

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE ODONTOPEDIATRIA

ACTITUD DEL ODONTOLOGO QUE ATIENDE NIÑOS EN
RELACION A DOS ASPECTOS RELEVANTES DE LA
ESPECIALIDAD: LA ATENCION DEL MENOR DE TRES
AÑOS Y DEL NIÑO VIH-SEROPOSITIVO

Seminario de Tesis para optar al Título de
Cirujano Dentista

PROFESOR GUÍA
DRA LUISA TORRIJOS

PROFESOR INFORMANTE
DRA SILVIA NICOLINI

DOCENTE COLABORADOR
DRA ADRIANA WEBBER

ALUMNA
CARMEN PAZ RAVANAL PARADA



A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente a todos los que me apoyaron en cada una de las etapas de este seminario y que hicieron posible su realización.

A mi profesora guía Dra. Torrijos quien con gran dedicación corrigió cada hoja de este trabajo, alentándome siempre y cumpliendo en todo momento lo prometido.

A mis compañeros Fabiola, Paty, Mariana y Lucho que hicieron más aliviada la difícil tarea de entrega y recolección de cuestionario.

A mis amigos Alvaro y Patito que con sus comentarios y consejos mejoraron mi trabajo.

A Gabriela y Jorge por su inmensa paciencia, desinterés y trabajo.

INDICE

- INTRODUCCION.....	1
- MARCO TEORICO	
SIDA INFANTIL.....	2
ATENCION DEL MENOR DE TRES AÑOS.....	20
- OBJETIVOS.....	40
- MATERIAL Y METODO.....	41
- RESULTADOS.....	43
- DISCUSION.....	57
- CONCLUSIONES.....	59
- RESUMEN.....	61
- ANEXOS.....	62
- BIBLIOGRAFIA.....	68

INTRODUCCION

En la actualidad existen dos temas que preocupan de sobremanera a la Odontopediatría: el SIDA infantil y la atención del menor de tres años. Aunque son materias interesantes y atractivas, es sorprendente el hecho de que existan muy pocos trabajos o artículos que hagan mención de ellos.

Condiciones tales como el incremento de la prostitución infantil en países como el nuestro, el considerable número de portadores de VIH y su transmisión bi y heterosexual que determinan el nacimiento de niños VIH seropositivo, han aumentado la probabilidad de que un Odontopediatra atienda a un portador asintomático.

En cuanto al menor de tres años, es evidente la necesidad de su atención dental, pero constituye una incógnita la forma de atención que reciben y por quienes es dada.

Es el interés de este trabajo detectar la actitud de los Odontólogos que atienden niños en relación a estas problemáticas, evaluar los conocimientos que ellos manejan y su aplicación en la práctica clínica diaria.

Se estima que los resultados servirán de orientación en la adecuación del curriculum y en la planificación de cursos de capacitación para Odontólogos privados o de servicio. Igualmente para fundamentar la necesidad de que los sistemas de atención sean mejorados y/o que las prácticas clínicas sean modificadas.

SIDA INFANTIL

Contrariamente a lo que muchos piensan, el Sida es la etapa final sintomática de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH (perteneciente a la familia de los retrovirus) ^{J. Villaroel, y col. 1991}, que se caracteriza en esencia por una inmunodeficiencia celular como consecuencia de la cual se produce un incremento notable en la susceptibilidad a diversas infecciones oportunistas, una incapacidad para reconocimiento de células tumorales y declinación marcada en el montaje de respuestas de hipersensibilidad tardía ^{J. Esperanza 1988}.

Al hacer un poco de historia podemos remontarnos a 1981, año en el cual aparecen los primeros enfermos de lo que hoy conocemos como Sida ^{OPS 1986}, pero sólo en 1983 se efectuó el aislamiento de este virus el cual fue denominado por el comité de taxonomía de virus como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Posterior a esta fecha se efectuó el aislamiento de un nuevo virus del Sida, denominado VIH II el cual presenta un mecanismo patógeno y vía de transmisión similares a la del inicialmente aislado, pero con un grado menor de patogenicidad y un mayor intervalo entre la infección inicial y el comienzo del Sida.

A partir del aislamiento de virus numerosas teorías se han planteado respecto a su origen ^{S. Nicollini 1988}. Una de ellas expone que su derivación pudo haber sido a partir de un agente progenitor inicialmente no patógeno, el cual, luego de un proceso de mutación habría adquirido las características que hoy reconocemos en el virus. Aunque la naturaleza de este antecesor nunca ha sido identificada podría tratarse de un virus humano mutante con una patogenicidad similar a la del VIH o bien de un virus proveniente de un reservorio animal.

Mecanismo Patogénico

El virus de inmunodeficiencia humana ha sido aislado de sangre, secreciones vaginales, semen, orina, heces, lágrimas, saliva, leche materna y líquido cefalorraquídeo de pacientes con Sida ^{H. San Juan de Dios 1985}. De estas fuentes, el semen y la sangre contaminada, son las que poseen una mayor capacidad infectante determinando tres vías principales de transmisión:

- Contacto sexual con individuo infectado.
- Exposición a sangre o productos derivados contaminados.
- Transplacentaria o perinatal (transmisión vertical o de madre a hijo).

La primera etapa de la enfermedad se inicia con la entrada del VIH al torrente circulatorio a través de alguna de las vías ya señaladas ^{J. Esperanza 1988}. En el interior del organismo el virus se asocia a un componente específico de la membrana celular (el antígeno CD₄) que encontramos preferentemente en los linfocitos T_Helper, pero que actualmente se ha descubierto también en células como monocitos, macrófagos, células de Langerhans de la piel, células del sistema nervioso, intestino y probablemente células de la médula ósea.

El virus reconoce este receptor (CD₄), se produce la fusión de la membrana celular con la cubierta viral y el material genético de virus (RNA) es inyectado al citoplasma de la célula huésped, lo que permitirá su replicación y posterior capacidad para infectar a otras células.

La selectividad del virus por las células con receptor CD₄ bloquea la respuesta inmune en sus etapas más importantes ^{J. Villarroel y col. 1991} y así afecta a todo el sistema inmune.

Entre 6 - 18 semanas posteriores al ingreso del VIH al organismo (incluso se habla de 6 meses o más), el individuo desarrolla los anticuerpos anti - VIH, detectables en el suero, a esta etapa se le denomina Seroconversión, en la cual el paciente carece de sintomatología clínica denominándosele portador sano o portador asintomático y constituye la principal fuente de propagación de la enfermedad.

¹ Aunque el virus ha sido aislado de la saliva, no existen evidencias de su transmisión a través de esta vía, debido probablemente a su baja masa crítica y a la acción de elementos neutralizantes que forman parte de este fluido

Se estima que aproximadamente el 70% de los infectados por el VIH se ubica en esta categoría ^{J. Esperanza 1988}. El estado de portador asintomático puede persistir por toda la vida del individuo o bien puede progresar, en el 20% - 25% de los casos, a un estado que se conoce como Complejo Relacionado con el Sida (CRS). Se reconoce con esta denominación a una serie de manifestaciones clínicas y de laboratorio, aunque menos graves, en un individuo infectado por el VIH. Este cuadro carece de infecciones oportunistas graves y de tumores que son requeridos para el diagnóstico de Sida.

El curso del CRS es muy variable, puede permanecer estacionario sin un compromiso severo del estado general. Sin embargo la mayoría considera que existe una alta probabilidad que en un lapso de tiempo variable el individuo desarrolla el Sida.

Se ha estimado que del total de infectados por el virus, un 10% - 15% desarrollarán finalmente el Sida en un lapso de tiempo que va de 8 - 11 años desde la infección ^{S. Nicolini 1988}.

La progresión de un estado de portador asintomático a uno de CRS o Sida se ha intentado explicar en base a diferentes mecanismos; en este intento se han mencionado co-factores que podrían desencadenar una respuesta menos favorable del organismo a este virus, ellos serían :

- Drogadicción
- Promiscuidad sexual
- Alcoholismo
- Mal nutrición
- Presencia de enfermedades de transmisión sexual
- Enfermedades virales
- E incluso el estado constitucional del individuo afectado.

Grupos de Mayor Riesgo, Estadísticas

En 1988, 142 países comunicaron a la OMS un total de 130.000 casos de Sida a lo cual debe agregarse la gran cantidad de portadores asintomáticos ^{K. Butler 1991}. Al iniciarse la década de los 90' se estima que en el mundo hay entre 6 y 10 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana incluyendo más de 3 millones de mujeres, la mayoría de edad reproductiva y más de 500 mil niños ^{J. Villarroel y col. 1991}.

En América Latina se estima que 200.000 mujeres están infectadas.

Chile no escapa a esta realidad, ya en 1984 se detectan los primeros 5 casos, a julio de 1991 se registran 314 enfermos de Sida y 465 portadores ^{Ministerio de Salud 1991} (Tabla n° 1 y n°2).

Los últimos informes, que incluyen los registros de diciembre 1991, reportan un total de 230 enfermos de Sida en la V región, un 53,9% de ellos corresponde a portadores y un 46,1% son enfermos de Sida ^{Ministerio de Salud 1992} (Tabla n°3 y n°4).

Las cifras proyectadas para 1994 ^{T. Quinn 1989} superan los 7.500 casos de Sida en nuestro país y los 100 millones de infectados por el VIH a nivel mundial.

Tanto en Chile como en el mundo entre los grupos reconocidos como de alto riesgo, los varones homosexuales y bisexuales promiscuos constituyen el mayor número ascendiendo aproximadamente al 70% de los casos notificados en Estados Unidos y a un 67,8% de los casos notificados en Chile (Tabla n°5).

Otro grupo importante corresponde a los drogadictos endovenosos (contagio a través del uso compartido de agujas contaminadas), receptores de transfusiones y derivados hemáticos, parejas sexuales de los individuos anteriormente señalados, hemofílicos y prostitutas.

Si bien en 1981, año en que aparecen los primeros enfermos de Sida, no se reportan casos de niños afectados por este virus ^{M. Morb y col. 1991}, En 1982 y 1983 fueron descritos los primeros casos pediátricos² en el mundo. Estudios en los Estados Unidos en 1990 registraron 800 casos de Sida en menores de 13 años de edad y para 1991 se esperan más de 20.000 niños infectados por VIH ^{N. Chenoweth y col. 1990} ^{Buehler 1991} incluso la organización mundial de la salud estima que el

² Se definió infección pediátrica por VIH, la que se presenta en el niño menor de 13 años, que se puede producir por transmisión vertical (madre a hijo) u horizontal (transfusional, sexual u otras) siendo más frecuente la vertical, que ocurre en más de 80% de los casos registrados en otras experiencias ^{J. Villarroel y col. 1991}

Sida podría ser la primera causa de mortalidad infantil, aún en países en desarrollo, a fines de la década del 90' S. Nicolini 1988.

En Chile se comunicó el primer caso de Sida pediátrico en 1987 J. Villarroel y col. 1991. Aunque ha sido difícil cuantificar el problema del Sida en niños debido a la deficiente notificación, hasta Julio de 1991 se han detectado 26 casos (Ver Gráfico n°1). En 12 de los casos encontrados la vía de transmisión fue perinatal de madre infectada por el virus a su hijo antes, durante o poco después del parto P. Palumbo y col. 1990; K. Butler 1991. En 13 casos el mecanismo de transmisión fue transfusional. Sólo un caso fue causado por contacto sexual (abuso sexual o prostitución).

Se ha visto que todos los infantes nacidos de mujeres infectadas habrían adquirido pasivamente el anticuerpo VIH que permanece por los primeros 12 - 15 meses de vida pero sólo en un 25% - 50% de los casos hay transferencia del virus VIH propiamente tal.

Es importante hacer notar que mientras en el adulto la etapa asintomática puede durar 10 años o más, los niños infectados por VIH perinatalmente morirán dentro de dos años a partir del diagnóstico.

Diagnóstico de la Infección por VIH

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en la confirmación de laboratorio de la infección y/o, en el diagnóstico clínico de múltiples infecciones oportunistas, o tumores característicos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Ambos criterios toman en consideración la historia natural y prolongada de la infección ^{T. Quinn 1989}.

Diagnóstico Clínico

Con el objeto de agrupar a las personas infectadas con VIH y de acuerdo a las manifestaciones Clínicas que ellas presentan se han establecido dos clasificaciones (para adultos y menores de 13 años) ^{L. Ketchen y col. 1990}.

Tomando en consideración el propósito de este trabajo, nos referiremos sólo a la clasificación para menores de 13 años infectados por VIH. Esta consta de 3 clases dentro de las cuales hay diversas subclases.

- Clase P-0, o infección indeterminada; agrupa a niños en los cuales el estudio neurológico resulta indeterminado y/o dudoso y a los hijos de madre VIH positiva menores de 15 meses en quienes se ha detectado anticuerpos, pero no el virus.

- Clase P-1, o infección asintomática, agrupa a niños con infección demostrada pero sin síntomas o signos atribuibles a ella. Consta de 3 subclases según el resultado del estudio inmunológico:

- A - normal
- B - alterado
- C - función inmune no estudiada.

- Clase P-2, o infección sintomática, agrupa a los niños infectados con manifestaciones clínicas atribuibles a la infección VIH. Esta clase consta de varias subclases:

- A - Incluye manifestaciones clínicas inespecíficas como fiebre, pérdida de peso de más del 10% de la línea basal, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatía generalizada, parotiditis, diarrea persistente o recurrente.
- B - Enfermedad neurológica progresiva.
- C - Neumonitis intersticial linfoide o hiperplasia linfoide pulmonar, la que es una entidad propia del Sida en niños y es considerada enfermedad indicadora sólo en ellos.

- D - Enfermedades infecciosas secundarias, que incluyen con frecuencia infecciones bacterianas por agentes habituales y no habituales, que pueden preceder a las oportunistas y ser la manifestación clínica iniciales de la enfermedad. Suelen ser múltiples, recurrentes y pueden ser severas (infecciones sistémicas severas) indicadoras de Sida en un niño infectado por VIH, o no severas (infecciones superficiales, abscesos de mucosas, otitis media) no indicadoras de Sida.
- E - Se incluyen los tumores: sarcoma de Kaposi y linfomas que son poco frecuentes pero agresivos en los niños.
- F - Se agrupan aquí una serie de enfermedades probablemente debidas a la infección VIH como hepatitis, miocardiopatías, nefropatías, desordenes hematológicos que suelen obedecer a mecanismos inmunes (trombocitopenia, anemia hemolítica, leucopenia, etc.), manifestaciones cutáneas.

Nota : La OMS considera infectados por VIH a los menores de 13 años en quienes se detecte el virus en sangre o tejidos, o sufren síntomas y signos que cumplen con la definición del CDI (Centro de Control de enfermedades Infecciosas de Atlanta) para casos de Sida. Los anticuerpos se consideran evidencias de infección en niños de cualquier edad contagiados por transmisión horizontal y en mayores de 15 meses contagiados por mecanismo vertical, en los menores de esa edad, hijos de madre infectadas por VIH, debido a los anticuerpos pasivos, el estudio inmunológico es insuficiente para diagnosticar la infección J. Villarroel y col. 1991.

Diagnóstico de laboratorio.

La confirmación de laboratorio de la infección por VIH depende de uno de cuatro métodos de detección. La confirmación serológica del VIH más común es la detección de anticuerpos a proteínas virales específicas que puede ser hecho con técnicas de: ELISA, Western Blot, Radioinmunoprecipitación e inmunofluorescencia T. Quinn 1989, como es lógico pensar estas pruebas sólo serán efectivas y mostrarán la presencia del virus a partir de la fase de seroconversión.

La detección directa de antígenos es otra técnica serológica que permite detectar la presencia del VIH, puede ser usada durante la infección retroviral aguda o en etapas tardías, sin embargo, se debe tener presente que la producción de antígenos antes de la seroconversión es transitoria y de poca cuantía por lo que en la mayoría de los pacientes este ensayo puede resultar negativo.

El cultivo viral es altamente específico pero menos sensible y varía dependiendo de la etapa de infección por VIH, siendo más preciso en las etapas más tardías de la enfermedad.

Durante 1988 la detección del VIH latente no replicativo fue posible con el uso de pruebas moleculares utilizando ya sea la hibridación in situ o reacción de polimerasa en cadena. Aún son técnicas en investigación pero ofrecen una tremenda perspectiva en la comprensión de la latencia del VIH y en varios aspectos de su infectividad y transmisión.

Para confirmar infección por VIH en recién nacidos y lactantes menores de uno y medio años, no basta, como en los mayores de edad, detectar anticuerpos Ig G anti VIH (test ELISA), pues estos pueden corresponder a anticuerpos maternos, requiriéndose otras pruebas para tener certeza. Los anticuerpos Ig M anti VIH y su determinación con la técnica Western confirman el diagnóstico, sin embargo, su producción es inconstante lo que hace difícil detectarlos. Las otras pruebas confirmatorias son las de antígenos virales que, por el bajo número de células con infección productiva o por la unión de antígeno VIH y anticuerpos maternos, pueden resultar falsamente negativas, lo que es posible obviar mediante la PCR (reacción en cadena de la polimerasa), que ha permitido identificar infección por VIH varios meses antes de las manifestaciones clínicas y aún en recién nacidos. La importancia del diagnóstico oportuno radica en la posibilidad de iniciar temprano el tratamiento, antes que se deteriore la inmunidad, comiencen las manifestaciones clínicas o cuando éstas sean todavía poco severas J. Villarreal y col. 1991.

Manifestaciones orales del Sida.

Las manifestaciones orales del Sida en el adulto son diferentes a las presentadas en los menores de 13 años de edad L. Ketchen y col.1990; A. Riederer y col.1990.

En estos últimos las manifestaciones orales más frecuentemente encontradas corresponden a candidiasis oral³ cuyo diagnóstico se basa en la observación de una placa amarillenta o blanca crema sobre la mucosa enrojecida o normal con cultivo candida positivo. Puede presentarse en las formas atróficas (eritematosa) hiperplásica, pseudomembranosa y queilitis angular.

También se ha observado gingivitis detectada como un enrojecimiento de la encía. Esta gingivitis es intensamente eritematosa, involucra encía marginal, adherida y mucosa alrededor de los incisivos temporales inferiores.

Otros hallazgos han sido:

- abscesos parótideo.
- abscesos unilateral de piso de boca con característica de ránula; lesión indolora que no interfiera con la comida o al hablar.

En estudios recientemente realizados L.Kitchen 1990 no se han observado lesiones en la mucosa oral característica de una infección viral. Este tipo de lesiones ocurre menos frecuentemente en niños infectados por VIH que en adultos Palumbo y col.1990.

Se describen raros casos de sarcoma de Kaposi en niños infectados por VIH los cuales son muy agresivos.

³ Si bien la candidiasis puede presentarse en el infante durante el período neonatal independiente de la infección por VIH su persistencia más allá de los tres meses de edad es raro en un niño normal

Tratamiento.

El tratamiento de la infección por VIH y el Sida es complejo, se deben incluir en él, no solo medicamentos antirretrovirídicos específicos, sino también prevención, diagnóstico y tratamiento cuidadoso de las infecciones oportunistas y de varios tipos de cánceres afines ^{P. Palumbo y col. 1990.}

En cuanto a los medicamentos antirretrovirídicos, estos tienen como objetivo desacelerar e impedir la proliferación del virus, dentro de ellos encontramos el AZT (acedodideoxitimidina), moléculas CD₄ solubles (bloquea la unión del VIH a su receptor CD₄) ^{J. Villarroel y col. 1991}, DDC (dideoxicitosina) y la DDI (dideoxinosina) ^{J. Esperanza 1988}.

En la actualidad el AZT es el único de uso autorizado, aún así, ninguno de los medicamentos citados cura el Sida ni la infección por el VIH. Eso se debe a que los medicamentos no eliminan el virus por completo del cuerpo, sino que sólo inhiben o desaceleran su proliferación.

Tratamiento en el niño infectado por el VIH

La infección por VIH en los niños es de incubación más corta, evolución más severa, compromiso más frecuente del SNC y avanza más rápido hacia la muerte que en adultos. Por eso es necesario iniciar el tratamiento contra el VIH lo antes posible en la mujer embarazada; para impedir o disminuir la transmisión madre - hijo, y en el niño desde recién nacido, con el fin de evitar un daño inmunitario serio, retardar la aparición de los síntomas en los infectados asintomáticos, mejorar la calidad de vida y retardar la progresión hacia la muerte de los sintomáticos.

Es así como en el niño infectado por el VIH el tratamiento médico y dental debe comenzar con un buen cuidado de mantención. Este cuidado incluye manejo nutricional agresivo, tratamiento temprano de infecciones reconocidas, profilaxis para infecciones oportunistas y en niños con infecciones bacterianas recurrentes dosis mensuales regulares de gamaglobulina intravenosa.

De acuerdo con el programa ampliado de inmunizaciones, suscrito por Chile, todas las vacunas programadas deberán colocarse a los niños VIH positivos o indeterminados, sean estas vivas o inactivadas y estén ellos con o sin síntomas, haciendo excepción la vacuna BCG, que no debe administrarse en sintomáticos. Indudablemente es una contraindicación administrar las vacunas vivas, si las condiciones clínicas e inmunológicas del niño están muy deterioradas. Se recomienda vacunar adicionalmente para ^{H. influencias,} neumococos, influenza A y B, hepatitis B ^{J. Villarroel y col. 1991}.

La persistencia de lesiones orales frecuentemente requiere de terapia agresiva. Infecciones Herpéticas recurrentes orales y úlceras aftosas son comunes y pueden reducir la hidratación y los niveles de calorías. Como existen complicaciones médicas y neurológicas la mantención de la higiene oral a menudo pasa a ser responsabilidad de los familiares. La instrucción personal y la prevención es una consideración eventual muy importante. Sin cuidado dental, la cavidad oral puede llegar a ser una fuente de infección. Cualquier posible fuente de infección dentro de la cavidad oral debe ser tratada agresivamente. Los niños mayores necesitan de un control dental aún más riguroso P. Palumbo y col. 1990.

En caso de disponer de AZT, el empleo debe hacerse según las más estrictas normas y recomendaciones oficiales y bajo control de expertos.

Normas y conductas a seguir en la atención odontológica

Se han realizado diversas encuestas, tanto a nivel nacional ^{C. Alcocer y col 1990} como internacional ^{B. Gubert 1987}, de la conducta del odontólogo frente a un infectado por VIH, de ellas se deduce que la realidad nacional es diferente a la de los países desarrollados. Dentro de los odontólogos nacionales todavía hay un grupo que no usa guantes en su atención diaria. El uso de mascarillas y lentes protectores es aún más restringido argumentando la incomodidad que conlleva su uso y los problemas de comunicación que tienen con ellos (mascarilla). En el personal dental auxiliar frecuentemente se omite el uso de estas medidas protectoras y hay una gran desinformación de la infección por VIH.

Hace sólo unos meses atrás fue distribuido masivamente a todos los profesionales odontólogos un boletín confeccionado por el Ministerio de Salud, que contiene las normas de prevención para el Sida y otras infecciones transmitidas por sangre y fluidos corporales; dada la trascendencia de ellas las reproduciremos textualmente.

Normas y conductas a seguir antes de la atención

- 1.- Comprobar que se cuenta con todo lo necesario para la atención dental a prestar.
- 2.- Efectuar una anamnesis lo más completa y simple posible.
- 3.- Descontaminar con hipoclorito de sodio al 0,5% el piso, las paredes y el mobiliario.
- 4.- Usar el máximo de material y equipo desechable.
- 5.- El profesional y el personal auxiliar deben llevar uñas cortas y proceder a lavar manos, uñas y antebrazos antes y después de estar en contacto con el paciente, usando jabón líquido que posea algún desinfectante. El lavado debe durar, como mínimo 2 minutos.
- 6.- Usar guantes desechables. Los guantes a usar en procedimientos invasivos, siempre deben estar estériles.
- 7.- Eliminar el uso de toallas de mano, reemplazarla por toallas desechables.
- 8.- Eliminar el uso del paño clínico.
- 9.- En todo procedimiento usar lentes protectores y mascarillas.
- 10.- Se deberá tener delimitadas las áreas clínicas y administrativas para así impedir la contaminación de un área a otra.
- 11.- Corresponde al Auxiliar Dental de colaboración directa, observar las mismas medidas de higiene y

precauciones que el personal profesional.

- 12.- El personal auxiliar y el de aseo, deben contar con guantes protectores gruesos durante maniobras de descontaminación.
- 13.- Preparar diariamente la solución de hipoclorito de sodio al 0.5%. Esto se debe hacer una vez por cada jornada de 4 horas.
- 14.- Es indicado contar en lo posible con glutaraldehído al 2% para la descontaminación.

Durante la atención:

- 1.- La pieza de mano, el torno convencional, los componentes del ultra sonido, contrángulo y jeringa triple deben ser descontaminados entre uno y otro paciente, frotando con algodón embebido en alcohol de 90° o glutaraldehído al 2%.
- 2.- Ultrasonido, jeringa triple y turbina deben hacerse funcionar, entre cada atención, durante treinta segundos antes de introducirlos en boca, para eliminar agua retenida en los ductos.
- 3.- Debe manejarse con especial cuidado el instrumental cortopunzante.
- 4.- En caso de producirse corte o pinchazo de un guante durante el trabajo, deberá reemplazarse por otro, previo un prolijo lavado de manos.
- 5.- En caso de producirse herida accidental se deberá:
 - 5.1 Presionar la herida para producir sangramiento
 - 5.2 Lavar la zona de inmediato con agua corriente
 - 5.3 Aplicar antiséptico (povidona yodada o clorhexidina)
 - 5.4 Comunicar inmediatamente al médico tratante y/o encargado de salud del personal. Es recomendable realizar exámenes para detección de enfermedades infecciosas.

Después de la atención

- 1.- Proceder a descontaminar, dentro de lo posible, todo lo que entre en contacto directo con el paciente. En especial aquellas zonas expuestas a aerosoles, sangre y saliva. Se hace necesario tener presente que el hipoclorito es corrosivo y no debe usarse en metales, por lo tanto en este caso es aconsejable el glutaraldehído al 2%. El instrumental de punta roma puede ser llevado directamente a esterilización, sin descontaminarlo previamente.
- 2.- Descontaminar obligatoriamente el instrumental utilizado en la atención, previo a su lavado y esterilización, con glutaraldehído al 2% por 30 minutos o con hipoclorito de sodio al 0,5% durante 30

minutos; dicho instrumental debe ser sumergido en las soluciones antes mencionadas en un recipiente plástico de boca ancha y con tapa. El instrumental de punta roma puede ser llevado directamente a esterilización, sin descontaminarlo previamente.

- 3.- La saliviera debe ser taponada, llenada con hipoclorito de sodio al 0,5% y después de 30 minutos proceder a su limpieza habitual (esto se debe hacer una vez por jornada).
- 4.- El piso, las paredes y los muebles tendrán su tratamiento habitual. Salvo que hayan sido expuestos a derrame de sangre en cuyo caso se deberá lavar con hipoclorito de sodio al 0,5% en abundante cantidad durante 30 minutos.
- 5.- Los cartuchos de anestesia una vez utilizados total o parcialmente, deben eliminarse y jamás deberán ser reutilizados.
- 6.- El procedimiento para mantención y asepsia de las fresas debe ser:
 - a) una vez ocupada la fresa, limpiar con limpia fresa;
 - b) colocar fresa y limpia fresa en recipiente tapado con glutaraldehído al 2%;
 - c) dejar sumergido ambos elementos 20 minutos como mínimo;
 - d) lavar con agua corriente;
 - e) volver a ocupar.Terminada la jornada de trabajo se limpian todas las fresas, se secan y se colocan en fresario limpio previamente descontaminado con glutaraldehído al 2%;
- f) el cambia-fresa se debe descontaminar con algodón empapado en alcohol de 90% o glutaraldehído al 2%.
- 7.- El procedimiento para desechar algodones y materias orgánicas debe ser el siguiente:
 - a) El profesional debe eliminar los algodones contaminados con material orgánico en el frasco plástico que tiene sobre su braquet;
 - b) Después de cada atención este recipiente debe ser vaciado por la auxiliar a un depósito con tapa en cuyo interior va colocada una bolsa plástica;
 - c) Al finalizar la jornada, la auxiliar, con guantes, debe cerrar la bolsa plástica;
 - d) Depositar esta bolsa cerrada en otra bolsa plástica de basura. Guardarla en un lugar definido para ser retirado por un empleado asignado para ello;
 - e) Posteriormente deberá ser incinerado en algún establecimiento determinado para tal efecto.De no ser posible la incineración se puede utilizar cualquier procedimiento adecuado de descontaminación antes de su eliminación.
- 8.- El procedimiento a seguir en la eliminación de agujas desechables y tubos de anestesia es el siguiente:

Las agujas desechables deberán ser retiradas con cualquier pinza de aprehensión y depositarlas en un recipiente rígido que contenga hipoclorito de sodio a 0,5%, el cual deberá ser renovado diariamente, descontaminándolas para ser desechadas. Las agujas también podrán ser recapsuladas con pinzas o con algún sistema que ningún motivo involucre riesgo a las manos del operador.

Este procedimiento exige esterilización con calor antes de su eliminación.

Los tubos de anestesia deben también ser depositados en un recipiente rígido y proceder a descontaminarlo antes de su desecho.

- 9.- Las cubetas e impresiones de silicona deben ser descontaminadas con glutaraldehído al 2%. Las impresiones tomadas con otros materiales deberán ser lavadas con un chorro de agua corriente previo al vaciado.

Descontaminación y esterilización del instrumental

La descontaminación del instrumental se puede realizar de la siguiente manera:

- a. Glutaraldehído al 2% durante 30 minutos;
- b. Solución de hipoclorito de sodio al 0,5% durante 30 minutos.

Luego se procederá al lavado habitual y cuando así corresponda, a esterilizarlo por alguno de los siguientes medios:

1. Calor seco durante 1 hora al alcanzar 180 °C.
2. Calor seco durante 2 hora al alcanzar 160 °C.
3. Autoclave durante 1 hora a 121 - 124 °C a una atmósfera.
4. Agentes químicos esterilizantes durante el tiempo recomendado por el fabricante.

TABLA 1

ENFERMOS DE SIDA POR SEXO Y AÑO DE DIAGNOSTICO				
Año Diagnóstico	Sexo		Total	Razón
	F	M		F:M
1984	0	5	5	
1985	1	9	10	
1986	1	19	20	1:19
1987	1	40	41	1:40
1988	7	55	62	1:7,9
1989	5	63	68	1:12,6
1990	5	77	82	1:15,4
Total 84-90	20	268	288	1:13,4
** 1991	1	25	26	
Total acumulado	21 6,7%	293 93,3%	314 100%	1:13,9

** Notificaciones hasta el 30 de Junio de 1991

TABLA 2

PORTADORES VIH NOTIFICADOS POR SEXO Y AÑO DE NOTIFIC.				
Año	Sexo		Total	Razón
	F	M		F:M
1984	0	1	1	
1986	0	5	5	
1987	2	27	29	1:13,5
1988	9	57	66	1:6,33
1989	10	132	142	1:13,2
1990	15	140	155	1:8,69
Total 84-90	36	362	398	1:10,1
** 1991	12	55	67	
Total acumulado	48	417	465	1:8,6

** Notificaciones hasta el 30 de Junio de 1991

TABLA 3

INFECTADOS POR VIH/SIDA. V REGION - 1984 A 1991 (Diciembre)									
Años	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Total
N°	2	-	5	17	26	42	65	73	230

TABLA 4

CLASIFICACION DE INFECTADOS VIH/SIDA V REGION - 1984 A 1991		
Clasificación	N°	%
Portadores VIH	124	53,9
Enfermos SIDA	106	46,1
Total	230	100,0

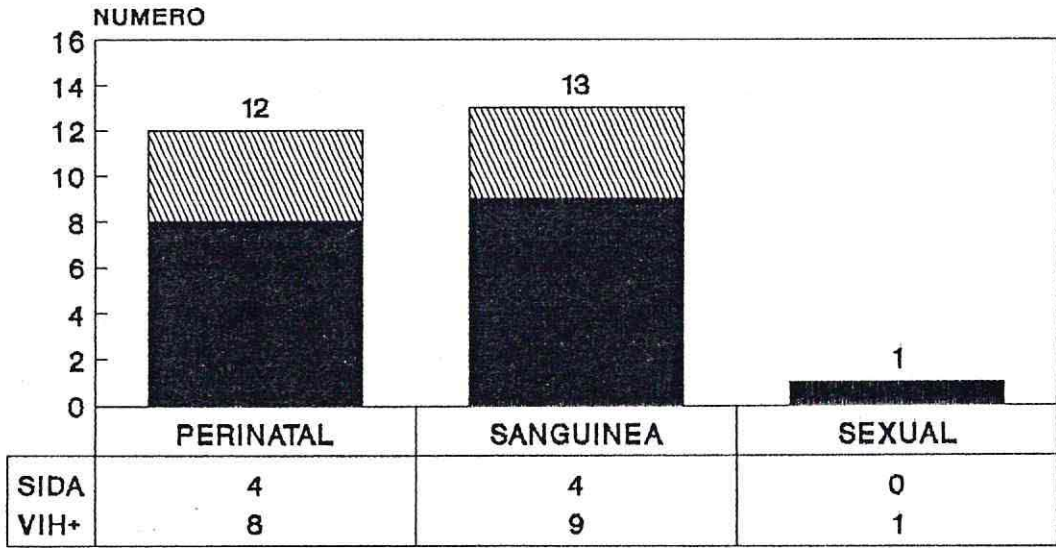
TABLA 5

ENFERMOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO Y AÑO DE DIAG.									
Factor/R	Año de Diagnóstico								
	84	85	86	87	88	89	90	91*	Total
Homosexual	2	4	10	23	31	22	37	11	140
Bisexual	3	3	5	8	14	23	14	3	73
Heterosexual**	0	2	4	4	12	10	20	5	57
Drogas IV	0	0	0	1	0	2	2	3	8
Hemofílicos	0	1	0	0	1	3	2	0	7
Transfusión	0	0	1	3	3	2	0	2	11
Madre VIH	0	0	0	0	0	1	2	0	3
Desconocido	0	0	0	2	1	5	5	2	15
Total	5	10	20	41	62	68	82	26	314

* Notificaciones hasta el 30 de Junio de 1991.

** Incluye Heterosexual con contacto pareja VIH(+) o múltiples parejas sexuales

VIH/ SIDA EN MENORES DE 14 AÑOS NOTIFICADOS AL 30/06/91



VIA CONTAGIO

VIH+
 SIDA

GRAFICO N 1

ATENCIÓN DEL MENOR DE 3 AