



**VALORACIÓN CUALITATIVA DE SATISFACCIÓN  
USUARIA DE LA EXPERIENCIA DE  
TELEODONTOLOGÍA EN PREESCOLARES DEL  
POLICLÍNICO NANEAS DEL HOSPITAL CARLOS  
VAN BUREN DE VALPARAÍSO EN EL CONTEXTO  
DE LA PANDEMIA COVID-19**

Proyecto de Investigación para optar al título de Especialista en Odontopediatría

Residente: Pricila Ester Flores Aros

Docente Guía: Juan Eduardo Onetto Calvo

Docente Colaborador: Mariana Alicia Cubillos Gómez

**Valparaíso, Chile**

**2022**



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar y de forma muy especial quiero agradecer a la Dra. Mariana Cubillos Gómez, odontopediatra del policlínico NANEAS del Hospital Carlos Van Buren. Gracias por guiarme y acompañarme desde los inicios del proyecto de tesis, aún en medio de la pandemia; por el tiempo dedicado a asistir a cada una de las teleodontologías realizadas con los niños, por todo el trabajo que implicó conseguir antecedentes, bases de datos y lograr el apoyo de otros miembros de NANEAS; gracias porque aprendí mucho más que aspectos clínicos de estos hermosos pacientes. Y sobre todo gracias, porque su forma de ser, su entrega personal y el amor que pone en la atención infantil son un ejemplo y una inspiración para mí.

A los otros miembros del policlínico NANEAS del HCVB, por el apoyo y la información aportada para este trabajo de investigación.

Quiero agradecer a todas las personas que fueron parte de mi vida durante estos años de formación como especialista en odontopediatría:

A los doctores Juan Eduardo Onetto y María Teresa Flores, por su vocación para enseñar y por haber compartido, desde el pregrado hasta ahora, su vasta experiencia y su entrega a la Odontología Pediátrica. Gracias por su apoyo en cada paso de este proceso.

Al equipo de docentes de la especialidad: las doctoras Quiroz, Sirandoni, López, Guerrero, Bonvallet, Carrasco, Couve; los doctores Mancilla, Uribe, Fuentes, y la psicóloga Paula Solervicens. Gracias por compartir con tanta dedicación sus conocimientos y experiencias, y por siempre estar disponibles cuando he recurrido a ustedes.

Al equipo de asistentes y funcionarios de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente, muchas gracias no solo por su ayuda y colaboración, también por su cariño y calidez.

A mis compañeras y amigas de la especialidad, las doctoras Daniela Arpón, Evelyn Fuentes, Paula Torres y Paulina Seguel quienes siempre me apoyaron e hicieron de esta experiencia formativa algo muy especial e inolvidable.

Finalmente quiero agradecer a mi familia y a Dios por permitirme haber cumplido esta meta y conocer a tantas personas maravillosas, amigas, docentes, asistentes, auxiliares y pacientes.

# ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>2.- ASPECTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Contexto</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2 Concepto de NANEAS</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2.1 Categorización de la complejidad de NANEAS</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2.2 Nueva pauta para la evaluación de complejidad de NANEAS</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Policlínico NANEAS del HCVB</b> .....	<b>10</b>
<b>2.4 Salud bucodental de NANEAS</b> .....	<b>11</b>
<b>2.5 Pandemia de COVID-19</b> .....	<b>13</b>
<b>2.5.1 Infección por SARS-CoV-2 en niños y NANEAS</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5.2 Teleodontología en tiempos de pandemia</b> .....	<b>15</b>
<b>2.5.3 Ventajas de la teleodontología</b> .....	<b>15</b>
<b>2.5.4 Satisfacción usuaria hacia la teleodontología</b> .....	<b>16</b>
<b>2.6 Metodología de investigación cualitativa</b> <b>en la evaluación de la satisfacción usuaria</b> .....	<b>17</b>
<b>3.- OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Objetivo general</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>20</b>
<b>4.- MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1 Ética</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2 Diseño metodológico y procedimientos</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2.1 Diseño del estudio</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2.2 Población en estudio</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2.3 Elegibilidad</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2.4 Aspectos cualitativos de la investigación</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2.5 Intereses personales en el tópico de la investigación</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2.6 Orientación metodológica y teoría</b> .....	<b>23</b>
<b>4.3 Selección de los participantes y contactabilidad</b> .....	<b>23</b>
<b>4.4 Recolección de los datos</b> .....	<b>24</b>
<b>5.- RESULTADOS</b> .....	<b>25</b>
<b>5.1 Caracterización de la muestra (preescolares atendidos por teleodontología)</b> .....	<b>26</b>
<b>5.1.1 Sexo, edad y cuidador principal</b> .....	<b>26</b>

5.1.2 Nivel de complejidad de las necesidades de atención en salud .....	26
a) Necesidad de cuidados complejos .....	27
b) Necesidad de apoyo respiratorio .....	28
c) Necesidad de ayudas técnicas.....	28
5.2 Caracterización de los controles por teleodontología .....	29
5.2.1 Motivo de consulta .....	30
a) Maloclusión.....	31
b) Dificultad para cepillar .....	32
5.2.2 Dificultad percibida por los cuidadores para realizar la higiene oral .....	32
5.3 Nivel de satisfacción usuaria de los padres o cuidadores respecto a las atenciones por teleodontología .....	33
5.3.1 Determinación de códigos e identificación de temas y subtemas .....	35
5.3.2 Contextualización.....	39
a) Contexto familiar y personal del cuidador.....	39
b) Percepción del estado de salud del niño .....	42
c) Contexto en pandemia .....	42
5.3.3 Importancia dada por los cuidadores a la salud oral .....	45
a) Percepción del estado de la salud oral .....	45
b) Preocupación por el estado de la salud oral del niño .....	45
c) Prioridad dada a la salud oral .....	45
5.3.4 Vivencia del control por teleodontología.....	47
a) Satisfacción general de los usuarios respecto a la teleodontología...	47
b) Información recibida.....	49
c) Dificultades experimentadas durante la teleodontología .....	49
d) ¿Qué se gana y qué se pierde con la atención por teleodontología?..	50
e) Sugerencias para una mejor teleodontología.....	52
 6.- DISCUSIÓN.....	 55
7.- CONCLUSIONES.....	62
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
9.- ANEXOS .....	68
9.1 Anexo 1: Nueva pauta de categorización de la complejidad de NANEAS.....	68
9.2 Anexo 2: Ejemplos de secciones de la Ficha electrónica de Teleodontología de la Universidad de Valparaíso.....	72
9.3 Anexo 3: Instructivo de referencia enviado a los cuidadores para la toma de fotografías intraorales .....	76

# 1. INTRODUCCIÓN

En Chile, en las últimas décadas, el desarrollo de la tecnología y la implementación de unidades neonatales y de cuidados críticos, han permitido una evidente disminución de la tasa de mortalidad infantil; debido a estos avances, niños que anteriormente no lograban sobrevivir hoy lo hacen con enfermedades crónicas o secuelas de mayor o menor complejidad.

Dentro de este contexto en Chile, en el año 2008 se adopta el concepto “Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud” (NANEAS), el que se define como aquellos niños que tienen un riesgo aumentado para una condición crónica, sea esta física, del desarrollo, del comportamiento o emocional, e incluye también a aquellos que requieren una mayor atención en salud en comparación con la que requieren los niños en general.

Aquellos NANEAS que necesitan cuidados de alta y mediana complejidad en nuestro país reciben sus controles de salud en el nivel secundario o terciario de atención. En la región de Valparaíso, uno de los principales centros donde se lleva a cabo su atención es el Hospital Carlos Van Buren, institución de salud de alta complejidad integrada a la Red Pública de Salud. En este lugar, un equipo multidisciplinario realiza los controles de salud de forma presencial.

Con la progresión de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020, las atenciones presenciales se vieron interrumpidas, y para asegurar la continuidad de los seguimientos del estado de salud se desarrollaron instancias de atención por medio de tecnologías de comunicación a distancia (telesalud).

La evidencia es explícita en reconocer que las personas con condiciones médicas, físicas y psicológicas complejas se encuentran entre los grupos más desatendidos en cuanto a recibir atención dental; por este motivo, y frente a la necesidad de continuar con los controles dentales de NANEAS durante la pandemia, surgió la iniciativa de esta investigación. Se seleccionó a un grupo de cuidadores de NANEAS en edad preescolar y, a quienes estuvieron dispuestos a participar en la investigación, se les realizaron controles por teleodontología. Posteriormente, se evaluó de forma cualitativa la satisfacción de los cuidadores hacia este tipo de atención. Desde la voz de ellos se ha querido determinar aspectos positivos y negativos de la teleodontología y conocer cuáles son sus sugerencias atendiendo a las necesidades específicas de cada uno.

Así entonces, nuestro interés fundamental es evaluar a la teleodontología ubicando en primer lugar el punto de vista de los usuarios como medio que nos permita acercar la salud bucodental a niños con estados complejos de salud y cuya atención presenta diversas barreras que desafían a la odontopediatría. Pretendemos dar a conocer estos obstáculos para así sumar antecedentes que nutran futuras discusiones sobre esta problemática, junto con presentar algunas recomendaciones que permitan desarrollar herramientas de apoyo a los cuidadores en la prevención de enfermedades orales.

## 2. ASPECTOS TEÓRICOS

### 2.1 Contexto

En Chile, en las últimas décadas, se han producido cambios epidemiológicos en la salud pediátrica. De la mano del desarrollo de la tecnología y de la implementación de unidades neonatales y de cuidados críticos, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido a niveles comparables con los de países desarrollados siendo en la actualidad de 6,6 por cada 1.000 nacidos vivos, una de las tasas más bajas de Latinoamérica (INE, 2018).

De acuerdo a los registros del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la principal causa de muerte en los menores de un año se relaciona con afecciones originadas en el período perinatal, es decir, entre el período comprendido entre las 22 semanas de gestación y los primeros 28 días desde el nacimiento. De esta forma, en 2018, se observó que cerca de la mitad de las defunciones de menores de un año (49,4%) se relacionaron con complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto mismo, entre otros trastornos originados durante el período perinatal. La segunda principal causa de muerte entre los menores de un año corresponde a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, equivalentes al 36,4% del total de defunciones infantiles (INE, 2018). Sin embargo, muchos de los niños que anteriormente fallecían hoy sobreviven con enfermedades crónicas o secuelas más o menos complejas. Este grupo de niños ha ido aumentando en las últimas décadas, motivando a los equipos de salud a ofrecerles las mejores oportunidades de desarrollo y salud para mejorar su calidad de vida y sobrevida (MINSAL, 2014).

A nivel mundial, se estima un 5,1% de niños con discapacidad en el grupo de 0 a 14 años (OMS, 2011), y en Chile, las cifras se estiman en 5,8% de la población total de niños, niñas y adolescentes (2 a 17 años), siendo mayor la prevalencia en los grupos de menores ingresos (SENADIS, 2015). Respecto al grado de gravedad de la discapacidad infantil, la OMS identifica una prevalencia de 0.7 niños de 0 a 14 años cuya discapacidad es de carácter grave (OMS, 2011), y en nuestro país, datos de la 2° Encuesta Nacional de Discapacidad indican que 14,1% de la población infantil declaró tener 3 o más enfermedades o condiciones de salud.

## 2.2 Concepto de NANEAS

En 1998, en Estados Unidos, se definió el concepto de NANEAS (“Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud”) como aquellos niños y adolescentes que presentan o están en riesgo de una enfermedad crónica física, del desarrollo, conductual o emocional, y que además requieren mayor uso de servicios que el general de los niños (McPherson *et al.*, 1998).

Son un grupo heterogéneo de niños que presentan distintos problemas de salud derivados de la prematuridad, malformaciones congénitas, genopatías y/o enfermedades crónicas de la infancia, que impactan en su calidad de vida y la de sus familias, cada uno de ellos con un contexto y redes de apoyo diferentes (MINSAL, 2021a). En nuestro país, el año 2008, la Sociedad Chilena de Pediatría decidió reemplazar el concepto “enfermedades crónicas en la infancia” por el término “NANEAS”, para enfatizar su cuidado integral por medio de un modelo de atención centrado en la familia y a cargo de un equipo multidisciplinario, donde los cuidados sean otorgados desde sus necesidades y no en base a las enfermedades crónicas que pueden presentar. Por esta razón se reconoce la importancia de categorizar en base a la complejidad de sus necesidades a NANEAS con el fin de organizar la atención, distribuir recursos de salud y optimizar oportunidades de cuidado de manera personalizada (Flores *et al.*, 2016; MINSAL, 2022).

### 2.2.1 Categorización de la complejidad de NANEAS

El modelo de atención de NANEAS propuesto por la Sociedad Chilena de Pediatría el año 2016 (Flores *et al.*, 2016) categoriza las necesidades especiales en 6 áreas, cada una de las cuales se subdivide a su vez en necesidad mayor o menor, de acuerdo a la dificultad y tipo de cuidado requerido por cada paciente, como se detalla en la Tabla 1.

**Tabla 1: Definición de necesidades especiales por área y categorización en necesidad menor o necesidad mayor**

	Necesidades especiales	Definición	Necesidad menor	Necesidad mayor
1	<b>Atención por especialistas (incluye salud mental y bucal)</b>	Seguimiento > 12 meses y > 1 vez por año	≤ 3 especialistas	≥ 4 especialistas
2	<b>Medicamentos de uso crónico</b>	Uso > 12 meses	≤ 4 medicamentos, todos administrados vía oral	≥ 5 medicamentos, o terapia EV o que necesite administración en el hospital
3	<b>Alimentación</b>	Fórmulas especiales o alimentación parenteral	Necesidad de fórmula especial para nutrición oral o enteral	Necesidad de nutrición parenteral (ciclada o continua)
4	<b>Asistencia tecnológica</b>	Cualquier dispositivo necesario para vivir o mejorar la calidad de vida	Uso de elementos ortopédicos, monitorización no invasiva, sondas, ostomías, válvulas derivativas, oxígeno	Necesidad de ventilación asistida (invasiva o no invasiva), traqueostomía, marcapasos, diálisis, sondeo vesical intermitente en neovejiga o mitrofanoff
5	<b>Rehabilitación</b>	Cinesioterapia, fonoaudiólogo, terapia ocupacional y/o psicopedagoga	Transitoria (< 12 meses), o permanente con máximo 2 sesiones por semana, o más frecuentes pero cubiertas por jornada escolar	Permanente (≥ 12 meses) y/o con terapia frecuente (≥ 3 sesiones por semana)
6	<b>Educación especial</b>	Escuela especial, hospitalaria o necesidad de adaptación curricular	Escuela especial o necesidad de adaptación curricular	Asistencia a escuela hospitalaria más allá del período de hospitalización

(Flores *et al.*, 2016).

De acuerdo a las combinaciones de estas seis necesidades se clasifica de forma particular a cada paciente NANEAS según el grado de complejidad que requiere su cuidado, ya sea complejidad baja, mediana o alta (Tabla 2). El resultado obtenido es dinámico y puede estar asociado directamente con su condición de base, secuelas o con alguna condición biopsicosocial agregada (Flores *et al.*, 2016).

**Tabla 2: Categorización de la complejidad de NANEAS según Modelo de atención de NANEAS propuesto por Sociedad Chilena de Pediatría**

<i>Categorización de NANEAS</i>	<i>Necesidades</i>	<i>Situación de la familia</i>	<i>Nivel donde se llevan a cabo las atenciones de salud</i>	<i>Objetivos de la atención</i>
<b>BAJA complejidad</b>	Máximo 2 necesidades mayores, excepto áreas 3 o 4	Niños/as estables con familias capacitadas en su cuidado	Atención Primaria (equipo capacitado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañar y apoyar al niño y su familia.</li> <li>• Vincular con las redes de apoyo y recursos comunitarios locales.</li> <li>• Atender con un enfoque de promoción y prevención en salud.</li> <li>• Evitar complicaciones y secuelas por diagnóstico tardío. Énfasis en tratamiento oportuno de interurrencias.</li> </ul>
<b>MEDIANA complejidad</b>	3 o más necesidades mayores o necesidad mayor en áreas 3 y/o 4.	Niños/as en general estables, necesidad de cuidado permanente o frecuentes.	Nivel secundario, CDT o CRS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilizar a niño/a cuando sea necesario.</li> <li>• Recuperación y rehabilitación.</li> <li>• Empoderar a la familia en el cuidado.</li> </ul>
<b>ALTA complejidad</b>	TODAS en categoría mayor.	Necesidad de cuidado permanente o de alta frecuencia. Limitaciones funcionales severas y permanentes.	Servicios de cuidados complejos, nivel terciario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilizar a niño/a cuando sea necesario.</li> <li>• Evaluar periódicamente.</li> <li>• Mejorar calidad de vida.</li> <li>• Cuidados paliativos.</li> <li>• Apoyar y empoderar a la familia en el cuidado.</li> </ul>

(Adaptado de MINSAL, 2014)

### 2.2.2 Nueva pauta para la evaluación de complejidad de NANEAS

Una nueva forma para distinguir más adecuadamente los niveles de complejidad individual de NANEAS comenzó a ser desarrollada durante el año 2019 y fue publicada por el Ministerio de Salud en la Orientación técnica para el manejo integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud el año 2022 (MINSAL, 2022). Se ha propuesto la utilización de una pauta estructurada que considera tres dimensiones de necesidades: Necesidad de Cuidados Complejos, Necesidad de Apoyo Respiratorio y Necesidad de Ayudas Técnicas.

La aplicación de esta pauta otorga un puntaje relacionado a un grado de complejidad que es dinámico, y por lo tanto, debe ser evaluado periódicamente. (Ver Anexo 1). De acuerdo al puntaje obtenido se puede describir el nivel de complejidad de NANEAS (Tabla 3).

**Tabla 3: Categorización de NANEAS según grado de complejidad, según nueva propuesta de MINSAL, 2022.**

Puntaje obtenido	Nivel de complejidad	Definición
1-8 puntos	<b>NANEAS de baja complejidad</b>	En general se encuentran estables y sus familias cuentan con herramientas que les permiten ser autovalentes en el cuidado. Pertenece a este grupo el niño, niña o adolescente sin alteraciones significativas en su funcionalidad, que puede necesitar apoyo o supervisión en actividades de la vida diaria. El equipo acompaña y coordina las distintas instancias de atención en salud, enlaza a redes de apoyo, promueve salud y detecta precozmente interurrencias o deterioro de la condición de base. La atención se centra principalmente en APS, con uno o dos especialistas de seguimiento en atención secundaria.
9-15 puntos	<b>NANEAS de mediana complejidad</b>	Se encuentran estables, pero requieren de cuidados específicos permanentes o frecuentes para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidades complejas. En la actual estructura de nuestro sistema público de salud, su atención debería estar ubicada en el nivel secundario de salud: centro diagnóstico terapéutico, o centro de referencia de salud, a cargo de un pediatra o médico familiar que centralice la toma de decisiones, en acuerdo con la familia y el niño, niña o adolescente.
16 o más puntos	<b>NANEAS de alta complejidad</b>	NANEAS con fragilidad extrema y limitaciones funcionales severas y permanentes. Frecuentemente requieren hospitalización por descompensación de su condición de base, de forma transitoria o permanente. Este grupo permanece mucho tiempo al cuidado de un equipo en la atención terciaria, en servicios de neonatología, pediatría, hospitales de cuidados crónicos u hospitalización domiciliaria. En su atención participan múltiples especialidades médicas y otros profesionales de la salud. Este grupo de NANEAS requiere una evaluación periódica de sus necesidades que permita flexibilizar el nivel de atención cuando la complejidad varíe, con el objetivo de maximizar el uso de los beneficios de la red de salud.

(MINSAL, 2022)

### 2.3 Policlínico NANEAS del Hospital Carlos Van Buren

A nivel local, en mayo de 2016, se conformó un equipo NANEAS en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB) del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, como parte de un plan estratégico del Servicio de Pediatría ante la necesidad de dar respuesta clínica en el nivel terciario a NANEAS de alta y mediana complejidad médica, cuyo manejo multidisciplinario ocurría de forma aislada y parcelada generando múltiples visitas al hospital, con gran costo para la familia en lo psicosocial y económico. El equipo profesional del Policlínico NANEAS lo encabeza una neuropediatra y está conformado actualmente por enfermera pediátrica, nutrióloga infantil, fisiatra infantil, pediatra, kinesióloga, psicóloga, asistente social, odontopediatra y fonoaudióloga.

Los criterios de ingreso al policlínico NANEAS del HCVB, de acuerdo a los lineamientos internos del equipo, son:

- NANEAS de alta y mediana complejidad.

