



**Universidad
de Valparaíso
Chile**

Escuela de Odontología

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS
PEDIATRAS PERTENECIENTE A LA SOCHIPE RESPECTO
A LA SALUD ORAL EN LA REGIONES METROPOLITANA
Y VALPARAÍSO EN CHILE**

Trabajo de Investigación
Requisito para Optar al
Título de Cirujano - Dentista

Alumnas: Cinthya Garcia-Aragonés Morales
Paulette Foucher Sielfeld
Catherine Carmona Hernandez

Docente Guía: Prof. Dr. Juan E. Onetto Calvo
Cátedra de Odontopediatría

Valparaíso - Chile
2011

A mis padres y hermano... les dedico el final feliz de esta historia....

A mi Padre que fue mi consejo, amigo y guía por tantos años y que hoy me acompaña desde el cielo, mostrándome el camino que debo seguir.... Espero papito que estés orgulloso de mi...

A mi madre, la que toda la vida ha hecho todo por ayudarme , dándome apoyo, confianza y fuerza en las diferentes etapas de mi vida... Grande inspiradora de mi forma de ser, pensar y actuar...

A mi hermano, Lucas, el Ser que llegó a alegrar mi vida... por el que luché día a día.... y que me hace sonreír en los peores momentos...

A mi familia: abuelita, tíos (a), primos (a), ahijada, Gracias por esas palabras de apoyo incondicional... son muy importante en mi vida... espero siempre ser motivo de orgullo para Ustedes...

A Rodrigo, por ser mi compañero fiel, celebrar mis alegrías y dar un hombro en mis derrotas... te agradezco el amor que me das, eres el mejor...

A mi amiga y compañera de tesis, Paulette, gracias por compartir esta experiencia conmigo... valió la pena las noches sin dormir y los mil y un esfuerzos por lograr un buen trabajo... Gracias por soportarme...

A todos les doy las gracias por haber confiado en Mi y haberme apoyado, para así cumplir un sueño.... Estoy feliz y ansiosa por ver que sorpresa me tiene el futuro. Esperando siempre contar con todos Ustedes...

Los quiere Cinthya García-Aragónés Morales

*A mi madre.... por sus sabios consejos
A mi padre... por siempre estar dispuesto a
escucharme.....
A my love... por siempre estar dispuesto a ayudarme,
siempre presente....
A mis hermanos por su cariño...
A mis abuelas por ayudarme en los primeros años de
carrera y hacer de su hogar mi hogar...
A ti Cinthya.... Por ser siempre mi amiga fiel y
ayudarme en los momentos mejores y peores... y
empujarnos a realizar un buen trabajo...*

Paulette Focuher S.

*Nuestros agradecimientos especiales a nuestro Docente
Dr. Juan E. Onetto C. por acompañarnos y guiarnos en
nuestro proceso de formación, que culmina con el
nacimiento de este escrito... agradecemos su incansable
disposición desinteresada y sus sabios consejos...*

*A la Sociedad Chilena de Pediatría por su buena
acogida en la realización de esta investigación*

*A Freddy y Alan por poner a disposición su trabajo en
la elaboración de la misma*

*A Marquito, por brindarnos lo que necesitábamos en
los momentos más insólitos...*

*A Michael por brindar su apoyo, disposición y
conocimiento en etapas fundamentales de esta tesis...*

Índice

Introducción	1
Marco Teórico	2
Objetivos.....	13
Materiales y Métodos	14
Resultado	31
Discusión	45
Conclusiones	52
Sugerencias	53
Resumen	54
Referencias	55

Introducción

El escenario actual de la salud oral en niños en nuestro país es un tema preocupante, la prevalencia de caries en preescolares de 2 y 4 años es de 17% y 48.02% respectivamente, si consideramos las maloclusiones (ADM) en los mismos rangos etarios la prevalencia es de 48.8% a los 2 años y de 49.2 % a los 4 años (Ceballos M, et al., 2008), es válido señalar que de Traumatismo Dentoalveolares no existen cifras reportadas.

Estas cifras se presentan, a pesar de que Chile cuenta con programas destinados (AUGE/ GES) a mejorar las condiciones de vida de los individuos.

Los médicos pediatras, a diferencia de los odontopediatras, tienen la oportunidad de ver hasta 10 veces a un niño antes de los 3 años (Plutzer K y Spencer A, 2008). Es por esto que surge el interés de integrarlos en labores preventivas con respecto a la salud oral. Sin embargo, se desconoce como los Pediatras abordan los tema de la salud oral y bajo que fundamentos. En consecuencia, este estudio pretende determinar el conocimiento, actitudes y práctica de los médicos pediatras sobre salud oral en las regiones Metropolitana y Valparaíso.

El alcance de esta información es que se pueden implementar medidas destinadas fundamentalmente a la educación de los médicos pediatras y la realización de un examen oral simple que sea capaz de arrojar pacientes en riesgo, implementando medidas preventivas que contribuyan a evitar el progreso de la enfermedad, de manera que sean intervenidos oportunamente por el mismo o bien ante la necesidad, realizar una derivación al odontopediatra.

Marco teórico

La salud oral es una de las áreas relevante de estudio, al pensar en cual es la raíz de los problemas orales se puede concluir que uno de los factores que se repiten como etiológicos son las bacterias que colonizan la cavidad oral desde niños, pero ¿qué pasaría si los niños no se contagiaron de carga bacteriana?, quizá la incidencia actual de patologías orales sería mucho más baja de lo que es.

Con lo anterior es que se realizó una búsqueda de información en el sitio de PUBMED (U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health), utilizando términos MESH.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health) (Ramon, J, 2000). Actualizada el 5 de Julio del 2011.

Como primera opción se utilizó la combinación **Oral health AND pediatrician**, dando un total de resultados de 56 publicaciones disponibles. Ahora bien, si ha esto se incluye el término MESH de **Knowledge (Oral health AND pediatrician AND Knowledge)**, los resultados se acotan a 10, estando éstos a su vez incluidos en la búsqueda anterior.

Considerando el método de recopilación de la información utilizada en los estudios, es que se incluyó el término **Questionnaires (Oral health AND pediatrician AND Questionnaires)**, dando un total de 10 resultados, los que además, se encuentran incluidos en la estrategia de búsqueda inicial.

Siguiendo con los términos sugeridos, en base a los MESH iniciales, la siguiente estrategia usada fue **Knowledge, Attitudes, Practice AND pediatrics AND oral health**, dando un total de 98 resultados. Siguiendo ese patrón fue incluido el término **Questionnaires (Knowledge, Attitudes, Practice AND pediatrics AND oral health AND Questionnaires)**, arrojando 43 publicaciones disponibles; si se agrega otro término como cuidado dental (**dental care**) la búsqueda se acota en 7 resultados. Finalmente si en la búsqueda se utilizan los siguientes términos: **oral health AND dental/diagnosis AND pediatricians AND questionnaires AND Knowledge, Attitudes**, es solo un estudio el encontrado (Di Giuseppe et.al, 2006).

La información encontrada fue revisada, pudiendo inferir la importancia de la salud oral y su relación con otros profesionales del equipo de salud entre ellos de los médicos pediatras, realizada en variados países, no obstante, no existen estudios locales al respecto.

SALUD ORAL EN CHILE:

En Chile el tema central es relevante, es posible encontrar una gran cantidad de programas destinados a mejorar y mantener las condiciones de vida de los individuos, no obstante, existe un sin número de enfermedades relevantes que se involucran directamente la salud de la población y que no se encuentran resueltas. Las políticas existentes, como por ejemplo los programas del MINSAL (2007), no logran cubrir la totalidad de la población dejando a un amplio rango de pacientes sin

acceso para la mantención de su estado general, tanto en el área médica y bucodental.

Según el perfil epidemiológico y tras estudios realizados (MINSAL, 2007), la salud bucal de la población chilena ha mejorado en el último tiempo, sin embargo, hasta el día de hoy existe una gran cantidad de patologías que se presentan afectando la calidad de vida de las personas que las padecen.

Dentro de las enfermedades orales de mayor prevalencia en nuestro país en la población en general, encontramos: Caries, Enfermedades Gingivales y Periodontales y Anomalías Dento Maxilares (MINSAL, 2007a).

En Chile (MINSAL, 2007^a; Ceballos et al., 2008) el promedio de caries en niños entre 2 y 12 años es de 49.83%, ahora bien, la prevalencia a los 6 años de caries es de 70,36% siendo el daño en la dentición temporal (ceod): 3.71 +/- 1,53 y de dentición definitiva (COPD) de 0.15; en el caso de las anomalías dentomaxilar la cifra apunta al 48,8%, las distintas prevalencias se resumen en el Anexo 1, figura I (MINSAL, 2007).

Es válido mencionar que según los protocolos internacionales y más en los tiempos actuales donde han ido en aumento prácticas de riesgo por parte de los infantes y adolescentes, están en ascenso afecciones orales tales como: Traumatismos Dentoalveolar, lo importante de señalar es que no existe registros nacionales que describan en número la magnitud y prevalencia en desarrollo de Traumatismo Dentoalveolar tanto en dentición temporal como definitiva.

Con lo anterior es que debemos analizar y cuestionarnos porque las medidas instauradas en los programas preventivos no están siendo totalmente eficaces en magnitud (según valores de MINSAL 2007) para combatir las patologías orales más frecuentes, en especial la caries, que hasta el día de hoy sigue comportándose como una de las enfermedades más comunes de la infancia, siendo 5 veces más prevalente que el asma y 7 veces más que la fiebre (Kagihara, 2009; Donahue, 2005).

PATOLOGÍAS BUCODENTARIA DE MAYOR INCIDENCIA

Caries:

La caries es la enfermedad que afecta más a los niños en nuestro país, y que a pesar de que se han realizado muchos esfuerzos para contrarrestarla, no se han logrado llegar a erradicar la incidencia de esta.

La caries es una patología multifactorial, relacionada con la ventana de la infectividad, calidad de las bacterias, acumulación de placa bacteriana, higiene oral y hábitos alimenticios, entre otros (Krol, 2003). Todos estos factores se pueden controlar, de manera que la caries es muy prevenible. Es por esto que el profesional de la salud encargado del cuidado de los infantes tiene que ser el primero en actuar. Para lo cual debemos determinar mediante protocolos internacionales (AAP, 2008), que es lo que debe hacer el pediatra en relación a éstos términos.

La caries es una enfermedad infecciosa transmisible, cuyo contagio se puede generar desde la madre antes de los 71 meses de vida, donde el germen más importante es el *Streptococo mutans* (MS), su periodo más crítico de adquisición, es

durante la llamada "ventana de infectividad" o "infección primaria", que se refiere al momento en que la madre le transmite la infección al niño, denominado esto como: transmisión vertical; esta ocurre debido a conductas como besarlo en la boca, chupar el chupete o la cuchara con la que se alimenta (Palomer, 2006).

La transmisión horizontal con el subsecuente traspaso bacteriano también puede ocurrir y en este caso el canal son los integrantes de la familia (Chandna y Adlakha, 2010). Este periodo comprende desde los 19 a los 36 meses de vida, coincidiendo con la erupción de los molares temporales que aportan con una anatomía irregular, nicho para las distintas bacterias colonizadoras externas.

Los factores a revisar por el pediatra dentro de su examen en el control de niño sano, están:

- **Experiencia de caries:** El pediatra puede levantar el labio de los niños en búsqueda de lesiones cariosas. Estas se pueden ver como manchas blancas, de aspecto tizoso y opaco, ubicadas generalmente en la superficie externa de los incisivos superiores o caras oclusales de molares. Luego cuando la caries es más extensa se podría observar cavitaciones (Krol, 2003). Autores como Tinanoff y Reisine (2009), determinan que un niño menor de 5 años con historia de caries ya es considerado de alto riesgo para futuras lesiones.
- **Factores microbiológicos:** La salud oral de la madre o el cuidador es muy importante, si ellos tienen mala salud oral, es muy probable que le transfieran *Streptococcus Mutans* (SM) a sus niños, (Tinanoff y Reisine, 2009). Motivo por el cual, se debe aconsejar a los cuidadores de no compartir cucharas, vasos y otros elementos por lo menos antes de los 71 meses para evitar la infección.
- **Placa visible:** La presencia de placa es un predictor de caries. La acumulación de placa bacteriana en los incisivos superiores en edades tempranas es un factor relevante en la aparición temprana de lesiones (Tinanoff y Reisine, 2009). Para combatirlo, es importante la realización de higiene oral incluso antes de la aparición del primer diente con una gasa húmeda, luego se debe utilizar un cepillo dental de tamaño adecuado para la edad con dentríficos fluorados. Este cepillado debe ser al menos dos veces al día, en la mañana y antes de ir a dormir (Chandna y Adlakha, 2010) utilizando la técnica rotatoria.
- **Factores de dieta:** El papel de la dieta y los factores nutricionales merecen una consideración especial. Se ha observado que la prevalencia de caries aumenta con un alto consumo de azúcar. Se estima que niveles de consumo de azúcar superior a 50 gr. al día constituye un factor de riesgo, siendo la sacarosa el hidrato de carbono más vinculado en la aparición de caries. Cabe destacar que otro hidrato de carbono como la lactosa, fructosa, galactosa o maltosa, podrían causar el mismo efecto (Castillo, 1997). Este factor es débil si el niño tiene una dosis de fluoruros adecuada (Tinanoff y Reisine, 2009). De manera, que es relevante por una parte determinar si reside en zona fluorada o si los obtiene otra forma como; pastas dentales, alimentos, barniz de Flúor, etc. Para bajar el riesgo cariogénico se debe aconsejar a la madre de manera que el niño consuma menos azúcar, disminuya la frecuencia y que estos sean dentro de las horas de las

comidas relacionadas con el cepillado. En cuanto al uso de mamadera solo debe ser hasta el año de vida, luego hay que motivar al niño a que tome en vaso (Kagihara et al., 2009). El flujo salival disminuye por la noche, por lo tanto si el niño se queda dormido con la mamadera, el contenido se queda en los dientes por toda la noche aumentando considerablemente el riesgo cariogénico, de manera que este hábito debe ser eliminado al igual que las bebidas carbonatadas y azucaradas entre las comidas.

- **Alteraciones del desarrollo:** Múltiples condiciones como; malnutrición de la madre en el tercer trimestre de embarazo y el primer año de vida del infante, bajo peso o enfermedad al nacer está directamente relacionado con el riesgo de desarrollar alteraciones de esmalte, en las cuales por falta de maduración, generan un esmalte más poroso, favoreciendo a la adhesión de la placa y la generación de caries de inicio precoz (Tinanoff y Reisine, 2009). Entonces, es imprescindible para el pediatra saber que existen estas alteraciones, entender el por qué se producen y aconsejar a la madre o cuidador sobre una dieta balanceada. Por otra parte, si estas alteraciones son pesquisadas derivar oportunamente.
- **Estatus socioeconómico:** existe una fuerte relación entre la prevalencia de caries y el nivel socioeconómico. Los niños provenientes de familias de escasos recursos están expuestos a un riesgo mayor. Sin embargo, la severidad de estas lesiones es la misma que aquellos con mayor ingreso (Tinanoff y Reisine, 2009). Este punto es de utilidad para los pediatras en determinar el riesgo de sus pacientes.

Para finalizar es válido señalar que la caries como patología es menos prevalente en países desarrollados debido a su asociación con mejoras en la higiene oral y a programas preventivos, a diferencia de los países menos desarrollados donde el enfoque está en la restauración del daño. (Murthy y Mohandas, 2010).

Traumatismo Dentoalveolar (TDA):

TDA se define como una afección que pudiese generarse en el complejo dentario y óseo (alveolar) producto de algún evento traumático expresado por un golpe en la zona oral. Estas problemáticas en los niños son prevalentes, con una prevalencia reportada de 18% de todas las lesiones en general que el niños de 0 a 6 años puedan sufrir (Flores, 2002). Es por esto que se necesita tener una especial consideración en cuanto a la prevención de éstas por parte de los médicos pediatras. Dependiendo de la intensidad y la dirección del golpe, las posibles lesiones pueden ser variadas, desde una subluxación a una avulsión. Se debe además tomar en cuenta que los tratamientos para la dentición temporal y para la definitiva son distintos, motivo por el cual los protocolos encontrados en la bibliografía están separados (MINSAL, 2007).

La gran prevalencia de trauma dental en niños puede deberse a diversos factores. A partir del año de vida hasta los 3 años, se encuentran en una situación de riesgo, ya

que todavía no logran controlar perfectamente la marcha, se caen con mucha facilidad y los muebles de las casas se encuentran a la altura de sus cabezas. Otra causa, es por falta de seguridad por parte de los padres, al no sentarlos en los autos sobre sillas de seguridad. Es muy importante tener en cuenta principalmente en estos niños, el estar alerta en cuanto a las situaciones de negligencia o abuso por parte de sus cuidadores. Si éstos no toman las precauciones necesarias como el cuidado de los cables de electricidad o caídas de la escalera, es muy probable que se lesionen con éstos. Finalmente, uno de los focos de atención en traumatismo dentoalveolar es el determinar la naturaleza del evento, principalmente si es accidental o por violencia.

Alteraciones Dentomaxilares:

Alteración o pérdida de la normalidad bioanatoesteticafuncional, que afecta a la relación armónica dentomaxilo-maxilar, del sistema estomatognático, pudiendo ser de origen genético o adquirido.

Existen diversos índices para medir el grado de desarmonía y es trabajo del odontólogo determinar el grado de compromiso de las estructuras. Incluso a la hora de prevenir y/o dirigir el crecimiento y desarrollo de los maxilares y dientes para mantener, controlar y conservar normal.

Hoy en día las nuevas ideologías (BCN, 2009; Unicef, 2011) como país apuntan a los derechos del niño y la importancia que estos tienen en el cuidado del infantes, como el primer paso en la prevención es la observación de malos hábitos los que se definen como costumbres adquiridas de forma espontánea y/o dirigidas desarrolladas durante el transcurso de la primera infancia, los que posterior a una cierta edad pueden ir en desmedro de la correcta formación del sistema estomatognático generando problemas faciales, dentarios, fonoaudiológicos y/o funcionales perdiendo la normalidad bioanatoesteticafuncional , dentro de los cuales se encuentran: succión no nutritiva(dedo- chupete), interposición (lengua- labio), presión (interna por dedo y externa por mano) y respiración bucal. Los pediatras deben saber identificar una oclusión normal, así como también investigar si el niño está realizando algún mal hábito para luego aconsejar a las madres o cuidadores y detectar tempranamente estos hábitos, de manera que, no sean perjudiciales para los niños. La edad ideal para la eliminación de estos es a los 24 meses (Kagihara et al., 2009), sin embargo si se prolongan más allá de los 3 años, se debe derivar a un especialista.

ROL DEL PEDIATRA

Para ser exitoso en la prevención de las enfermedades dentales, las intervenciones deben comenzar con el inicio del primer año de vida. La **American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)**, **American Dental Association (ADA)** y **Association of Public Health Dentistry (APHD)** recomiendan que los infantes deberían asistir a la primera citación al odontopediatra a los 6 meses de edad e incluso no más allá de 6 meses después de la erupción del primer diente o sea, a los 12 meses de edad. (AAP, 2008; Krol, 2003; Schalka y rodrigues, 1996; Chandna y Adlakha, 2010; Brickhouse et al., 2008) muy distinto a lo que sucede en la realidad ya que la

primera visita al odontopediatra se hace pasado los 3 primeros años de vida debido a que a esta edad, se tiene un mejor manejo de la conducta de los niños, pero contrario a lo que se podría pensar ya es muy tarde producto que los niños, por lo general, ya tienen patologías orales desarrolladas (Douglas et al., 2009).

