (2007).
Metodología de la investigación, Editorial Mc Graw Hill, México, Quinta edición,
279-327.

Santos M. (1999). Sentido y finalidad de la evaluación de la universidad.
Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado 34: 39-59. [Disponible en
(<http://firgoa.usc.es/drupal/node/8935>)] revisado (4 de diciembre 2012)].

Schleyer T., Spallek H. (2001). A cornerstone of dental practice. *J. Am. Dent. Assoc. Dental informatics* May; 132(5):605-13.

Schwarz M.R., Wojtczak A. (2003). Evaluation of Learning Outcomes:
Assessment methods and measurement instrument working review. Publication of
the Center for Medical Education Research and Development, West China Center
of Medical Sciences, Sichuan University, 72-81.

Segura Egea J.J y Jiménez Rubio-Manzanares A. (1998). Ergonomía y
sistematización del trabajo en endodoncia: movimientos y tiempos. *Endodoncia*,
(Barcelona); 16 (1): 14-20.

Tavernal A. S. y Peralta O.A. (2009). Dificultades de aprendizaje.
Evaluación dinámica como herramienta diagnóstica. *Revista Intercontinental de
Psicología y Educación*; 11 (2) 113-139. [Disponible en
<http://www.redalyc.org/pdf/802/80212414008.pdf> revisada (11 noviembre 2013)]

Vergara C, Zaror C (2008). Proceso de enseñanza- aprendizaje en la clínica odontológica. Aspectos teóricos. *Rev. Educ. Cienc. Salud*; 5(1): 6-11. [Disponible en <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol512008/esq51.pdf> (revisado 11 noviembre 2013)].

Villarruel, M (2003). Evaluación Educativa. Elementos para su diseño operativo dentro del aula. *Revista Interamericana de Educación*, 1-17. [Disponible en www.rieoei.org/deloslectores/473Villarruel.pdf (revisado 4 de diciembre 2012)].

Woolley S., Emanuel C. y col (2009). A pilot study of the use and perceived utility of a scale to assess clinical dental teaching within a UK dental school restorative department. *Eur. J. Dent. Educ.*; 13(2): 73-79.

Yip H., Barnes I. (1997). Learning in dental education. *Eur. J. Dent. Educ.* 1: 54-60.

ANEXOS Y APÉNDICES.

Anexo N° 1

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTES



Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar
Facultad de Odontología
Universidad de Chile

Este documento de Consentimiento Informado está destinado a estudiantes que cursan 4° y 5° año de la carrera de odontología, para autorizar la participación de ellos en un proyecto de investigación titulado: “Metodología activa en Odontopediatría de la Universidad de Chile y sus procesos evaluativos”; siendo testista la estudiante Nicole Portales bajo la tutoría de Mayerling Pinto G.

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes. En la primera se entregará información sobre el estudio. La segunda es el Formulario de Consentimiento.

INFORMACIÓN

Introducción: Lo invitamos a colaborar en este estudio, destinado a los estudiantes que cursan Odontopediatría el año 2013. El objetivo de la investigación es “Evaluar el cumplimiento de la norma clínica por el estudiante en la atención de pacientes de Odontopediatría Básica/Integral”.

Tipo de Intervención: Si usted accede a participar en este estudio, durante la clínica de Odontopediatría se le observará mientras atiende a sus pacientes para completar una pauta de observación y se le tomarán fotografías del box clínico.

Participación voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, no afectará su evaluación dentro del curso. Para aquellos estudiantes que decidan participar es importante recalcar que la observación que se realizará durante la investigación no tendrá influencia alguna en la calificación final. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado antes.

Descripción del proceso: Se observará en la clínica el cumplimiento de las normas clínicas en la atención odontopediátrica a través de una pauta de cotejo aplicada por un examinador calibrado, al total de los estudiantes participantes.

Riesgos y beneficios del participante: El participar en este estudio no presenta ningún riesgo para usted como estudiante, ni tampoco existen daños potenciales.

Ed. 10/05/2013

Confidencialidad y anonimato del participante: La información acerca de usted que se recoja durante la investigación será confidencial y anónima, pues será codificada con números que no revelen su identidad y que solo los investigadores tendrán acceso a conocer. La información recogida de este estudio se usará en sus etapas de presentación y difusión en comunicaciones universitarias y científicas con fines docentes.

A quién contactar: En caso de dudas o de querer retirarse de esta investigación, puede comunicarse con Mayerling Pinto G. al teléfono 9781725, en la Oficina del Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar de la Universidad de Chile, ubicado en Sergio Livingstone Pohlhammer 943 los días martes, miércoles o jueves de 8 a 12 hrs. o enviarle un mail a mapinto@odontología.uchile.cl.

Presidente del Comité Ético Científico: Preside el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile Dra. María Angélica Torres. Cirujano dentista, Académica de la Facultad de Odontología, U de Chile.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación cuyo objetivo general “Evaluar el cumplimiento de la norma clínica por el estudiante en la atención de pacientes de Odontopediatría Básica/Integral”.

Entiendo que implica que seré observado en la clínica, una vez, para que se complete una pauta de cotejo.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte en ninguna manera mi calificación final en el curso.

Nombre del participante: _____
Firma del participante: _____
Fecha (día/mes/año) : _____
Nombre del investigador: _____
Firma del investigador: _____
Fecha (día/mes/año) : _____

AnexoN°2

Pauta observación clínica.

N° Box:..... Curso:Fecha:.....

“Evaluación del cumplimiento de la norma clínica del estudiante en la atención de pacientes infantiles, Odontopediatría Básica e Integral de la Universidad de Chile, cohorte 2013.”

	Dentista		Asistente		Paciente	
	SI	No	SI	No	SI	No
Dimensión: Presentación personal						
Usa lentes de protección						
Usa mascarilla.						
			Pechera			

Dimensión: Áreas de trabajo	SI	NO
Se respetan las áreas: administrativa, clínica indirecta o limpia y sucia.		
Ficha del paciente en el área administrativa evolucionada y firmada por el docente.		
Braquet presenta sólo documentos administrativos.		
Dimensión: Mesa de trabajo según procedimiento clínico: Examen e IHO		
Micromotor con contrángulo y escobilla o cepillo del paciente		
Instrumental de examen con doble pinza		
Elemento de prevención o didáctico.....		
Cepillo del paciente.		
Dimensión: Mesa de trabajo según procedimiento clínico: Operatoria básica		
Instrumental de examen con doble pinza.		
Radiografías disponibles del paciente en atención.		
Carpule, anestesia tópica, tubo y aguja corta.		
Aislación absoluta: goma dique, perforador, clamp, porta clamp, seda. Aislación relativa: tómulas en cantidad suficiente.		
Matrices individuales para clases II de operatoria de 5 mm y cuñas.		
Materiales de base y protección pulpodentinaria.		
Material para amalgama; capsula de Am, portaamalgama, condensador y bruñidor.		
Material para resina compuesta: acido, adhesivo, lámpara de fotocurado, resina, espátula de resina y microbrush.		
Material vidrio ionómero reforzado con resina: primer, VI liquido y polvo, lámpara de fotocurado, espátula de plástico, block de papel y microbrush.		
Material para chequeo oclusal; cinta o papel articular.		
Dimensión: Posición de trabajo		
Operador entre 8 y 12 horas		
Operador sentado piernas 90° con el piso		
Operador entre 30 y 40 cm del paciente		
Asistente entre 2 y 5 horas.		
Sillón del asistente 10 cm más alto que el operador.		
Sillón correctamente reclinado según maxilar a trabajar.		
Dimensión: Box al término de la sesión		
Mesón limpio y libre de desechos.		
Sin papeles botados en el piso.		
Sillón dental en posición vertical		