- Niño, niña o adolescente (NNA) con una condición crónica compleja relacionada a su salud física, a su desarrollo, a su conducta y/o a su afectividad.
- NNA que necesite de prestaciones de salud no habituales para niños de su edad.
- NNA que requiera controles de salud y programas de prevención con mayor frecuencia y/o complejidad que los requeridos habitualmente por niños de su edad.
- NNA que esté inscrito en algún centro de red de salud pública.
- NNA cuya familia esté de acuerdo en recibir asistencia por parte del equipo, adquiriendo así un compromiso en su recuperación.

Los criterios de egreso del policlínico NANEAS son:

- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente que haya realizado un proceso de transición, que sus médicos tratantes y subespecialistas pertenezcan al Equipo de Adulto.
- Pacientes NANEAS fallecidos.
- NNA trasladados a otra región.
- Rechazo del Programa NANEAS por parte de la familia.
- Cambio en el nivel de complejidad, se da de alta para ser atendido en la red de APS (pasa a ser de baja complejidad, derivación a controles de salud en APS).

## 2.4 Salud bucodental de NANEAS

El Ministerio de Salud de Chile reconoce que NANEAS presentan un riesgo aumentado de desarrollar enfermedades orales. El mayor riesgo de caries está relacionado con la dificultad para mantener una adecuada higiene bucal, el uso frecuente de medicamentos azucarados y el consumo inadecuado de alimentos cariogénicos. Por otra parte, las personas con discapacidad intelectual y de funcionamiento social en general presentan peores niveles de higiene bucal y control de placa, lo que se traduce en enfermedad periodontal. La población de personas en situación de discapacidad presenta en Chile, al igual que en el resto del mundo, un mayor daño bucal (MINSAL, 2012).

La AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) señala además que las enfermedades orales pueden tener un impacto directo y devastador en la salud y calidad de vida de las personas con ciertas condiciones sistémicas, y aquellos con compromiso del sistema inmune pueden ser especialmente vulnerables a los efectos de las enfermedades bucales. Los pacientes con discapacidades mentales, del desarrollo o físicas, que no tienen la habilidad de entender, responsabilizarse o cooperar con las acciones preventivas de salud bucal también son susceptibles (AAPD, 2021).

Una revisión de la literatura realizada el año 2018 (Chi, 2018), menciona que son muchos los factores asociados con necesidades insatisfechas de cuidado dental de NANEAS, entre ellos, vivir en pobres condiciones socioeconómicas, en áreas rurales, limitaciones para recibir cuidados médicos, ser un paciente de alta complejidad de cuidados en salud, poca tolerancia psicológica y menores grados de funcionalidad, así como factores relacionados a los cuidadores, como si sufre o no de depresión. Estarían actuando como barreras para el cuidado dental preventivo el exceso de carga del cuidador, no tener un dentista de cabecera, falta de cuidados médicos preventivos y la ausencia de coordinación entre las organizaciones comunitarias implicadas en el cuidado.

Otro estudio (Glassman *et al.*, 2016) menciona que las personas con necesidades de cuidados especiales en salud se enfrentan a obstáculos sistemáticos a la atención de la salud bucodental, como las barreras de transporte (especialmente en el caso de las personas con discapacidad física) y el costo; que los profesionales de la atención de la salud no siempre están capacitados para trabajar con esas personas; y que los consultorios dentales no son físicamente adecuados para que reciban atención, concluyendo que las personas con condiciones médicas, físicas y psicológicas complejas se encuentran entre los grupos más desatendidos en cuanto a recibir atención dental y, en consecuencia, tienen disparidades más importantes en salud oral que cualquier otro grupo.

En la actualidad no existen suficientes estudios que entreguen información acerca del estado de salud bucal de las personas en situación de discapacidad en general (MINSAL, 2012), mucho menos en el caso particular de NANEAS de alta y mediana complejidad en edad preescolar. En nuestro país, los datos de salud bucal en preescolares provienen principalmente de estudios realizados en jardines infantiles, y se consideran representativos de la población que asiste a estas instituciones (MINSAL, 2009).

En aquellos NANEAS con fragilidad médica, la prevención y la mantención de la salud bucal adquiere aún más importancia, ya que la presencia de alguna condición bucodental podría aumentar el riesgo de complicaciones sistémicas. Por ejemplo, la evidencia señala que en NANEAS alimentados por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) hay mayor y más rápida acumulación de cálculo dental en comparación con niños alimentados por vía oral, aún con niveles de higiene similares (Hidas *et al.*, 2010) y a su vez, debido a esto presentan mayor riesgo y mayor presencia de microorganismos asociados a la neumonía por aspiración en la placa dental en comparación con niños alimentados por vía oral (Jawadi *et al.*, 2004).

Del mismo modo, NANEAS con cardiopatías congénitas, presentan riesgos asociados a un pobre estado de salud bucal, entre ellos el riesgo de endocarditis infecciosa; de sangramiento, en aquellos con terapias anticoagulantes; y el riesgo de exacerbar cualquier otra anomalía cardíaca coexistente (Suvarna *et al.*, 2011).

Las condiciones médicas que afectan a NANEAS son muy diversas, y los factores que podrían afectar el estado de salud bucal varían entre los distintos pacientes. El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes con necesidades especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional y a que la resolución de sus patologías bucales requiere muchas veces el uso de sedación o anestesia general crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención (MINSAL, 2012). Por todos estos antecedentes se concluye la importancia que tiene en este grupo la prevención de las patologías bucales y la educación a pacientes y cuidadores.

El Ministerio de Salud de Chile, en la Guía Salud Oral Integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología, del año 2012, emite recomendaciones claves para la prevención de caries y gingivitis, comenzando con un programa de prevención individualizado para cada paciente según sus habilidades, autonomía, riesgo cariogénico y estado oral. Asimismo, indica que se debe realizar una correcta educación e instrucción a los padres/encargados de los cuidados de salud del paciente con relación a la técnica de cepillado adecuada (MINSAL, 2012). Especifica que un programa de higiene oral debe ser personalizado, basado en las características de cada persona, considerando sus habilidades motoras, limitaciones cognitivas, grado de dependencia, uso de medicamentos, tipo de dieta, riesgo de caries y enfermedad periodontal y en los conocimientos y nivel educacional del entorno familiar; también se refiere a la revisión periódica de los elementos de higiene y su técnica de uso para adaptarlos de acuerdo a la aceptabilidad y factibilidad de su uso, y se recomienda realizar la instrucción de higiene oral demostrando al paciente y cuidador las posiciones más adecuadas para realizarla (MINSAL, 2012).

## 2.5 Pandemia de COVID-19

En diciembre de 2019, en China, se detectaron los primeros casos de personas afectadas por la enfermedad COVID-19 causada por el coronavirus SARS-CoV-2, la cual se propagó rápidamente a nivel mundial, de modo que pocos meses más tarde fue catalogada como pandemia por la OMS (OMS, 2020). En la actualidad el COVID-19 se ha diseminado por todos los continentes, con una letalidad global del 3,6%, concentrando la gravedad y letalidad en los mayores de 70 años y en pacientes con comorbilidades (MINSAL, 2021b).

Desde que el primer caso fue confirmado en Chile el 3 de marzo de 2020 hasta el día de hoy en que las 16 regiones del país cuentan con elevados números de fallecimientos y casos activos, diversas medidas han sido instaladas en el ámbito sanitario para disminuir la propagación del virus y el número de contagios, como aquellas que restringen la libre circulación de la población y otras que promocionan y

norman el autocuidado (distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso obligatorio de mascarilla). Asimismo, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud, desde comienzos de la pandemia se indicó a la Atención Primaria de Salud suspender todos los talleres y actividades promocionales y reconvertir las horas de control de salud infantil no priorizadas a atenciones de morbilidad y campaña de vacunación. En cuanto al abordaje de NANEAS que se atienden en este nivel, se dio prioridad a la atención y monitoreo de casos por medio de visitas domiciliarias y seguimiento telefónico (MINSAL, 2020).

### *2.5.1 Infección por SARS- CoV- 2 en niños y NANEAS*

Los niños con infección por SARS-CoV-2, en su mayoría, se manifiestan con un cuadro leve, con síntomas respiratorios mínimos o asintomáticos (MINSAL, 2021c). Si bien la evidencia científica disponible hasta el momento indica que las tasas de mortalidad se mantienen bajas en la población infantil (Zhang *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020; Dong *et al.*, 2020), los niños comprometidos sistémicamente pueden sufrir mayor riesgo de exposición, complicaciones y muerte, por sus condiciones de salud subyacentes o su situación socioeconómica; esto último, porque las personas con discapacidad están representadas desproporcionadamente entre las personas del mundo que viven en la pobreza, y se ha identificado que es probable que los impactos de COVID-19 sean peores para las personas de grupos socioeconómicos más bajos (UNICEF, 2020). Un estudio encontró que 18% de los niños hospitalizados por COVID-19 presentaban comorbilidades (Zhang *et al.*, 2020), y otro estudio mostró que, de todos los pacientes infantiles hospitalizados, aquellos que requirieron el soporte de cuidados intensivos tenían condiciones médicas coexistentes (Lu *et al.*, 2020).

A nivel nacional, en la población de niños, niñas y adolescentes (NNA), entre 0 y 18 años de edad, hasta el 21 de marzo de 2021 se han notificado 111.649 casos de COVID-19, con una mediana de edad de 11 años. En cuanto a gravedad, 2.279 (2%) de ellos requirieron hospitalización. Del total de hospitalizados, 357 requirieron hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 73 requirieron conexión a ventilación mecánica invasiva (VMI). Se registraron 81 fallecidos de los cuales 64 tenían al menos 1 comorbilidad (MINSAL, 2021b).

Al mirar estas cifras es posible apreciar que si bien la letalidad por COVID-19 en NNA es baja en Chile (0.07%), el 79% de los fallecidos presentaba alguna condición de salud preexistente, dando cuenta del elevado riesgo de complicaciones en estos niños y adolescentes por la exposición al virus.

Por estos motivos, la atención clínica de los pacientes NANEAS en los servicios de salud se ha visto interrumpida, comprometiendo la mantención de la estimulación y su rehabilitación, especialmente de aquellos con complejidades médicas. En cuanto a los controles odontológicos, tampoco han podido

continuar y no ha sido posible apoyar a los cuidadores de los niños en la realización de la correcta higiene bucal.

### *2.5.2 Teleodontología en tiempos de pandemia*

En los comienzos de la pandemia, a nivel mundial, se recomendó fuertemente posponer los procedimientos electivos en atención dental y restringir la atención solo a emergencias y urgencias, para evitar la propagación del coronavirus (ADA, 2020a; CDC, 2020). Sin embargo, posteriormente se reconoció, al evolucionar la pandemia, que las clínicas dentales deben equilibrar la necesidad de proveer los servicios necesarios y al mismo tiempo minimizar el riesgo a los pacientes y al personal de salud (CDC, 2020), ya que la salud oral es parte integral de la salud general, y es probable que enfermedades no tratadas en etapas tempranas progresen incrementando la complejidad y el costo de los tratamientos (ADA, 2020b).

Con estos antecedentes, la continuidad del cuidado a los pacientes infantiles con fragilidad médica en el escenario de la pandemia por COVID-19, se ha convertido en un desafío, y alternativas de atención a distancia, como la telemedicina o teleodontología, están siendo incluidas y han dado lugar a una nueva forma de relacionarse que aún no ha sido del todo explotada, ya que no suele formar parte de la práctica odontológica habitual (Pereira *et al.*, 2020). En la actualidad, la práctica de la telemedicina y teleodontología es valorada y sugerida para la comunicación con los pacientes y/o con su grupo familiar, ya sea por medios digitales o plataformas virtuales, y utilizando toda la tecnología disponible para poder realizar diagnóstico, orientación terapéutica, seguimiento de casos y determinar cuáles situaciones requieren atención presencial (ALOP, 2020).

### *2.5.3 Ventajas de la teleodontología*

Múltiples beneficios de la telesalud han sido documentados en la literatura. Es de utilidad en el seguimiento de los casos para mejorar tanto el manejo de la enfermedad como el acceso a la salud (Daniel *and* Kumar, 2014). La teleodontología tiene el potencial de reducir las inequidades en el cuidado de la salud oral proveyendo mayor acceso a las consultas de especialidad y de forma oportuna (Mariño *and* Ghanim, 2013; Daniel *and* Kumar, 2014); también es una aproximación para conocer las necesidades de cuidado oral de aquellos que no pueden buscar atención por diversos motivos y de aquellos que tienen limitado acceso a la salud (Daniel *and* Kumar, 2014); mejora la calidad del cuidado y reduce la carga de enfermedades bucales (Yuen *and* Pope, 2009). El diagnóstico a distancia puede ser una herramienta efectiva en la detección de lesiones orales, especialmente si hay más de un clínico para

mejorar la precisión del diagnóstico (Yuen *and* Pope, 2009). Una revisión sistemática menciona que la teleodontología permite la intervención temprana y mejora la calidad, eficiencia y efectividad de los servicios dentales; reduce las distancias de viaje, costos, tiempo y sufrimiento; es una herramienta válida, factible y comparable al examen oral para realizar tamizaje; y concluye que los profesionales de la salud bucal toman decisiones válidas acerca de los tratamientos basándose en exámenes virtuales (Alabdullah *and* Daniel, 2018). Finalmente, estudios sugieren que la teleodontología puede ser un medio válido y eficiente para examinar niños en edad preescolar en busca de signos de caries temprana de la infancia. (Yuen *and* Pope, 2009).

Una revisión realizada el año 2016 (Glassman *et al.*, 2016) menciona a la teleodontología como una parte de la entrega de cuidado dental a personas con necesidades especiales de atención en salud. Esta revisión destaca que la disponibilidad de tecnología hace posible que la atención dental expanda su alcance hacia comunidades que no pueden ser atendidas tradicionalmente en clínicas, utilizando fichas clínicas electrónicas en línea y otras tecnologías para mantener la comunicación. Se hace énfasis en la importancia de la prevención y la intervención temprana de la enfermedad, por medio de estrategias de mínima intervención.

También existen estudios que demuestran la efectividad de programas de educación en salud oral por tecnologías de comunicación a distancia a cuidadores de pacientes adultos institucionalizados, cuando un profesional evalúa la rutina realizada por el cuidador en su propio ambiente residencial y le provee asistencia en tiempo real (Glassman *and* Miller, 2006), o cuando se realizan varias sesiones de entrenamiento, en este caso, a pacientes adultos con tetraplejia (Yuen, 2013). Esto demuestra el potencial de la teleodontología para realizar educación preventiva y terapéutica, y apoyar a los padres o cuidadores de los niños con necesidades complejas de atención en salud en los desafíos que presenta en esta población la realización de la higiene bucal. Debemos recordar que por las mayores demandas que requieren NANEAS, la familia se ve resentida en su salud mental, vida de pareja y laboral, y calidad de vida (Flores *et al.*, 2016), y la comunicación del clínico con el cuidador para escuchar y resolver problemas en conjunto, aclarar dudas y sugerir mejoras que faciliten el cuidado, similar a la atención presencial, podría ser de gran ayuda a la familia del niño, sobre todo si dicha comunicación es personalizada y toma en cuenta el riesgo particular de cada paciente y su entorno biopsicosocial.

#### *2.5.4 Satisfacción usuaria hacia la teleodontología*

En cuanto a la satisfacción usuaria por el uso de tecnologías de telesalud, no existe suficiente evidencia en el área de la teleodontología con grupos de NANEAS. Pero es posible mencionar que en el estudio realizado con adultos con tetraplejia y sus cuidadores (Yuen, 2013), tanto el cuidador como el paciente

se mostraron satisfechos y entusiastas con el programa de educación en higiene bucal realizado por videoconferencia interactiva, sugirieron mejoras e identificaron usos potenciales y no esperados de la teleodontología. Del mismo modo, una revisión sistemática cualitativa, concluye que en general existe un alto nivel de aceptación de la teleodontología reportada en muchos estudios, con pacientes, niños, padres y clínicos indicando eficiencia en la entrega del cuidado. Hubo complacencia en interactuar con la tecnología usada en teleodontología, especialmente entre los niños pequeños. En general se reportó elevada aceptabilidad por parte de pacientes. Cabe destacar que, en los trabajos incluidos en la revisión, la modalidad de teleodontología fue principalmente asincrónica, mediante el envío de fotografías clínicas y radiografías (Irving *et al.*, 2018).

## 2.6 Metodología de investigación cualitativa en la evaluación de la satisfacción usuaria

En la presente investigación se utilizó metodología cualitativa para evaluar la satisfacción hacia la teleodontología de los cuidadores de NANEAS de mediana y alta complejidad. Esta metodología implica un proceso de búsqueda que se enfoca en el significado y en la interpretación que el grupo investigado le otorga a un tema y de manera general, su objetivo es entender cómo piensa la gente acerca del mundo y cómo actúan en consecuencia. Adicionalmente, los resultados pueden contar con el potencial de extenderse más allá de las experiencias personales para explorar interacciones y procesos en otros contextos (Sale *et al.*, 2015).

Según Krause (1995), “lo cualitativo” se refiere a las cualidades de lo estudiado, a la descripción de características y sus relaciones, o bien al desarrollo de características del objeto de estudio. Por lo general, la metodología cualitativa no considera el registro de cantidades, frecuencias de aparición o de cualquier otro dato reducible a números, realizándose la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos (Krause, 1995). En línea con lo anterior, la metodología cualitativa puede definirse en cinco puntos esenciales (Hammersley, 1992):

- 1.- Los datos se presentan en forma de palabras e imágenes y no de números
- 2.- Los datos se dan a conocer “naturalmente”, no de manera artificial o experimental
- 3.- El foco de atención se centra en los significados y sentido que dan al objeto de estudio quienes son investigados
- 4.- Se rechazan modelos provenientes de las ciencias naturales

## 5.- La inducción guía el análisis de datos y la generación de teoría

De este modo, más allá de entender si la teleodontología es o no de utilidad en el grupo estudiado, se desea examinar el porqué de la satisfacción o inconformidad con esta intervención desde la perspectiva de los padres o cuidadores de los niños. Una aproximación cualitativa nos permite interpretar y entender fenómenos sociales desde la experiencia de los sujetos del estudio, sus reacciones, comportamientos, perspectivas y características propias dentro de su contexto particular, lo que provee una comprensión más profunda y contextualizada de lo que se desea investigar (Chai *et al.*, 2021). Debido a esto, la pretensión de objetividad (observación desde afuera) pasa a segundo plano y se asume el postulado de la subjetividad (observación desde distinciones propias y esquemas cognitivos y morales propios) (Canales, 2006). Asimismo, creemos que un acercamiento cualitativo a esta problemática contribuye a una comprensión más íntegra, en línea con las definiciones recientes de parte del MINSAL sobre el concepto NANEAS, el cual se ha ido complejizando con el tiempo atendiendo más a las diferencias y necesidades de cada caso, priorizando el cuidado integral desde un enfoque personalizado (Flores *et al.*, 2016; MINSAL, 2022). Precisamente, es relevante dentro de la metodología cualitativa la búsqueda de diferencias, conocer cada caso y su contexto, sin perjuicio de que puedan existir coincidencias o cierta tendencia respecto a un tema en particular.

Como método de obtención de información se seleccionó la entrevista semiestructurada. Este método fue el que más se ajustaba a las necesidades tanto de los investigadores como del grupo estudiado (ver Tabla 4), especialmente en tiempos de pandemia, para evitar exposición de los cuidadores, y por tanto de los niños, al coronavirus SARS CoV-2. La entrevista semiestructurada, por otra parte, permite mantener apertura y flexibilidad (Hernández *et al.*, 2014) frente a un fenómeno que aún se encuentra en desarrollo y que no ha sido suficientemente estudiado. Algunas de las características que nos hacen escoger esta modalidad de entrevista:

- 1.- El investigador cuenta con un guión (en base a los objetivos de investigación) que puede fluir libremente cuando el entrevistado entregue información nueva o poco detallada, ante lo cual el investigador puede solicitar mayor profundidad con otras preguntas que no estaban presentes en el guión original, lo que responde al valor inductivo de la presente investigación.

- 2.- Dentro de cierto perímetro (determinado por los objetivos de investigación), es una técnica que permite amplia libertad tanto al investigador como al entrevistado. Se cede la palabra a este último, para que relate libremente, sin límites de tiempo, los hechos o ideas que le sean relevantes. En este sentido, si bien existe un guión que incluye los aspectos clave de la

investigación, no todas las entrevistas serán iguales en su aplicación, ya que se basan más en la búsqueda de particularidades de cada caso (Corbetta, 2007).

**Tabla 4: Características de la recolección de datos a través de entrevistas en profundidad en investigación cualitativa**

<b>Entrevista en profundidad</b>	
Cuándo se utiliza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar un asunto en profundidad y detalladamente</li> <li>• Explorar procesos y asuntos complejos</li> <li>• Explorar temas o asuntos privados</li> </ul>
Población en estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para participantes menos dispuestos o disponibles para trasladarse</li> <li>• Cuando los participantes se encuentran geográficamente dispersos</li> <li>• Cuando los participantes son altamente diversos</li> </ul>
Método de registro de datos obtenidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notas de campo</li> <li>• Grabación de audios</li> <li>• Grabación de videos con audio</li> </ul>

(Adaptado de Chai, 2021).

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1. Objetivo general

Evaluar cualitativamente la satisfacción usuaria hacia la realización de controles odontológicos mediante teleodontología por parte de los padres o cuidadores de niños en edad preescolar con necesidades de cuidados especiales en salud de alta y mediana complejidad.

#### 3.2. Objetivos específicos

1.- Caracterizar la muestra de NANEAS preescolares que tuvieron la experiencia de teleodontología durante la pandemia COVID-19 en cuanto a sexo, edad, cuidador principal y nivel de complejidad médica, determinado mediante la aplicación de la nueva pauta publicada en la Orientación Técnica para la Atención de NANEAS del Ministerio de Salud con datos extraídos desde sus fichas clínicas.

2.- Describir la dinámica de los controles dentales realizados por teleodontología en la población de preescolares del policlínico NANEAS del Hospital Carlos Van Buren.

3.- Conocer cuál es el nivel de satisfacción usuaria de los padres o cuidadores por la atención recibida en el control por teleodontología.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1 Ética

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científica del Hospital Carlos Van Buren. El control dental por teleodontología fue parte de los procedimientos habituales de controles de salud telemáticos realizados por profesionales del equipo multidisciplinario del policlínico NANEAS, pero para poder participar en la entrevista, a los participantes se les envió previamente la información acerca del estudio y luego un formulario de consentimiento informado que debieron completar y aceptar. La entrevista fue realizada y transcrita por una sola persona, la investigadora principal (P. Flores), por lo que para los demás miembros de la investigación las identidades de quienes compartieron sus experiencias fueron completamente anónimas.

### 4.2 Diseño metodológico y procedimientos

#### 4.2.1 *Diseño del estudio*

Para el estudio se seleccionó metodología cualitativa de investigación.

#### 4.2.2 *Población en estudio*

Pacientes preescolares del policlínico NANEAS que recibieron controles por teleodontología durante la pandemia COVID-19, es decir, 10 pacientes.

#### 4.2.3 *Elegibilidad*

**a) Criterios de Inclusión:** pacientes en edad preescolar al 30 de junio de 2021 (menores de 6 años y mayores de 2 años) ingresados al policlínico NANEAS del HCVB que continuaban con los controles en el policlínico hasta esa fecha y que recibieron al menos un control por teleodontología.

**b) Criterios de Exclusión:** se excluyó del estudio a aquellos preescolares que habiendo recibido el control por teleodontología durante la pandemia, sus cuidadores no completaron el formulario de consentimiento informado para participar en la entrevista.

De los 10 pacientes con sus respectivos cuidadores que asistieron a la sesión de teleodontología, 8 completaron el consentimiento informado y 2 fueron excluidos del estudio por no hacerlo.

#### *4.2.4 Aspectos cualitativos de la investigación*

Para abordar el objetivo de conocer cuál es el nivel de satisfacción usuaria de los padres de los preescolares del policlínico NANEAS hacia la atención recibida por teleodontología, se adoptó un enfoque cualitativo de investigación. Como técnica de obtención de información se seleccionó la entrevista semiestructurada a los cuidadores de NANEAS que leyeron el texto de consentimiento informado y aceptaron participar en la investigación rellenando un formulario de Google Forms enviado a través de WhatsApp.

El proceso previo llevado a cabo comenzó con la necesidad de mantener los controles de salud bucal de los pacientes del policlínico NANEAS durante los meses de pandemia, dada la imposibilidad de reunir al equipo multidisciplinario y citar a niños con complejidad médica para realizar controles de salud en tiempos de alta circulación del coronavirus, previo al desarrollo y posterior avance de las vacunaciones masivas en Chile. Por esta razón, se decidió comenzar a realizar sesiones de teleodontología, las cuales se llevaron a cabo en la población preescolar del policlínico durante los meses de julio a diciembre de 2021, registrando las atenciones en la ficha de Teleodontología de la Universidad de Valparaíso (Ver Anexo 2). Las sesiones de teleodontología fueron conducidas por la especialista en Odontopediatría perteneciente al equipo multidisciplinario que participa habitualmente en la atención de NANEAS, Dra. Mariana Cubillos G., con experiencia en teleodontología por su participación en los controles de salud telemáticos del equipo NANEAS (“Telenaneas”); fue apoyada por la investigadora principal, Dra. Pricila Flores A., odontóloga y residente de la especialidad de Odontopediatría de la Universidad de Valparaíso durante los años 2019 a 2021, quien también contaba con experiencia en teleodontología para población infantil. En todas las atenciones se contó con fotografías orales de los pacientes enviadas por WhatsApp de forma previa a las citas programadas, o bien nuevas imágenes o videos enviados posteriormente, lo cual implicaba una nueva sesión sincrónica o el envío de comentarios escritos, indicaciones o videos explicativos por el mismo medio como retroalimentación a las imágenes enviadas.

Una vez que fue realizada al menos una sesión de teleodontología, se envió la información acerca de la investigación y la invitación a participar en la entrevista. Aquellos que aceptaron debieron rellenar el consentimiento informado en formato Google Forms.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron mediante videollamada por WhatsApp y fueron conducidas por la investigadora principal (P. Flores).

#### 4.2.5 Intereses personales en el tópico de la investigación

Dentro de los intereses personales que podemos mencionar, estuvo la necesidad sentida de continuar con los controles dentales a NANEAS en el período de pandemia. Esta investigación fue realizada en el marco de un proyecto de tesis de postgrado de la investigadora principal (P. Flores).

#### 4.2.6 Orientación metodológica y teoría

Para el análisis cualitativo se utilizó el enfoque fenomenológico. La investigación fenomenológica se centra en conocer los significados vividos o experimentados en relación a un fenómeno específico (Given, 2008), es decir, se propone explorar y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y describir los elementos comunes en torno a aquel. Considerando que los objetivos de investigación buscan conocer la percepción y experiencias desde la voz de los informantes, se utilizará un enfoque fenomenológico empírico, el cual se caracteriza fundamentalmente en que el investigador “se hace a un lado” para visualizar una nueva perspectiva, en este caso, la de los padres y cuidadores de preescolares del policlínico NANEAS (Hernández *et al.*, 2014). Desde la definición de este enfoque rescatamos los siguientes aspectos clave a considerar dentro de la investigación:

- 1.- Determinar y definir el fenómeno a estudiar.
- 2.- Recopilar los datos sobre las experiencias de diversos participantes con respecto al mismo.
- 3.- Analizar los comportamientos y narrativas personales para tener un panorama general de las experiencias.
- 4.- Identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas claves.
- 5.- Elaborar una descripción genérica de las experiencias y su estructura (condiciones en las cuales ocurrieron, las situaciones que la rodean y el contexto) (Hernández *et al.*, 2014).

### 4.3 Selección de los participantes y contactabilidad

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

La odontopediatra tratante habitual del policlínico NANEAS extendió una invitación verbal para participar en las sesiones de teleodontología a los cuidadores de preescolares del policlínico durante el transcurso de los controles de telesalud del equipo multidisciplinario. Del total de preescolares que continuaban en controles en el policlínico NANEAS (n=20), se hicieron intentos para contactar mediante llamada telefónica a 19 pacientes (uno de los 20 preescolares en controles no tenía cuidador

designado por encontrarse institucionalizado en el momento del estudio), y finalmente se pudieron coordinar sesiones por teleodontología para 10 de ellos.

Vía llamada telefónica inicialmente y luego por mensajería de WhatsApp fueron acordados el envío previo de fotos o videos a un número telefónico de celular destinado solo para este fin y los horarios de mutuo acuerdo para la realización de los controles.

Finalizando las sesiones de teleodontología de aquellos 10 cuidadores que pudieron ser contactados, se les invitó a participar de la investigación de satisfacción usuaria, para lo cual debieron otorgar su consentimiento para ser entrevistados, todo enviado mediante la aplicación WhatsApp.

Un total de 8 apoderados completaron el formulario de consentimiento informado y participaron en la entrevista semiestructurada que permitió indagar el nivel de satisfacción usuaria hacia los controles por teleodontología mediante un enfoque cualitativo. Los dos cuidadores que tuvieron el control por teleodontología y no completaron el consentimiento no dieron las razones del porqué no lo hicieron y fueron excluidos del estudio. Por lo tanto, la muestra final quedó constituida por 8 preescolares del policlínico NANEAS.

#### 4.4 Recolección de los datos

Para la realización de las entrevistas se les solicitó a los cuidadores que se ubicaran en un lugar donde pudieran conversar tranquilamente por videollamada, en un horario que les acomodara, con o sin el niño. La investigadora principal, a su vez, estuvo en un lugar de su propio domicilio, sin otros participantes.

Las preguntas realizadas fueron redactadas por la investigadora principal, con asesoría de la odontopediatra del policlínico NANEAS y asesoría metodológica de un profesional de las ciencias sociales, Sr. Manuel Vargas V., antropólogo social, quien además participó asesorando en el análisis cualitativo de las entrevistas. Las primeras entrevistas realizadas se consideraron como estudio piloto, a partir de las cuales se hicieron los ajustes que se consideraron necesarios. Solamente el audio de las entrevistas fue grabado y posteriormente transcrito. No fue posible el uso de notas de campo por haberse realizado la entrevista a distancia.

## 5. RESULTADOS

La población total de preescolares inscritos en el policlínico NANEAS es de 33 pacientes, de los cuales 20 aún continuaban recibiendo sus controles de salud en el policlínico. De ellos 10 pacientes recibieron controles por teleodontología y finalmente 8 fueron incluidos en la presente investigación (Fig. 1).

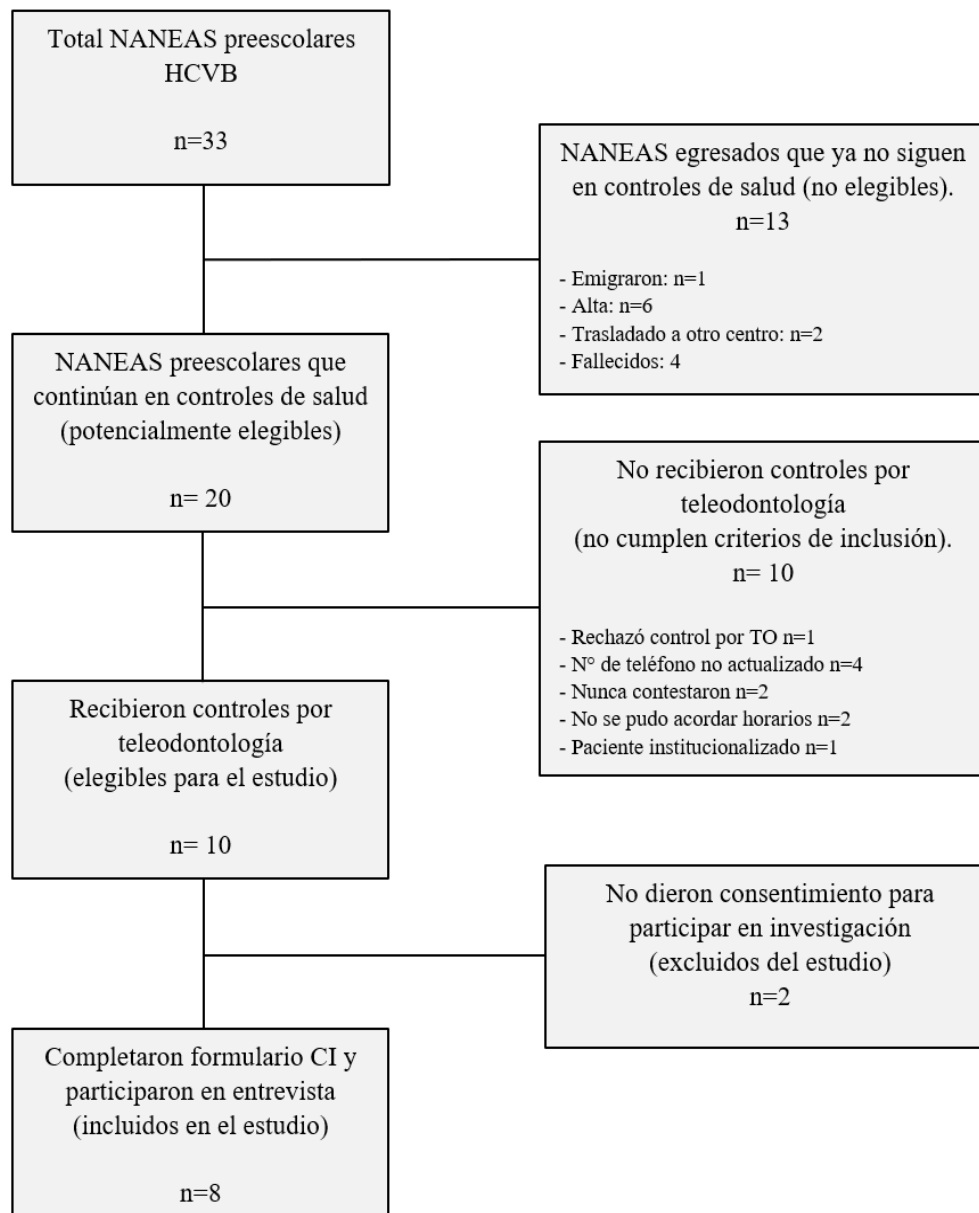


Figura 1: Diagrama de flujo pacientes incluidos en el estudio

## 5.1 Caracterización de la muestra (preescolares atendidos por teleodontología).

### 5.1.1 Sexo, edad y cuidador principal

En el grupo estudiado (n=8) predomina el sexo femenino (n=5) por sobre el masculino (n=3), con edades que van desde los 3 años 0 meses a los 6 años 0 meses, a la fecha en que cada uno tuvo su propio control por teleodontología. La edad promedio de los preescolares de la muestra es de 4 años 5 meses (ver Tabla 5).

La gran mayoría de los cuidadores de NANEAS son las madres, con 87,5 % en el grupo estudiado, es decir, 7 de los 8 cuidadores entrevistados fueron las madres de los niños; el cuidador restante (12,5%; n=1) es el padre del preescolar. En el grupo estudiado no se identificaron abuelos u otros familiares como cuidadores principales.

**Tabla 5: Distribución de NANEAS por sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
<b>n</b>	5	3
<b>%</b>	62.5%	37.5%
<b>Edad promedio</b>	3,7 años	5,8 años

### 5.1.2 Nivel de complejidad de las necesidades de atención en salud

Se categorizó el grado de complejidad de las necesidades de atención en salud de los 8 preescolares que asistieron a los controles por teleodontología aplicando la nueva pauta incluida en la Orientación técnica para el manejo integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (MINSAL, 2022) (ver Anexo 1) con información proveniente de los registros de las fichas clínicas (8 fichas clínicas en total). 3 de los preescolares del grupo estudiado tenían necesidades de salud de alta complejidad. Los 5 restantes, de mediana complejidad (ver Tabla 6). A continuación se analizará cada una de las dimensiones que componen la categorización de la complejidad.

**Tabla 6: Complejidad de las necesidades de atención en salud de la muestra**

Nivel de complejidad	n	%
Alta	3	37,5%
Mediana	5	62,5%

a) Necesidad de cuidados complejos.

La dimensión “Necesidad de cuidados complejos” comprende 5 áreas que se señalan a continuación:

- Número de sistemas comprometidos
- Necesidad de polifarmacia
- Necesidad de vía alternativa de administración de medicamentos
- Necesidad de fármacos poco accesibles
- Necesidad de alimentación especial

La distribución de las necesidades de cuidados complejos del grupo estudiado se muestra en la Tabla 7. Cabe señalar que la totalidad del grupo presenta compromiso de al menos 3 sistemas. La mayoría de los niños del grupo consumen al menos 3 fármacos de forma crónica, los cuales son accesibles en su mayoría; la mitad de los niños es usuario de gastrostomía y consumen sus alimentos ya sea parcialmente por boca o totalmente por la gastrostomía, y 7 de los 8 niños del grupo requieren fórmulas especiales para su correcta alimentación.

**Tabla 7: Dimensión necesidad de cuidados complejos**

	Valores	n	%
Nº de sistemas comprometidos	2 a 4 sistemas	6	75
	5 o más	2	25
Necesidad de polifarmacia	1 a 2 fármacos	2	25
	3 a 4 fármacos	3	37,5
	5 o más fármacos	3	37,5
Necesidad de vía alternativa de administración de fármacos	Vía oral	4	50
	Al menos 1 medicamento por vía enteral, distinto de oral	4	50
Necesidad de fármacos poco accesibles	Medicamentos de accesibilidad y costo poco complejo	6	75
	Medicamento poco accesible o compra por usuario	2	25
Necesidad de alimentación especial	Alimentación sin restricciones ni necesidades especiales	1	12,5
	Uso de fórmulas especiales	6	75
	Dieta cetogénica y/o para enfermedades metabólicas	1	12,5

## b) Necesidad de apoyo respiratorio

En esta dimensión se incluyen 3 áreas:

- Necesidad de oxigenoterapia
- Necesidad de aspiración de secreciones
- Necesidad de ventilación mecánica.

La distribución de las necesidades de apoyo respiratorio de la muestra se muestra en la Tabla 8. En cuanto a esto, en el grupo solo hay un preescolar usuario de traqueostomía, a través de la cual se le realiza la aspiración traqueal y requiere momentos de oxigenoterapia. 2 preescolares requieren que sus secreciones sean aspiradas a nivel nasofaríngeo con ayuda de un aspirador. Ninguno de los niños de la muestra requiere ventilación mecánica.

**Tabla 8: Dimensión necesidad de apoyo respiratorio.**

	Valores	n	%
Necesidad de oxígeno terapia	Sin oxigenoterapia	7	87,5
	Con oxigenoterapia	1	12,5
Necesidad de aspiración de secreciones	No requiere asistencia en eliminación de secreciones	5	62,5
	Requiere de aspiración nasofaríngea	2	25
	Requiere de aspiración traqueal	1	12,5
Necesidad de ventilación mecánica	No requiere ventilación mecánica	8	100

## c) Necesidad de ayudas técnicas

Se incluyen:

- Necesidad de ayudas técnicas para la autonomía, participación social e inclusión
- Necesidad de ayudas técnicas para los cuidados, higiene
- Necesidad de ayudas técnicas ortopédicas.

En la Tabla 9 se observa que 3 preescolares están imposibilitados de autonomía y participación social, francamente postrados. 2 de los niños se trasladan con relativa autonomía y los 3 restantes, si bien no son capaces de trasladarse, sí tienen algún grado de participación social con ayudas técnicas. En cuanto

a la ayuda para los cuidados e higiene, en el grupo estudiado la gran mayoría no las requiere, ya que se trata de niños en edad preescolar cuyos cuidadores aún pueden sostenerlos para realizar esas actividades. La mayor parte, además, requiere de ayudas técnicas ortopédicas.

**Tabla 9: Dimensión necesidad de ayudas técnicas**

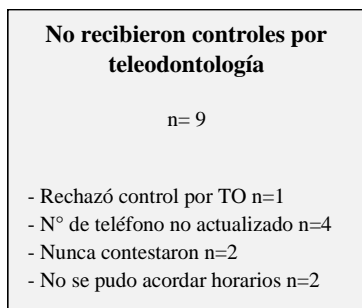
	<b>Valores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Necesidad de ayudas técnicas para la autonomía, participación social e inclusión</b>	Necesidad de 1 AATT	2	25
	Necesidad de 2 AATT	1	12,5
	Necesidad de 3 o más AATT	2	25
	Imposibilidad de autonomía y participación social, por ejemplo, uso de catre clínico, tecele, postrado	3	37,5
<b>Necesidad de ayudas técnicas para los cuidados, higiene</b>	No requiere de AATT para los cuidados	5	62,5
	Necesidad de 1 AATT para los cuidados	2	25
	Necesidad de 2 AATT para los cuidados	1	12,5
<b>Necesidad de ayudas técnicas ortopédicas</b>	No requiere de AATT	2	25
	Requiere de 1 a 3 AATT	6	75

## 5.2 Caracterización de los controles por teleodontología

De los pacientes que continuaban con sus controles de salud en el policlínico NANEAS del HCVB (n=20) fueron seleccionados 19 para la realización de teleodontologías. Se excluyó al único paciente que al 30 de junio de 2021 se encontraba institucionalizado, es decir, derivado a un centro de hospitalización pediátrica y bajo el cuidado de un equipo multidisciplinario, por lo cual no había un cuidador con quien comunicarse. Durante los meses de julio a diciembre de 2021 se realizaron diversos intentos para contactar mediante llamada telefónica a los padres o cuidadores de los 19 pacientes y finalmente fueron 10 con quienes se pudo coordinar una sesión de teleodontología. En la Figura 2 se resumen las causales por las que los restantes 9 pacientes seleccionados para realizar teleodontología no accedieron a ella. Solo 1 de los cuidadores rechazó el control. Se solicitó el apoyo de otros miembros del equipo NANEAS, especialmente de la enfermera, para conseguir los números de teléfono de aquellos pacientes que no lo tenían actualizado en la base de datos, quedando 4 pacientes en definitiva sin poder ser ubicados. Respecto a aquellos con quienes no se pudo coordinar horarios (n=2), un caso fue por una hospitalización prolongada del niño durante los meses del estudio y el otro caso fue porque la cuidadora no tenía un celular propio y el único disponible estaba con otro miembro de la familia. 2

de los cuidadores no contestaron tras varios intentos de comunicación en distintos meses. Se describen las teleodontologías de los 8 preescolares cuyos cuidadores aceptaron participar en el estudio.

Las sesiones de teleodontología tuvieron una duración de entre 30 y 45 minutos. En cada una de ellas se contó con fotografías previas de la boca de los pacientes. Posteriormente al contacto telefónico inicial



*Figura 2: causas por las que NANEAS no recibieron control por teleodontología*

se inició la mensajería por WhatsApp con los cuidadores. Un instructivo para facilitar la toma de fotografías fue enviado previo a las sesiones (ver Anexo 3), y cuando los padres disponían de tiempo enviaban las fotografías y se acordaba la fecha y hora de la sesión. Ningún tipo de presión fue ejercida para lograr fotografías de buena calidad.

En las sesiones se interactuó de forma amena con los padres y con los niños, aún con aquellos que no estaban en plena consciencia de lo que ocurría. Fueron utilizados macromodelos dentales y cepillos para enseñar técnicas de higiene oral personalizadas para cada caso. Se dieron indicaciones verbales

que luego fueron escritas y enviadas por WhatsApp acompañadas de fotografías e imágenes para reforzar el mensaje entregado. Se les sugirió enviar video de cómo realizaban el cepillado, y a aquellos cuidadores que lo hicieron se les respondió también con un breve video señalando los aspectos que podrían ser mejorados.

Toda la información obtenida durante las sesiones de teleodontología, incluidas las fotografías, fue registrada y almacenada en la Ficha de Teleodontología desarrollada por la Universidad de Valparaíso durante la pandemia (ver Anexo 2), creada con la finalidad de registrar los controles y atenciones telemáticas de los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología en los meses en que la atención presencial no era posible, y para guardar un registro legal de dichas consultas y del triage previo realizado a las atenciones presenciales impostergables.

### *5.2.1 Motivo de consulta*

A los padres/ cuidadores de NANEAS preescolares que asistieron a controles por teleodontología se les solicitó que, dentro de sus posibilidades, pudieran enviar imágenes de aquellos aspectos de la salud bucal que les generaban dudas y que desearan consultar, pero además, durante el transcurso de la teleodontología iban surgiendo nuevas dudas, que también fueron contabilizadas como “motivo de consulta”, por lo que hubo cuidadores con más de un motivo de consulta.

En el gráfico que se muestra a continuación (Figura 3) pueden observarse los motivos de consulta de las 8 teleodontologías realizadas al grupo estudiado y su frecuencia de aparición. El motivo de consulta

más recurrente fueron las maloclusiones (n=4; 50%), seguido de la dificultad para cepillar (n=3; 37,5%). Se destaca el hecho de que nadie consultó por caries.

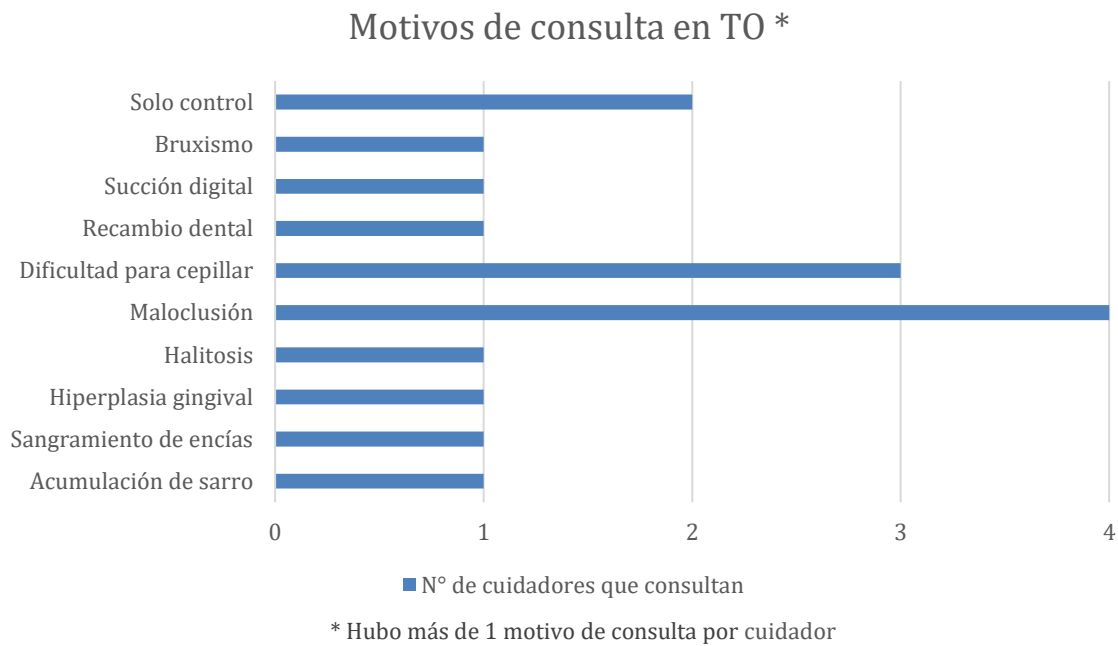


Figura 3: Motivos de consulta en teleodontología NANEAS

Se revisarán a continuación los 2 principales motivos de consulta para dar a conocer las inquietudes de los padres de los preescolares del policlínico NANEAS en cuanto a salud bucal, solo con fines descriptivos.

a) **Maloclusión**: 4 cuidadores consultaron acerca de la presencia de maloclusiones en sus hijos.

Los casos son los siguientes:

- Paciente con parálisis cerebral grado V: Compresión del maxilar superior, mordida abierta anterior (hipotonía lingual y de musculatura perioral). Cuidadora deseaba saber si había algún tratamiento para arreglar la mordida.
- Paciente con mal hábito de succión digital, últimamente cuidadora ha estado notando que los dientes se están yendo hacia adelante. Sospecha que es debido al mal hábito y consulta además qué se podría hacer para controlarlo.
- Paciente con síndrome en estudio genético, que afecta a las articulaciones, cuidadora ha observado asimetría facial por inclinación del plano oclusal.

- Paciente con síndrome que por definición afecta la dentición, cuidadora consulta por apiñamiento severo y formas dentales alteradas.

b) **Dificultad para cepillar:** Se mencionan solamente los 3 casos donde la dificultad para cepillar fue motivo de consulta.

- Paciente con trastorno de la deglución, entre otros diagnósticos, no admite contacto del cepillo con la lengua, se altera enormemente, por lo que cuidadora no puede cepillar los dientes “por dentro”.
- Paciente con alteración sensorial en tejidos de la boca, no se le puede introducir nada en la boca (se alimenta por gastrostomía). Cuidadora relata que paciente sufre mucho con cada cepillado, pero sabe que no puede no hacerlo debido al riesgo de neumonía por aspiración de bacterias bucales. Además preescolar presenta cardiopatía severa en tratamiento con anticoagulantes, por lo cual además hay mucho sangrado gingival y riesgo de bacteriemia si no se mantiene la higiene.
- Paciente con movimientos espásticos, todo lo muerde con fuerza; cuidadora relata problemas para cepillar parte posterior de la lengua y temor de que el cepillo se rompa durante el cepillado si lo muerde de pronto. Piensa que por no poder cepillar correctamente la lengua es que además presenta halitosis.

### 5.2.2 Dificultad percibida por los cuidadores para realizar la higiene oral

Solo 2 cuidadores (25%) relatan no tener dificultades para lograr una buena higiene bucal del niño, mientras que los otros 6 cuidadores (75%) sí presenta algún grado de dificultad, incluyendo a 1 cuidadora que relata dificultad “extrema” para realizar la higiene (Tabla 10). Las causas se resumen en la Figura 4.

**Tabla 10: Frecuencia de dificultad para realizar la higiene bucal.**

<b>Dificultad para realizar la higiene</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna dificultad	2	25
Dificultad baja	1	12,5
Dificultad media	4	50
Dificultad alta/ extrema	1	12,5

<b>Dificultades relatadas para realizar la higiene bucal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca apertura bucal del preescolar.</li> <li>• Al niño le dan arcadas.</li> <li>• Niño muerde el cepillo.</li> <li>• Miedo del cuidador a que el niño aspire saliva durante el cepillado.</li> <li>• Mal comportamiento del niño si le tocan la lengua.</li> <li>• Dolor al cepillado por alteración sensorial.</li> </ul>

Figura 4: Dificultades para realizar higiene.

### 5.3 Nivel de satisfacción usuaria de los padres o cuidadores respecto a las atenciones por teleodontología.

Los 10 cuidadores de NANEAS preescolares que tuvieron controles por teleodontología fueron invitados a participar en una entrevista semiestructurada para evaluar la satisfacción usuaria tras la atención. Se les invitó verbalmente al finalizar la respectiva sesión de teleodontología y luego se les envió un PDF con la información acerca de la investigación y el consentimiento informado junto con un enlace que permitía acceder a un formulario de Google Forms donde ingresaron sus datos (nombre, RUT, nombre del niño y parentesco) y luego seleccionaron la casilla donde aceptaban o rechazaban participar. En total se recibieron 8 formularios, todos aceptando participar. A quienes no respondieron se les envió nuevamente el PDF con el enlace y un mensaje de recordatorio para la invitación a participar, pero igualmente no contestaron, por lo que no se pudieron saber los motivos de su rechazo. En la Tabla 11 se enumeran las características de la muestra con un resumen de sus principales diagnósticos.

**Tabla 11: Resumen de las características principales de la muestra.**

<i>Identificación de los participantes</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Sexo del niño (a)</i>	<i>Edad a la fecha del control por TO</i>	<i>Categorización de complejidad</i>	<i>Resumen caso clínico (diagnósticos)</i>
<b>CDD 1</b>	Madre	F	3 años 5 meses	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artrogriposis múltiple (como parte de un síndrome que afecta a las articulaciones).</li> <li>- Fisura palatina.</li> <li>- Retraso del desarrollo sicomotor (RDSM)</li> <li>- Trastorno de la deglución con gastrostomía (GTT).</li> </ul>
<b>CDD 2</b>	Madre	F	3 años 0 meses	Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidranencefalia (con microcefalia).</li> <li>- Epilepsia.</li> <li>- Trastorno leve de la deglución.</li> <li>- Ceguera.</li> </ul>
<b>CDD 3</b>	Madre	F	3 años 2 meses	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Displasia broncopulmonar (DBP) moderada (prematurez).</li> <li>- Trastorno de la deglución con GTT.</li> <li>- Síndrome hipotónico axial.</li> <li>- RDSM global</li> <li>- Alergia a la proteína de leche de vaca (APLV).</li> <li>- Antecedente de hemorragia intraventricular grado IV.</li> <li>- Laringomalasia, solía usar traqueostomía.</li> </ul>
<b>CDD 4</b>	Madre	M	5 años 6 meses	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parálisis cerebral Grado V</li> <li>- Antecedente de prematurez 25 semanas.</li> <li>- Leucomalasia periventricular</li> <li>- DBP severa</li> <li>- Disfagia neurogénica moderada</li> <li>- RDSM.</li> <li>- Epilepsia</li> </ul>
<b>CDD 5</b>	Madre	F	5 años 5 meses	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epilepsia.</li> <li>- Hidrocefalia con derivación ventrículo peritoneal.</li> <li>- Esquizencefalia</li> <li>- RDSM.</li> </ul>
<b>CDD 6</b>	Madre	F	3 años 6 meses	Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno de deglución con GTT.</li> <li>- APLV.</li> <li>- Reflujo gastroesofágico.</li> <li>- Cardiopatía congénita compleja.</li> <li>- Catarata congénita</li> <li>- Traqueostomía</li> <li>- Hipotiroidismo</li> </ul>
<b>CDD 7</b>	Madre	M	5 años 11 meses	Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parálisis cerebral grado V.</li> <li>- Epilepsia refractaria.</li> <li>- Tetraparesia espástica.</li> <li>- RDSM severo.</li> <li>- Trastorno deglución severo con GTT.</li> <li>- Microcefalia</li> </ul>
<b>CDD 8</b>	Padre	M	6 años 0 meses	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parálisis cerebral grado V.</li> <li>- DBP (antecedente de prematurez 26 semanas).</li> <li>- Tetraparesia mixta.</li> <li>- Trastorno de deglución leve.</li> </ul>

Las entrevistas tuvieron lugar entre el 3 de septiembre y el 8 de noviembre de 2021, todas fueron mediante videollamada de WhatsApp, en algunas estuvieron presentes los niños y en otras no, y no hubo presencia de otros adultos o niños. Las entrevistas tuvieron una duración de 30 minutos en promedio. Se realizaron grabaciones de los audios de las entrevistas con ayuda de la grabadora de un celular, las que luego fueron transcritas. La información obtenida fue analizada con ayuda del software de análisis cualitativo Atlas-ti®. En el análisis participó la investigadora principal (P. Flores) con la asesoría del antropólogo social (M. Vargas).

### *5.3.1 Determinación de códigos e identificación de temas y subtemas*

Se establecieron códigos por adelantado en atención a los objetivos de investigación para identificar las citas relevantes obtenidas en las entrevistas; junto con ello, emergieron posteriormente otros códigos que no estaban previstos dentro del marco teórico de la tesis. De esta manera, se establecieron códigos en una primera etapa deductiva de la investigación (atendiendo a objetivos y marco teórico) y códigos pertenecientes a una etapa inductiva, es decir, referentes a aquellos datos que fueron revelados por los informantes en el proceso de la entrevista y que no estaban contemplados con anterioridad.

Los códigos vinculados a la etapa deductiva están definidos en función de conocer la evaluación que hacen los entrevistados como usuarios de teleodontología; los códigos de la etapa inductiva, por otra parte, se fueron definiendo de acuerdo a las experiencias relatadas por los entrevistados, ligadas a aspectos de la cotidianidad en relación a la experiencia de ser cuidador/a. En total se definieron 19 códigos, 12 deductivos y 7 inductivos. En la Tabla 12 se presenta una lista de estos junto con la definición operacional que orientó la categorización de citas.

**Tabla 12: Códigos identificados en el análisis cualitativo**

	<i>Códigos</i>	<i>Definición operacional</i>
<i>Etapa deductiva</i>	Dificultades higiene bucal	Dificultades experimentadas para realizar la higiene bucal del niño
	Preocupación salud oral	Inquietudes sentidas por los padres respecto del estado de salud bucal del niño
	Evaluación salud oral	Percepción de los padres respecto del estado de salud oral del niño
	Dificultades TO	Impedimentos percibidos para la realización de la TO
	Prioridad salud oral	Estimación del nivel de prioridad que ocupa la salud bucal dentro del cuidado de salud general del niño
	Rutina en pandemia	Descripciones acerca de los cambios en la rutina de cuidado en estado de pandemia
	Evaluación TO	Opinión acerca de la utilidad de la TO para el usuario
	Información recibida	Percepción del cuidador de haber recibido información útil y oportuna para cuidar la salud bucal del niño
	Reacción del niño	Percepción del cuidador respecto a la respuesta del niño como usuario de TO
	TO/ Presencialidad	Preferencia de los usuarios respecto al tipo de atención en situación de normalidad sanitaria
	Ventajas / Desventajas TO	Opinión de los usuarios acerca de ventajas y desventajas que representa un control de salud bucal a distancia
	Sugerencias TO	Aspectos que los usuarios agregarían, eliminarían o modificarían de la TO con el fin de mejorarla
<i>Etapa inductiva</i>	Ayuda en el cuidado	Apoyo de un tercero que se pueda hacer cargo del niño
	Cotidianidad	Descripción de un día habitual en el cuidado de los niños
	Dificultades del cuidado	Dificultades percibidas por los padres en las labores de cuidado
	Necesidades	Caracterización de las principales necesidades de los niños percibidas por los padres/cuidadores
	Percepción estado de salud	Opiniones de los padres/cuidadores respecto del estado general de salud del niño
	Percepción evolución de salud	Opiniones de los padres/cuidadores respecto de variaciones en el tiempo del estado de salud del niño
	Tiempo de dedicación	Cantidad de tiempo destinado al cuidado

En cuanto a las citas, se identificaron un total de 199 para la totalidad de códigos. No todos los códigos recibieron el mismo nivel de atención y profundidad por parte de los entrevistados. Una nube de palabras (Figura 5) permite visualizar aquellos aspectos que fueron más mencionados y relevantes de modo general para los entrevistados/as (tamaño de fuente equivale cantidad de citas).

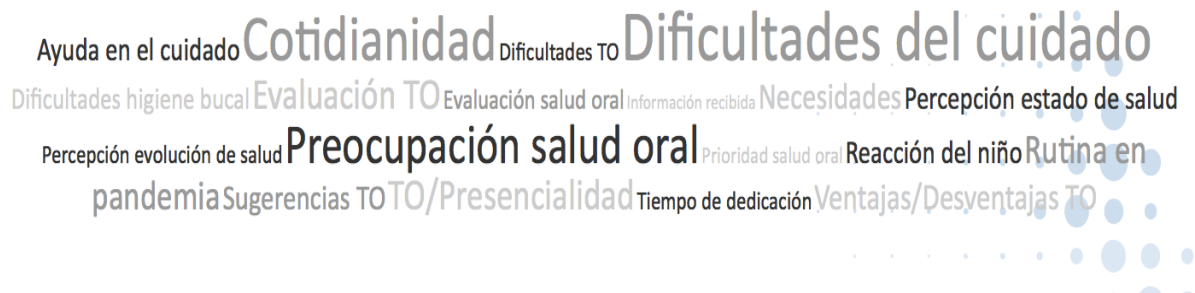


Figura 5: Distribución de la relevancia dada a los códigos por los entrevistados (Software Atlas Ti®).

Tres temas principales emergieron desde el análisis de los datos; asimismo, dentro de cada tema pudieron identificarse diversos subtemas, como se ilustra en la Tabla 13. Los códigos para cada uno fueron analizados.

**Tabla 13: Temas principales, subtemas y códigos asociados identificados en el análisis cualitativo**

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Códigos analizados</b>
<b>1.- Contextualización</b>	a) Contexto familiar y personal del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda en el cuidado</li> <li>• Cotidianidad</li> <li>• Tiempo de dedicación</li> </ul>
	b) Contexto de salud del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción del estado de salud</li> <li>• Percepción de la evolución de salud</li> <li>• Necesidades actuales del niño</li> <li>• Cotidianidad</li> <li>• Dificultades en el cuidado</li> </ul>
	c) Contexto en pandemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutina en pandemia</li> </ul>
<b>2.- Importancia dada por los cuidadores a la salud oral</b>	a) Percepción del estado de la salud oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades higiene bucal</li> </ul>
	b) Preocupación por el estado de la salud oral del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación salud oral</li> </ul>
	c) Prioridad dada a la salud oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación salud oral</li> <li>• Prioridad salud oral</li> <li>• Cotidianidad</li> </ul>
<b>3.- Vivencia del control por teleodontología y evaluación de satisfacción</b>	a) Satisfacción general de los usuarios respecto a la teleodontología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación TO</li> </ul>
	b) Información recibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información recibida</li> </ul>
	c) Dificultades experimentadas durante la teleodontología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción del niño</li> <li>• Ventajas / Desventajas TO</li> <li>• Dificultades TO</li> </ul>
	d) ¿Qué se gana y qué se pierde con la atención por teleodontología?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TO/ Presencialidad</li> <li>• Ventajas / Desventajas TO</li> </ul>
	e) Sugerencias para una mejor teleodontología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerencias TO</li> </ul>

A continuación se presentan los resultados de los análisis de cada uno de los temas principales: Contextualización, Importancia dada por los cuidadores a la salud oral y Vivencia del control por teleodontología y evaluación de satisfacción. Al finalizar el análisis de cada uno de los temas, se presentan tablas con citas adicionales para ilustrar con mayor profundidad los tópicos abordados por los entrevistados (tablas 14, 15 y 16 para cada tema principal en su respectivo orden).

### 5.3.2 Contextualización

#### a) Contexto familiar y personal del cuidador

La composición y los roles de la familia como se conocen tradicionalmente no es lo que observamos en la mayor parte de los casos estudiados en la presente investigación. En cuanto a su composición, en la mayoría de los casos la familia nuclear se restringe a dos personas: cuidador y preescolar y, en cuanto a roles, estos se encuentran supeditados a un hito familiar trascendental, el cual es la condición de salud del niño.

Todos los cuidadores entrevistados coinciden en que prácticamente dedican el 100% de su tiempo al cuidado del niño, ya que no suele haber otra persona que pueda hacerse cargo de la misma forma que ellos, dado que por lo general NANEAS necesitan una vigilancia y supervisión aún más cercana que la mayoría de los niños de su edad en todas las actividades de la vida diaria.

*... “Sí, todo el tiempo, ella depende 24/7 de mí. Tengo que estar cuidándola, porque como tiene gastrostomía, cuidar que no se saque la sonda, que no se tiree, porque ya se ha sacado varias veces el botón, entonces tengo que estar encima de ella no más, desde que se levanta prácticamente hasta que se acuesta tengo que estar encima de ella.” [CDD 6]*

En este aspecto, los cuidadores hacen diferencia entre el tipo de tareas posibles llevadas a cabo por familiares u otros colaboradores cercanos —que consiste principalmente en acompañar por períodos breves de tiempo proporcionando una atención básica— y aquellas labores más específicas que requieren algunos niños con necesidades complejas de salud y que implican, por ejemplo, alimentar por gastrostomía o extraer secreciones, lo que habitualmente es proporcionado solo por el cuidador principal.

*... “No, hay cosas que (mi suegra) no hace, hay cosas que no sabe manejar, por ejemplo la gastro no la sabe manejar, igual se asusta, porque a veces (la niña) se ahoga, nunca va a ser lo mismo. Si yo salgo, salgo 5 minutos y me vuelvo”. [CDD 3]*

Dentro de estas actividades específicas llevadas a cabo solo por el cuidador principal, los padres manifestaron que les es especialmente complejo el tema de la alimentación del preescolar. Asociados a este factor encontramos otros dos aspectos: cansancio en el niño y temor por parte del cuidador. Estos

dos aspectos se concentran en la siguiente cita, que ilustra en gran medida una inquietud fundamental para la mayoría de los padres entrevistados:

*“La comida, igual me complica darle la comida, o sea yo intento... por ejemplo la (especialista) me está pidiendo que le dé más líquido y todo, pero con el líquido se cansa y me da mucho miedo que (mi hija) se me ahogue (...). También al darle comida siempre estoy muy muy pendiente de moler bien, me da estrés de repente, porque tengo que estar así como que muy ojo clínico, que no quede ningún pedazo porque se puede ahogar y la cuelo, entonces darle la comida igual es un momento que estoy todo el rato como tensa ahí, mirando que ella coma bien y todo”. [CDD 3]*

Respecto al cansancio antes mencionado, este adquiere otro matiz en algunos casos y es que, parte de la complejidad no explícitamente revelada en algunas entrevistas, es la comunicación entre cuidador y NANEAS, en tanto es el primero quien debe interpretar o intuir posibles molestias o padecimientos del niño en los casos más graves. Uno de estos es el cansancio del niño durante la alimentación.

*“Igual come, por ejemplo, cuando hay arroz con pollo, cuando hay fideos con salsa, eso lo consume un poco por la boca, pero unas tres cucharadas más o menos lo que ella come. Después siento yo que se cansa, porque ese es como el tema principal, porque la apertura de su boca es tan pequeña y como no alcanza a abrirla en su totalidad se agota un poco, pero más por cansancio que por falta de apetito”. [CDD 1]*

Dentro del grupo estudiado hay preescolares que presentan un mayor nivel de autonomía. Pueden desplazarse individualmente y con cierta libertad realizar actividades de carácter lúdico propias de la edad. Sin embargo, otros requieren ser movilizados, tanto como para llevar a cabo este tipo de actividades como para asistir a terapias de kinesiología, recibir estimulación u otros aspectos vinculados a su cuidado. En estos últimos casos, factores como la *entretención* dejan de ser tareas convencionales al demandar mayor esfuerzo y necesidad de apoyo. En estrecho vínculo asociamos el *cansancio físico* del cuidador como un efecto adverso debido a la falta de autonomía del niño, y nuevamente observamos que para esta, como para otras tareas, el apoyo familiar suele ser limitado, ya que es el cuidador principal quien las realiza mayoritariamente. En el grupo estudiado hablamos principalmente de las madres de los niños, y muchas veces los propios impedimentos físicos de ellas no les permiten ejercer tareas de mayor complejidad:

*“Más que el cuidado es la entretención, porque como ella no se desplaza sola, cuando yo estoy o está mi hermano ahí es más simple, porque la podemos trasladar de un lado a otro o para donde ella*

*quiera, sin embargo, cuando está con mi mamá eso no es posible, ella ya es una persona mayor y no tiene la fuerza física como para trasladarla, son más de X kilos que hay que hay que andar con ella en brazos, entonces eso es como lo que más me complica, el desplazamiento de ella, la autonomía en ese sentido”. [CDD 1]*

Si bien los cuidadores pueden realizar aquellas tareas, la constante repetición y su acumulación con el correr del tiempo puede generar secuelas físicas en ellos. Esto se relata en las entrevistas con términos como “cansancio” y “dolor”:

*“El baño de mi hija es difícil, porque tengo que estar sujetándola para todo, por ejemplo cuando la tengo que sacar a pasear, tengo la espalda yo creo toda contracturada, porque por ejemplo al bañarla, me cuesta ya mucho bañarla, tengo que tomarla, porque pierde mucho el equilibrio, entonces yo tengo que estar sujetándole la cabeza, que no se vaya a ahogar, que mientras le lavo acá, le lavo acá, tengo la espalda horrible de muerta ya”. [CDD 3].*

Como se mencionó anteriormente, los cuidadores coincidieron en que casi la totalidad de las horas del día están dedicadas al cuidado del niño. En este contexto, muchos tratan de compatibilizar el cuidado con el trabajo y también con la crianza de otros niños de la familia. En el grupo de entrevistados se encontraron las siguientes variantes: quienes trabajan algunas pocas horas al día o en modalidad de teletrabajo, dependiente o independientemente, así como familias donde la madre es la cuidadora, mientras el padre es quien sale a trabajar.

*“(…) cuando yo trabajo se queda una niña que lo cuida, tía en el fondo (...) es que es dependiente 100%, y además aparte de que yo ando en la casa igual tengo que trabajar, atenderlo a él, hacer las cosas de la casa, y trabajar como teletrabajo”. [CDD 8].*

De este modo se observa que la organización de la cotidianidad de cuidadores y NANEAS suele presentarse como una rutina diaria estructurada en función del cuidado. Ciertamente la rutina es propia para cada niño y cuidador con enormes diferencias entre un paciente y otro, las que dependen del grado de complejidad de las necesidades en salud, del grado de autonomía y movilidad del preescolar, de las particularidades necesarias en su alimentación, entre otros.

*“(…) ahí tomamos té y ahí después se pueden acostar, pero es como siempre mi vida, es como lo mismo, como que yo vivo pendiente de ella, porque igual pasa su tiempo conectada cuando toma las leches, entonces ahí tengo que estar todo el rato mirándola que no se le vaya a salir el botón, que no se vaya a mover mucho, y todos mis días son como súper así iguales con ella.” [CDD 3].*

## b) Percepción del estado de salud del niño

En las entrevistas se indagó cómo los padres perciben el estado de salud de sus hijos. Dada la realidad que se presenta en este caso, el criterio con el cual los padres realizan esta evaluación se sustenta en la distinción de agravamiento o no agravamiento de la condición de salud general del niño. Por lo tanto, dentro del marco de sus patologías de base, la mayoría de los padres perciben que los niños tienen “un buen estado de salud” mientras esta se mantenga relativamente estable. Una de las expresiones más recurrentes fue “no se ha enfermado”, como indicador de buen estado de salud. Cabe señalar que NANEAS de alta y mediana complejidad suelen requerir hospitalizaciones frecuentes.

*“Tiene buena salud, no se resfría prácticamente nunca, tiene buenas defensas. Lo otro son asuntos ya más específicos no más, su síndrome, pero nada que le afecte como llevar una vida normal, excepto porque no camina, pero es algo que no podemos solucionar de inmediato”. [CDD 1].*

A pesar de esta percepción de buena salud que predomina en el grupo estudiado, sí presentaron apreciaciones de “incertidumbre” y “estado crítico”. Sin embargo, al indagar sobre su evolución, todos los padres coincidieron en señalar aspectos positivos: el estado de salud se ha mantenido estable o incluso ha mejorado.

*“La situación de mi hija es crítica, porque con su cardiopatía y toda la complejidad que tiene su diagnóstico es como complejo. (...) Ha estado estable dentro de la gravedad de su cardiopatía, ha estado súper estable gracias a Dios, no se ha enfermado, no se ha contagiado de COVID ni nada este último año”. [CDD 6]*

Así entonces, dentro del contexto de las patologías de base de cada NANEAS, no se presenta la distinción de agravamiento de la condición y ante el riesgo inmediato y contingente que representa el COVID-19, el cual podría agravar la salud del niño, las entrevistas no dan cuenta de situaciones adversas.

## c) Contexto en pandemia

La pandemia afectó a NANEAS en edad preescolar y a sus cuidadores en distinta medida. Casi la totalidad de los entrevistados coincidió en que la rutina diaria sí se vio afectada. Los cambios en la rutina incluyeron mayores cuidados por la limpieza y desinfección personal y del hogar, menor cantidad de visitas de terceros y menor frecuencia de salidas. El haber disminuido la frecuencia de las salidas se presenta como un efecto favorable para la salud de los niños, ya que se vieron menos expuestos a virus

y condiciones ambientales que les causaban enfermedades de forma más frecuente antes de la pandemia, y a la vez para los cuidadores, ya que pudieron pasar más tiempo con los niños al tener la posibilidad de estudiar o trabajar desde el hogar. Dentro de las consecuencias negativas, se vio afectado significativamente el número de controles de salud de los preescolares, especialmente las terapias de kinesiología, cuya pérdida o disminución fue mencionada reiteradamente por los padres como un efecto adverso debido a la pandemia.

*“Yo considero que quedaron bien botados los chiquillos en general, los de la condición como (mi hijo), pero siempre en la parte pública se hace lo que se puede también, lo que está al alcance (...). Previo a la pandemia, mi hijo tenía más terapias, de hecho yo trabajaba... No, si cambiaron todas las rutinas la verdad”. [CDD 7]*

Solo en dos de las entrevistas realizadas se relata que prácticamente no hubo cambios en las rutinas; en un caso debido a que desde antes de la pandemia la fragilidad de la salud del niño no permitía salidas frecuentes, y el otro caso porque, debido a la dificultad de los traslados, nunca hubo muchas salidas del hogar anteriormente.

*“No (tuvimos que alterar la rutina), es que todos los días estamos acá en la casa, hacemos lo mismo (...) Y antes también era así, pasamos en casa, ni salimos. Ella igual tiene su silla de ruedas entonces es como complicado, como acá no ayuda nadie...” [CDD 5]*

**Tabla 14: Citas adicionales que ilustran el tema Contextualización y subtemas identificados.**

<p>a) <b>Contexto familiar y personal del cuidador</b></p>	<p><i>“Es que vivimos las dos solas, entonces como que igual me dedico solo a ella y a estudiar”.</i> [CDD 2]</p> <p><i>“Sí, sí, o sea me dedico a eso, estoy con licencia médica para poder dedicarme a cuidar, pero esa licencia me dura hasta febrero que es lo que me aguantó mi empleador, así que ahí me voy a quedar cesante, y me dedico solamente a cuidar, y vamos viendo cómo generar ingresos de forma independiente”.</i> [CDD7]</p> <p><i>“En realidad está mi esposo, pero él trabaja, pero tengo mi hija de 13 años que ella me ayuda. No es mucho, porque es chica también, entonces es como complicado el tema de la aspiración, porque (mi hija) tiene traqueostomía, y eso es lo más complicado”.</i> [CDD 6]</p>
<p>b) <b>Contexto salud del niño</b></p>	<p><i>“En relación (...) al diagnóstico que él tiene que es tetraparesia mixta, y todo lo que ha tenido, estrabismo, la parte respiratoria, displasia pulmonar... La verdad es que lo veo un niño feliz, desarrollado, porque de hecho, bueno, vivimos para atenderlo a él, esa es la verdad”.</i> [CDD 8]</p> <p><i>“Yo diría que (la salud es) buena. Ahora la discapacidad de ella es otra cosa, pero su salud yo la encuentro súper, desde que salió del hospital no se me ha resfriado, se me resfrío hace poco. Y antes no se me había resfriado nunca, como 2 años sin resfriarse, Entonces igual yo la encuentro bien”.</i> [CDD 3]</p> <p><i>“Excelente encuentro yo que es su salud, tiene de todo, hace de todo, yo la llevo a terapia de rehabilitación hasta dos veces a la semana, todo el mundo está preocupado de ella”.</i> [CDD 2]</p>
<p>c) <b>Contexto en pandemia</b></p>	<p><i>“Las terapias, nos hemos visto perjudicadas con las terapias de kinesiología principalmente, ella necesita mucho movimiento, yo lo hago en la medida en que me siento capaz también, porque hay cosas que yo no manejo en su totalidad y no me atrevo (...), en realidad eso ha sido lo que más se ha visto afectado”.</i> [CDD 1]</p> <p><i>“Con el asunto de la pandemia igual estuvo como menos propensa a ciertas enfermedades contagiosas, porque un año se me enfermó de virus sincicial y era porque íbamos a Teletón súper seguido (...), pero ahora nada nada, no tuvo ningún tipo de contagio de nada de enfermedad”.</i> [CDD 1]</p> <p><i>“Bueno, siempre hemos estado más en la casa que salir, pero sí, (la pandemia) alteró en varias cosas, en él... Se puso más mal genio, no se podía ir a visitar a nadie, solamente los dos todo el día y eso igual le afectó mucho”.</i> [CDD 4]</p>

### 5.3.3 Importancia dada por los cuidadores a la salud oral

#### a) Percepción del estado de la salud oral

Del total de 8 entrevistas realizadas, en 6 se evalúa positivamente el estado de salud oral del niño, mencionando algunos aspectos que a juicio del cuidador podrían mejorar. En las restantes dos entrevistas, la evaluación de salud oral se complejiza en tanto el cuidado de la higiene que puede proporcionar el cuidador se ve limitado por alguna afección de salud específica del niño y, producto de esta, por el temor e incertidumbre que la provoca al cuidador el no saber qué hacer.

*“Yo creo que falta (salud oral), a pesar de que hago el aseo bucal en la mañana y en la noche, que le paso la gasita, porque cepillo de dientes no hay caso, hace arcadas y vomita, entonces ya no quiero meterme, me da miedo que aspire y pasemos a neumonías y llegemos al hospital”. [CDD 7]*

#### b) Preocupación por el estado de la salud oral del niño (a)

Las respuestas entregadas por los cuidadores expresan diversos niveles de preocupación en cuanto a esta temática. Como se verá más adelante, esto atiende en gran medida a la condición de salud general de cada niño, de acuerdo a la cual el cuidado de la salud oral varía en su grado de relevancia. Aquellas respuestas que grafican de manera más detallada aspectos vinculados a la salud oral van de la mano con una condición de salud general más delicada y que requiere de mayor cuidado. Por el contrario, se describen casos o situaciones específicas (ciertos temores, sarro, caries, chuparse el dedo) dentro de un marco más amplio en donde la salud oral del niño es evaluada como “buena”, sin describirla en mayor detalle. Por lo tanto, no forma parte del ámbito de preocupaciones más urgentes:

*“Yo encuentro que quizás me centro más en otras cosas, o sea no es algo que me preocupe, yo le lavo los dientes como corresponde, a las horas que corresponde, solamente esa que le decía yo que me costaba más, pero sí, me preocupan más otras cosas más que eso”. [CDD 4]*

#### c) Prioridad dada a la salud oral

Dentro de un nivel más inductivo de análisis, se recogieron algunas impresiones acerca del costo personal y sobre las dificultades cotidianas como parte de la labor de cuidador. El relato de estas vivencias permite contextualizar y abordar posteriormente el punto específico sobre la prioridad otorgada a la salud oral:

*“El hecho de que no podemos salir mucho, nos restringimos bastante, las comodidades no están en todos lados para poder andar con ellos, ni en las veredas podemos pasar una silla de ruedas como corresponde, las micros, no podemos andar en micro, en colectivo tampoco, porque la silla no cabe en la maleta, es como súper limitante”. [CDD 7]*

Conectando la cita anterior con el código “prioridad salud oral” podemos comprender la relevancia que significa la prevención para ciertos casos. Las dificultades propias de la condición del niño, a la cual se suma la falta de medios suficientes por parte de la familia y una estructura y servicios urbanos no aptos para personas con movilidad reducida conllevan una priorización de la salud oral (y de cualquier aspecto de salud en general) en el ámbito preventivo, para así postergar lo más posible el desplazamiento en el caso que se requiera atención presencial:

*“Sí, es importante, obviamente sí es importante, porque si es que algún día le llega a salir una caries, ¿Cómo lo voy a hacer para llevarla al dentista y que le hagan tapaduras y cosas así? Súper complicado, entonces por eso trato de que no coma dulces, no mucha azúcar y esas cosas.” [CDD 5]*

Así entonces, existe una serie de aspectos de índole pragmática que imprimen relevancia a la salud oral, pero también existen otros aspectos que, como hemos mencionado, definen una priorización de la salud oral atendiendo al nivel de gravedad de la condición de salud general del niño. Para estos casos, el cuidado de la salud oral se conecta sinérgicamente con otras afecciones del niño, en donde si se descuida una puede afectar a las demás. En este punto se denota desconocimiento y cierta incertidumbre por parte de los cuidadores, se describen situaciones delicadas en cuanto al cuidado y en ocasiones no se sabe cómo proceder:

*“Siento que es prioritario, porque ella por su cardiopatía, su boca tiene que estar en perfectas condiciones sin ninguna infección y mucho menos ahora que viene su cirugía, eso es como que tiene que estar perfecta su boquita”. [CDD 6]*

**Tabla 15: Citas adicionales para el tema Importancia dada por los cuidadores a la salud oral.**

<p><b>a) Percepción del estado de la salud oral</b></p>	<p><i>“Buena, buena buena (la salud oral), de hecho hoy día tiene sus dientes parejitos, hubo un tiempo en que los hacía sonar mucho... Bueno, se los cuidamos, si los cuidamos igual, como harto”. [CDD 8]</i></p> <p><i>“La salud oral yo la encuentro bien (...), del 1 al 10 yo le pondría un 8 o un 9, porque nunca le he visto ninguna caries, nunca le he visto nada extraño; (...) al momento de lavar (...) al principio se ríe, pero ya cuando le cepillo la lengua ahí se me enoja, ¡‘buaaa’! empieza, pero igual me deja, o sea dentro de todas las peleas igual se lava, pero su salud bucal según yo la encuentro bien, porque yo nunca le he visto (...) su boquita roja nada, nada”. [CDD 3]</i></p> <p><i>“En mí yo creo que (la salud oral) está más o menos, porque igual que no se deje cepillar con un cepillo adecuado es complicado sí igual, porque con la gasa, con el otro dedal no le saca todo lo que le debiera sacar el otro cepillo”. [CDD 6]</i></p>
<p><b>b) Preocupación por el estado de la salud oral del niño</b></p>	<p><i>“La parte dental igual es algo que me preocupa bastante por el hecho de que sus encías cada vez las veo así, que cada vez tiene menos dientes, porque la encía como que cada vez está más inflamada”. [CDD 7]</i></p> <p><i>“Ahí se está chupando el dedo, si ella se chupa el dedo todo el rato. Esa fuerza que ella está haciendo es lo que más me preocupa, es lo que me enferma, que es porfiada, jajaja, la estoy acusando”. [CDD 5]</i></p> <p><i>“Sí, porque a mí me preocupa igual harto eso (...). Por su cardiopatía su boquita tiene que estar en perfectas condiciones, entonces sí que me preocupa que tenga sus dienteitos amarillentos, como que eso sí me preocupa”. [CDD 6]</i></p>
<p><b>c) Prioridad dada a la salud oral</b></p>	<p><i>“Comparado con todas las otras cosas (que cuidar) es mucho más relajado (el cuidado de la salud oral), pero igual tengo de repente... porque (mi hija) empieza a llorar, y yo (...) me pongo nerviosa, porque me gusta lavarle bien la lengua, así que ‘hija por favor saca la lengua’”. [CDD3]</i></p> <p><i>“Yo creo que todo es importante, la salud bucal, el lavado diario (...) Porque tenemos que tener cuidado, porque es displásico”. [CDD 8]</i></p> <p><i>“Yo sé por ejemplo que las neumonías aspirativas, si hay mala higiene bucal, los patógenos cambian y son diferentes, así que por lo mismo trato de tener un aseo bucal bueno para que no sé, en el caso que se tengan que usar antibióticos no sean los peores, y entonces me preocupa harto, y también (...) si ella no se lava bien los dientes (...) realmente su aliento cambia mucho, entonces hay veces en que me preocupa harto, porque generalmente la gente que la ve la anda como besuqueando, entonces a mí también me preocupa como por algo estético igual que no tenga mal aliento”. [CDD 2]</i></p>

### 5.3.4 Vivencia del control por teleodontología y evaluación de satisfacción.

#### a) Satisfacción general de los usuarios respecto a la teleodontología

La evaluación de la TO por parte de los usuarios es el aspecto central de la investigación. Se examinaron en total 17 citas en relación a este código en específico; todas ellas, reflejan una evaluación muy positiva por parte de los cuidadores.

*“Me gustó harto, porque es con tiempo y porque de repente cuando es muy rápido a uno se le olvidan todas las preguntas pero aquí te da el tiempo de poder como recordarse; ustedes guían también como " oye, mira, le pasara esto, será esto otro..." y en realidad es un apoyo, porque pasa mucho que uno tiene muchas preguntas en la cabeza y en el momento de hacerlas se le olvida, pero ustedes con la disposición que tuvieron me gustó (...), dan la confianza de poder realizar, aunque uno crea que es una pregunta tonta, te da la confianza de hacerla y de saber qué vas a tener una respuesta satisfactoria porque vas a quedar tranquila con lo que te respondan”. [CDD 1]*

La cita precedente nos permite apreciar un indicio de comparación con otras experiencias de consulta telemáticas en las que el tiempo asignado para los distintos profesionales de la salud no resulta satisfactorio, considerando que cada preescolar necesita controles con múltiples especialistas y no siempre es posible reunirlos a todos.

*“(Los controles) deberían ser más juntos un poquito más constantes y porque... te cuento que XXX es un especialista bastante importante en la vida de (mi hija), sin embargo en los controles hay dos controles en los que no estuvo, entonces quedaba muy al debe con eso, eso me molestaba, porque necesitaba que me confirmaran ciertas cosas o que me orientaran en ciertas cosas y no estaba. Ahora en este último sí estuvo, porque era por videollamada, pero igual quedo allí media coja, podrían sacarle más el jugo a eso, un mundo encontrar hora con XXX así aparte también entonces quizás que estén también todos los especialistas en todos los controles, eso es importante, porque o si no empiezan a crearse vacíos”. [CDD 1]*

En el caso de la evaluación a la teleodontología, el tiempo asignado, la atención personalizada y la disposición proporcionada por las profesionales genera confianza en los usuarios y permite aprovechar en mayor medida la instancia, lo cual sin duda permite proyectar su consolidación como herramienta si se consideran aquellos requisitos mínimos: tiempo, atención personalizada/privada y disposición profesional con el objetivo de establecer confianza. Todos estos aspectos pueden inferirse desde la descripción que entregan las personas entrevistadas respecto a sus experiencias con la teleodontología y desde otras instancias de comunicación con profesionales de la salud. Podemos observar que el grado de elocuencia con el que se describe la teleodontología posee una relación directa con la calidad de la experiencia que esta atención logró proporcionar y así es como emergen conceptos positivos para describirla: apoyo, tiempo y confianza.

## b) Información recibida

Los cuidadores del grupo de NANEAS, al momento de la teleodontología, tenían distintos niveles de información acerca de la salud bucal de los niños, así queda de manifiesto cuando los cuidadores comentan las experiencias previas de atención dental, las que se dieron principalmente en Teletón, por el CESFAM a través del Programa Postrados o en el policlínico NANEAS. Para otros, la teleodontología fue el primer acercamiento más profundo al tema de la salud dental. Dos de las madres entrevistadas describieron la entrega de información presencial o mediante llamada telefónica como un modo de “acompañamiento” en la tarea de cuidar a los niños, evaluando positivamente la labor de los profesionales a cargo.

*“(…) por ese lado al menos siempre me están llamando para controlar cómo está (mi hija) bien, y si le veo algo raro en los dientes, sí, me han controlado de todos lados, y conocen a (mi hija), por ejemplo me llaman de la Teletón ‘Cómo está (la niña), el odontólogo quiere saber si está bien para darle hora’ ‘no, bien’ ‘Ah ya’. Entonces siempre me están controlando, si yo tengo alguna duda, pregunta y todo, entonces sí por ese lado nunca me he sentido como dejada de lado”. [CDD 3]*

Como se ha podido observar, el nivel de preocupación de la salud oral varía de acuerdo a la condición de las patologías de base de cada NANEAS, además, estas preocupaciones pueden ser de carácter pragmático o bien pueden deberse a que la salud oral no debe descuidarse, en tanto podría alterar o agravar otros aspectos de salud más apremiantes. En este sentido, tanto en casos en que pareciera que salud oral no es un tema que pertenezca al primer orden de preocupaciones como en aquellos en que su relevancia es crucial, los cuidadores expresan que la información recibida y la atención proporcionada es satisfactoria.

## c) Dificultades experimentadas durante la teleodontología

Anteriormente quisimos ilustrar la opinión general acerca de la experiencia de la atención en teleodontología. Como podemos observar, la opinión es muy positiva y entrega conceptos valiosos que deben acompañar su diseño e implementación, pero a la vez estos conceptos pueden ser poco concretos y dependientes de aptitudes personales de los profesionales a cargo. En este sentido, se quiso indagar en la posible existencia de aspectos más específicos que se hayan materializado como inconvenientes durante las sesiones de la teleodontología y, si bien la evaluación sigue siendo óptima, es posible establecer algunos elementos a los que se les debe buscar soluciones. Uno de estos elementos es la *toma de fotografías* a los niños por parte de los cuidadores. Parte fundamental de la atención por teleodontología depende de esto y no todos pueden conseguirlo de manera óptima.

*“Encuentro que una de las formas de poder evaluar es con fotos, o sea yo hago lo mismo, entrevisto pacientes todos los días, igual es súper difícil (...). Hay veces en que ni siquiera los veo, entonces me imagino ustedes, la única forma de poder recolectar datos es por fotos, y más aún, con fotos que me imagino que no siempre son buenas, entonces claro, a mí me costó igual sacar las fotos, como vivo sola me costaba abrirle la boca”. [CDD 2]*

Lo anterior no se expresa como un problema generalizado, pero sí muy frecuente, que depende tanto de la habilidad del cuidador, de la ayuda proporcionada por su círculo personal y de la condición de salud específica del niño.

*“(Con mi hija) es imposible, no se deja meter nada a la boca, con el espejo intenté como tres días seguidos y no, no hubo caso. Jajaja, no hay caso. (...) En algunas fotos que yo le envié a la doctora estaba gritando, llorando enojada, porque no le podía sacar la foto de otra manera, entonces ahí llorando con la boca abierta, ahí le pude sacar la foto.(...) Con (mi hija) era imposible, todas las imágenes que me enviaron para poder ayudarme a sacar la foto estaban súper claras, pero con ella es imposible, porque una, no se queda quieta, otra... apenas le quería asentar el espejo en la boca apretaba los dientes y se iba a terminar rompiendo el espejo pequeño, lo iba a morder. Entonces era imposible”. [CDD 6]*

Por otro lado, se mencionó como un problema inicial la conectividad, pero este se fue resolviendo con el tiempo y con el debido acompañamiento profesional. De todos modos, es un asunto siempre a considerar, tomando en cuenta habilidades y edad de los cuidadores, posesión de recursos tecnológicos idóneos y las zonas geográficas en donde habitan, las que pueden tener una conectividad deficiente:

*“El internet puede ser un tema, pero últimamente no me ha fallado. Al comienzo, cuando recién comenzó la pandemia me fallaba el internet y yo decía ‘¡Ay esta cuestión que no funciona!’, pero creo que ahora ya no ha fallado tanto, no mucho. Sí por ejemplo me pasa, es algo mío, no sé ocupar muy bien la tecnología que digamos, todas mis llamadas son por WhatsApp, porque por ejemplo el Zoom no tengo idea cómo conectarlo, tampoco tengo computador, entonces tiene que ser por el teléfono”. [CDD 6]*

d) ¿Qué se gana y qué se pierde con la atención por teleodontología?

Al consultar a los padres de los preescolares cuáles son las ventajas y desventajas a su parecer de la teleodontología, o qué se gana y qué se pierde con respecto a las atenciones presenciales, aparecen diversos aspectos de ambas modalidades de atención.

Se expresa preocupación en los cuidadores por el hecho de que el examinador no pueda apreciar con detalles o en su totalidad el verdadero estado de la salud bucal del niño a través de las fotos, situación que hicieron notar la mayor parte de los entrevistados.

*“Yo creo que la desventaja es justamente esa, que quizás ustedes no tienen todo el panorama que quisieran tener acerca de sus dientes, porque una revisión, una foto que les pueda mandar yo, no va a ser lo mismo que ustedes puedan revisar como algo específico en ella”. [CDD 1]*

Sin embargo, también es recurrente la mención de las ventajas que representa el poder tener controles de salud bucal sin tener que sacar al niño de la casa ni tener que desplazarse, sobre todo cuando lo que se requiere es solo un control dental, un seguimiento. Esto cobra especial relevancia en tiempos de pandemia, cuando el estado de salud del niño es más complejo y cuando el cuidador vive en lugares geográficamente lejanos al centro de atención.

*“Yo creo que por teleconsulta, o sea, es que como a (mi hija) no hay que hacerle mucho examen, no hay que estarla... y si me preguntan a mí por ejemplo “mamá la puede saturar” yo tengo saturómetro, tengo todo acá, entonces no me complica la teleconsulta, de hecho yo creo que me complica más ir por el miedo de que ella se me pueda contagiar de algo y todo eso, yo prefiero la teleconsulta en estas circunstancias”. [CDD 3]*

En relación a la poca disponibilidad de tiempo por parte de los cuidadores y la poca flexibilidad en cuanto a fijar horarios para las citaciones presenciales, se aprecia como ventajoso contar con controles por teleodontología. Junto con ello, la poca cooperación al examen presencial por parte del niño no se reitera en las teleodontologías, por lo que también resulta ser un aspecto favorable.

*“La verdad es que en cierto modo me acomoda más está modalidad de atención, porque a (mi hija) le cuesta un poco entrar en confianza, de hecho yo creo que si hubiese sido presencial ella hubiese llorado todo el rato (...) siento que agarra más confianza de esta manera y se puede trabajar un poco más con ella, a lo mejor presencial ustedes hubiesen podido sacar como más provecho a la consulta, pero a mí no me dificulta, para nada”. [CDD 1]*

Como desventajas aparecen mencionadas la evidente poca habilidad del cuidador en comparación con un especialista odontólogo, para llevar a la práctica las indicaciones dadas mediante videollamada cuando la dificultad del cepillado es mayor; la poca capacidad resolutive de una teleconsulta en el caso de que se presente alguna urgencia dental; y la supuesta pérdida de oportunidad de que el niño se acostumbre a las atenciones dentales presenciales.

*“Sí, me fue útil, pero es como lo que siempre he dicho (...) en general con las videollamadas, que al fin y al cabo yo no soy la profesional como para poder también poner en práctica esas cosas con mi hijo, lo que me enseñan, porque es muy distinto a estar presencial, ver cómo lo hace el profesional a ver como las imágenes y orientarme con eso para yo poder hacerlo y replicarlo aquí en la casa. En ese sentido no soy muy amiga de las videollamadas”. [CDD 7]*

Finalmente, al preguntarles por cuál modalidad prefieren, predomina la opinión de que lo ideal sería un sistema mixto, que pudiera tener un punto de partida presencial y controles sucesivos a distancia, que a futuro se consolide la atención por teleodontología y que no sea solo una alternativa transitoria que acabe una vez termine el estado de emergencia sanitaria.

*“Yo creo que una mezcla, porque independiente de eso es conveniente que lo vean directamente, pero sí puede ser algo telemático, por último para dar unos consejos, para hacerle ver “haga esto o esto otro” ... yo creo que una mezcla, sería bastante bueno, porque esto en el fondo llegó para quedarse igual”. [CDD 8]*

#### e) Sugerencias para una mejor teleodontología

La mayor parte de las sugerencias hechas por los cuidadores acerca de las sesiones de teleodontología se relacionan con seguir recibiendo información de vez en cuando que les pueda ser útil acerca del cuidado de los dientes de los niños o para profundizar el conocimiento en los temas que puedan ser de interés para el cuidador, por medio de artículos, videos, infografías, etc.

*“Tampoco sabía (del uso) del hilo dental, esa es como información que a lo mejor me gustaría como profundizar o que ustedes mandaran informativos de repente, ‘Ay mamá, esto puede ser interesante, léalo, léalo’.” [CDD 1]*

Otras sugerencias fueron: solicitar el envío de preguntas acerca de las dudas de los cuidadores previamente a la atención presencial para tener material extra preparado; hacer algo especialmente lúdico para los preescolares, de modo que puedan participar más de las teleconsultas; y comenzar la serie de controles por teleodontología partiendo con una atención presencial inicial.

*“Yo la dejaría tal cual, pero con una evaluación inicial de forma presencial, que pueda ser como la primera observación y después de eso, de ya verla de manera física, ya seguir con los otros cuidados en caso de que se necesiten controles menores que sean por videollamada”. [CDD 2]*

**Tabla 16: Citas adicionales que ilustran el tema Vivencia del control por teleodontología y evaluación de satisfacción y subtemas identificados.**

<p><b>a) Satisfacción general de los usuarios respecto a la teleodontología</b></p>	<p><i>“Agradecida al área de ustedes, porque siento que sí, han estado súper pendientes, tienen ahí el canal de WhatsApp súper disponible yo sé que puedo comunicarme con ustedes y que me van a responder, me siento cómoda hablando en el WhatsApp y todo, así que esa era la parte de odontología, porque en serio sí han estado súper ahí pendientes, harta paciencia, ‘mamá tal foto necesitamos’ y todo súper bien, así que agradecer al área de ustedes, odontológica al menos, agradecer la encuesta, están preguntando cómo nos sentimos con la teleconsulta, todo, así que yo siento que es súper la atención”. [CDD 3]</i></p> <p><i>“Como le comentaba era la primera vez que tenía como algo tan completo en cuanto a la dentadura sobre todo, entonces no tengo ninguna sugerencia, encuentro que fue completa”. [CDD 5]</i></p> <p><i>“No tengo nada que agregar, yo creo que ustedes dieron todo lo que... si hubiese ido para allá, no, bastante bueno, en este sentido, bastante bueno, no te digo, no, al contrario, la información que me dieron, la atención y esa (...) entrega que tienen, de lo que ustedes hacen es bastante bueno, espero que todo médico, todo auxiliar (...) la tengan, sean así, porque hay que entender que hay personas más parcas que otras, hay otras más livianitas, son más carismáticas y hay otras que son más tajantes, hay de todo en la viña del Señor”. [CDD 8]</i></p>
<p><b>b) Información recibida</b></p>	<p><i>“Sí, me he sentido acompañada en ese sentido, porque en Teletón también le hicieron una revisión hace como unos 8 meses tuve una revisión, fui presencial, igual estaba bien y también me adiestraron un poco a cómo hacer el lavado y todo, pero les agradezco a ustedes también porque yo tenía algunas dudas, por ejemplo la del hilo dental, esa era importante, el cepillo que debía usar también era súper importante, porque tengo que llegar a todos lados y no me estaba resultando, entonces sí necesitaba esa información de qué podía utilizar con ella”. [CDD 1]</i></p> <p><i>“La primera vez que la recibí (información) fue con ustedes. Antes nunca habíamos recibido ningún tipo de orientación respecto a la parte dental”. [CDD 2]</i></p> <p><i>“O sea ahora, porque antes no, con usted más, porque como le contaba la otra vez yo lo llevé al consultorio y no me dieron como mayor información y me dieron de alta, entonces yo no sabía si tenía que seguir llevándolo, si estaba bien, si estaba mal, y yo supuse que estaba bien, como le habían dado de alta”. [CDD 4]</i></p>
<p><b>c) Dificultades experimentadas durante la teleodontología</b></p>	<p><i>“No, ninguna (dificultad). Lo que más me complica es que a él no le gusta... que solamente cuando le hablan él se enoja”. [CDD 4]</i></p> <p><i>“A veces sí, por falta de internet, porque como vivimos arriba de un cerro hay veces en que internet está súper malo y no entra la señal para nada, como ser la semana pasada cuando me habló estábamos con problemas de conexión y ni siquiera las niñas al colegio se podían conectar, estaba súper mala la señal (...), porque como estamos arriba del cerro es muy complicado a esta zona, no toma mucho la señal”. [CDD 6]</i></p> <p><i>“No, no, o sea más que problemas era, para las atenciones con (mi hijo), más que nada era como, pucha, siempre me conecto con el celular, porque con el computador me complica como ponérselo a él, era bien complicado, pero son como cosas técnicas más que nada, más allá de que le agrada o no o que... internet afortunadamente nunca tuvimos ese inconveniente y el tiempo, el tiempo sí que me costaba coordinar a veces, sí, o cuando he andado corriendo”. [CDD 7]</i></p>

**d) ¿Qué se gana y qué se pierde con la teleodontología?**

*“Yo creo que siempre es mejor la atención presencial, porque obviamente se puede ver mejor los dientes, se puede ver mejor algunas cosas que por foto a lo mejor no se ven. También el afiarse el niño más a lo que es ir al dentista y esos son como los contras. Y lo bueno es que no hay que salir de la casa, no hay que salir de la casa y eso, es como lo único bueno”. [CDD 4]*

*“Me gusta más que... Que como tengo que viajar a los controles si es que se termina la pandemia, entonces me gusta más así, videollamada qué controles”. [CDD 3]*

*“Yo encuentro que me gustaría ir, por ejemplo, a uno físico y los otros controles como de mantención, sí, yo estaría totalmente dispuesta a hacerlos por videollamada igual”. [CDD 2]*

## 6. DISCUSIÓN

El principal resultado arrojado por esta investigación es la enorme aceptación de la teleodontología por parte de los cuidadores como una alternativa para mantener los controles de la salud oral de los niños preescolares de alta y mediana complejidad médica. Anticipábamos el resultado debido a que en la literatura por lo general se evidencia aceptación de la teleodontología, como puede comprobarse en la revisión sistemática cualitativa de Irving *et al.*, 2018; sin embargo, esta evidencia incluye gran variedad de pacientes e intervenciones, y las intervenciones en niños analizadas apuntan principalmente a una modalidad asincrónica de teleodontología con el uso de tecnologías específicas para fotografías intraorales de calidad. También es posible encontrar en la literatura evidencia de la gran aceptabilidad de la teleodontología en pacientes adultos con necesidades especiales y sus cuidadores (Yuen, 2013). Queda de manifiesto la falta de estudios acerca de la efectividad y aceptación de la teleodontología como herramienta para fortalecer las acciones de salud oral enfocadas a la prevención en preescolares, más aún, en niños con necesidades especiales de atención en salud.

El objetivo fundamental de la investigación fue indagar los niveles de satisfacción usuaria de los cuidadores de NANEAS preescolares de alta y mediana complejidad hacia la teleodontología. Se utilizó metodología cualitativa para profundizar en el contexto tanto familiar como de salud de los niños. Creemos que abordar esta problemática desde una mirada cualitativa, es coherente con la naturaleza y con la evolución del concepto NANEAS. Las recomendaciones más recientes del MINSAL se orientan hacia el objetivo de una atención integral y personalizada en donde se profundice en el conocimiento de las necesidades de cada paciente (Flores *et al.*, 2016; MINSAL, 2022). Por definición la metodología cualitativa se concentra en la búsqueda de observaciones y distinciones comunicadas por los propios sujetos de estudio, su meta no es tanto establecer patrones o regularidades sino más bien reconocer diferencias en los discursos, atendiendo justamente a las necesidades expresadas por cada cuidador y niño.

Una de las limitaciones del estudio fue el reducido tamaño de la muestra, que estuvo compuesta por 8 preescolares y sus respectivos cuidadores. La intención original del estudio era alcanzar a todos los pacientes preescolares que seguían sus controles de salud en el policlínico, es decir, realizar 19 controles por teleodontología y sus respectivas entrevistas. Sin embargo, en la práctica pudimos comprobar que fue difícil contactar a los pacientes, aún después de numerosos intentos. Por lo tanto es posible que en la muestra no hayan estado presentes los pacientes de mayor complejidad o aquellos reticentes a este tipo de controles de salud a distancia (sesgo de no respuesta). Asimismo, pueden haberse ofrecido las declaraciones por parte de los entrevistados que, a su juicio, eran las que la entrevistadora deseaba oír (sesgo de obsequiosidad o deseabilidad social). Se debe recordar que el muestreo para esta investigación

fue no probabilístico, lo que siempre supone el establecimiento de sesgos; en este estudio la muestra se eligió en función de aspectos de accesibilidad y posibilidades de colaboración, como ocurre en la mayoría de los casos de muestreo no probabilístico (Manterola *and* Otzen, 2015). Para minimizar los posibles sesgos, al inicio y durante las entrevistas se recordó que estas eran voluntarias, anónimas, que los entrevistados podrían expresarse o comentar lo que quisieran y que no se individualizarían los datos de nadie en la investigación. También se contó con una pauta de la entrevista, con preguntas claramente definidas con anterioridad, pero que requerían respuestas abiertas.

Otras limitaciones pueden encontrarse en la metodología utilizada para recolectar la información. No fue posible la utilización de notas de campo para profundizar aún más en el contexto de las familias, ya que las entrevistas fueron realizadas por videollamada. Las notas de campo provienen de la observación directa, conociendo el entorno cercano y hogar de las personas entrevistadas, esto sin duda hubiese enriquecido la información, ya que se podría haber observado datos u otras necesidades no comunicadas por los cuidadores y se podría haber profundizado en ellas. Ahora bien, este ideal de acercamiento a una realidad, visitando en terreno los hogares de las personas puede resultar mucho más complejo de conseguir, dado que no todos están dispuestos a abrir las puertas de sus hogares cuando no hay confianza. De este modo, las entrevistas por videollamada sí pueden representar una ventaja, su consecución y acceso son mucho menos complejas, pero el nivel de profundidad es menor cuando no es posible la observación directa.

No es posible estandarizar la forma de hacer teleodontología cuando lo que se busca es personalizar la atención, similar lo que indican las recomendaciones de la guía Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología, en cuanto a que un programa de higiene oral debe basarse en las características de cada persona, considerando sus habilidades motoras, limitaciones cognitivas y otros (MINSAL, 2012). A pesar de esto, en esta investigación se describieron aspectos comunes a todas las teleodontologías realizadas que podrían relacionarse con el alto nivel de satisfacción manifestado por los cuidadores. Dentro de estos aspectos hay que considerar que las teleodontologías realizadas tuvieron la ventaja de realizarse en el marco de una tesis de postgrado de odontopediatría, por lo que se disponía de tiempo suficiente para ir cumpliendo con los aspectos logísticos necesarios para concretar una sesión, como solicitar el envío de fotografías, acordar fechas y horas de las sesiones o contestar mensajes enviados al WhatsApp. No siempre se cuenta con esos recursos, principalmente de tiempo, en los equipos de salud de los distintos centros, y esto debiera considerarse a la luz de los resultados de esta investigación, en los que el tiempo asignado, la atención personalizada y la disposición proporcionada por las profesionales fueron claves en la satisfacción usuaria, porque se traducen en mayor confianza para consultar aspectos de la salud bucal de los niños (lo que se pone de manifiesto cuando se observa que nuevos motivos de consulta iban

surgiendo durante las sesiones) y, en definitiva, en mayor bienestar para ellos. Si se insiste aún más en los aspectos administrativos, podríamos señalar que esta experiencia de trabajo colaborativo entre estudiantes de postgrado de odontopediatría con miembros del equipo NANEAS puede llegar a ser una fórmula para acercar los temas de salud bucal a esta población.

Otro aspecto de las teleodontologías con los preescolares y sus cuidadores es que estas fueron realizadas por odontopediatras con experiencia en teleodontología y con exhaustiva formación en odontología preventiva, por lo que el mensaje llegó de forma óptima a los cuidadores y en un momento temprano de la vida de los niños. Si bien ninguno de los cuidadores consultó por caries y no se apreció la presencia de caries en las fotografías enviadas, sabemos por la participación en esta investigación de la odontopediatra del equipo de NANEAS, que otros NANEAS no preescolares del HCVB sí suelen presentar caries, en concordancia con lo que señala el Ministerio de Salud (MINSAL, 2012) acerca del mayor riesgo de enfermedades orales de NANEAS y que fue uno de los temas desarrollados al inicio del estudio. En la literatura se reconoce que, hablando de educación terapéutica acerca de la caries dental, la intervención es más eficiente mientras antes se inicia en la vida de los niños, aunque igualmente señala que es esencial que la visita al dentista sea antes de la aparición de la caries (Trentesaux *et al.*, 2014). Tratándose de personas que presentan barreras para poder asistir al dentista, la importancia de una correcta entrega del mensaje es crucial, por lo que los dentistas debieran estar entrenados para educar a sus pacientes de modo que puedan manejar el tratamiento de su condición y prevenir la aparición de complicaciones evitables (Trentesaux *et al.*, 2014). Esta fue una de las características deseables que se cumplió en estas teleodontologías.

Si bien no fue un objetivo de la investigación conocer el estado de la salud bucal de NANEAS, igualmente se pudieron conocer las principales dudas acerca de la salud bucal por parte de las madres y el padre que participaron en la entrevista. La mayor parte de los motivos de consulta no tenían realmente una solución como las que se pueden ofrecer a niños sin antecedentes sistémicos, como las maloclusiones que frecuentemente se observan en las parálisis cerebrales y que fueron consultadas por 4 de los 8 cuidadores entrevistados, pero sí se pudo explicar las causas, dar algunas indicaciones y aclarar algunas dudas de los cuidadores. Como se pudo constatar, fue común que los cuidadores manifestasen temor al enfrentarse a ciertas tareas relacionadas con el cuidado oral de sus hijos, por lo que una instancia como la teleodontología en donde se resuelven dudas pudo haber influido en la valoración positiva que se hizo de los controles.

Se pudo observar que, en la muestra, la vida familiar gira en torno al cuidado del niño, donde la cuidadora principal es mayoritariamente la madre y quien, al ser la persona más capacitada en los cuidados complejos que requieren estos niños, no suele contar con la ayuda de alguien que pueda

reemplazarla durante el día, por lo cual dedica el 100% de su tiempo al cuidado. Es muy probable que esto sea así en una gran parte de las familias de NANEAS que se atienden en los centros públicos de atención terciaria de salud en nuestro país, aunque no es posible hacer generalizaciones debido al tamaño reducido de la muestra.

Los niños de la muestra presentan distintas patologías con diferentes complejidades y necesidades que conllevan dificultades en el cuidado. Dentro de las dificultades sentidas más relatadas en el grupo está la alimentación, que en la mitad de los niños de la muestra se lleva a cabo total o parcialmente por gastrostomía, y en los demás por vía oral, pero en este último caso se observa tendencia a ahogarse y cansancio al comer.

Gracias a la dedicación que existe en el cuidado de los niños, predomina la percepción entre los cuidadores de que su salud se ha mantenido en buenas condiciones a pesar de las patologías crónicas, ya que durante el tiempo de pandemia no se enfermaron ni tuvieron hospitalizaciones (los preescolares de la muestra), siendo un factor favorecedor en ese sentido el confinamiento, que implicó menor número de salidas, pero desfavorecedor en cuanto a que significó disminución de la cantidad de controles de salud, especialmente terapias de kinesiología.

En esta investigación se indaga también la actitud de los cuidadores hacia la salud oral del niño. En la muestra, la mayor parte de los cuidadores percibe la salud oral del niño como “buena”; quienes no lo consideran así son los dos cuidadores de niños con mayores complejidades de salud, específicamente de aquellos que en la evaluación del grado de complejidad marcaban mayor puntaje (más de 20 puntos), y este puntaje estaba determinado principalmente por tener 5 o más sistemas comprometidos y necesidad de 5 o más fármacos de uso crónico. En estos 2 pacientes se evidenciaron manifestaciones orales de las condiciones sistémicas: sangramiento profuso de las encías por terapia con anticoagulantes debido a cardiopatía y crecimiento gingival exacerbado por el consumo de fármacos antiepilépticos, respectivamente. En el otro caso de alta complejidad, esta tenía un puntaje apenas mayor que el nivel de mediana complejidad, el que se encontraba determinado por polifarmacia y estado de postración, no siendo una característica predominante el elevado número de sistemas comprometidos, y su salud bucal fue considerada “buena” por su cuidadora.

En cuanto a los niveles de preocupación por la salud bucal y la priorización que se le da a este tema dentro del cuidado general del niño, también se encuentra ligado al estado de salud sistémica. Todos los cuidadores relataron que sí toman muy en cuenta la higiene bucal de los niños y la realizan como parte de la rutina diaria, conscientes de que una complicación en este sentido (principalmente aparición de caries), sería muy difícil de abordar eventualmente, debido a la dificultad que conlleva la atención

para estos niños por motivos de traslado y comportamiento. Por otra parte, aunque no fue mencionado por los cuidadores, existe elevado riesgo de aspiración de fluidos durante las atenciones que podría derivar incluso en neumonías aspirativas. Hay niños que son “aspiradores silenciosos”, es decir, que no dan muestras clínicas o signos de aspiración, por lo que el riesgo de aspiración debe asumirse cuando se provee atención dental en los niños alimentados por gastrostomía, llegando incluso a la posibilidad de producir más daño que bien en aquellos con alteraciones neurológicas de la deglución si los procedimientos dentales sobrepasan los reflejos protectores de la vía aérea que se encuentran comprometidos (Dyment *and* Casas, 1999). Sin embargo, en cuanto a prioridades, el cuidado de la salud oral se reconoció especialmente prioritario en 2 de los casos donde hay mayor complejidad, por el riesgo de bacteriemia en el caso de la cardiopatía más severa, o por el riesgo de neumonía aspirativa si la flora bucal no es saludable. El otro caso de alta complejidad reveló un aspecto difícil de manejar, que es el temor en cuanto al cuidado por la potencial aspiración que puede producirse. El niño, al no recibir la estimulación de la alimentación por boca ha desarrollado hipersensibilidad, causándole vómitos cuando se introduce el cepillo de dientes, por lo que el cuidado podría estar siendo insuficiente. A su vez, esto genera deterioro en la salud bucal y mayor riesgo de neumonías aspirativas. No es el punto de esta discusión señalar caso a caso las dificultades relatadas por los cuidadores, pero se acude a este caso específico solamente para evidenciar la importancia de educar en cuanto a la higiene bucal a los padres y apoyarlos en esta tarea que reviste complicaciones desconocidas para un dentista no habituado a tratar a niños comprometidos sistémicamente.

En cuanto a la evaluación que los cuidadores realizaron acerca del control por teleodontología, esta fue positiva en general, destacándose como aspectos favorables de la atención el tiempo asignado, la atención personalizada y la disposición demostrada por quienes la condujeron; estos aspectos permitieron que se generara la confianza necesaria para hacer preguntas y aclarar dudas, lo cual también fue valorado en la evaluación por los cuidadores, aunque igualmente hay que considerar en este punto que ellos ya conocían previamente a la odontopediatra, lo que también pudo haber incidido en la confianza. Se mencionaron asimismo como aspectos positivos la información entregada y la posibilidad de tener contacto a través de WhatsApp para hacer consultas.

La teleodontología provee a los residentes de la especialidad de odontopediatría la oportunidad de servir a la comunidad a través del programa, ya que fue valorado por algunos entrevistados el “apoyo” que representa; el hecho de haber recibido controles dentales fue percibido como un “acompañamiento” en el cuidado de la salud oral; y se mencionó que gracias a la información recibida desde distintas instancias de atención o control dental las cuidadoras no se sintieron “dejadas de lado”. Estas expresiones revelan la necesidad de los cuidadores de NANEAS de alta y mediana complejidad de recibir apoyo en el cuidado, el cual puede ser expresado como llamadas telefónicas ocasionales para

informarse acerca de la condición de los niños por parte del personal de salud, el agendamiento de teleconsultas con los distintos especialistas, la entrega de información a través de WhatsApp o el dejar a disposición de ellos algún número de comunicación telefónica o mensajería que sea efectivamente respondido. En esta misma línea se evidenció que algunos entrevistados lamentaron el que no siempre se concretaran consultas con los especialistas importantes en el cuidado del niño en los momentos en que los cuidadores las necesitaban. La pandemia implicó para ellos la suspensión de los controles de salud presenciales de los niños con el equipo multidisciplinario de NANEAS, y en ese sentido hubo una especie de “abandono involuntario” hacia los cuidadores en la tarea del cuidado y del niño mismo en cuanto a recibir las terapias de especialidades como kinesiología o fonoaudiología, que si bien como equipo NANEAS se intentaron compensar por medio de teleconsultas, no fue posible en todos los casos ni suficientes o de igual efectividad que las atenciones presenciales. La pandemia determinó una reconversión con sentido de urgencia en la cual muchos servicios donde no estaba la vida en juego se hayan tenido que reestructurar para enfrentar la crisis sanitaria provocada por el coronavirus. Hasta la fecha de marzo de 2022 aún no se habían retomado los controles presenciales de NANEAS por parte del equipo multidisciplinario, por pérdida de los espacios debido a la mencionada reconversión, pero las terapias de rehabilitación kinesiológicas han podido continuar para aquellos que se atienden en Teletón.

En términos generales, los cuidadores de la muestra no presentaron mayores dificultades para el desarrollo de consultas por teleodontología, y la plataforma de videollamada por WhatsApp fue bien aceptada por todos, aunque otras alternativas se ofrecieron solo en el consentimiento informado, finalmente no se conversó sobre utilizar otra modalidad y nadie solicitó otro medio. Hay que considerar que, al ser una muestra pequeña como se mencionó al discutir las limitaciones del estudio, los cuidadores que presentaban dificultades para ser atendidos pudieron haber quedado fuera del estudio, como de hecho ocurrió con uno de los cuidadores que no tenía teléfono móvil a su disposición durante el día, por lo que no se pudo concretar un horario y no pudo recibir el control por teleodontología. La gran dificultad relatada fue la toma de fotografías intraorales de los niños, debido a factores como pueden ser: hipersensibilidad en el área de la boca, imposibilidad del niño para cooperar con la toma de fotografías, falta de ayuda para lograr buenas imágenes e inexperiencia de cuidadores y/o familiares para lograrlo.

Por lo tanto, en cuanto al diagnóstico de lesiones de caries específicamente, la teleodontología no es del todo completa en esta población, y así es como también lo perciben los cuidadores. Si bien el clínico puede evaluar a través de la anamnesis el riesgo del niño para desarrollar caries y valorar una cierta probabilidad de que hayan lesiones para dar las indicaciones pertinentes, los cuidadores consideran que la atención no abarca los problemas en su totalidad, porque se basan más en lo relatado por ellos que en

lo que puede observar un profesional, de modo que muchos de ellos coincidieron en que un sistema de atención mixto sería acorde con las necesidades de los niños.

En cuanto al sistema mixto de atención propuesto por los cuidadores, lo idóneo sería comenzar los controles de salud bucal con un examen presencial para determinar los problemas de salud oral del niño y enseñar la técnica de higiene directamente en caso de que se identifiquen dificultades, de modo de ir realizando adaptaciones de la técnica en el mismo momento, y posteriormente realizar los controles sucesivos por teleodontología. De este modo se podrían extraer las más grandes ventajas de ambos tipos de atención, especialmente de la teleodontología en cuanto a evitar el desplazamiento de los niños desde sus hogares y la entrega de información efectiva. Sin embargo, la factibilidad de concretar dichas atenciones presenciales se ve disminuida al considerar que las personas con necesidades de cuidados especiales en salud se enfrentan a obstáculos sistemáticos a la atención de la salud bucodental, como las barreras de transporte (Glassman *et al.*, 2016) que fueron mencionadas por algunos cuidadores, y si bien antes de la pandemia la atención dental era entregada por un miembro del equipo multidisciplinario, al día de cierre de esta investigación no se ha vuelto a implementar, porque los espacios destinados para las atenciones fueron reorganizados para enfrentar el aumento de enfermos por COVID-19 y porque la asistencia de NANEAS de alta y mediana complejidad sigue siendo riesgosa, en vista de que la pandemia no ha terminado.

## **7. CONCLUSIONES**

Los controles de salud dental por teleodontología son altamente valorados por los cuidadores de NANEAS preescolares con necesidades especiales de atención en salud de alta y mediana complejidad. En situaciones en que la pandemia llegara a su fin, seguiría siendo valorada como una intervención de calidad y acompañamiento en el cuidado de la salud oral. Las características de la teleodontología que hacen posible una elevada satisfacción usuaria son el tiempo asignado para el desarrollo de la sesión, la atención personalizada y la disposición demostrada por los clínicos. Los cuidadores reconocen, sin embargo, la necesidad de que el clínico conozca previamente el estado de la salud bucal de los niños mediante una evaluación presencial, ya que la toma de fotografías intraorales no siempre se puede conseguir debido principalmente a las complejidades de salud de este grupo de NANEAS.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alabdullah JH, Daniel SJ. (2018). A Systematic review on the validity of teledentistry. *Telemedicine Journal and E-Health*. 2018;24(8):639-648. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0132>

ALOP (2020). Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Teleodontología: Aplicación a la Odontopediatría durante la pandemia COVID-19. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. Vol 10, No. 2, 2020. Disponible en <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/192>

AAPD (2021). American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:287-94. 2021. Disponible en: [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_shcn.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_shcn.pdf)

ADA (2020a). American Dental Association. ADA recommending dentists postpone elective procedures. American Dental Association. 2020 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020-archive/march/ada-recommending-dentists-postpone-elective-procedures> [ Links ])

ADA (2020b). American Dental Association. “As Dental Practices Resume Operations, ADA offers Continued Guidance”\_ [https://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2020-archives/may/as-dental-practices-resume-operations-ada-offers-continued-guidance?utm\\_source=cpsorg&utm\\_medium=cpsalertbar&utm\\_content=cv-continuedguidance-statement&utm\\_campaign=covid-19](https://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2020-archives/may/as-dental-practices-resume-operations-ada-offers-continued-guidance?utm_source=cpsorg&utm_medium=cpsalertbar&utm_content=cv-continuedguidance-statement&utm_campaign=covid-19). Consultado el día 15-7-2020.

Canales, M. (2006). Metodologías de la investigación social. p. 20-21. *LOM ediciones*. Santiago, Chile.

CDC (2020). Centers of Disease Control and Prevention. Recommendation: postpone non-urgent dental procedures, surgeries, and visits. centers of disease control and prevention. 2020 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-COVID.html> [ Links ])

Chai, H. H., Gao, S. S., Chen, K. J., Duangthip, D., Lo, E., & Chu, C. H. (2021). A Concise Review on Qualitative Research in Dentistry. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 942. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030942>

Chi, D. (2018). Oral Health for US Children with Special Health Care Needs. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), pp.981-993. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.007>

Corbetta, P. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. España, McGraw-Hill /Interamericana de España S.A.U. 2007:352-353.

Daniel, S.J., Kumar, S. (2014). Teledentistry: a key component in access to care. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2014;14 Suppl:201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.02.008>

Dyment, H. A., & Casas, M. J. (1999). Dental care for children fed by tube: a critical review. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy*

*of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 19(5), 220–224. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1999.tb01389.x>

Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., Tong, S. (2020). Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020 Jun; 145(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>

Flores, J., Lizama, M., Rodríguez, N., Ávalos, M., Galanti, M., Barja, S., Becerra, C., Sanhueza, C., Cabezas, A., Orellana, J., Zillmann, G., Antilef, R., Cox, A., Valle, M. and Vargas, N. (2016). Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), pp.224-232. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.005>.

Glassman, P., Harrington, M., Namakian, M., Subar, P. (2016). Interprofessional collaboration in improving oral health for special populations. *Dental Clinics of North America*. 2016;60(4):843-855. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2016.05.004>

Glassman, P., Miller, C. (2006). Effect of preventive dentistry training program for caregivers in community facilities on caregiver and client behavior and client oral hygiene. *NY State Dent J* 2006;72(2):38–46.

Given, L. (2008). The Sage encyclopedia of qualitative research methods. *Sage publications*. P. 614. Ed. 2008.

Hammersley, M. (1992). What's Wrong With Ethnography? *Methodological explorations*. Routledge, London.1992: 160-72

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014) Metodología de la investigación. *Editorial McGraw-Hill*. 493-494

Hidas, A., Cohen, J., Beerli, M., Shapira, J., Steinberg, D., & Moskovitz, M. (2010). Salivary bacteria and oral health status in children with disabilities fed through gastrostomy. *International journal of paediatric dentistry*, 20(3), 179–185. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01039.x>

INE (2018). Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas vitales, 2018. Período de información: 2018. Disponible en [https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27\\_5](https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2018.pdf?sfvrsn=10e4ed27_5). Consultado en 04-04-2021.

Irving, M., Stewart, R., Spallek, H., & Blinkhorn, A. (2018). Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care: A qualitative systematic review. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(3), 129–146. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686776>

Jawadi, A. H., Casamassimo, P. S., Griffen, A., Enrile, B., & Marccone, M. (2004). Comparison of oral findings in special needs children with and without gastrostomy. *Pediatric dentistry*, 26(3), 283–288.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* N° 7, 19-39

Lu, X., Zhang, L., Du, H., Zhang, J., Li, YY., Qu, J., Zhang, W., Wang, Y., Bao, S., Li, Y., Wu, C., Liu, H., Liu, D., Shao, J., Peng, X., Yang, Y., Liu, Z., Xiang, Y., Zhang, F., Silva, RM., Pinkerton, KE., Shen, K., Xiao, H., Xu, S., Wong, GWK. (2020). SARS-CoV-2 Infection in Children. Chinese Pediatric Novel Coronavirus Study Team. *New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 23; 382(17):1663-1665. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005073>

Manterola, C., Otzen, T.(2015). Los sesgos en la investigación clínica. *Int. J. Morphol.*, 33(3), pp.1156-1164. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf> .

Mariño, R., Ghanim, A. (2013). Teledentistry: a systematic review of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2013;19(4):179-183. <https://doi.org/10.1177/1357633x13479704>

McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P., Perrin, J., Shonkoff, J. and Strickland, B. (1998). A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*, 102(1), pp.137-139. <https://doi.org/10.1542/peds.102.1.137>

MINSAL (2009). Ministerio De Salud. Guía Clínica Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años. Santiago: Minsal, 2009. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/05/GC.-Atenci%C3%B3n-primaria-odontol%C3%B3gica-del-prescolar-de-2-5-a%C3%B1os.-2009.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/GC.-Atenci%C3%B3n-primaria-odontol%C3%B3gica-del-prescolar-de-2-5-a%C3%B1os.-2009.pdf)

MINSAL (2012). Ministerio de Salud. Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología. Santiago: Minsal, 2012. Disponible en: <http://www.capacitandoenred.cl/wp-content/uploads/2016/11/Manual-de-Cuidados-Especiales-en-Odontolog%C3%ADa.pdf>

MINSAL (2014). Ministerio de Salud. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2014\\_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS\\_web\(1\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)

MINSAL (2020). Ministerio de Salud. Continuidad de atención a niños y niñas en Atención Primaria de Salud, en el contexto de alerta sanitaria COVID-19 segunda versión: 07 de abril de 2020. Subsecretaría de Salud Pública. Subsecretaría de Redes Asistenciales División Prevención Y Control De Enfermedades. División de Atención Primaria de Salud. Departamento Ciclo Vital. Departamento De Gestión De Cuidados. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Continuidad-de-Atencion-de-NN-en-APS-version-II.pdf>

MINSAL (2022). Ministerio de salud. Orientación técnica para el manejo integral para el manejo integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud. Programa Nacional de Salud de la infancia / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Septiembre 2021. Disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/OT-NANEAS-03032022.pdf>

MINSAL (2021a). Ministerio de Salud. Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. 2º edición. Actualización 2021. Disponible en

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf>

MINSAL (2021b). Ministerio de Salud. Descripción epidemiológica de niños, niñas y adolescentes con COVID-19 Chile (Semana epidemiológica 9 a 11 año 2020-2021). Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en

[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Informe-epidemiol%C3%B3gico-COVID-19-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes\\_SE\\_9-11\\_2020-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Informe-epidemiol%C3%B3gico-COVID-19-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes_SE_9-11_2020-2021.pdf)

MINSAL (2021c). Ministerio de Salud. Estrategia Capullo: Vacuna anti SARS-CoV-2 en cuidadores de pacientes pediátricos con necesidades especiales en la atención de salud. Departamento de Inmunizaciones. División De Prevención Y Control De Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Marzo 2021. Disponible en

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/ESTRATEGIA-CAPULLO-CUIDADORES-PACIENTES-PEDIATRICOS-CON-NECESIDADES-ESPECIALES-EN-LA-ATENCION-DE-SALUD-.pdf>

OMS (2011). Organización Mundial de la Salud. Resumen informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)

OMS (2020). Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en (<https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>; consultado el 04-04-2021).

Pereira, L.I., Pereira, C.V., Murata, R.M., Pardi, V., Pereira-Dourado, S.M. (2020). Biological and social aspects of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) related to oral health. *Braz Oral Res.* 2020;34:e041. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0041>.

Sale, J., Amin, M., Carrasco-Labra, A., Brignardello-Petersen, R., Glick, M., Guyatt, G. H., & Azarpazhooh, A. (2015). A practical approach to evidence-based dentistry: VIII: How to appraise an article based on a qualitative study. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 146(8), 623–630. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.06.010>

SENADIS (2015). Servicio Nacional de la Discapacidad. II Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC). Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Disponible en <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/1386>. Consultado el 20-03-2022.

Suvarna, R. M., Rai, K., & Hegde, A. M. (2011). Oral health of children with congenital heart disease following preventive treatment. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 36(1), 93–98. <https://doi.org/10.17796/jcpd.36.1.h337135318140078>

Trentesaux, T., Delfosse, C., Rousset, M. M., Hervé, C., & Hamel, O. (2014). Social vulnerability in paediatric dentistry: an overview of ethical considerations of therapeutic patient education. *Culture, medicine and psychiatry*, 38(1), 5–12. <https://doi.org/10.1007/s11013-013-9356-5>

UNICEF (2020). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. COVID-19: Considerations for Children and Adults with Disabilities. Disponible en: [https://www.unicef.org/disabilities/files/COVID-19\\_response\\_considerations\\_for\\_people\\_with\\_disabilities\\_190320.pdf](https://www.unicef.org/disabilities/files/COVID-19_response_considerations_for_people_with_disabilities_190320.pdf) Consultado en 25-10-2020.

Yuen HK, Pope C. (2009). Oral home telecare for adults with tetraplegia: a feasibility study. *Spec Care Dentist*. 2009;29(5):204-209. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2009.00094.x>

Yuen, H. (2013). Effect of a home telecare program on oral health among adults with tetraplegia: a pilot study. *Spinal Cord* 51, 477–481. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.176>

Zhang, C., Gu, J., Chen, Q, et al. (2020). Clinical and epidemiological characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infections in China: A multicenter case series. *PLoS Medicine*. 2020;17(6):e1003130. Published 2020 Jun 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003130>

## 9. ANEXOS

### 9.1 Anexo 1: Nueva pauta para la categorización de la complejidad de NANEAS (MINSAL, 2022).

Fecha de Aplicación:			
Nombre:		Edad:	
Profesional:		Establecimiento:	

Componente	Necesidad	Definición	Alternativa	Puntos	Puntaje obtenido
1. Necesidad de cuidados complejos	Número de Sistemas comprometidos	Se debe contabilizar el número de sistemas anatómicos funcionales comprometidos de NNA.	Un sistema comprometido	1	
			Dos a cuatro sistemas comprometidos	3	
			Cinco o más sistemas comprometidos	4	
	Necesidad de Polifarmacia	Deben ser contabilizados los fármacos utilizados de manera crónica. No se deben considerar fármacos por morbilidad o procesos agudos. No se deben incluir medicinas complementarias, homeopatía ni vitaminas (excepto vitamina D).	No requiere fármacos	0	
			Requiere 1 a 2 fármacos	1	
			Requiere 3 a 4 fármacos	3	
			Requiere 5 o más fármacos	4	
	Necesidad vía alternativa de administración de fármacos	No tiene indicaciones de tratamiento farmacológicos Todos sus medicamentos, los recibe por vía oral, sin vías alternativas Aquella administración de fármacos que requiere vías alternativas tales como: sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal (previa evaluación médica), dispositivo de gastrostomía (ya sea sonda o botón). Vía Subcutánea: aquel fármaco que se administra entre la piel y el músculo, mediante inyecciones (por ejemplo, heparina, insulina, hormona del crecimiento, etc.) Vía intramuscular: el fármaco va inyectado directamente al músculo. Fármaco administrado directamente a la vena, mediante una vía venosa periférica, catéter venoso central o catéter con reservorios.	No requiere fármacos.	0	
			Sus medicamentos los recibe por vía oral	1	
			Al menos un medicamento por vía enteral, distinto de oral	2	
		Al menos de un medicamento de administración subcutánea o intramuscular	3		
		Al menos un medicamento vía endovenosa	4		

1. Necesidad de cuidados complejos	Necesidad de fármacos poco accesibles	No tiene indicaciones de tratamiento farmacológicos	No requiere fármacos	0
		Los fármacos son recetados por el médico y pueden ser adquiridos por el usuario en farmacias del CESFAM, farmacias del hospital o farmacias habituales.	Usa medicamentos de accesibilidad y costo poco complejo	1
		El fármaco no es compra habitual en los lugares antes referidos y puede ser adquirido mediante solicitudes de compra excepcionales, ya sea en centros de referencia de salud, centro de complejidad médica o en la hospitalización. Cuando esto no sea posible, considera también la compra por parte del usuario/a cuando el medicamento no está disponible por los medios antes descritos.	Medicamento poco accesible (requiere solicitud especial a atención secundaria, terciaria) o compra por usuario	3
		Son los medicamentos estipulados por ley, que en MANEAS generalmente son el Palivizumab, bombas de insulina (Ver detalle el Ley Ricarte Soto)	Medicamento de alto costo considerado en la Ley Ricarte Soto	4
		Medicamento que requieren seguimiento en atención secundaria. Este caso incluye las Garantías Explícitas de Salud GES. Fármacos tales como insulinas, quimioterapias, tratamientos antirretrovirales, etc.	Medicamento incorporado en Programas ministeriales, que requieren seguimiento en atención secundaria	4
	Necesidad de Alimentación especial	NNA con alimentación habitual, sin restricción	Alimentación habitual sin restricciones ni necesidades especiales	0
		Se incluyen restricciones alimentarias específicas, por ejemplo: sin gluten, sin lactosa, así como las alergias alimentarias múltiples.	Dietas especiales (sin gluten, sin lactosa, alergias alimentarias múltiples)	1
		Alimentación especial ya sea de uso exclusivo o mixto, las cuales deben ser prescritas por nutricionista o médico/a. Estas incluyen un costo adicional para las familias o el sistema de salud. Se puntúan también acá, MMA con Alergia a la Proteína de la leche de vaca (APLV), mayores de 2 años.	Uso de fórmulas especiales, APLV mayor de 2 años	2
		La alimentación especial debe ser indicada por neurólogo especialista en epilepsia refractaria. Es exclusiva, no mixta. Debe tener seguimiento con neurólogo y nutricionista. Aquí se incluyen también enfermedades metabólicas con dietas restrictivas que eliminan el factor causal de su enfermedad. Debe tener seguimiento por especialista en enfermedades metabólicas.	Dieta cetogénica y/o Dieta para enfermedades metabólicas	3

2. Necesidad de apoyo respiratorio				
Necesidad de oxigenoterapia	La oxigenoterapia se debe sumar en aquellos que están con ventilación invasiva o no invasiva. Se debe incluir sin importar el tiempo que lo utilice.	Sin oxigenoterapia	0	
		Con Oxigenoterapia	4	
Necesidad de aspiración de secreciones	No requiere asistencia en eliminación de secreciones	No requiere aspiración	0	
	Consiste en la eliminación de secreciones mediante la aspiración de boca, nariz y faringe.	Requiere de aspiración nasofaríngea	1	
	Las secreciones son eliminadas, aspirando con un dispositivo especial, a través de una vía aérea artificial (Tubo endotraqueal o cánula de Traqueostomía)	Requiere de aspiración traqueal	3	
Necesidad de ventilación mecánica	No requiere apoyo ventilatorio	No requiere ventilación mecánica	0	
	Incluye dispositivos tales como el CPAP y BIPAP	Ventilación mecánica no invasiva	3	
	Corresponde a un ventilador propiamente tal, en usuarios y usuarios traqueostomizados. Ventilador dependiente, es definido como cualquier MNA que, estando médicamente estable, continúa necesitando asistencia mecánica para respirar	Ventilación mecánica invasiva	4	

Necesidad de ayudas técnicas para la autonomía, participación social e inclusión	La ayuda técnica puede ser: coche neurológico, silla de ruedas, burrito, bipedestador, artefactos de comunicación aumentativa, agendas visuales, atriles, audífonos de cancelación de ruido, implante coclear, audífonos, lentes, etc. Puede estar asociado a los hitos del desarrollo motor y sensorial del MNA, en donde puede necesitar apoyo para complementar la función o reemplazarla totalmente. Contabilizar cada una de las ayudas técnicas, aunque su uso frecuente sea en pares (por ej. canaletas en ambas piernas se contabilizarán como 2 ayudas técnicas (AATT))	Autonomía en el traslado diario	0
		Necesidad de 1 AATT	1
		Necesidad de 2 AATT	2
3. Necesidad de ayudas técnicas (AATT)	Necesidad de ayudas técnicas para los cuidados, higiene	Necesidad de 3 o más AATT	3
		Imposibilidad de autonomía y participación social (por ej. uso catre clínico, uso de teclé, postrado)	4
		No requiere de AATT para los cuidados	0
Necesidad de ayudas técnicas ortopédicas	La ayuda técnica puede ser: Sitting para baño, tina para cama, colchón antiescara, barras asideras, etc.  Son aquellas que ayudan a enderezar, corregir o incluso evitar problemas de alineación del sistema musculoesquelético (huesos, articulaciones y músculos), además de disminuir/evitar el dolor y disminuir/evitar lesiones. También reemplazan funciones que se encuentran deficitarias, como por ejemplo cuando hay debilidad muscular. Dentro de las ayudas técnicas ortopédicas encontramos los yesos, las órtesis (plantillas, insertos, OTP, KAFO, HKAFO, canaletas, corsé, palmetas/dorsaletas, etc.), sitting y cojines abductores/aductores, entre otros.	Necesidad de 1 AATT para los cuidados	1
		Necesidad de 2 AATT para los cuidados	2
		Necesidad de 3 o más AATT para los cuidados	3
		No requiere de AATT	0
		Requiere de 1 a 3 AATT	1
		Requiere de 4 o más AATT ortopédicas o de mayor complejidad como corsé o casco ortopédico.	2
<b>TOTAL (SUMAR)</b>			

## RESULTADOS

Rangos de puntajes para determinación de complejidad.

Complejidad sugerida	Puntaje obtenido en escala
BAJA	1 - 8 puntos
MEDIA	9 - 15 puntos
ALTA	16 o más puntos

## 9.1 Anexo 2: Ejemplos de secciones de la Ficha electrónica de Teleodontología de la Universidad de Valparaíso.

Rut Paciente 
Paciente 
Creada

COVID-19

ANAMNESIS PRÓXIMA

ANAMNESIS REMOTA

EXAMEN FÍSICO

TRIAGE ODONTOLÓGICO

EVOLUCIÓN

[Generar PDF](#)
[Volver Inicio](#)

COVID-19

Vacunas

COVID	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Primera dosis <input type="radio"/> Segunda dosis <input type="radio"/> Tercera dosis <input type="radio"/> Cuarta dosis
Influenza 2022	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Guardar Registro de Vacunas

TRIAGE COVID-19

EXPOSICIÓN - En las últimas 2 semanas

¿Tuvo contacto con alguien con COVID-19?  Si  No

¿Vive o visita un lugar donde hay personas con COVID-19?

SINTOMAS CLAVES

Fiebre (+37,5°)

Tos o Toser sangre (hemoptysis)

Dolor de garganta

Dificultad para respirar o Dificultad respiratoria grave (incapaz de hablar frases completas)  Si  No

Congestión nasal

Síntomas de gripe

Perdida abrupta de gusto u olfato

SINTOMAS SECUNDARIOS

Dolores musculares o corporales o dolores de cabeza  Si  No

Fatiga o malestar

Náuseas, vómitos o diarrea

Observación COVID

Guardar Triage COVID

NO se pudo contactar al paciente

Seguimiento COVID

¿Se hizo el test PCR?	¿Cuándo se realizó el test?	Resultado
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rut Paciente  Paciente  Creada

COVID-19	ANAMNESIS PRÓXIMA	ANAMNESIS REMOTA
EXAMEN FÍSICO	TRIAGE ODONTOLÓGICO	EVOLUCIÓN
<a href="#">Generar PDF</a>		<a href="#">Volver Inicio</a>

### ANAMNESIS REMOTA

**Info!** En cada seccion debe presionar el boton "Guardar ...". Si la informacion no queda almacenada, limpie su historial de navegacion y vuelva a ingresar los datos.

#### Antecedentes Médicos Personales

Enfermedad	SI	NO	Especificar según lo indicado
Infarto Agudo del Miocardio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Enfermedad Cerebrovascular	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Cáncer	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Antecedente de Cáncer	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Hipertensión	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Hipotiroidismo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Obesidad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Enfermedad Respiratoria Crónica	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Daño Hepático Crónico	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Daño Renal Crónico	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Depresión	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Trastorno del espectro autista	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Alzheimer/Demencia Senil	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
VIH	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Hepatitis viral	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Embarazo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Portador de Prótesis Articular/Cadera	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Antecedente de Cirugía Cardíaca	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Antecedente de Cirugía Pulmonar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Alergias	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	

[Ingresar Antecedentes Médicos Personales](#)

COVID-19

ANAMNESIS PRÓXIMA

ANAMNESIS REMOTA

EXAMEN FÍSICO

TRIAGE ODONTOLÓGICO

EVOLUCIÓN

[↓ Generar PDF](#)

[🏠 Volver Inicio](#)

EXAMEN FÍSICO

Estado de salud

	Si	No
Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cara inflamada (hinchada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encía inflamada(hinchada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encía sangra al cepillar o masticar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desde cuando tiene el problema?	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<div style="border: 1px solid #ccc; min-height: 80px; padding: 5px;">           Describa lo que observa         </div>		

Archivo jpg/png/pdf, peso max. 1 MB

Archivo	<input style="width: 100%;" type="text" value="Seleccionar archivo"/> Ninguno ...hivo selec.
Descripción	<div style="border: 1px solid #ccc; min-height: 60px;"></div>



Rut Paciente  Paciente  Creada

COVID-19	ANAMNESIS PRÓXIMA	ANAMNESIS REMOTA
EXAMEN FÍSICO	TRIAGE ODONTOLÓGICO	EVOLUCIÓN
<a href="#">↓ Generar PDF</a>		<a href="#">🏠 Volver Inicio</a>

## EVOLUCION

Fecha Realización	<input type="text" value="dd-mm-aaaa"/> 
Evolución	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 150px;"></div>
<a href="#">Guardar Evolución</a>	

9.3 Anexo 3: Instructivo de referencia enviado a los cuidadores para la toma de fotografías intraorales.

## ¿Cómo tomar fotos de la boca de un niño?

### ¿Qué necesito?

- Alguien que me ayude (ayudante adulto que pueda tomar la foto).
- Celular para tomar fotos.
- Espejo pequeño (de cartera).
- “Algo” para separar la mejilla o la lengua. El cepillo de dientes puede servir.
- Luz natural.



### Primero que todo:

Lavar y secar muy bien mis manos y los materiales (espejo y cepillo).



Para obtener fotos de los dientes, puedo ponerme por detrás del niño y separar sus labios con mis dedos. Su cabeza descansará en mi cuerpo. También lo puedo recostar sobre mis piernas mientras alguien me ayuda a tomar la foto. Yo acomodo la cabeza para mostrar a la cámara lo que quiero que vea el dentista.



Algunos ejemplos...



Dientes de abajo:  
levantar mentón

Para los dientes de abajo y arriba, el espejito nos puede ayudar. La foto se dirige al espejo.