Los médicos pediatras están bien posicionados para comenzar con los cuidados de la cavidad oral y proveer una oportuna clasificación del riesgo sobre la enfermedad bucodentales en los niños, lo que les confiere una posición ideal y única hacia las familias responsables del cuidado diario de los infantes (AAP, 2008; Di Giuseppe et al., 2006).

Como camino a seguir, los pediatras deben tener como referencia las guías anticipatorias de la AAPD, las que tienen como objetivo observar la vida del niño en intervalos de edad con distintos puntos de atención en las condiciones orales y la prevención de futuras enfermedades (Ver Anexo1, Tabla III).

Estos intervalos se denomina estadios, los que se describen de la siguiente forma: (Lewis et al., 2004; Plutzer y Spencer, 2008)

- **1er. estadio:** Antes del nacimiento

Se describe como el período de gestación en el que se debe enfocar la atención directamente hacia la madre; los puntos que se deben considerar son:

1. Importancia de la salud bucodental de los padres.
2. Visita al dentista periódica para la examinación y restauración de los daños existentes.
3. Señalar la importancia de la limpieza de rebordes desdentadas con gasa y agua a los infantes.
4. Concepto de dieta libre de alimentos azucarados para el niño

- **Estadio 2:** se describe durante la infancia (0-12 meses)

1. De este estadio es válido señalar que la presencia de caries genera a su vez una probabilidad de desarrollo en la dentición definitiva. Se debe considerar el contagio bacteriano madre a hijo.
2. Conductas de alto riesgo cariogénico relacionado azúcares, especialmente la mamadera nocturna .
3. El concepto de higiene oral se debe manejar, lo que debe incluir:
 1. Medidas de higiene a la madre para disminuir nivel de Streptococcus Mutans.
 2. Promover el masaje de encías durante la erupción
 3. No usar pastas fluoradas.
 4. Limitar el uso de chupete hasta antes de los 12 a 14 meses de edad. (AAP, 2008; Brickhouse et al., 2008).

- **Estadio 3:** se describe desde los 12 a 36 meses de vida.

En este estadio se debe poner énfasis en la derivación al odontopediatría, ya que es en este periodo donde se completa erupción de la dentición temporal y con ellos se incrementa el riesgo de caries. Hay que recordar que la AAPD recomienda que este se debe desarrollar antes de los 12 meses de edad y hasta 6 meses después de la erupción del 1er diente.

- **Estadio 4:** se describe desde los 36 a 72 meses de vida.

Aquí el cuidado debe dirigirse sobre la dentición temporal, considerando la poca importancia que los pacientes le dan a estos dientes por tener la característica de "recambiables". Las instrucciones que el profesional debe dar a la madre principalmente para ser aplicados en el niño son:

1. Lavar los dientes antes de acostarse
2. Utilizar un cepillo suave
3. Usar pasta fluorada (500 ppm de flúor) hasta los 6 años de edad.

De manera transversal de los estadios anteriormente nombrados, los médicos pediatras deben conocer y difundir como acción global las medidas destinadas a la prevención principalmente de caries como enfermedad oral de mayor incidencia, dentro de las cuales se describe:

- **Higiene:** relacionado con el cepillado al menos dos veces al día con cepillo suave.
- **Dieta:** Se refiere al consumo de azúcares en gran cantidad y frecuencia, siendo este último el factor más importante. Si la frecuencia es mayor, más probabilidades hay de tener caries.
- **Flúor:** en relación a este canal preventivo se debe mencionar que este tema es el de mayor manejo y conocimiento por los Pediatras a nivel global (Douglas et al., 2009).

Respecto a este punto, en Chile hace algunos años se fluoraron las aguas de ciertas regiones del país (Gómez, 2010), lo cual ha sido beneficioso en disminuir la prevalencia de caries. Para los lugares donde no están fluoradas las aguas, se recomienda incrementar su presencia a través de enjuagues de flúor, fluoración tópica o uso de pastas de dientes con alto contenido en flúor. Por otra parte, es importante agregar que todos los niños deben usar pastas fluoradas, no obstante, su nivel de riesgo cariogénico determina su concentración. Por último volver a recalcar que no se debe dejar pasar la relación de las distintas concentraciones de flúor en otros vehículos como el agua, para así poder determinar con exactitud la prescripción de este a las distintas etapas o estadios. (Krol, 2003) (Ver Anexo1, Tabla I)

- **Sellantes:** Es una medida preventiva, parte del programa AUGE-GES que se encarga de la aplicación de sellantes en niños de 6 años de edad (MINSAL, 2005). Ayuda a prevenir las caries ya que, disminuye las irregularidades de puntos y fisuras. Esto debe ser conocido por el pediatra ya que las madres generalmente no conocen todos los planes de salud disponibles por lo que el pediatra debe informar sobre estas garantías.

La evidencia deja en manifiesto que los profesionales de la salud del área médica y en este caso los Pediatras basan su examen en el estado físico general, no considerando patrones intraorales patofisiológicos o factores de riesgo asociados, como por ejemplo la caries (AAP 2008; Kagihara, 2009) echando por la borda los conceptos señalados anteriormente y preconizados por entidades mundiales como la AAPD, muy por el contrario en países como Estados Unidos es el "Dental Home" el concepto actual de atención que se pretende (Kagihara et al., 2009; Lewis et al., 2004), el cual apunta a la relación entre el dentista y el paciente en el cuidado y mantención de la salud oral (Ver Anexo, Figura II). Mas hoy en día, se debe incluir en este binomio a los pediatras, de manera que se produzca una triada de atención integral. Sin embargo, este nuevo integrante necesita tener herramientas para lograr el correcto diagnóstico y subsecuente derivación, por lo que la AAP y AAPD recomiendan a los profesionales de la salud infantil usar el protocolo que determina el riesgo cariogénico ("Caries Risk Assessment Tool", CAT) (Kagihara et al., 2009) (ver Anexo 1, Tabla II), para así luego definir una línea de tratamiento según lo propuesto en sus protocolos por parte de la AAP (AAP, 2008) formando así una entidad completa e integral como un "Medical-Dental Home", (Krol, 2003). Estos esfuerzos ayudarán a contribuir una interrelación basada en la evidencia sobre la prevención en Salud Oral y la intervención temprana con el fin de mejorar la calidad de vida e integridad de los infantes.

Con la situación bucal de Chile, queda en manifiesto que se necesita un equipo profesional preparado para enfrentar este nuevo desafío, por lo que al igual que otros países (EE.UU.), se vuelve necesario proponer que los pediatras reciban capacitaciones en medidas preventivas, aportando sobre todo a las familias que tengan acceso limitado a salud oral, tal como se expone en el estudio de Charlotte W. Lewis et al. (Lewis et al., 2000); por su parte Donahue (2005) estipula que con 2 horas de capacitación a los médicos pediatras, estos serían capaces de distinguir lesiones de sanidad con valores netos de 92-100% de especificidad y de 87-99% de sensibilidad dentro de un examen oral simple (Krol, 2003) tal y como se grafica en las imágenes del adjunto (Ver Anexo 2, tabla III) y que como respuesta a esto tengan la iniciativa de derivar en el momento oportuno al odontopediatra sobretodo a temprana edad (menores de 3 años) (Lewis et al., 2000).

Por otra parte, también existen referencias que apuntan a que no obstante, se han generado instancias, de perfeccionamiento de Médicos Pediatras en prevención de problemas orales, no existe las derivaciones subsecuentes. Ante esto se pueden considerar diversos factores, tales como: falta de entrenamiento (a pesar de tener los conocimientos teóricos), tiempos inadecuados de atención, inhabilidad de entregar

instrucción de salud oral, percepción de los padres como innecesario y no encontrar dentistas a quienes derivar (Lewis et al., 2009). En los casos donde el pediatras emite indicaciones a las madres para el cuidado de sus infantes, estas solo se realizan de forma verbal no escrito, logrando que la información entregada no sea considerada ni entendida por los padres y/o apoderados de los niños (AAP, 2008).

Los clínicos que derivan mayormente, son los que componen equipos de salud en centros hospitalarios (De la Cruz et al., 2004), al contrario de los clínicos que no trabajan en equipos multidisciplinarios, con 20 o más años de experiencia y que atienden a mas de 80 pacientes a la semana y que dentro de ellos más del 60% de los pacientes son niños pre-escolares (De la Cruz et al., 2004).

Otro factor en el actuar médico es el deseo de ellos a realizar conserjería sobre estos tema o si ellos están dispuestos a implementar esta nueva tarea, un estudio determinó que el 90% estuvo de acuerdo en la importancia de su rol preventivo y de detectar lesiones orales, sin embargo, la mitad llamaron a veces a una oficina dental o hicieron una citación para esos pacientes y el 96% le dieron el nombre del dentista al cual debían acudir, sin asistencia adicional (Lewis et al., 2000).

Un amplio número de los encuestados señaló que está de acuerdo con que sean los médicos y enfermeras quienes entreguen conceptos de prevención y salud oral en niños. El 77.3% de los encuestados señaló que los médicos si pueden detectar una enfermedad dental en niños pequeños a pesar, de que un bajo porcentaje cree que la dentición temporal tiene relevancia. Investigaciones anteriores han demostrado que los médicos entrenados sobre técnicas conocimiento dental detectan cavidades y lesiones. Estos resultados sugieren la necesidad de proporcionar educación para el personal (Mathu-Muju et al., 2008), considerando que solo el 50% dijo haber tenido instrucción en la universidad o internado y solo el 9% respondió correctamente las preguntas de conocimiento (Lewis et al., 2000).

Krol (2003) describe en su trabajo estrategias para que los pediatras puedan apuntar una mejor detección de alteraciones en pro de la salud, las cuales se basan en mejorar la educación entregada durante los años de estudio y que esto sea reforzado por medio de clases teóricas pero por sobre todo actividades prácticas que solidifiquen el conocimiento recibido.

CANAL DE RECOPIACIÓN DE DATOS:

Un canal válido para recopilar información son las encuestas (Torrel, 2000), las cuales se definen como un instrumento conformado por serie de preguntas gráficas y/o verbales, utilizado para la recogida de información (Torrel, 2000) y diseñado para poder cuantificar, universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la misma, que en este caso apunta a evaluar cuanto saben los pediatras sobre el tema global de este estudio.

Las encuestas han sido utilizadas como métodos de recolección de datos en múltiples investigaciones, la cual debe ser estructurada con el fin de que todos los

procesos de aplicación de preguntas sean de la misma forma, siguiendo el mismo orden y de manera estandarizada (Torrel, 2000), logrando abarcar un universo de contenido, más allá de lo inherentes a temas de salud. Pero si revisamos la literatura podemos observar que en base a captar el conocimiento sobre un tema en particular, es este tipo de paradigmas en los que se basan para lograr los objetivos.

De los tipos de encuesta el modelo a utilizar será el de autocumplimiento (Torrel, 2000), los cuales se caracterizan por ser de bajo costo, promueve el anonimato, ayuda a dar respuestas estandarizadas y elimina el sesgo que el entrevistador puede generar al expresar verbalmente cada una de las preguntas esperando respuesta.

De los artículos revisados para conformar este marco teórico 16 publicaciones (Brickhouse et al., 2008; Botterberg et al., 2008; Caspary et al., 2008; De La Cruz et al., 2004; Di Giuseppe et al., 2006; Gonsalves et al., 2005; Krol, 2003; Lewis et al., 2009; Lewis et al., 2004; Lewis et al., 2000; Mathu-Muju et al., 2008; Murthy y Mohandas, 2010; Schalka y Rodrigues, 1996) usaron encuestas y/o cuestionarios los que consideraron tipología de preguntas adecuadas, respecto a los objetivos planteados por los mismos. Estas fueron aplicadas de distintas formas: vía telefónica, personal y online. No todas las publicaciones adjuntan a sus trabajos las encuestas utilizadas, solo lo hacen 3 de ellos (Brickhouse et al., 2008; De La Cruz et al., 2004; Di Giuseppe et al., 2008).

En los artículos no se aborda información a cerca de la validación de los cuestionarios utilizados, solo se explica la población objetivo receptoristas de la misma.

En este estudio se utilizará el modelo de encuestas exploratoria (OMS, 1997), la cual consiste en un listado de preguntas que abarquen la información que se quiere poner en cuestionamiento en base a las respuestas que se quiera obtener, la que permitirá la recolección de datos destinados a cuantificar cuales son los temas dentro de salud oral que más sean manejados por los Médicos pediatras de la regiones Metropolitana y Valparaíso. Torrel (Torreol,2000), determinó que realizar estudio piloto constituye un método válido para detectar errores en el planteamiento general y particular de las preguntas, además de considerar el tiempo y actitud de los participantes a la hora de la aplicación, es con la anterior que se lograría la validación del instrumento a utilizar.

Encuestas Online: Ante el aumento generalizado del uso de la red de Internet, no resulta extraño que en los últimos años, una parte de la atención se haya centrado en las posibilidades que el nuevo mundo brinda para la investigación de mercados en general y para la realización de encuestas, en particular.

Efectivamente, a medida que el uso de Internet en la investigación de mercados se va generalizando, se hace necesario un mayor conocimiento acerca de los condicionantes que ayudan a obtener mejores resultados, tanto en términos de cantidad como en calidad de la respuesta. En los últimos diez años, diversos autores han analizado desde diferentes perspectivas las ventajas y los inconvenientes que brinda Internet para canalizar encuestas.

Ventajas:

- Mayor amplitud geográfica
- Procesos con menos etapas
- Menor costo total y eficiencia económica
- Mayor eficiencia (por número de encuestas) y velocidad de respuesta
- Seguimiento automático y control on-line de las respuestas dudosas
- Ejecución más interactiva, atractiva y divertida
- Mayor sinceridad debido a la auto-administración
- Mayor flexibilidad para la tramitación del cuestionario
- Mayor precisión o menores errores humanos
- Detección de patrones de participaciones incompletas

Desventajas:

- Coste del acceso a Internet para el encuestado en algunos países
- No generalización de acceso a Internet y perfil de encuestados muy específico
- Dificultad en la obtención en un marco muestral
- Dificultad de determinar la tasa de respuesta
- Sesgo de método/ posibles resultados sesgados
- Múltiples respuestas por parte de una misma persona
- Tiempo de descarga de los elementos de un cuestionario. Por ejemplo: videos, fotos y otros elementos multimedia.
- Auto-clasificación del correo de invitación como Spam (correo no deseado)
- Tasa de respuesta del grupo de control menor

Es importante hacer un esfuerzo por conocer como funcionan las encuestas on-line bajo diferentes condicionantes: incentivos, personalización de los mensajes y periodicidad de las invitaciones para participar en los estudios. De este modo, permitir que se desarrollen pautas generales, con la intención de mejorar la administración y los resultados de las encuestas online. (Sánchez et al., 2009; Weiss et al., 2010).

Objetivo General:

Evaluar el conocimiento, actitud y práctica de los Médicos Pediatras de las regiones Metropolitana y Valparaíso de Chile con respecto a Salud Oral.

Objetivos Específicos

1. Determinar el *Conocimiento* que poseen los Médicos Pediatras de las regiones Metropolitana y Valparaíso en la identificación, manejo y Factores de riesgo asociados a las patologías orales más frecuentes (Caries, Maloclusiones y TDA).
2. Evaluar la relación entre conocimiento y años de trabajo post-especialidad, tipo de servicio y región donde ejerce el Pediatra.
3. Conocer las *Actitudes* de los Médicos Pediatras de las regiones Metropolitana y Valparaíso en cuanto a medidas preventivas y detección de hábitos nocivos en el desarrollo de caries, Maloclusiones y TDA y la importancia de su rol.
4. Evaluar la relación que existe entre la Actitud de los Médicos Pediatras en relación a los años de ejercicio especialista y región.
5. Determinar la Relación entre nivel de práctica con número de pacientes diarios y horas laborales semanales.
6. Evaluar la relación entre Conocimiento y en la práctica clínica, tales como: Examen, Prevención y Recomendación.
7. Evaluar la relación entre el tipo de práctica y medidas preventivas
8. Identificar la *Práctica* de los Médicos Pediatras de las regiones Metropolitana y Valparaíso en cuanto a Examen, Recomendación y Prevención.

Materiales y Métodos

Diseño Metodológico:

El estudio realizado es del tipo Descriptivo exploratorio ya que apuntó a mostrar la realidad de Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras en temas en Salud Oral.

Universo y Muestra

Fue constituido por los médicos Pediatras pertenecientes a la "Sociedad de Pediatría Chilena (SOCHIPE)" de las V y XIII regiones del país, de los cuales 862 corresponden a la Región Metropolitana y 100 a la V región.

Cabe destacar que este universo fue tomado de datos fidedignos de la sociedad y está dentro de un valor mayor de 1476 Doctores afiliados en Chile registrados entre los años 1950 a 2010.

Considerando los criterios de inclusión y exclusión, que luego se mencionarán, los universos resultaron en 782 Médicos Pediatras de la XIII región y 80 de la V región, dando un total de 862 Pediatras como Universo (N) final.

Sujeto de Estudio:

Tomando en consideración que no existió muestreo, se debe considerar como muestra (n) a los Pediatras que accedieron a contestar la encuesta de ambas regiones dando un valor de 81. Por lo que para calcular el error estimado se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot ee^2 + p \cdot (1-p)}$$

Figura 1: Fórmula para el cálculo de la muestra (n).

En la cual, se consideraron los siguientes valores:

- Universo (N): 862 Pediatras
- Valor de $p=q$ de 0.5
- Nivel de confianza de 95% (0.95)
- Tabla de distribución normal un valor de Z de 1.95996398
- Muestra (n): 81 Pediatras

Este cálculo arrojó un valor de error de estimación entre la proporción de preguntas correctamente respondidas a nivel poblacional y muestral de 5.1%.

Criterio de Inclusión:

Se consideraron las siguientes características:

1. Médicos Pediatras (especialistas).
2. Pertenecientes a la Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE) de las filiales Región Metropolitana y Valparaíso.
3. Médicos Pediatras que puedan ser comunicados vía mail con SOCHIPE.
4. En servicio activo de su profesión, tanto en servicio público como privado.

Criterios de Exclusión:

Se consideraron las siguientes características:

1. Médicos Pediatras cuyas direcciones de correo no son correctas.
2. Encuestas no contestadas en su totalidad (100%).

Recolección de Datos:

La Sociedad Chilena de Pediatría determinó no entregar el listado de correos electrónicos ni datos de sus miembros luego de la carta de invitación por el Docente Guía de la investigación Dr. Juan Eduardo Onetto C. enviada a la misma (ver Anexo 4, Figura I).

Con lo anterior es que el acceso a los Profesionales fue por medio de la Sociedad Chilena de Pediatría filiales RM y V región, donde fueron ellos los que por medio de una invitación online informaron a sus miembros la existencia del estudio, la que fue enviada 2 veces a todos los participantes con un intervalo de 4 semanas entre una y otra. (ver Anexo 4, Figura II).

Instrumento de Medición:

El instrumento utilizado fue una modificación de la presentada en el trabajo "Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy" (Di Giuseppe et al, 2006), modificada y validada bajo el proceso de un estudio piloto. La encuesta fue exploratoria y anónima aplicada a los Pediatras invitados (ver Anexo 3) por SOCHIPE filiales regionales de Valparaíso y Metropolitana. Esta fue aplicada de forma online por medio de un link directo estipulado en una página web www.thesisuv.com (ver Anexo 2) especialmente creada para la realización de este estudio, el cual estuvo habilitado y recepcionando encuestas durante 10 semanas.

La página web contó con 4 pestañas donde en la principal (inicio) poseía un recuadro que mostraba el ingreso directo a la encuesta. (ver Anexo 2, Figura I)

La segunda pestaña presentaba Información relevante (ver Anexo 2, Figura II), la tercera pestaña señalaba los curriculum de los investigadores (ver Anexo 2, Figura III) y por último la cuarta pestaña generaba un espacio de comunicación directa con los ejecutores de la investigación (ver Anexo 2, Figura IV).

Las encuestas fueron creadas bajo el programa Lime Survey,(Ver Anexo 5) el que posteriormente generó una base de datos en Excel (Ver anexo 7) con las distintas preguntas y respuestas.

Conformación de Encuesta: (Ver Anexo 3)

Se definió como un listado de preguntas en formato online, la cual constó de partes clasificadas según los objetivos planteados inicialmente.

Secciones:

Fueron 5 secciones: Características demográficas, Conocimiento, Actitud, Práctica e Información. Cada una de ellas estuvo compuesta por preguntas que apuntaban a obtener respuestas que luego permitieran realizar el análisis.

Formato de preguntas y respuestas:

Características Demográficas: constituido por 7 preguntas de respuesta corta donde se consideraron tópicos personales y laborales. (Ver Anexo 3, figura II y III)

Conocimiento: se subdividió en 2 formas de pregunta:

1. La primera : 4 imágenes donde por medio de 7 preguntas con formato de respuesta de alternativas (las 3 primeras con 2 preguntas cada una y la 4ta. con una pregunta) se abordaban situaciones clínicas en cuanto a patologías orales (acumulación de Biofilm, hipoplasia, maloclusión y TDA), solicitando identificación y manejo en las 3 primeras y solo manejo en la 4ta. (Ver Anexo 3, figura IV - VII)
2. La segunda: tabla con 4 columna, donde en la primera se expresaban en 7 filas distintos factores de riesgo, en las otras 3 columnas se mencionaban: caries, maloclusión y traumatismo dentoalveolar sucesivamente . El método de respuesta fue seleccionando con "click" la relación que consideraran correcta en cuanto a cada patología con los distintos factores de riesgo. (Ver Anexo 3, figura VIII - X)

Actitud: en esta parte se presentó un cuadro con 9 afirmaciones cuya escala de respuesta fue de acuerdo a la opinión de los temas en cuestión (Escala Likert), las opciones fueron: "de acuerdo", "medianamente de acuerdo" y "en desacuerdo". Ante esto los Pediatras seleccionaron con un "click" la opción que ellos consideraron correcta. (Ver Anexo 3, figura XI).

Práctica: en esta sección se utilizan enunciado en patrón de pregunta, las cuales debían ser respondidas por medio de alternativas en dos formatos:

1. dicotómico (si o no) y
2. Varias opciones desde la "a" a la letra "e".
3. En esta área se consideraron 3 temas (Ver Anexo 3, figura XII- XV):
 1. Examen: Se desarrolló por medio de 2 preguntas cuya temática fue el examen bucal.
 2. Recomendación: Se desarrolló por medio de 3 preguntas, las que consideraban temas de derivación y prescripción.
 3. Prevención: Se desarrolló por medio de 3 preguntas las que consideraban temas relacionados con dieta, higiene oral y flúor

Información: en esta sección se desarrollaron 2 preguntas cuya forma de respuesta fue de alternativas. En la primera pregunta las posibles respuestas fueron 5 (de la "a" a la letra "e") y en la segunda pregunta las opciones fueron dicotómica (si o no). (Ver Anexo 3, figura II y XV).

Estudio Piloto: (ver Anexo 8)

Análisis Demográfico:

El estudio piloto fue realizado en las ciudades de Viña del Mar (V región) y Santiago (Región Metropolitana), a 10 Médicos Pediatras de los cuales 8 residen y trabajan en la V región y los otros 2 en la Región Metropolitana.

Diseño Estudio Piloto:

El procedimiento se realizó de manera presencial y/u online por medio de una encuesta explorativa (Anexo 8) aplicada a los Médicos pediatras disponibles a responder.

Se procuró que el encuestador no diera veredicto ni consejos sobre las preguntas, solo al llegar a las consultas les realizó una introducción para encaminar a la aplicación de la encuesta. Por otro lado, el entrevistador fue el encargado de tomar el tiempo de completación de la encuesta en el caso de las presenciales y los mismos profesionales en el caso de las online.

Análisis de los Resultados:

1. Comprensión de las preguntas:

Sección B:

En relación a las preguntas orientada con fotografías clínicas se observó dificultad en cuanto a la detección de la patología por la resolución de las imágenes.

Práctica: en esta sección se utilizan enunciado en patrón de pregunta, las cuales debían ser respondidas por medio de alternativas en dos formatos:

1. dicotómico (si o no) y
2. Varias opciones desde la "a" a la letra "e".
3. En esta área se consideraron 3 temas (Ver Anexo 3, figura XII- XV):
 1. Examen: Se desarrolló por medio de 2 preguntas cuya temática fue el examen bucal.
 2. Recomendación: Se desarrolló por medio de 3 preguntas, las que consideraban temas de derivación y prescripción.
 3. Prevención: Se desarrolló por medio de 3 preguntas las que consideraban temas relacionados con dieta, higiene oral y flúor

Información: en esta sección se desarrollaron 2 preguntas cuya forma de respuesta fue de alternativas. En la primera pregunta las posibles respuestas fueron 5 (de la "a" a la letra "e") y en la segunda pregunta las opciones fueron dicotómica (si o no). (Ver Anexo 3, figura II y XV).

Estudio Piloto: (ver Anexo 8)

Análisis Demográfico:

El estudio piloto fue realizado en las ciudades de Viña del Mar (V región) y Santiago (Región Metropolitana), a 10 Médicos Pediatras de los cuales 8 residen y trabajan en la V región y los otros 2 en la Región Metropolitana.

Diseño Estudio Piloto:

El procedimiento se realizó de manera presencial y/u online por medio de una encuesta explorativa (Anexo 8) aplicada a los Médicos pediatras disponibles a responder.

Se procuró que el encuestador no diera veredicto ni consejos sobre las preguntas, solo al llegar a las consultas les realizó una introducción para encaminar a la aplicación de la encuesta. Por otro lado, el entrevistador fue el encargado de tomar el tiempo de completación de la encuesta en el caso de las presenciales y los mismos profesionales en el caso de las online.

Análisis de los Resultados:

1. Comprensión de las preguntas:

Sección B:

En relación a las preguntas orientada con fotografías clínicas se observó dificultad en cuanto a la detección de la patología por la resolución de las imágenes.

Hubo complicaciones en cuanto al entendimiento de la metodología de pase de preguntas en cuanto a la pregunta inicial (ejemplo: si contestó A contesta esta). En cuanto a la pregunta 2 no fue comprendida la pregunta por falta de enunciado claro, más bien, se tendía a detectar la lesión más que cual era la estructura afectada.

Sección D:

Respecto a la pregunta D8 fue planteado por los profesionales la incorporación de una alternativa que indicara "depende de la edad".

En la pregunta D4 los profesionales presentaban confusión en cuanto a quien estaba dirigida la pregunta y la indicación que esta mostraba.

En la pregunta D9 los profesionales indicaron otra edad fuera de las alternativas señaladas.

2. *Tiempo de respuesta:*

El rango de tiempo cronológico utilizado para contestación la encuesta aplicada fue de 5 a 18 minutos.

3. *Percepciones de los entrevistados:*

Sección B:

Considerando la extensión del cuadro expuesto, los profesionales indicaron su desacuerdo con la presentación de este en la primera página debido a que esto generó la percepción de una cuesta tediosa y larga.

Sección C:

También los Pediatras manifestaron que "la tabla no era muy amistosa...aburrida".

4. *Actitud de los entrevistados:*

En general antes de responder la encuesta, estos realizaban una vista general de ella, enfocando su atención en la sección B de fotos, incentivándolos a contestar.

Del total de encuestados, uno de ellos no la respondió completa la razón de esto fue por tiempo.

9 de los 10 profesionales contestaron en una actitud positiva las preguntas, sin embargo, hubo una pediatra que cuestionó los objetivos de la encuesta avocando a que se estaba "...poniendo a prueba el conocimiento ...".

5. *Percepción del encuestador:*

Se puede resumir que el proceso de encuesta no generó mayores problemas, por el contrario, y considerando el poco tiempo otorgado para contestar se obtuvo un positivo número de respuestas.

6. Método de recopilación de datos:

Luego de considerar que para obtener datos el tiempo utilizado y la disponibilidad de los Pediatras no era posible de concretar, se planteó la idea de realizarlo solo online y no presencial.

Reconformación de material de aplicación (encuesta): ver anexo 3

1. Sección B:

- En cuanto a la tabla se disminuyó el número factores de riesgo, dejando solo los que se consideraron imprescindibles por otra parte está fue cambiada en su orden con respecto a las fotos presentadas
- Para cada fotografía se implementará un enunciado y las respuestas serán sucesivas sin optar por la opción del "pase, dependiente de la respuesta anterior".

2. Sección D:

- En D8 se agregó una alternativa: "depende de la edad".
- En D9: se eliminó a toda edad y se reemplazó por otra dejándola como pregunta abierta.
- Por otro lado D9 se categorizó con alternativas para su posterior tabulación.

3. Sección E:

- Por otro lado E1 se categorizó con alternativas para su posterior tabulación.

4. Otros:

- Por condiciones de tiempo y disponibilidad de los Pediatras se decidió realizar la encuesta por medio online.
- Se cambió el orden del Item "Conocimiento", dejando primero las fotografías clínicas con sus preguntas y luego el cuadro de factores de riesgo.

Variables:

SECCIÓN	VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL UNIDAD DE MEDIDA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
---------	----------	---------------	--	-----------------------

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

	Año de Egreso de la Especialidad	Cuantitativa, discreta	Años	Años transcurridos desde que egreso de la especialidad hasta la fecha actual.
	Ciudad donde Ejerce	Cualitativa, nominal	Nombre de la Ciudad	Nombre del lugar geográfico en el que se ubica sus lugar de trabajo.
	Tipo de Servicio	Cualitativa, nominal	Privado, Particular o ambos	Clasificación según relación o no con estado de Chile del lugar en donde trabaja.
	Horas Semanales de trabajo	Cualitativa, nominal	Las posibles respuestas son: <ul style="list-style-type: none"> • <10 • 11-20 • 21-30, • 31-40, • > 40 Horas 	Medida en horas cronológicas de la práctica clínica con pacientes en los 5 días hábiles de la semana.
	Número de Pacientes Diarios	Cualitativa, nominal	Las posibles respuestas son <ul style="list-style-type: none"> • <5 • 5-10 • 11-20 • >20 Personas 	Número de personas que el clínico examina durante las horas laborales diarias.

CONOCIMIENTO: Entendimiento o Noción (Rae, 2009)

	Conocimiento	Cualitativa, nominal	Los posibles porcentajes de respuestas correctas son: <ul style="list-style-type: none"> 0-25% 26-50% 51-75% 76-100% 	Porcentaje de respuestas correctas en cuanto al ítem completo de conocimiento.
--	---------------------	-----------------------------	--	--

<p>Identificación: Acción y efecto de identificar o identificarse. (Rae, 2009)</p>	<p>Manchas por comida</p>	<p>Cualitativa, dicotómica</p>	<p>Identificar la presencia o no de esto en una foto clínica (SI o NO). Determinar el manejo asociado a la Patología oral.</p>	<p>Mácula oscurecida por lo general con relieve sobre los dientes por la acumulación de comida y otros depósitos bacterianos.</p>
	<p>Mordida abierta</p>	<p>Cualitativa, dicotómica</p> <p>-----</p> <p>Cualitativa, nominal</p>	<p>Identificar la presencia o no de esto en una foto clínica (SI o NO). Determinar el manejo asociado a la Patología oral, dentro de las siguientes: -No la considero importante -Controlo en el tiempo -Receto Flúor -Derivo a odontopediatra</p>	<p>Disrelación vertical donde solo contactan los dientes posteriores dejando en inoclusión los anteriores, esto se debe principalmente a malos hábitos mantenidos en el tiempo.</p>
	<p>Hipoplasia</p>	<p>Cualitativa, nominal</p> <p>-----</p> <p>Cualitativa, nominal</p>	<p>Identificar la presencia o no de esto en una foto clínica (SI o NO). Determinar el manejo asociado a la Patología oral, dentro de las siguientes: -No la considero importante -Controlo en el tiempo -Receto Flúor -Derivo a odontopediatra</p>	<p>La hipoplasia del <u>esmalte</u> se define como un defecto del desarrollo de los tejidos duros del diente que ocurre antes de la erupción del mismo como resultado de un trastorno en la formación del esmalte.</p>
<p>Manejo: Desenvolverse con habilidad en los asuntos. (Rae, 2009)</p>	<p>Avulsión</p>	<p>Cualitativa, nominal</p>	<p>Determinar el manejo asociado a la Patología oral, dentro de las siguientes: - Cohíbo la hemorragia + derivo al odontopediatra</p>	<p>Salida del diente brusca fuera del alvéolo posterior a un Traumatismo.</p>

			<p>p-Derivo de urgencia al odontopediatra</p> <p>-Limpio, observo e intento reubicar el diente + derivo al odontopediatra</p> <p>-Receto antiinflamatorio-analgésico + reposo+ derivo al odontopediatra</p>	
Factores de Riesgo	Caries	Cualitativa, nominal	<p>Patologías Oral en la cual se relacionaran los distintos factores de riesgo. Las opciones son: SI, NO, NO LO SE</p>	<p>Es una <u>enfermedad</u> multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del <u>diente</u> como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la <u>placa bacteriana</u> a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta.</p>
	Traumatismo Dentoalveolar (TDA)	Cualitativa, nominal	<p>Patologías Oral en la cual se relacionaran los distintos factores de riesgo. Las opciones son: SI, NO, NO LO SE</p>	<p>Alteración de los dientes y las estructuras asociadas a él, posterior a un golpe proveniente de un accidente, pudiendo ir desde una pequeña hemorragia proveniente del crévice hasta la salida completa desde su alveolo del diente, incluyendo fractura de hueso y otras estructuras.</p>
	Maloclusión (MO)	Cualitativa, nominal	<p>Patologías Oral en la cual se relacionaran los distintos factores de riesgo. Las opciones</p>	<p>Se define como toda desviación de la oclusión normal. La que puede estar generada por: mal posición dentaria y/o</p>

			son: SI, NO, NO LO SE	alteración en el número, forma y tamaño de los elementos. Dentarios, mala relación y/o mal desarrollo de las estructuras basales de los arcos dentarios, mal posición y/o malformación de la mandíbula, mal desarrollo del maxilar superior, alteración muscular.
	Diente en mala posición	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	Posición espacial inadecuado de los diente en si mismos y en relación con los demás en el arco dentario.
	Frecuencia en el consumo de azúcar	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	Ingesta de sólidos y líquidos azucarados el alta cantidad y veces por día.
	Inicio de marcha	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	Comienzo en años cronológico en el que el niño comienza a caminar, se puede asociar a la estatura de ellos y su alcance con los distintos artículos a su paso.
	Lactancia materna	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	Hábito de succión de pecho de los infantes alrededor de su primer año de vida.
	Cepillado	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA	Hábitos de higiene

	Inadecuado de dientes		en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	oral sin técnica aparente y no asociado a la alimentación.
	Uso de Chupete	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	Hábito de succión de chupete extendido en el tiempo.
	Uso de mamadera	Cualitativa, nominal	Caries, MO, TDA en relación con NO, SI, NO LO SE. Por lo que se describen 9 posibilidades donde se deben elegir 3 combinaciones	Hábito de succión de mamadera sin asociar a cepillado.

ACTITUD: Disposición de ánimo y/u opinión manifestada de algún modo. (Rae, 2009)

Actitud	Cualitativa Ordinal	Los posibles porcentajes de respuestas correctas son: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	Porcentaje de respuestas correctas en cuanto al ítem completo de Actitud.
El higiene oral y la dieta es importante para prevenir la caries dental	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	El higiene oral y la dieta es importante para prevenir la caries dental
El pediatra debe proporcionar un examen intraoral	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	El pediatra debe proporcionar un examen intraoral
El suplemento de pastillas de flúor es importante para prevenir la caries dental	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	El suplemento de pastillas de flúor es importante para prevenir la caries dental
El Pediatras tiene un papel primordial en la prevención de las enfermedades bucodentales	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	El Pediatras tiene un papel primordial en la prevención de las enfermedades bucodentales

	Seguir al paciente luego de realizar la derivación	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	Seguir al paciente luego de realizar la derivación
	Seguir al paciente luego de la derivación	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	Seguir al paciente luego de la derivación
	La caries se puede prevenir	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	La caries se puede prevenir
	Los TDA se pueden prevenir	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	Los TDA se pueden prevenir
	Las MO se pueden prevenir	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	Las MO se pueden prevenir
	La visita de rutina es importante en la prevención de las enfermedades bucodentales	Cualitativa ordinal	De acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo	La visita de rutina es importante en la prevención de las enfermedades bucodentales

PRÁCTICA O COMPORTAMIENTO: Aplicación de una idea o conocimiento (Rae, 2009).

	Práctica	Cualitativa ordinal	Porcentaje de respuestas correctas en cuanto al ítem completo de Práctica. Los niveles son: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	Aplicación de una idea o conocimiento en la práctica diaria del Pediatra.
	Prevención	Cualitativa ordinal	Porcentaje de respuestas correctas en cuanto a las 3 preguntas de la subdivisión de prevención: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. (Rae, 2009)
Prevención	Evaluación de hábitos alimenticios	Cualitativa, dicotómica	Las opciones son: SI, NO	Práctica clínica que los pediatras realizan con todos sus pacientes.
	Recomendación de	Cualitativa,	Las opciones	Práctica clínica que

	higiene oral	dicotómica	son: SI,NO	los pediatras realizan con todos sus pacientes.
	Prescripción de uso de Pasta fluorada con presencia de agua fluorada	Cualitativa, dicotómico	Las opciones son: SI,NO	Prescripción de pasta fluorada considerando la concentración de flúor en el agua de la zona de residencia del paciente
	Examen	Cualitativa ordinal	Porcentaje de respuestas correctas en cuanto a las 2 preguntas de la subdivisión de Examen. Los niveles son: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	Práctica clínica diaria del Pediatra hacia sus pacientes relacionado a temas de salud oral.
Examen	Examen Bucal	Cualitativa, dicotómica	Las opciones son: SI, NO	Práctica clínica que los pediatras realizan a sus pacientes la que consta de la observación de la cavidad oral.
	Observación en el examen	Cualitativa, nominal	Las opciones son: -Dientes -Dientes y encías -Labios y dientes -Labios y encías -Labios, dientes y encías.	Observación en el examen bucal que los pediatras realizan con todos sus pacientes.
	Recomendación	Cualitativa ordinal	Las opciones son: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	Porcentaje de respuestas correctas en cuanto a las 3 preguntas de la subdivisión de Recomendación.
Recomendación	Primera visita al Odontopediatra	Cualitativa ordinal	Las opciones son: -Nacimiento -6 meses -1 año -2 años -3 años	Edad cronológica de primera derivación a odontopediatra.

	Frecuencia de los Controles Odontológicos	Cualitativa ordinal	Las opciones son: -Una vez al año -Cada 6 meses -Cada mes - Sólo urgencias	Tiempo de intervalo entre visita odontológica
	Comienzo de uso de pasta fluorada	Cualitativa Ordinal	Las opciones son: -Desde los 6 meses -Desde el primer año -Desde los 3 años -Desde los 6 años	Práctica clínica en relación al dentífrico, que los pediatras comienzan a realizar a una con todos sus pacientes a una determinada edad.
INFORMACIÓN: Enterar, dar noticia de algo (Rae,2009)				
	Lugar donde obtiene información de salud oral	Cualitativa, nominal	Las opciones son: -Asociaciones Científico revista -Colegas -Cursos de educación continua -Ninguno -Otros	Fuente física o virtual de donde el Pediatra recolecta información sobre Salud Oral.
	Necesidad de tener más información sobre Prevención de enfermedades bucodentales	Cualitativa, dicotómica	Las opciones son: SI, NO	Sensación de necesidad de obtener más información ya que la formación clínica no especifica estos contenidos

Tabla 1: Variables: sección, clasificación, tipo y Unidad de medida.

Análisis de encuesta:

La encuesta aplicada fue una modificación de la utilizada por Di Giuseppe et al. (2006), sometida previamente a estudio piloto.

Consistió en: una parte de datos demográficos y 3 Secciones de contenido, las cuales comprenden: a) Conocimiento; integrada por Identificación, Manejo y factores de riesgo. b) Actitud y c) Práctica; conformada por Observación, Recomendación y Prevención.

Para determinar el grado de aprobación de los pediatras, se asignaron intervalos en porcentajes de aprobación para cada sección e ítem, en relación al puntaje asignado, observado en la tabla de continuación (tabla 2). Cabe señalar que, en el ítem factores de riesgo, está formado por 7 enunciados donde los pediatras debían determinar si cada uno de éstos eran factores de riesgo para Caries, Maloclusiones y TDA. Motivo por el cual, la puntuación final es de 21. Es así también, que en Actitud debido a la existencia de respuestas más y menos correctas, es que se decidió dar diferente puntuación, siendo la más correcta aquella evaluada con dos puntos, la medianamente correcta 1 punto y la incorrecta 0 puntos.

Análisis estadístico:

Al ser un tipo de descriptivo para analizar estadísticamente las respuestas obtenidas por medio de las encuestas se utilizó tabulaciones en cuanto a frecuencia de las respuestas (dando valor agregado a cada respuesta (tabla 2), expuestas posteriormente en gráficos de barra para hacer observable directamente los resultados, por otra parte también se realizó tablas para ordenar esquemáticamente los valores en frecuencia obtenidos.

Todo este proceso se ejecutó en el programa computacional Microsoft Excel versión 2010 (ver anexo 7) para luego por medio de estadística descriptiva utilizar prueba de la χ^2 , el test exacto de Fisher y estudio de 2 proporciones (Minitab Statistical Software 16,) para comparar las variables.

SECCIÓN	Ítem	N° preguntas	Puntaje	INTERVALOS		
				Malo 0-50%	Regular 51-75%	Bueno 76-100%
CONOCIMIENTO		14	28	Malo 0-50%	Regular 51-75%	Bueno 76-100%
	Identificación de patologías	3	3	No logrado 0-50%	Logrado 51-100%	
	Manejo de patologías	4	4			
	Factores de riesgo	7	21			
ACTITUD		9	18	Malo 0-50%	Regular 51-75%	Bueno 76-100%
PRÁCTICA		8	8	Malo 0-50%	Regular 51-75%	Bueno 76-100%
	Observación	2	2	No logrado 0-50%	Logrado 51-100%	
	Recomendación	3	3	Malo 0-50%	Regular 34-66%	Bueno 67-100
	Prevención	3	3			

Tabla 2: Intervalos de evaluación para cada una de las secciones e ítems.

Ética:

Con el fin de resguardar las respuestas de los encuestados, los investigadores estipularon una declaración jurada ante notario, asegurando que los datos obtenidos solo serán utilizados con fines científicos y no se mal utilizarán con otro tipo de finalidad. (Ver anexo 8).

Limitaciones del Estudio:

Se describen los siguientes:

1. No hubo acceso directo a la base de datos de SOCHIPE para realizar el contacto directo con los profesionales para así de esta forma motivar a los encuestados a participar.
2. Por el mismo motivo expresado anteriormente no se pudo realizar incentivos para los posibles encuestados (Sánchez & cols, 2009)
3. No fue posible enviar con mayor periodicidad las invitaciones a los participantes.
4. De los invitados no todos los miembros accedieron a realizar la encuesta.
5. De los que accedieron (107) a responder, no todos completaron en su totalidad los ítems solicitados (26 pediatras).
6. Considerando que la encuesta fue online sin temporizador se puede considerar el uso de Internet para responder las preguntas planteadas.

RESULTADOS

El total de encuestados fue 81, de los cuales 55 (67.9%) pediatras fueron de la Región Metropolitana y 26 (32.1%) de la V región.

Del total de encuestas abiertas (107), se determinaron que 81 cumplían con los parámetros de inclusión, es por ello que en base a esta muestra se obtuvieron los siguientes resultados:

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

En este ítem se evaluó 2 tablas en la cual se relacionó; horas que dedican los pediatras a la semana al ejercicio clínico y el número de pacientes que atienden cada día.

Tabla N°1: Horas dedicadas a la atención en una semana en comparación al Número de Pacientes que atienden diariamente.

		N° de pacientes diarios		TOTAL
		<5 - 10	11 - >20	
Horas dedicadas semanalmente	<10 - 30	13	16	29
	> 30	14	38	52
	TOTAL	27	54	81

n= 81

En la tabla N°1, los pediatras trabajan más de 30 horas semanales tienen un porcentaje de 35,8%, en cambio aquellos que atienden menos o igual a 30 horas a la semana su frecuencia es de 64,2%.

Cuando se consideró el número de pacientes que atienden diariamente la frecuencia es de 33,3% para los que atienden menos o igual a 10 pacientes diarios. En el intervalo 11 - >20 el porcentaje asciende a 66,6% (Tabla N°1)

Tabla N° 2: Tipo de Servicio de los Médicos Pediatras según los Años de Ejercicio de la Especialidad.

	Años de especialidad			TOTAL
		<=20 años	>20 años	
Tipo de servicio	Público	9	4	13
	Privado	19	14	33
	Ambos	21	14	35
	TOTAL	49	32	81

n= 81.

En relación al tipo de práctica se obtuvo que: el 14,1% trabaja para el servicio público, un 40,7% trabaja en el sistema privado y el 43,2% para ambos (Tabla N°2). El 60,5% de los encuestados tuvieron menos o igual a 20 años de profesión y el 39,5% más de 20 años de práctica clínica en su especialidad. Al relacionar ambas variables se pudo extraer que más de la mitad (52%) trabajan en el servicio privado o en ambos con menos o igual de 20 años de profesión (Tabla N°2).

2. CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA

El conocimiento, actitud y práctica fue evaluada e interrelacionada en esta sección.

Tabla N° 3: Intervalos de porcentajes de aciertos en las secciones de "Conocimiento", "Actitud" y "Práctica" de los encuestados.

Porcentaje de aciertos	Conocimiento	Actitud	Práctica
0-50	8 ^a	3 ^b	36 ^{ab}
51-75	57 ^c	6 ^{cd}	45 ^d
76-100	16 ^f	72 ^f	0 ^f
TOTAL	81	81	81

La letras superíndice idénticas significa que las celdas seleccionadas son estadísticamente significativas de acuerdo al test de Fisher ($p < 0,05$). ^{††} n= 81.

En el intervalo 0 - 50%, se comparó los proporciones del conocimiento, actitud y práctica. En el cual, conocimiento con actitud su p fue mayor a 0,05, en cambio conocimiento con práctica y actitud con práctica fueron p-valor igual a 0. Por lo tanto, en el intervalo menor al 50%, la práctica fue proporcionalmente mayor al conocimiento y actitud. En el intervalo entre el 51 - 75%, al relacionar conocimiento con actitud y práctica con actitud, el test dio un p igual a "0", a diferencia de la comparación de conocimiento con práctica que no tuvo diferencia estadística. Esto quiere decir, que el conocimiento con la práctica fueron similares en proporción y además eran significativamente mayores a la proporción de la práctica. En el intervalo entre el 76 - 100%, todas las relaciones dieron un p igual a "0". O sea, hay

una diferencia significativa entre la proporción de cada una de las variables. Siendo la mayor "Actitud", luego "Conocimiento" y por último "Práctica". Finalmente, del conocimiento el mayor porcentaje se presentó en el intervalo 51 – 75% con un 70,3%, de la actitud en el intervalo 76 – 100% con un 88,9% y en práctica son dos los intervalos que tienen mayor frecuencia, el primero fue el intervalo 0 – 50% con un 44,4% y el segundo fue 51 – 75% con un 55,6% (Tabla N°3).

3. CONOCIMIENTO:

En la figura N° 1, se analizaron los ítems de la sección conocimiento. Estos se compusieron de identificación, manejo y factores de riesgo. Donde el mejor porcentaje de respuestas correctas fue de Factores de Riesgo, con un 91,4% de encuestados que obtuvo más del 50% de las respuestas acertadas. Este porcentaje es estadísticamente significativo si se compara con Identificación con el cual obtuvo un 60,5% ($p = 0$). Un 76% de los encuestados no logró contestar más del 50% correcto del apartado Manejo. Este porcentaje es estadísticamente significativo al ser comparado con Identificación y Factores de Riesgo ($p = 0$).

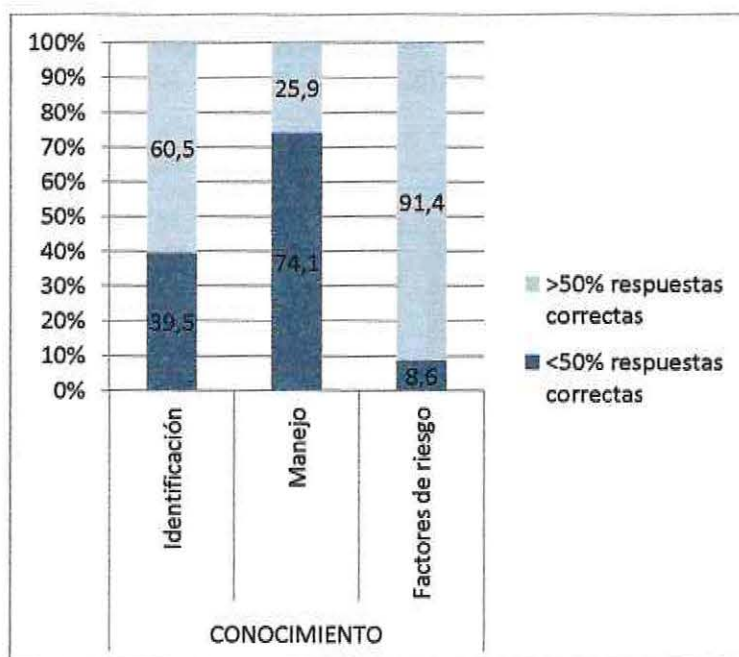


Figura N°1: Porcentaje respuestas correctas por ítem de evaluación en conocimiento. Los ítems son Identificación, Manejo y Factores de Riesgo. Para el nivel de significancia se utilizó el test de Fisher y X^2 ($p < 0,05$). $n = 81$.

A continuación se ve una figura con las frecuencia de los factores de riesgo de la que se extrajo que; en promedio la aseveración que tuvo la mayor cantidad de respuestas correctas fue "Frecuencia de consumo de azúcar" con 66,3 respuestas. En cambio "Uso del chupete" fue aquella con peor promedio de respuestas con 41.3 correctas de 81. Con respecto a la caries como patología, en relación a la determinación adecuada de todos sus factores de riesgo, se pudo ver que, tuvo el promedio más bajo de respuestas correctas con 61,02%. Le sigue "Traumatismo dentoalveolar" con 69,48% encuestados que respondieron adecuadamente. Finalmente, la patología con mejor nivel de respuesta fue "Maloclusión" con 85,89% respuestas correctas. Los factores de riesgo peor evaluados para Caries fueron Lactancia materna y Uso de chupete con un 8,6% y 17,3%, respectivamente. Para Maloclusiones, el peor porcentaje fue el Uso de la mamadera con un 75,3% y para Traumatismo dentoalveolar, los dientes en mala posición con un 44,4%. Los factores de riesgo mejor evaluados por patología fueron los siguientes; la frecuencia del consumo de azúcar y Cepillado dental inadecuado como factores de riesgo para la Caries eran 96,3% y 92,6% respectivamente. Los porcentajes más relevantes en Maloclusiones fueron 91,4% y 92,6% para Dientes en malposición y Uso de chupete, respectivamente. La frecuencia en el consumo de azúcar y el Inicio de la marcha fueron los mejores evaluados para Traumatismo dentoalveolar, teniendo ambos un 79% de aprobación. El 45,3% de los encuestados encontraron "Dudoso", el uso del chupete como factor de riesgo para la caries. 37,3% respondieron que si era factor de riesgo y solo un 17,3% dijeron correctamente que no es un factor de riesgo (Figura N°2).

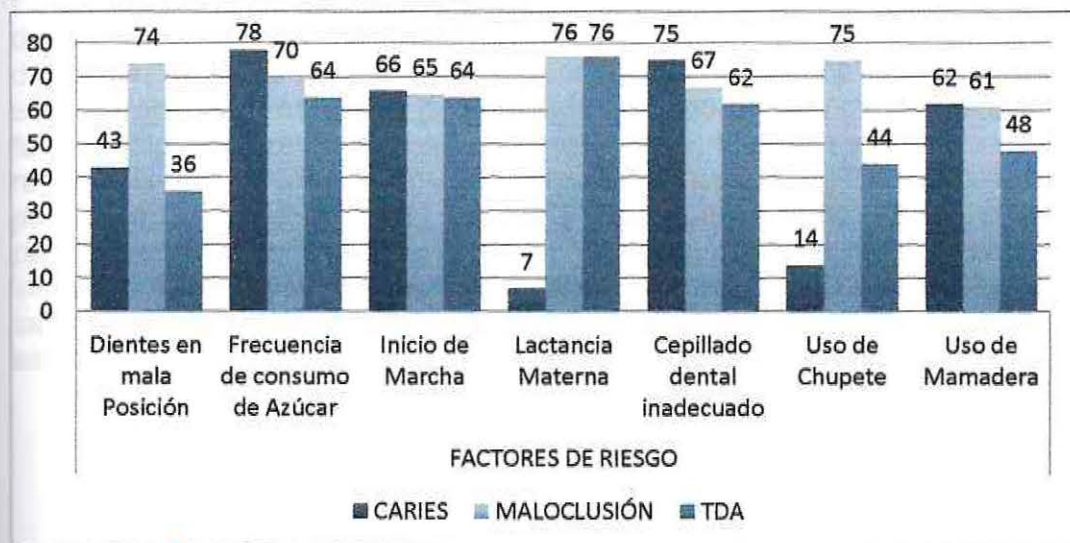


Figura N° 2: Número de respuestas correctas en relación a los Factores de Riesgo para las Patologías Orales más prevalentes. Con test de Fisher el nivel de significancia $p > 0,05$ (NS). $n = 81$.

La tabla N°4 relacionó el nivel de conocimiento en porcentajes, con intervalos de 0 - 50%, 51 - 75% y 76 - 100% y los años de especialidad, cuyos intervalos fueron de menos o igual a 20 años y mayor a 20 años.

Tabla N° 4: Nivel en porcentaje de Conocimiento en relación a los años de especialidad

	Especialidad			TOTAL
		<=20 años	>20 años	
CONOCIMIENTO	0-50%	6	2	8
	51-75%	31	26	57
	76-100%	12	4	16
	TOTAL	49	32	81

Se utilizó el test X^2 considerando un nivel de significancia con $p < 0,05$. $n = 81$

Al realizar el test X^2 , dio como resultado un $p = 0,326$, indicando que no hubo relación entre las dos variables a estudiar. Quiere decir que, no hubo relación entre el nivel de conocimiento y los años de especialidad (Tabla N°4).

En la figura N°3 se compararon el grado de conocimiento en porcentaje, la región donde habita el pediatra y el tipo de servicio donde ejerce. Donde, al analizar con test de Fisher, en todos los intervalos de conocimiento no hubo diferencia estadística si este pertenece a una región determinada o el tipo de servicio donde desempeñe su función. No hubo relación entre el conocimiento, tipo de servicio donde ejerce y la región a la cual pertenece. En cada columna, la mayoría de los casos (más del 50%), pertenecen al intervalo 51 - 75% de conocimiento. Excepto a aquellos pertenecientes al sector privado de la V región, cuya mayoría se encuentra en el intervalo 76 - 100%. Sin embargo, estos números son despreciables, ya que la cantidad de encuestados en ese tramo son muy pocos para hacer una diferencia estadística.

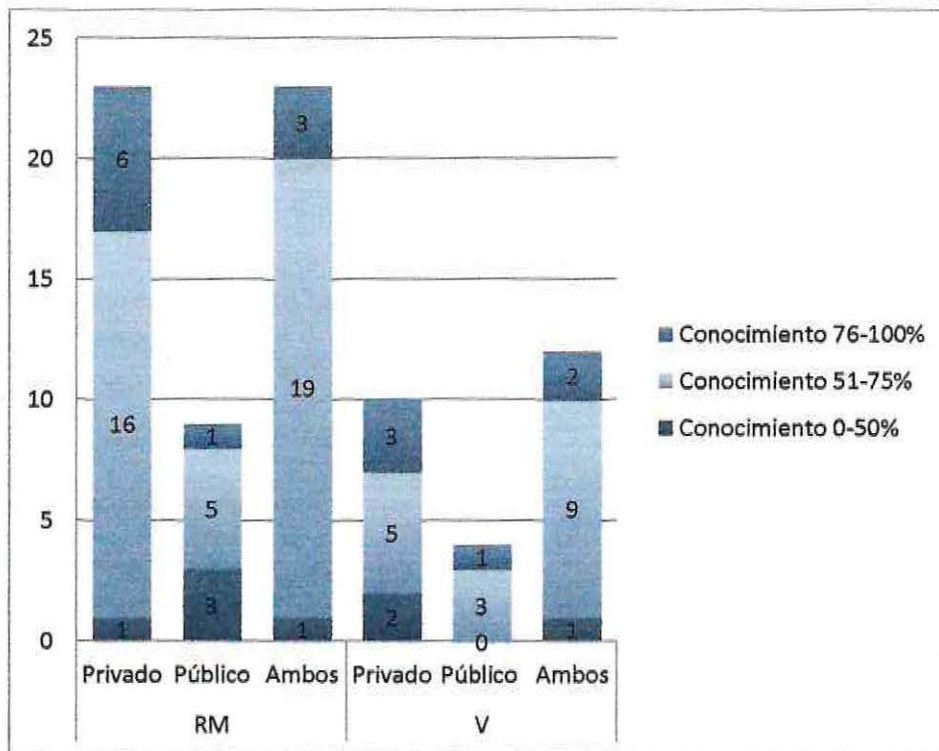


Figura N° 3: Frecuencia del porcentaje de conocimiento, con respecto al Tipo de Práctica y Región donde ejerce. Se utilizó el Test de Fisher y χ^2 no encontrando diferencia estadística entre los intervalos ($p > 0,05$). $n=81$.

4. ACTITUD

Se comparó en la tabla N°5 los porcentajes de respuesta en relación a su postura de acuerdo a las medidas preventivas de las patologías; Caries, Maloclusiones y Traumatismo dentoalveolar.

Tabla N°5: Aseveraciones de la sección Actitud y sus respectivos porcentajes en relación a las respuestas.

	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo
El higiene oral y la dieta es importante para prevenir la caries dental	96.3%	1.2%	2.5%
El pediatra debe realizar un examen intraoral	92.6%	4.9%	2.5%
El suplemento de pastillas de fluoruro es importante para prevenir la caries	23.5%	33.3%	43.2%
El pediatra tiene un papel primordial en la prevención de enfermedades bucodentales	96.3%	1.2%	2.4%
Seguir al paciente luego de realizar la derivación	84%	12.3%	3.7%
La caries se puede prevenir	96.3%	1.2%	2.5%
Los traumatismos dentoalveolares se pueden prevenir	81.5%	14.8%	3.7%
La maloclusión puede ser prevenida	79%	18.5%	2.5%
La visita de rutina dental es importante en la prevención de las enfermedades bucodentales	95%	2.5%	2.5%

n=81.

En la Tabla N°5 los porcentajes de aprobación en su mayoría estuvieron sobre el 80%. Excepto la aseveración "El suplemento de pastillas de fluoruro es importante para prevenir la caries", cuyo porcentaje fue de 23,5% en la opción de "De acuerdo".

A continuación se relacionaron las variables; Nivel de actitud en porcentajes los cuales van desde 0 – 50%, 51 – 75% y de 76 – 100%, Región y años de especialidad.

Tabla N° 6: Nivel de Actitud en porcentaje de respuestas correctas en relación a la Región donde ejercen y Años de Especialidad.

		RM		V		TOTAL
		<=20 años especialidad	>20 años especialidad	<=20 años especialidad	>20 años especialidad	
Actitud	0-50%	2	0	1	0	3
	51-75%	5	0	1	0	6
	76-100%	27	21	13	11	72
TOTAL		34	21	15	11	81

Las letras superíndice idénticas significa que las celdas seleccionadas son estadísticamente significativas al análisis estadístico Fisher y X^2 , considerando significación estadística cuando $p < 0,05$. $n = 81$.

Al análisis estadístico de esta tabla se despreciaron los valores correspondientes a los intervalos menores de 76%, debido a que su frecuencia fue igual a "0" o no superaron los 5 mínimos. Se compararon los años de especialidad, con la región en el intervalo de 76 – 100%. En la región Metropolitana comparando los años de especialidad arrojó un $p = 0.007$ en X^2 y un $p = 0.07$ en el test de Fisher, por lo tanto los datos no fueron concluyentes. En este caso se recomienda aumentar la muestra para encontrar una diferencia significativa. Al comparar la celda; Región Metropolitana con más de 20 años de especialidad y la celda Región de Valparaíso con más de 20 años de especialidad no hubo diferencia significativa, ya que el p de ambos test dio 1 (ambos corresponden al 100% de su categoría). Cuando se quiso comparar en la V región, la celda de más de 20 años y la que dice igual o menor a 20 años. El test X_2 dio un p -valor 0,7 y el de Fisher 1. No habiendo diferencia significativa en estos grupos. En relación al total de los encuestados, 33,3% de los encuestados tienen un 76% - 100% de actitud, fueron de la región Metropolitana y tienen menos o igual a 20 años de especialidad. 25,9% pertenecieron al 76% - 100% de actitud, fueron de la región Metropolitana y tuvieron más de 20 años de especialidad. Con respecto, al intervalo de 76%- 100%, de la V región que tenían menos o igual a 20 años, el porcentaje es 16% y con más de 20 años de especialidad fue 13,6% (Tabla N°6).

5. PRÁCTICA:

La tabla N°7 relacionó las prácticas en porcentaje y la frecuencia de pediatras que atienden menos o igual a 10 pacientes diarios y la frecuencia de los que atienden más de 10 pacientes diarios.

Tabla N° 7: Nivel en porcentaje de Práctica en relación al Número de pacientes diarios

		N° de Pacientes Diarios		TOTAL
		<5-10	11->20	
PRÁCTICA	0-50%	12	24	36
	51-75%	15	30	45
	76-100%	0	0	0
	TOTAL	27	54	81

Test de Fisher ($p < 0,05$). No significativo. $n = 81$

No hubo relación entre el nivel de práctica y la cantidad de pacientes que atiende diarios cada pediatra (Tabla N°7).

Tabla N° 8: Nivel en porcentaje de Práctica en relación Número de Horas Laborales dedicadas a la semana.

		Horas laborales		TOTAL
		<10-30	>30	
PRÁCTICA	0-50%	10	26	36
	51-75%	19	26	45
	76-100%	0	0	0
	TOTAL	29	52	81

Test de Fisher ($p < 0,05$). NS. $n = 81$.

Los p-valores de la tabla N°8, de ambos test dieron un total mayor al 5%. Por lo tanto, no hubo diferencia significativa entre las variables Práctica y horas laborales semanales.

Tabla N° 9: Frecuencia de la contestación a dos preguntas de la sección Práctica, llamado "Examen" (¿Usted realiza examen bucal de sus pacientes?, ¿Qué mira en la boca de sus pacientes?) en comparación con el número de pacientes que atienden diariamente.

	N° de Pacientes Diarios				TOTAL
	<5-10		11->20		
	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	
Examen Bucal	27	0	51	3	81
Observación	22	5	41	13	81

Test de Fisher y X^2 , nivel de significancia $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

Entre las variables; examen bucal, observación y N° de pacientes diarios no hubo diferencia significativa. Las variables fueron independientes entre sí (Tabla N°9). Sin embargo, se pudo extraer que un 96,3% de la pregunta examen bucal fue correcta y 3,7% incorrecta, a diferencia de observación con un 77,8% correcta y un 22,2% incorrecta (Tabla N°9).

Tabla N° 10: Relación entre el los intervalos del nivel porcentual de conocimiento y el porcentaje de respuestas correctas a dos preguntas de la sección Práctica llamado "Examen" (¿Usted realiza examen bucal de sus pacientes?, ¿Qué mira en la boca de sus pacientes?).

		Examen		TOTAL
		>=50%	<50%	
Conocimiento	0-50%	4	4	8
	51-75%	44	13	57
	76-100%	14	2	16
	TOTAL	62	19	81

Se utilizó el Test de Fisher y X^2 , cuyo nivel de significancia se consideró $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

No hubo diferencia significativa entre nivel porcentual del conocimiento con respecto al examen (Tabla N°10). El porcentaje de un examen mayor o igual al 50% fue de 76,5% y menor al 50% es de 3,5%.

Tabla N° 11: Frecuencia de la contestación a tres preguntas de la sección Práctica, llamado "Prevención" (¿Usted realiza una evaluación de los hábitos alimenticios de sus pacientes?, ¿Usted recomienda a los padres a lavar los dientes de sus hijos? ¿Piensa usted que se modifica la prescripción de fluoruro en relación con el nivel de Flúor en el agua potable de la comunidad?) en comparación con el tipo de servicio donde ejercen.

		Tipo de Práctica			TOTAL
		Pública	Privada	Ambas	
Evaluación Dieta	SI (*)	13	32	33	78
	NO	0	1	2	3
Recomendación Higiene Oral	SI (*)	13	33	34	80
	NO	0	0	1	1
Prescripción de F- en relación al agua fluorada	SI (*)	9	29	33	71
	NO	4	4	2	10

Se utilizó el Test de Fisher y X^2 , cuyo nivel de significancia se consideró $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

De la tabla N° 11, no hubo relación entre las variables; Evaluación de dieta, Recomendación de higiene oral, Prescripción de F- en relación al agua fluorada y tipo de práctica. La pregunta con mayor porcentaje de respuesta correcta fue

recomendación de higiene oral con un 98,8%, le sigue evaluación de dieta con un 96,3% y el peor evaluado fue Prescripción de F- con agua fluorada con un 87,7%.

Tabla N° 12: Relación entre el los intervalos del nivel porcentual de conocimiento y el porcentaje de respuestas correctas a tres preguntas de la sección Práctica llamado "Prevención" (¿Usted realiza una evaluación de los hábitos alimenticios de sus pacientes?, ¿Usted recomienda a los padres a lavar los dientes de sus hijos? ¿Piensa usted que se modifica la prescripción de fluoruro en relación con el nivel de Flúor en el agua potable de la comunidad?).

		Prevención			TOTAL
		>66%	33-66%	<33%	
Conocimiento	0-50%	6	1	1	8
	51-75%	47	10	0	57
	76-100%	15	1	0	16
	TOTAL	68	12	1	81

Se utilizó el Test de Fisher y X^2 , cuyo nivel de significancia se consideró $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

La mayoría de los encuestados sin importar su nivel de conocimiento respondieron sobre un 66% de respuestas correctas, eso quiere decir que el 83,9% respondieron de 2 a 3 preguntas correctas, 14,8% está en el intervalo de 33 – 66% y 1,2 % en <33% (Tabla N°12).

Tabla N° 13: Comparación entre el porcentaje de conocimiento y las preguntas por separado del apartado "Observación".

		Recomendación					
		1 ^{er} control odontológico		Frecuencia controles odontológicos		Inicio prescripción pasta dental	
		Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta
Conocimiento	0-50%	3	5	6	2	0	8
	51-75%	18	39	25 ^a	32 ^a	8	49
	76-100%	6	10	13 ^a	3 ^a	2	14
	TOTAL	27	54	44	37	10	71

Las letras superíndice idénticas significan que las celdas seleccionadas son estadísticamente significativas de acuerdo al test de Fisher ($p < 0,05$). $n = 81$.

En la tabla N°13, se realizó análisis estadístico y entre los intervalos de conocimiento no hubo diferencia estadística en la pregunta Edad del primer control odontológico e Inicio de la prescripción de pasta dental. Al comparar la segunda pregunta, la única comparación que tuvo diferencia significativa con un $p = 0,023$, fue entre

conocimiento de 50 – 75% y de 76 – 100% con la proporción de la frecuencia de controles odontológicos. Entonces, la proporción de respuestas correctas en el intervalo 76 – 100% con un 81,3%, fue mucho mayor que la proporción de respuestas correctas en el intervalo 50 – 75% con 43,9%. El porcentaje de respuestas correctas por preguntas fueron; en Edad del 1^{er} control odontológico fue 33,3%, en Frecuencia de controles odontológicos 54,3% y por último Inicio de la prescripción de pasta dental 12,3%.

Tabla N° 14: Relación entre el los intervalos del nivel porcentual de conocimiento y el porcentaje de respuestas correctas a tres preguntas de la sección Práctica llamado "Recomendación" (¿A qué edad usted recomienda el primer examen odontológico?, ¿Con qué frecuencia recomienda los controles odontológicos? Y ¿A qué edad comienza el uso de pasta fluoradas?).

		Recomendación			TOTAL
		>66%	33-66%	<33%	
Conocimiento	0-50%	0	2	6	8
	51-75%	2	10	45	57
	76-100%	1	5	10	16
TOTAL		3	17	61	81

Se utilizó el Test de Fisher y X^2 , cuyo nivel de significancia se consideró $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

El conocimiento no tuvo una diferencia significativa en comparación al porcentaje de aciertos en el apartado "Recomendación" de Prácticas de la Tabla N°14. La mayor proporción en cada uno de los intervalos de conocimiento, se encontró en aquellos que tuvieron de 0 - 1 respuesta correcta (intervalo de Recomendación "<33%") con un 75,4%, luego en el intervalo 33 – 66% la frecuencia fue de 20,9%. Finalmente, el 3,4% pertenece a aquellos que contestaron más del 66% de este apartado correctamente.

En la tabla N°15, comparó los apartados; "Examen", "Prevención" con "Recomendación". La comparación estaba en base a si las preguntas constituyentes fueron contestadas correctamente o no.

Tabla N° 15: Comparación de los siguientes apartados; Examen y Prevención, pertenecientes a la sección "Prácticas", con el ítem Recomendación, perteneciente a la misma sección.

		Recomendación					
		1° control odontológico		Frecuencia controles odontológicos		Inicio prescripción pasta dental	
		Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta	Correcta	Incorrecta
Examen	Correcta	21	41	36	26	51	11
	Incorrecta	6	13	8	11	10	9
Prevención	Correcta	27	53	44	36	61	19
	Incorrecta	0	1	0	1	0	1

Se utilizó el Test de Fisher y X^2 , cuyo nivel de significancia se consideró $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

Se analizaron estadísticamente utilizando X^2 , y su p fue de 0,126. Lo cual indica que las variables no fueron dependientes entre sí. 75,3% respondió correctamente prevención y el inicio de la prescripción de la pasta dental. De las personas que si decía que realizaban un examen oral, 50,6% no sabían la edad del primer control odontológico y un 32,1% no sabía la frecuencia de los controles odontológicos (Tabla N°15).

En la figura N°4, se relacionaron las preguntas con respecto a la frecuencia de los controles odontológicos y la edad del 1° control odontológico.

No existió una dependencia entre la frecuencia de los controles odontológicos y la edad de la realización del primer control odontológico. El 55% contestó bien la frecuencia de los controles odontológicos a diferencia de la edad del primer control odontológico que solo obtuvo un 33% del total. Por otra parte, la frecuencia de pediatras que tuvieron ambas respuestas correctas fue de 21% y el 33% tenían ambas respuestas incorrectas (Figura N°4).

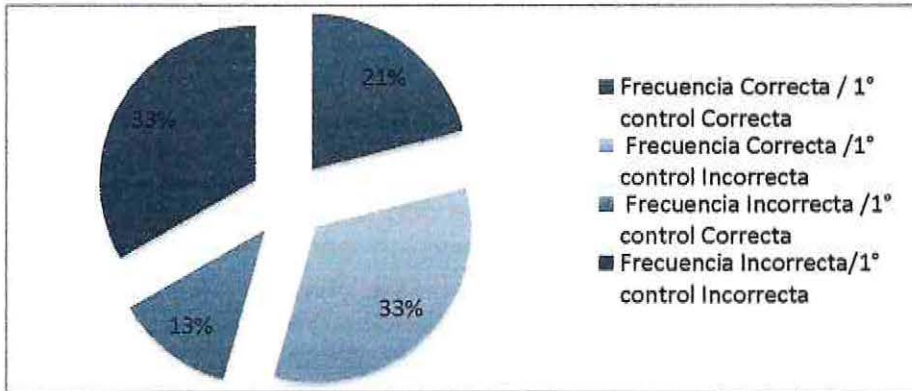


Figura N°4: Edad 1er. Control Odontológico con respecto a la Frecuencia de Controles Odontológicos. Se utilizó el Test de Fisher y X^2 , cuyo nivel de significancia se consideró $p < 0,05$. NS. $n = 81$.

La figura a continuación (Figura N°5), comparó si realiza el pediatra un examen bucal y luego si en ese examen realizaba una correcta observación.

Según el test de Fisher no hubo relación entre las variables Examen bucal y Tipo de observación. Un 77,3% de la muestra respondió ambas preguntas correctamente. El porcentaje que respondió ambas preguntas malas fue un 1.3% (Figura N°5).

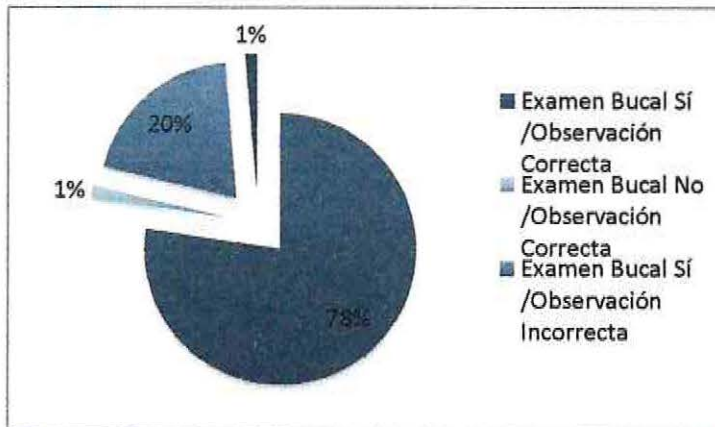


Figura N° 5: Relación entre la pregunta; ¿Usted realiza examen bucal de sus pacientes? y Tipo de Observación. $n = 81$.

Discusión

El presente estudio se desarrolló con el objetivo de determinar el conocimiento, actitud y práctica de los Pediatras pertenecientes a la Sochipe de las Regiones Metropolitana y de Valparaíso respecto a salud oral.

Aunque se puede considerar que el método de recolección de datos por medio de encuestas online es una técnica con pocos años de práctica, este se ha convertido en una de las principales formas de conseguir información sobre todo del tipo evaluativa y de opinión (Weiss et al., 2010).

Académicos y empresas han demostrado que Internet puede ser un recurso muy valioso y que a pesar de sus limitaciones metodológicas, constituye una fuente de datos cada vez más utilizada para todo tipo de estudio. (Sánchez JJ, Segovia JM, 2008)

Considerando la adhesión a este estudio online de los Pediatras, podemos decir que tenemos valores dispares al estudio realizado por Sanchez et al. (2009), ya que considerando la tasa de retención (definido como aquellos que comenzaron y terminaron la encuesta) su investigación, alcanza un 20,12%, en el caso del estudio de Weiss (2010) un 40,64% y en el caso del actual un 75,7%; ahora bien cuando se considera la tasa de respuestas en general (definido como aquellos que recibieron la invitación y abrieron la encuesta sin necesidad de contestar en su totalidad la misma) los valores de este estudio se ven disminuidos con un 12.41% al comparar con Sánchez et al. (2009), con un 28,41% y por su parte Weiss et al. (2010), con un valor de 40,64%. De los datos anteriormente expuestos se puede deducir que no obstante, este estudio no obtuvo una alta tasa de ingreso al cuestionarios, lo que no sorprende ya que no se contó con acceso a la base de datos de Sochipe filiales Santiago y Valparaíso para poder realizar periódica y personalmente las invitaciones a participar en el estudio, si generó interés de participar a los pediatras que accedieron a la encuesta, ya sea porque les parece atractivo el tema, porque querían saber más de salud oral o simplemente porque acostumbran a contestar encuestas online de temas relacionados con salud, no hay que olvidar que esta investigación fue avalada por una entidad nacionalmente conocida (SOCHIPE) a diferencia de los otros estudios señalados, generando una segmentación del público objetivo ya que todos los encuestados poseen un perfil similar al ser médicos, Pediatras y miembros de la Sociedad; además, el haber utilizado una página web que contenía conceptos importantes como el curriculum de los investigadores debió generar seguridad a los encuestados ya que la información que se les solicitaba tenía fundamentos y principios claros, todo lo anterior deja una sensación positiva ya que queda en manifiesto que los profesionales del área médica consideran relevante participar en estas investigaciones, demostrando interés en temas de salud oral en pro de ofrecer una buena e integral atención a los pacientes.

Esto se ve ratificado en el anexo 6 donde se muestran las opiniones de los Pediatras en cuanto a su participación en el estudio y su percepción sobre el tema a tratar, mostrando palabras alentadores y receptivas a los resultados de las preguntas expuestas.

Considerando los **datos epidemiológicos** es válido mencionar que de los 81 pediatras que contestaron la totalidad de la encuesta, 55 correspondiente al 67,9%

trabajan en la Región Metropolitana y 26 (32.1%) de la V región, esto no genera discusión ya que por proporción de Universos daba a suponer que en frecuencia de encuestas respondidas serían mayores los de RM, no obstante si se considera la proporción del total de pediatras participantes por ciudad de origen, esta es mayor en la V región (32,1%) lo que puede denotar mayor interés en temas odontológicos en los Pediatras de Valparaíso que los de la capital del País.

En cuanto a las horas semanales en la Tabla N°1 se observó que un 35,8% de los pediatras atendían en cantidad menor o igual a 30 horas semanales y un 64,2% de ellos trabajaban más de 30 horas, en el caso de Di Giuseppe et al. (2006) en el primer intervalo señalado el valor alcanzado es de 36% y de un 64% en el segundo intervalo, obteniendo distribuciones similares entre ambos estudios.

En cuanto al número de paciente visto durante el ejercicio diario (Tabla N°1), en este estudio, el intervalo de 0 a 10 pacientes alcanza valores de 33,3%; en Di Giuseppe (2006) un 14.8% y en el caso del segundo intervalo o sea más de 11 pacientes vistos, se alcanzan valores de 66,6% de los encuestados y en Di Giuseppe et al. (2006), 85,2%, esto deja en manifiesto que ante una misma jornada laboral los pediatras del estudio italiano citado muestran un mejor rendimiento en cantidad de pacientes vistos.

La distribución en tipo de práctica (Tabla N°2) en esta investigación fue de 14,1% para servicio público, 40,7% para privado y 43,2% de para privado y público; Di Giuseppe et al. (2006) expone en sus resultados otras categorías dentro de la que existe servicio privado con un 10.1% y Murthy y Mohandas (2010), también esta categoría, 54.6%, siendo el segundo estudio, similar en porcentaje al resultado del actual estudio.

Respecto a los años de práctica clínica de especialidad (tabla N°2), los encuestados se concentraron en el rango de menos de 20 años alcanzando un porcentaje de 60,5% de los participantes, dato similar al del estudio de Di Giuseppe et al. (2006) donde el porcentaje es de 56.3% y cercano a Murthy y Mohandas (2010), con un 76%, por lo que considerando la tendencia de los tres estudios es posible observar que los pediatras con menos años de experiencia clínica son los con más adhesión a ser parte de trabajos de investigación, lo que no que no se deben confundir con que pediatras de menor edad tengan más adhesión a los mismos.

Considerando el objetivo general, en la tabla N°3 se observa que el mayor porcentaje de respuestas correctas de la sección conocimiento, se concentra en el intervalo de 51 a 75% con una frecuencia de 70,3% de encuestados, en el caso de Actitud la tendencia muestra que 88.9% estuvo dentro de la categoría de 76 a 100% de las respuestas correctas y por último en el caso de Práctica se generaron 2 frecuencias similares, la primera que está dentro del intervalo de 0 a 50% de respuestas correctas con un valor de 55.6% y la segunda está en el intervalo de 51 a 75% de respuestas correctas con un 44,4% de los encuestados. Esto presenta una idea de un orden descendente, que va desde: Actitud, Conocimiento y finalmente práctica, esto muestra que los pediatras, no obstante, presentan una muy buena actitud (dado por la alta cantidad de aciertos) no se condice con un alto nivel de conocimientos sobre salud oral, ni menos con una buena práctica en estos tópicos. Cabe destacar que la visión global de los valores expuestos en los resultados deja en

manifiesto una deficiente práctica clínica en salud oral por sobre los otros objetivos vistos en esta.

Si se considera el **conocimiento** (Figura N°1), los resultados demuestran una favorable relación entre los ítems constituyentes de la sección señalado (Identificación, Manejo y determinación de los factores de riesgo de las patologías orales más frecuentes). El apartado con menor porcentaje de respuesta se encuentra el manejo con un 25,9% de los encuestados, luego continúa identificación de las patologías con un 60,5% (en un porcentaje mayor o igual del 50% de las respuestas correctas) y por último con mayor porcentaje de aciertos en las respuestas correctas de esta sección, factores de riesgo con un 91,4% de encuestados. En el caso del manejo de las patologías orales más frecuentes, Bottenberg et al. (2008), muestra valores de acierto por sobre el 50% de respuestas correctas en 69% de sus encuestados, a diferencia de este estudio que solo alcanzó un 25,9% del total de los Pediatras.

Según las respuestas en el ítem de factores de riesgo relacionado con las patologías ya mencionadas, se obtuvieron valores promedio en porcentajes de respuestas correctas de: 60,5% de Caries, de 69,1% de Traumatismo dentoalveolar y de 88,4% en Maloclusión, mostrando resultados curiosos a los que los previo la investigación se consideraban, pensando siempre en la abundante información que se tiene de caries (Krol, 2004), quedando esta en tercer lugar después de Maloclusiones y Traumatismo dentoalveolar.

De acuerdo a Maloclusión, los números de respuestas correctas en cuanto a los distintos factores de riesgo son alentadores. El peor porcentaje del promedio de respuestas correctas alcanza un valor de 75,3% (Uso de mamadera) y el de mejor aprobación 92,6% (Uso de chupete). Con respecto al uso de la mamadera, considerando que en este estudio generó un muy buen porcentaje de respuestas correctas (75,3%) en comparación al estudio de Di Giuseppe et al. (2006) cuyo porcentaje alcanza un 30% y por último en Schalka y Rodrigues (1996), el valor obtenido fue de 4,2%. Plasmando una realidad muy distinta a la obtenida y a la de los italianos. Por otro lado, la consideración de dientes en mal posición genera valores similares tanto en este estudio (91,4%) como en Di Giuseppe et al. (2006) con 91% de respuestas correctas (Figura N°2).

De acuerdo a Traumatismo dentoalveolar, el peor porcentaje del promedio de respuestas correctas alcanza un valor de 44,4% (Dientes en mal posición) y el de mejor aprobación 79% (Inicio de la marcha y Frecuencia de consumo de azúcar), estos datos no son comparables debido a que no existe evidencia que aborde este tema con métodos similares a este estudio (Figura N°2).

Para finalizar el ítem de factores de riesgo, la Caries como enfermedad oral de alta frecuencia en la población (Minsal, 2007) y de mayor acceso de los pediatras en la boca de sus paciente, no se correlaciona con el conocimiento que poseen los pediatras sobre la misma, no obstante consideran como factor de riesgo el cepillado inadecuado con valores de 93,8% de respuestas correctas (92,3% en el caso de Di Giuseppe et al. (2006)) y la frecuencia en el Consumo de azúcar con un 96,3% (95,8% en Di Giuseppe te al. (2006)) no asocian el Uso del chupete como factor

protector o sin relación (Peressini , 2003), muy por el contrario, el 83% de los encuestados consideran que este es un factor de riesgo para caries y un 91,4% considera que la Lactancia materna no es un factor relacionado con el desarrollo del proceso de caries, cifras preocupantes.

Se debe dejar en manifiesto que según el análisis estadístico de este estudio no existe relación entre porcentaje de respuestas correctas de la sección de conocimiento con años de especialidad, tipo de práctica ni región donde ejercen los profesionales encuestados (Tabla N°4 y Figura N°3); determinando transversalidad en el nivel de conocimiento de los Pediatras de ambas regiones independiente a si pertenecen a un determinado tipo de servicio como el público donde se podría considerar que al pertenecer a un equipo multidisciplinario podrían manejar mayores conceptos del área odontológica.

En el caso de la **actitud** (Tabla N°5), al comparar con el estudio de Di Giuseppe et al. (2006), las aseveraciones; "El higiene oral y la dieta es importante para prevenir la caries dental", " El pediatra debe realizar un examen intraoral", "El pediatra tiene un rol importante en la prevención de enfermedades bucodentales", "La caries se puede prevenir" y "La visita de rutina es importante en la prevención de enfermedades bucodentales" tuvieron valores parejos, no reportando una diferencia entre los estudios. Además, es importante señalar que todas las aseveraciones estuvieron sobre el 88% de aprobación en ambos estudios, lo cual consideramos muy favorable. En la aseveración; "las Maloclusiones se pueden prevenir", de este estudio el porcentaje de "De acuerdo" es 79%, Neutro es 18,5% y "En desacuerdo" es 2.5%; si lo comparamos con el estudio de Di Giuseppe et al. (2006), ellos obtuvieron los siguientes porcentajes; 55% es "De acuerdo", 36% "Neutro" y 8,3% "En desacuerdo". Estos valores tienen una frecuencia a casi el doble en neutro y desacuerdo y poco menos de la mitad en "De acuerdo", logrando mejores resultados en nuestros pediatras que los encuestados en Italia. En el apartado "El pediatra tiene un papel primordial en la prevención de enfermedades bucodentales se obtuvo un 96.3% de aprobación en la categoría "de acuerdo" concordando con Lewis et al. (2000) quien señala valores alrededor de 90% de los encuestados en su investigación.

Ahora bien, aquellos que tienen un porcentaje de respuestas correctas en actitud entre un 76 y 100% con menor o igual a 20 años de especialidad, de la Región Metropolitana alcanzan un valor de 33,3% y los de la V región un 16% dejando en manifiesto que casi el doble de los pediatras con menos años de experiencia y muy buena actitud están en razón 2:1 al comparar las Regiones Metropolitana y Valparaíso respectivamente.

Respecto a la **práctica** clínica (Tabla N°9), los encuestados de este estudio en un porcentaje de 3,7% no realizan examen bucal dentro de las prácticas clínicas diarias, en el caso de Di Giuseppe et al. (2006) este porcentaje se reduce a un 3.5% y en el caso de De la Cruz et al. (2004) disminuye aun más hasta un 1.1%, por el contrario y antagónico a los estudios mencionado anteriormente, Lewis et al. (2009) asume un valor de alrededor de la mitad de los encuestados que no realizan el examen y en caso de Bhat et al. (2006) este porcentaje es 40%; ahora bien, los estudios extranjeros no abarcan la variable de que es lo que observan en ese examen oral, en este estudio si fue considerada logrando valores de correcta observación de 77,8%

lo que genera que al resumir ambas variables tenemos un porcentaje no menor de 77% del total de pediatras que si realizan examen bucal y de buena forma. En consecuencia con lo anterior y según los valores mostrados en la Tabla N°10 no existe diferencia entre los distintos niveles de conocimiento de los pediatras y la práctica clínica del examen bucal, o sea no los que tengan un mayor conocimiento sea cual sea la fuente tenderán a realizar más frecuentemente el examen bucal.

Respecto al ítem de prevención (Tabla N°11) podemos mencionar que higiene oral involucra mejores porcentajes en cuanto a número de respuestas correctas (98,8%) consecuente con Murthy y Mohandas (2010) con 90%, a diferencia de Di Giuseppe (Di Giuseppe, G., 2006) con 56.2% y con Bhat (Bhat, S, et al., 2006) con 58%. Todo esto seguido por dieta con un 96,3% de respuestas correctas, encontrado en este estudio comparable con Lewis (Lewis et al., 2009) que menciona que el 80% de los pediatras confían en su capacidad de ofrecer educación preventiva en salud bucal sobre la dieta a los padres. Sobre el uso del Flúor, este fue el peor evaluado en la pregunta que aborda la prescripción en relación a la concentración presente en agua, con un 87,7%(Tabla N°10) de respuestas afirmativas, en el caso de Di Giuseppe et al. (2006) un 89% fueron los pediatras que si consideraron la relación y al analizarlo con Schalka y Rodriguez (1996) el 29% se niega a la prescripción de flúor sistémico debido a la presencia de fluoruro en el suministro de agua de la ciudad, muy por el contrario de lo que afirmó Douglass et al. (2009) quien describe dentro de sus resultados, el manejo que los pediatras tenían de esto por sobre todas las otras formas preventivas en la génesis de caries.

Al pensar en las medidas preventivas como un todo, un 1.2% de los encuestados se encasilla en el intervalo de menor de 33% de respuestas correctas, 14,8% del total estuvo dentro del nivel de 33 a 66% de respuestas y un no despreciable 83,9% de encuestados contestó correctamente sobre el 66% de las preguntas de prevención; estos porcentajes son transversales al nivel de conocimiento, lo que denota que no existe relación y que la buena praxis de estos principios no se anexan con un nivel superior de estudios en el tema (Tabla N°13), ni tampoco con el tipo de servicio donde trabajen los Pediatras (Público, Privado o ambos).

El ítem de recomendaciones entregadas por los pediatras en relación a salud oral se consideraron como lo que describe la tabla N°13, mostrando que las proporciones de respuestas correctas comparando los intervalos de conocimiento 51 - 75% y 76 - 100% en la pregunta "frecuencia de controles odontológicos" son estadísticamente significativa generando valores de 43.9% y 81,3% respectivamente, lo que significa que a mayor conocimiento mayor porcentaje de respuestas correctas en la frecuencia de controles odontológicos existiendo una relación directamente proporcional. Ahora bien, considerando como variable independiente "la frecuencia de controles odontológicos" del conocimiento, se genera un porcentaje de 54.3% (Tabla N°13) de pediatras que respondieron correctamente esta pregunta y que al comparar con Di Giuseppe et al. (2006) (más de la mitad de los encuestados respondieron correctamente) no se observan diferencias entre las realidades.

Siguiendo con las recomendaciones (Tabla N°13), al considerar el apartado de inicio de la prescripción de pasta fluorada el porcentaje en este estudio alcanza solo un 12,3% y en relación a la "1era. visita al odontólogo" 33,3% de los pediatras respondieron correcta la pregunta, en el caso de Di Giuseppe et al. (2006) este porcentaje alcanza un 10.4%, en Lewiset al. (2009) el 17% al primer año de edad, en Brickhouse et al. (2008) menciona que el 5% recomienda a sus pacientes al primer año de edad visitar al odontopediatra.

Solo un 3,4% de pediatras obtuvieron un porcentaje destacado de respuestas correctas, seguido por un 20.9% de los encuestados en el intervalo de 33 - 66%, finalizando con un 75.4% de los encuestados, la mayoría, que posee menos de un 33% de respuestas acertadas en el ítem recomendación; esto genera alerta a la hora de pensar en la correcta práctica en cuando a la derivación al odontólogo y el uso correcto del flúor como una de las medidas principales de prevención (Tabla N°14).

Para finalizar en la sección práctica, la tabla N° 15 muestra la visión global de esta, se debe destacar que el 75,3% respondió correctamente prevención y el inicio de la pasta dental, relación esperable ya que se enfoca en el mismo tópico en cuanto a limitar posibles daños orales en el infante.

De los pediatras que mencionaban realizar un examen oral, un 32,1% no relacionaba la frecuencia correcta de visitas al odontólogo y un 50,6% no respondieron correctamente la edad del 1er. Control odontológico; esto deja en manifiesto que no obstante, realizan el examen bucal y poseen una buena predisposición (92.6% de los pediatras encuestados en la sección Actitud) de practicarlo como algo importante, no realizan un correcto manejo de la situación oral en cuanto a la opinión especializada odontológica, debido a que no manejan el cuándo deben comenzar a derivar al odontopediatra, en especial en edades tempranas donde ante la presencia de un mínimo daño aun es controlable e incluso es posible la prevención de situaciones futuras lamentables.

Con todos los puntos expuestos anteriormente, no se puede dejar pasar una reflexión en cuanto a las caries en niños pequeños; si bien es cierto, hay una predisposición a realizar el examen bucal, existe una actitud proactiva de parte de los pediatras para ser un participante en la prevención de enfermedades bucales. Entonces, ¿Por Qué es tan alta la prevalencia de caries en niños?, ¿se seguirán como corresponde los protocolos de atención? Estas preguntas pueden ser fácilmente respondidas al comparar los valores porcentuales encontrados con los de recomendación (sección práctica) ya que estas fueron preguntas cuya respuesta se encuentra precisada en los protocolos de la AAP (2008).

Por otra parte, mencionar que en los resultados de esta investigación no existe relación significativa entre: práctica y número de pacientes diarios, práctica y horas laborales ni práctica según región de residencia.

Al asociar las variables primera derivación en años al odontólogo y la frecuencia de visitas al mismo un 21% de pediatras obtuvo correctas ambas respuestas, datos no comparables con otros estudios ya que no fue desarrollada la asociación.

Todas las relaciones anteriores son permitidas por la correcta generación de preguntas entregadas en la encuesta, la que no obstante tiene como base la Italiana, permitió generar conclusiones que no se obtuvieron en los otros estudios revisados,

ya que solo se observa la exposición de los datos como tales y no relacionando variables que entreguen conocimiento interesante para los entendidos en la materia. Es importante ver como el formato de encuesta online se pudo percibir, en un principio, como algo desfavorable pero que a la hora de pesquisar las respuestas recibidas otorga una diversidad y a la vez una tendencia que no se esperó al pensar en el tipo de estudio no probabilístico casual que no incluye, per se, lo azaroso que debe ser una selección de muestra, pero que de todas formas ayuda a la realización de estudios como este y es capaz de concluir en base a los tópicos centrales como fueron: conocimiento, actitud y práctica.

Conclusiones

A pesar de que en la evaluación, los médicos pediatras demostraron poseer una buena actitud, esta no se condice con conocimientos , ni mucho menos con prácticas clínicas en cuanto a salud oral adecuadas.

En cuanto al conocimiento, lo pediatras son capaces de relacionar las patologías más frecuentes con los factores de riesgo, por el contrario no logran identificar correctamente la presencia de estas, ni su subsecuente manejo.

Sugerencias

Este estudio, sugiere que se revisen los programas de especialidad de los Pediatras, a beneficio de incluir temas relacionados con salud oral, considerando: identificación y manejo de las patologías orales más frecuentes, al igual que, la actitud clínica ante la presencia de las mismas.

Siguiendo con la anterior, se aconseja habilitar cursos de educación continua para pediatras, donde se avoquen los temas mencionados anteriormente.

Resumen

Objetivo: Evaluar el conocimiento, actitud y práctica de los Pediatras de las regiones Metropolitana y Valparaíso de Chile con respecto a la Salud oral.

Método: Estudio descriptivo exploratorio. Realizado mediante una encuesta online a pediatras de RM y V región. La encuesta fue constituida por 3 secciones: conocimiento, actitudes y prácticas evaluando a los pediatras en medidas preventivas en salud oral.

Resultado: 81 pediatras participaron. Cerca de 2/3 pertenecían a la RM y 1/3 a la V región. Los pediatras en cuanto a conocimiento, el ítem mejor contestado fue factores de riesgo (91%), luego identificación (60.5%), sin embargo, un 76% no logró contestar correctamente las preguntas de identificación de patologías orales ($p=0$). Actitud fue la sección mejor evaluada con un promedio sobre el 80% de respuestas correctas. No se encontró relación entre horas laborales semanales y número de pacientes con práctica ($p > 0.05$). Al comparar prácticas preventivas con conocimiento se obtiene que no hubo relación entre las variables ($p > 0.05$). De las personas que realizaban un examen oral, 50,6% no sabían la edad del primer control odontológico y un 32,1% no sabían la frecuencia de los controles. En resumen, se pudo determinar que los pediatras poseen un buen nivel de actitud con un 88.3% de participantes sobre el 50% de respuestas correctas, regular conocimiento (70.3%) y muy mal nivel de prácticas (55.6%).

Conclusión: A pesar que en la evaluación, los pediatras demostraron poseer una buena actitud, esta no se condice con conocimientos, ni con prácticas en cuanto a salud oral adecuadas.

Referencias

- AAP (American Academy Of Pediatric) (2008). Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 122:1387-1394.
- Bhat SS, Sargod SS, Kiran Kumar BS (2006). Pediatricians' views about oral health care. *Indian J Pediatr* 73:535-536.
- BCN (Biblioteca del congreso nacional de Chile) (2009). Chile y los derechos del niño. Disponible en <http://www.bcn.cl/de-que-se-habla/chile-derechos-del-nino>. Última vez accesado el 05 de Julio de 2010.
- Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis, RD (2008). Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatric Dentistry* 30:147-153.
- Bottenberg P, Van Melckebeke L, Louckx F, Vandenplas Y (2008). Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health – results of a survey. *Acta Paediatrica* 97:959-963.
- Chandna P, Adlakha V (2010). Oral health in children - Guidelines for pediatricians. *Indian Pediatrics* 47:323-327.
- Caspary G, Krol DM, Boulter S, Keels MA, Romano-Clarke G (2008). Perceptions of oral health training and attitudes toward performing oral health screenings among graduating pediatric residents. *Pediatrics* 122:465-471.
- Castillo C, Uauy, Atalah E (1997). *Guías de alimentación para la población chilena*. Chile. 2° Edición. Pp. 52-54. Imprenta La Nación.
- Ceballos M, Acevedo C, Cordova J, Corsini G, Jans A, Bustos L, Del Valle C (2008). Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar, Región Metropolitana 2007. *Rev. Soc. Chil. Odontopediatría* 23:19.
- De La Cruz GG, Rozier RG, Slade G (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics* 114:642-652.
- Di Giuseppe G, Nobile C, Marinelli A, Angelillo IF (2006). Knowledge, attitude and practice of pediatricians regarding the prevention of oral disease in Italy. *BMC Public Health* 5:176.
- Donahue GJ, Waddell N, Plough AL, Del Aguila MA, Garland TE (2005). The ABCDs of treating the most prevalent childhood disease. *American Journal of Public Health* 95:1322-1324.

Douglass AB, Douglass JM, Krol DM (2009). Educating pediatricians and family physicians in children's oral health. *Academic Pediatrics* 9:452-456.

Flores MT (2002). Traumatic injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology* 18:287-298.

Gómez S, Fernández O (2010). Fluoración del agua potable – Experiencia en Chile. En *Fluoroterapia en odontología*. Editado por Gómez S. 4ª Edición. Valparaíso: Compañía Colgate, pp.161 - 177.

Gonsalves W, Skelton J, Heaton L, Smith T, Feretti G, Hardison J (2005). Family medicine residency director's knowledge and attitudes about pediatric oral health education for residents. *Journal of Dental Education* 69:446-452.

Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M (2009). Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21:1-10.

Krol DM (2003). Dental caries, oral health, and pediatricians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 33:253-270.

Krol DM (2004). Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics* 113:487-92.

Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA (2000). The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics* 106:E84.

Lewis CW, Cantrell DC, Domoto PK (2004). Oral health in pediatric practice setting: a survey of Washington state pediatricians. *Journal of Public Health Dentistry* 64:111-114.

Lewis CW, Boulter S, Keels MA, Krol DM, Mouradian WE, O'Connor KG, Quiñonez RB (2009). Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Academic Pediatrics* 9:457-61.

Mathu-Muju KR, Lee JR, Zeldin LP, Rozier RG (2008). Opinions of early head start staff about the provision of preventive dental services by primary medical care providers. *Journal of Public Health Dentistry* 68:154-162.

OMS (Ministerio de salud) (2005). Guía Clínica Salud Oral Integral en Niños de 6 años. *Guía Clínica 2005* [en internet]. Santiago Chile, disponible en http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/reforma/guias_clinicas/GuiasClinicas_Minsal_Saludoral.pdf [accesado el día 01 de julio de 2011].

MINSAL (Ministerio de salud) (2007a). Diagnóstico de situación de salud bucal. *Perfil epidemiológico en salud bucal* [en internet], Santiago Chile, disponible en

<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf> [accesado el 01 de julio de 2011].

MINSAL (Ministerio de Salud) (2007b). Guía clínica Urgencia Odontológica Ambulatoria. *Urgencia Odontológica Ambulatoria [en internet]*, Santiago Chile, disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/GPCGes-UrgenciaOdontologica-2007.pdf> [accesado el 01 de julio de 2011].

Murthy GA, Mohandas U (2010). The knowledge, attitude and practice in prevention of dental amongst pediatricians in Bangalore: A cross-sectional study. *Journal of Indian society of pedodontics and preventive dentistry* 28:100-103.

OMS (Organización mundial de la salud) (1997). *Encuestas de salud bucodental: métodos básicos*. 4ta. Edición, Ginebra.

Peressini S (2003). Pacifier use and early childhood caries: An evidence - based study of the literature. *Journal of Canadian Dental Association* 69:16-19.

Plutzer K, Spencer A (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community of Dental Oral Epidemiology* 36:335-346.

Torrel JM (2000). *Métodos de investigación en Odontología*. España. Editorial Masson.

Sanchez JJ, Segovia JM (2008). La participación y la influencia del recordatorio en las encuestas panel online a estudiantes universitarios. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales* 16:135-161.

Sanchez JJ, Muñoz F, Montoro F (2009). ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas online? *Revista de Estudios Empresariales* 1:45 - 62.

Schalka MM, Rodrigues CR (1996). The importance of the pediatrician in oral health care promotion. *Rev. Saúde Pública* 30:179-186.

Tinanoff N, Reisine S (2009). Update on early Childhood caries since the surgeon General's Report. *Academic Pediatrics* 9:396-403.

Unicef (United Nations Children's Fund) (2011). Los derechos en Chile [en internet]. Santiago Chile, disponible en <http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Los-Derechos-en-Chile>. Accesado el día 01 de julio de 2011.

Weiss F, Cifuentes C, Hernández J (2010). *Grado de conocimiento de los odontólogos de la red de atención primaria sobre las guías y normas de práctica clínica del MINSAL, en la Quinta Región, Chile*. Tesis de título no publicada, Valparaíso Chile, Universidad de Valparaíso.

Anexo 1

Tabla I: Concentración de Flúor en agua en relación a edad del paciente

CONCENTRACIÓN DE FLÚOR EN EL AGUA POTABLE			
EDAD	MENOS 0.3 PPM	0.-0.6 PPM	MAYOR A 0.8 PPM
0-6 meses	-----	-----	-----
6 meses a 3 años	0.25 mg/d	-----	-----
3 a 6 años	0.5 mg/d	0.25 mg/d	-----
6 a 16 años	1.9 mg/d	0.5 mg/d	-----

Esta tabla relaciona la concentración de flúor en suplemento que un paciente de determinada edad necesitaría considerando la concentración del mismo en el agua potable donde reside.

Tabla II: Caries Risk Assessment Tool (CAT) (Herramienta de Cálculo de Riesgo Cariogénico) modificada.

	Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto riesgo
<u>Condiciones Clínicas</u>	-No hay caries posterior a los 24 meses de edad. -No se observa Biofilm	-Caries en dientes posterior a los 24 meses de edad. -Encías inflamadas sangrantes.	-Caries pasado los 12 meses -Biofilm visible -Caries en los dientes anteriores.
<u>Características Ambientales</u>	-Consumo de flúor en pasta o en agua. -Consumo de azúcares durante la comida	-Baja Exposición en agua pero normal en pasta de dientes. -Ocasional contacto con azúcar entre comidas asociado con caries	-Baja exposición en todos los tipos. -Exposición frecuente al azúcar entre comida asociado a caries
<u>Condición de atención odontológica y salud general</u>	-Visita regular al dentista	-Irregular en las visitas al odontólogo	-Visitas esporádicas al dentista -Caries en la madre

Esta tabla relaciona la determinación de riesgos cariogénicos de los pacientes en relación a las características de su condición (clínicas, ambientales y atención odontológica).

Tabla III : Condiciones de Salud y Enfermedad: Caries y Desarmonía Dentomaxilar (relación con malos Hábitos).

	TRASTORNO	IMAGEN	COMENTARIO
<p>Aquí se observa que no existen cambios de coloración, manchas o cavitaciones que puedan denotar caries.</p> 	<p>CARIES</p>		<p>Caries de inicio precoz o caries del biberón</p>
			<p>Lesiones de esmalte</p> <p>Caries dentinarias activas. Obturaciones en mal estado</p>
<p>Observar que no hay alteración en la oclusión de la paciente por malos hábitos no controlados.</p> 	<p>DESARMONÍA DENTOMAXILARY MALOS HÁBITOS</p>		<p>Se observa mordida abierta con interposición lingual debido al mal hábito de la succión de dedo.</p>
			<p>Se observa el mal hábito de la respiración bucal el que puede definir una alteración del desarrollo craneomaxilar.</p>
			<p>Uso de la mamadera que en persistencia puede provocar alteraciones en el la forma del paladar con la consiguiente alteración de la fonación y deglución.</p>
			<p>Presión de manos contra cabeza; puede generar asimetría en las bases óseas y huesos de la cara con la consiguiente alteración Dentomaxilar.</p>

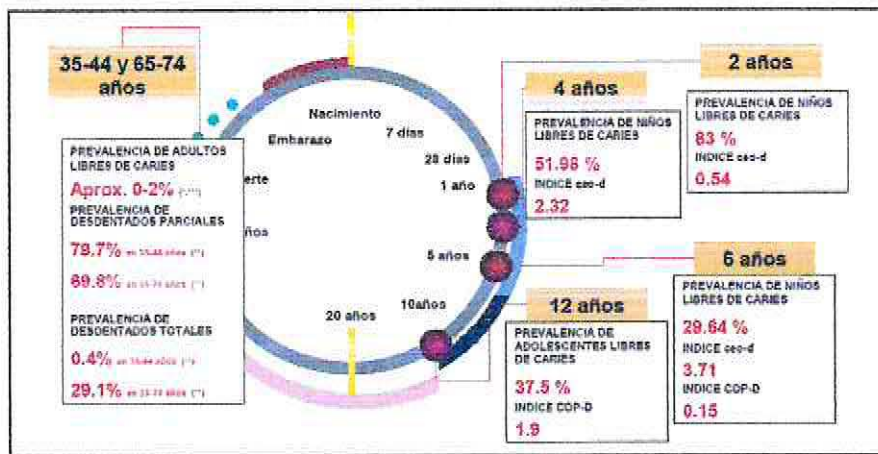


Figura I: Condición de salud oral en Chile según la OMS en el año 2007

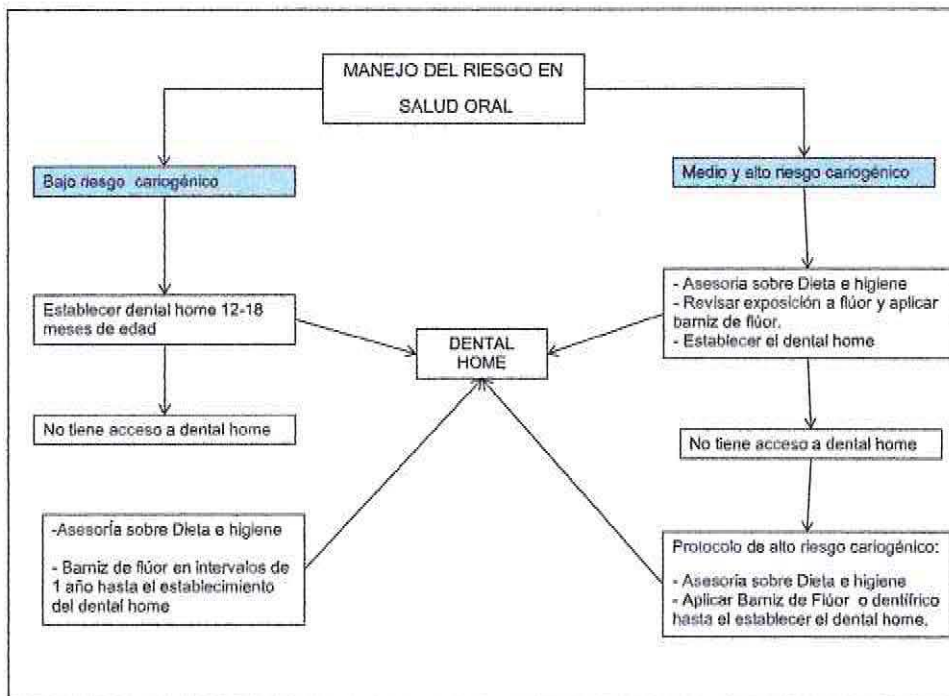


Figura II: Gráfico Dental Home: muestra la relación entre riesgo cariogénico y consideración de plan de tratamiento, modificado.

Anexo 2



Figura I: Portada sitio Web



Figura II: segunda Pestaña, Información.

Juan Eduardo Orrego Calvo
 Director General de la Unidad de Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico del Instituto de Física y Matemáticas de la Universidad de Chile.
 Director del Departamento de Física de la Universidad de Chile.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.
 Director del Centro de Estudios Científicos de Valdivia.

Paulette Foucher Siefeld
 Profesora de Física de la Universidad de Chile.
 Investigadora del Departamento de Física de la Universidad de Chile.
 Investigadora del Departamento de Física de la Universidad de Chile.

Cynthia Garcia Morales
 Profesora de Física de la Universidad de Chile.
 Investigadora del Departamento de Física de la Universidad de Chile.
 Investigadora del Departamento de Física de la Universidad de Chile.

Katherine Carmona Hernández
 Profesora de Física de la Universidad de Chile.
 Investigadora del Departamento de Física de la Universidad de Chile.
 Investigadora del Departamento de Física de la Universidad de Chile.

Figura III: Tercera Pestaña, Curriculum de Investigadores.

Contáctenos

Apellido:

Nombre completo:

Email:

Teléfono:


Comentarios / Preguntas:

Para saber más acerca de nosotros visite nuestro sitio en www.fisica.uchile.cl

Sedes Central 211 P.O. Box 217, Santiago, Chile
 Fono: +56 22 2622010

Figura IV: Cuarta Pestaña, Zona de Contacto.

Anexo 3


Universidad de Valparaíso CHILE
Escuela de Odontología

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

A continuación le presentamos una encuesta que tiene por objetivo recopilar su opinión sobre temas en Salud Oral, consta de 3 secciones: la primera son datos que debe completar escribiendo cada una de las respuestas y las otras dos secciones son preguntas donde con un solo 'click' se marcará la aseveración que usted crea correcta.

La realización de esta a no le tomará más de 10 minutos, le solicitamos encarecidamente responderla en su totalidad ya que su participación será de gran ayuda en este estudio.

Colabore con nosotros, sus respuestas favorecerán al conocimiento del futuro...
Gracias ...
Hay 32 preguntas en esta encuesta.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Figura I: Presentación de Encuesta

100%

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

* Correo electrónico

.....

* Edad:

.....

Sólo se aceptan números en este campo.

* Sexo:

Femenino Masculino

* Año en que egresó de la especialidad:

.....

Sólo se aceptan números en este campo.

* Ciudad donde ejerce habitualmente:

.....

Figura II: Primera sección de encuesta: Características Demográficas

0%
100%

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

• Tipo de servicio donde ejerce:
Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor escoja...

• Número de horas dedicadas al ejercicio clínico semanalmente:
Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor escoja...

• ¿Cuántos pacientes atiende en un día normal?
Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor escoja...

• ¿De dónde obtiene usted la información sobre la prevención de las enfermedades bucodentales?
Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor escoja...

Figura III: Primera y Quinta secciones de encuesta: Características Demográfica e Informaciones

0%
100%

B. CONOCIMIENTO

En este apartado usted debe identificar las siguientes condiciones introrales de salud o enfermedad.

• Lo que usted observa en la boca de este paciente son:



Seleccione una de las siguientes opciones

- Dientes sanos
- Dientes con caries
- Dientes con manchas de nacimiento
- Dientes con manchas por comida

• Ante esta situación decide:
Seleccione una de las siguientes opciones

- No considerarla importante
- Controlarla en el tiempo
- Recetar Flúor
- Derivar a odontopediatra


Figura IV: Segunda sección de encuesta: Conocimiento (Identificación y manejo)

01/17/16

B1p2 Conocimiento

En relación a este paciente, responda las siguientes preguntas:

• ¿Cuál es la principal alteración?



Seleccione una de las siguientes opciones:

- Dientes conos
- Dientes en mal posición
- Deformidad de hueso

• La causa de esto es:

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Hereditaria
- Mal hábito como: uso de chupete
- Idiopático (sin motivo)

Figura V: Segunda sección de encuesta: Conocimiento (Identificación y manejo)

01/17/16

100%

B1p3 Conocimiento

• Lo que usted observa en los dientes de este paciente es(es):



Seleccione una de las siguientes opciones:

- Caries
- Manchas por eructos
- Defecto natal de dientes de leche
- Manchas por uso de antibiótico en forma prolongada

• Su actitud respecto a este caso clínico es:

Seleccione una de las siguientes opciones:

- No lo considero, son dientes de leche.
- Controlo en el tiempo
- Receto Flúor
- Derivo a odontopediatra

Figura VI: Segunda sección de encuesta: Conocimiento (Identificación y manejo)

0%
100%

B1p4 Conocimiento

• Respecto a la foto clínica; responda una o más alternativas que estime correcta(s):



Marque las entradas que correspondan

- Cohibe la hemorragia + derivo al odontopediatra
- Derivo de urgencia al odontopediatra
- Limpio, observe e intente reubicar el diente + derivo al odontopediatra
- Receto antiinflamatorio+analgésico + reposo+ derivo al odontopediatra

[Volver a la pregunta anterior](#)

[« Previo](#)

[Siguiente »](#)

[Ver y revisar a seguir](#)

Figura VII: Segunda sección de encuesta: Conocimiento (manejo)

0%
100%

B2.1 Conocimiento

• Determinar si las siguientes patologías son factores de riesgo para la CARIES:

	SI	Duda	No
Dientes en mala posición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia de consumo de azúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inicio de lactancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado de dientes inadecuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de chupeta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de mamisero	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Volver a la pregunta anterior](#)

[« Previo](#)

[Siguiente »](#)

[Ver y revisar a seguir](#)

Figura VIII: Segunda sección de encuesta: Conocimiento (Factores de Riesgo, Caries)

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

0% 100%

C. Actitud

• Marque con una cruz (X) su preferencia en cuanto a cada actitud planteada.

	en desacuerdo	neutro	de acuerdo
• La higiene oral y la dieta son importantes para prevenir la caries dental.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Es importante realizar un examen intraoral.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• El equipamiento de carillas de fluoruro es importante para prevenir la caries.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• El pediatra tiene un papel primordial en la prevención de las enfermedades bucodentales.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Según el paciente le ayuda a realizar la educación.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La caries se puede prevenir.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Los traumatismos periodontales se pueden prevenir.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La periodoncia se puede prevenir.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La visita de rutina dental es importante en la prevención de las enfermedades bucodentales.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

« Volver a la encuesta » «< Previa Siguiente >> «> Continuar encuesta »

Figura XI: Tercera sección de encuesta: Actitud

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

0% 100%

D.3 Comportamiento

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

0% 100%

D.1 Comportamiento

• ¿Usted realiza una evaluación de los hábitos alimenticios de sus pacientes?

Sí No

• ¿Usted realiza examen bucal de sus pacientes?

Sí No

• ¿Qué mira en la boca de sus pacientes?
 Seleccione una de las siguientes opciones

Dientes

Dientes y encías

Labios y dientes

Labios y encías

Labios, dientes y encías.

« Volver a la encuesta » «< Previa Siguiente >> «> Continuar encuesta »

Figura XII: Cuarta sección de encuesta: Práctica o Comportamiento

D.2 Comportamiento

¿A qué edad realiza Usted el primer examen de salud oral?

Seleccione una de las siguientes opciones

- Nacimiento
- 6 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 años

¿A qué edad usted recomienda el primer examen odontológico?

Seleccione una de las siguientes opciones

- Nacimiento
- 6 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 años

¿Con qué frecuencia recomienda los controles odontológicos?

Seleccione una de las siguientes opciones

- Una vez al año
- Cada 6 meses
- Cada mes
- Sólo urgencias

Figura XIII: Cuarta sección de encuesta: Práctica o Comportamiento

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

0% 100%

D.3 Comportamiento

¿Usted recomienda a los padres a lavar los dientes de sus hijos?

- Sí
- No

¿Aconseja a los padres sobre el uso de pasta dental fluorada

Seleccione una de las siguientes opciones

- Sí
- No
- Depende de la edad

¿A qué edad comienza el uso de pasta fluorada?

Seleccione una de las siguientes opciones

- Desde los 6 meses
- Desde el primer año
- Desde los 3 años
- Desde los 6 años
- Otro: _____

Inicio / Ver el cuestionario

<< Previa

Siguiente >>

Salir / Retornar a encuesta

Figura XIV: Cuarta sección de encuesta: Práctica o Comportamiento



Universidad
de Valparaíso
CHILE

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

0%
100%

D.4 Comportamiento

¿Piensa usted que se modifica la prescripción de fluoruro en relación con el nivel de Flúor en el agua potable de la comunidad?

Sí No

¿Usted cree que necesita más información sobre la prevención de las enfermedades bucodentales?

Sí No

Quitar y volver en sus marcas

<< Previa

Siguiente >>

Salir y volver a evaluar

Figura XV: Cuarta y Quinta secciones de encuesta: Práctica o Comportamiento e Informaciones.

Anexo 4

Valparaíso, 18 de Mayo 2011.-

Dr. _____
Presidente SOCHIPE Fillal _ Región
Presente.

Estimado Dr. Arancibia:

Desde el año 2008 que pertenezco a la SOCHIPE como miembro colaborador. Actualmente soy Jefe de Cátedra de Odontopediatría de la Escuela de Odontología, Universidad de Valparaíso.

La Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso tiene como requisito de titulación para sus estudiantes realizar un proyecto de investigación.

Como parte de ese proceso estoy dirigiendo el trabajo:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Médicos Pediatras pertenecientes a la SOCHIPE respecto a la Salud Oral., que realizan las estudiantes de 6° año Katherine Carmona H., Paulette Foucher S. y Cinthya García M..

El objetivo general de esta investigación es:

Evaluar el conocimiento de los Médicos Pediatras de las RM y V regiones en Chile con respecto a Salud Oral

Sus Objetivos específicos son:

1. Determinar el **Conocimiento** que poseen los Médicos Pediatras de las regiones de Santiago y Valparaíso en la detección, Causalidad y Factores de riesgo asociados en las patologías orales más frecuentes (Caries, Maloclusiones y TDA).
2. Conocer las **Actitudes** de los Médicos Pediatras de las regiones de Santiago y Valparaíso en cuanto a medidas preventivas y detección de hábitos nocivos en el desarrollo de caries, Maloclusiones y TDA.
3. Identificar la **Práctica** de los Médicos Pediatras de las regiones de Santiago y Valparaíso en cuanto a la observación de la cavidad oral, Derivación a odontopediatra, conserjería sobre higiene y dieta y manejo del Flúor.

La metodología a emplear es mediante la aplicación de una encuesta en formato online a través de un sitio web dedicado.

Se espera recolectar 100 encuestas. El procedimiento será invitar a los Médicos Pediatras a contestar la encuesta sin intervención de los encuestadores.

Los datos de esta investigación serán de gran relevancia para la evaluación y ejecución de clases y/o seminarios que Docentes de la Cátedra de Odontopediatría realizan en la Facultad de Medicina de nuestra Universidad y en el contacto permanente en las reuniones de Pediatría en el Hospital Van Buren de Valparaíso, cuando el tema es Salud Oral.

Por las razones expuestas es que solicito a Ud. autorización para utilizar, en los términos que SOCHIPE determine, la base de datos en lo referente a e-mails y direcciones de los socios de la Región Metropolitana y V Región.

Por lo pronto, me comprometo a informar en detalle el resultado de la encuesta en un informe y en alguna otra instancia que la sociedad determine.

En espera de su favorable acogida, le saluda atentamente,



Juan Eduardo Onetto Calvo - CD
Profesor Titular Odontopediatría
Facultad Odontología
Universidad de Valparaíso

juan.onetto@uv.cl

Celular 92296364

Tel Clínica Odontología Pediátrica y del Adolescente: 32-2508690

Figura I: Solicitud de autorización para SOCHIPE


 Universidad de Valparaíso CHILE	<u>INVITACIÓN</u>
<p>Estimado Doctor (a) socio(a) de SOCHIPE:</p> <p>Tenemos el agrado de invitarlo(a) a contestar una encuesta online que es parte del Seminario de Tesis "<i>Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Médicos Pediatras en relación a Salud Oral de las regiones Metropolitana y Valparaíso</i>". Responder nuestra encuesta le tomará un máximo de 10 minutos. Su adhesión a este proyecto será de gran ayuda. Para contestar la encuesta, por favor ingrese a: http://www.tesisuv.com/, donde encontrará el enlace e información detallada de los objetivos de la investigación.</p> <p>Agradeciendo de antemano su valioso tiempo, Saludan atentamente a Usted</p> <p>Juan Eduardo Onetto Calvo Profesor Guía de Tesis Profesor Titular Odontopediatría Miembro SOCHIPE Katherine Carmona Paulette Foucher Cinthy García Tesis -Estudiantes 6° año Odontología</p>	

Figura II: Carta de Invitación a los Miembros de SOCHIPE


 Universidad de Valparaíso	<u>AGRADECIMIENTO</u>
<p>Estimado Doctor (a):</p> <p>Deseamos agradecerle haber participado en nuestro estudio, al contestar la encuesta online parte del Seminario de Tesis "<i>Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Médicos Pediatras en relación a Salud Oral de las regiones Metropolitana y Valparaíso</i>".</p> <p>De manera cordial le solicitamos invitar a otros colegas miembros de SOCHIPE a participar en la encuesta, recordándole que al ingresar a: http://www.tesisuv.com/ podrán encontrar el enlace e información detallada de los objetivos de la investigación</p> <p>Agradeciendo de antemano su valioso tiempo, Saludan atentamente a Usted</p> <p>Juan Eduardo Onetto Calvo Profesor Guía de Tesis Miembro Colaborador SOCHIPE Katherine Carmona Paulette Foucher Cinthy García Tesis - Estudiantes 6to. Año</p> <p style="text-align: right;">Valparaíso, Junio 2011</p>	

Figura III: Carta de Agradecimiento: dirigida a Pediatras que contestaron la encuesta.

Anexo 5

Estado	ID	Fecha de inicio	Fecha fin	Activo	Respuestas pendientes	Completas	Parcial	Total	Encuestas/Asistencias	Fecha de creación
Activo	1075	2018-11-08 08:53	2018-11-15 23:59	Activo	0	0	0	0	0	2018-11-08 08:53
Activo	1076	2018-11-08 08:53	2018-11-15 23:59	Activo	0	0	0	0	0	2018-11-08 08:53

Figura I: Página principal de LimeSurvey : Encuesta Disponible

Resumen de respuestas

Respuestas completas: 00
 Respuestas incompletas: 03
 Total de respuestas: 103

Figura II: Página de LimeSurvey: Conteo de Encuestas recibida

Título: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES (ID 10426)

Descripción:
 Introducción: A continuación le presentamos una encuesta que tiene por objetivo recopilar su opinión sobre temas en Salud Oral, curso de 9 sesiones; le primero son datos que debe completar abordando cada una de las respuestas y las otras dos sesiones son preguntas dirigidas con un rol "rol" se marcará la observación que usted crea correcta. La restricción de rol a no le tomará más de 10 minutos, le solicitamos amablemente responderlo en su totalidad ya que su participación será de gran ayuda en este estudio. Colabore con nosotros, sus respuestas favorecerán al conocimiento del futuro. Gracias.

Administrador/a: Cynthia Kato Paulette (contacto@limesurvey.com)

Fecha y hora de inicio: -
Fecha y hora de finalización: -
Plantilla: Twirl
Idioma predeterminado: Español
Idiomas adicionales: -
Estilo de salida: -
Número de preguntas/respuestas: 22/15
Encuesta actualmente activa: SI
Nombre de la tabla de la encuesta: lms_survey_10426
Avisos: Las respuestas a esta encuesta son anónimas.
 Preservada sección por sección
 http://www.limesurvey.com/ingles/encuestas/como-usar-la-survey

Figura III: Página principal de Acceso a Encuesta

Anexo 6

Comentarios de los médicos pediatras

CATEGORÍAS	COMENTARIOS
Critican la encuesta por distintos motivos	la primera foto no se logra ver bien, no tiene buena resolución y la imagen es muy pequeña
	deberían hacerse comentarios en el momento de contestar cada pregunta, dejar mas posibilidades para otras alternativas. Para aclarar respuestas. por ejemplo uso de maderas en las noches es factor de r para caries, pero no lo es el uso de maderera en sí
	y las respuestas correctas?
	Me gustaría que salieran al final las respuestas esperadas como correctas
	incluyen rol del respirador bucal asociado a fumadores pasivos
	algunas imagenes no eran tan claras y algunas preguntas con respuestas muy acotadas
Desean mas información al respecto	Creo que deberíamos ponernos al día en salud oral para aconsejar bien a los niños
	AGARDECERÍA INFORMACIÓN BÁSICA, ES UN AREA EN QUE ETNEMOS POCA PREPARACION LOS PEDIATRAS
	Considero necesario actualizaciones con respecto a la prevención de la salud oral dirigido a pediatras
	espero recibir resultados finales y comentarios del trabajo finalizado, por este mismo medio
	Yo no realizo supervision de salud actualmente, pero es una responsabilidad del pediatra velar por la salud integral de los niños y esto incluye el cuidado de la boca y dientes. A estudiar se ha dicho
	me hace recapacitar que tengo algunas dudas que me gustaria aclarar y no solo derivar es un tema importante y muy comun para nosotros y se necesita mas informacion asi que si quieren enviarme feliz de recibirla y ayudarlos suerte en su tesis
	Creo que a los pediatras nos falta mucha información sobre la prevención de las enfermedades orales
	algunas imagenes no eran tan claras y algunas preguntas con respuestas muy acotadas

Comentarios positivos de la encuesta	Muy interesante la encuesta
	excelente iniciativa.
	me parece muy buena la encuesta
	Muy interesante la encuesta
	Gracias..me sirvio para saber que no estoy tan mal en la profilaxis oral demis niños-
	Buena y entretenida la encuesta
Creen que es importante que el pediatra este informado con respecto a las medidas preventivas en salud oral. Importancia del rol	Muy buena la evaluación
	la salud bucal es parte del control pediátrico. Siempre es importante mejorar el conocimiento para una mejor atencion de nuestros pacientes como pediatras en osorno estamos consultando odontopediatras Espero no sarme muy mala nota Atte
	No puedo negar que en emergencia Pediatrica nos olvidamos de la salud dental
	El pediatra tiene unrol muy importante en la salud oral ya que controla desde el periodo de recién nacido y ya puede detectar algunas anomalías y aconsejar sobre los hábitos de higiene dental.
	creo que la salud oral es parte del desarrollo del niño, y se debe realizar en todo control sano por el pediatra y odonto pediatra cada 6 meses
	me parece excelente que se plantee el tema odontológico a los pediatras (así como que se plantee el tema pediatrico a los odontólogos).
Agradezco permitirme participar y el interés por "educarnos" a nosotros los pediatras en salud oral. Yo me he sensibilizado mucho porque tengo amigas e hija Odontólogas.Saludos.	

Tabla I: comentarios sobre Encuesta entregado por Médicos Pediatras

Anexo 8



Universidad de Valparaíso
Seminario de Tesis

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PEDIATRAS EN RELACIÓN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A1. Edad : _____

A2. Sexo: M _____ F _____

A3. Ciudad donde ejerce habitualmente: _____

A4. Año en que egresó de la especialidad: _____

A5. Tipo de servicio donde ejerce:

Público _____ Privado _____ Ambos _____

A6. Número de horas dedicado a ejercicio clínico semanalmente:

<10 _____ 11-20 _____ 21-30 _____ 31-40 _____ > 40 _____

A7. ¿Cuántos pacientes atiende en un día normal?

<5 _____ 5-10 _____ 11-20 _____ >20 _____

B. CONOCIMIENTO

B1. En este apartado Ud. Debe identificar las siguientes condiciones intraorales de salud o enfermedad. Marque la alternativa que estime correcta.

PREGUNTA 1: lo que usted observa son dientes:



- a) Sano
- b) Caries
- c) Mancha de nacimiento
- d) Mancha por comida

Si contestó "B", escoja una alternativa:

- a) No la considero importante
- b) La controlo en el tiempo
- c) Receto Flúor.
- d) Derivo a odontopediatra

Si contestó "C", escoja una alternativa:

- a) No la considero importante
- b) Controlo en el tiempo
- c) Receto Flúor
- d) Derivo a odontopediatra

Si contestó "D", escoja una alternativa:

- a) No la considero importante
- b) Insisto en la importancia del cepillado
- c) Derivo a odontopediatra

PREGUNTA 2: de la siguiente foto clínica cual usted considera que es la alteración:



- a) Dientes cortos
- b) Dientes en mal posición
- c) Deformidad de hueso

Si contestó "D", escoja una alternativa. Esto se produjo por:

- a) Hereditario
- b) Mal hábito como: uso de chupete
- c) Idiopático (sin motivo)

PREGUNTA 3: lo que usted observa son dientes:



- a) Caries
- b) Manchas de nacimiento
- c) Manchas por comida
- d) Defecto natal de dientes de leche

Si respondió **A:** su actitud respecto a esto es:

- a) No lo considero, son dientes de leche.
- b) Controlo en el tiempo
- c) Receto Flúor
- d) Derivo a odontopediatra

PREGUNTA 4: respecto a la foto clínica, responde una o más alternativas que estime correcta(s):



- a) Cohíbo la hemorragia + control al otro día
- b) Derivo de urgencia al odontopediatra
- c) Limpio, observo e intento reubicar el diente
- d) Receto antiinflamatorio-analgésico + reposo

C. Actitud: Marque con una cruz (X) su preferencia en cuanto a cada actitud plantada.

	<u>De acuerdo</u>	<u>En Moderado acuerdo</u>	<u>En desacuerdo</u>
El higiene oral y la dieta es importante para prevenir la caries dental			
El pediatra debe realizar un examen intraoral.			
El suplemento de fluoruro es importante para prevenir la caries dental			
El pediatra tiene un papel primordial en la prevención de las enfermedades bucodentales			
Debo seguir al paciente luego de realizar la derivación			
Derivo cuando estimo conveniente			
La caries dental se puede prevenir			
Las consejerías son importantes en relación a posibles traumatismos dentoalveolares			
La maloclusión puede ser prevenida			
La visita de rutina dental es importante en la prevención de las enfermedades bucodentales			

B. COMPORTAMIENTOS

D1. ¿Usted realiza una evaluación de los hábitos alimenticios de sus pacientes?

Sí _____ No _____

D2. ¿Usted realiza examen bucal de sus pacientes?

_____ Sí (pase a D3) _____ No (pase a D5)

D3: ¿Qué mira en la boca de sus pacientes?:

- a) Dientes
- b) Dientes y encías
- c) Labios y dientes
- d) Labios y encías
- e) Labios, dientes y encías.

D4 .¿A qué edad realiza Usted el primer examen de salud oral?

Nacimiento____ 6 meses____ 1 año____ 2 años____ 3 años____

D5. ¿A qué edad usted recomienda el primer examen odontológico?

Nacimiento____ 6 meses____ 1 año____ 2 años____ 3 años____

D6. ¿Con qué frecuencia recomienda los controles odontológicos?

____ Una vez al año ____Cada 6 meses ____Cada mes ____Sólo urgencias

D7. ¿Usted recomienda a los padres a lavar los dientes de sus hijos?

____ Sí ____No

D8. ¿Aconseja a los padres sobre el uso de pasta dental fluorada?

____ Sí (pase a D9) ____ No (pase a D10) ____ Depende de la edad

D9. ¿A qué edad comienza el uso de pasta fluoradas?

- a) Desde los 6 meses
- b) Desde el primer año
- c) Desde los 3 años
- d) Desde los 6 años
- e) Otra_____

D10. ¿Piensa usted que se modifica la prescripción de fluoruro en relación con el nivel de Flúor en el agua potable de la comunidad?

____ Sí ____ No

C. INFORMACIÓN

E1. ¿De dónde usted obtiene la información sobre la prevención de las enfermedades bucodentales?

- a) Asociaciones Científico revista
- b) Colegas
- c) Cursos de educación continua
- d) Ninguno
- e) Otros (especificar)

E2. ¿Usted cree que necesita más información sobre la prevención de las enfermedades bucodentales?

_____ Sí _____ No

Tiempo estimado en contestar: _____

Comentarios: _____

Anexo 8

Valparaíso, 29 de Junio de 2011

DECLARACIÓN JURADA

Paulette Foucher Siedfeld Rut N°16.573.458-0 y Cinthya Garcia Morales Rut N°16.357.280-K, declaramos que estamos realizando nuestra Tesis denominada "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Médicos Pediatras perteneciente a la SOCHIPE respecto a salud oral en la regiones Metropolitana y Valparaíso en Chile" y que solo utilizaremos la información personal recopilada para fines de investigación científica y no para otros usos indebidos.


Paulette Foucher Siedfeld
16.573.458-0


Cinthya Garcia Morales
16.357.280-K

Firmada ante mí día PAULETTE FOUCHER SIEDELD, C.I. 16.573.458-0 y día CINTHYA ANTEA GARCIA MORALES, C.I. 16.357.280-K. Viña del Mar, 29 de Junio del 2011. Sus.



Figura I: Declaración Jurada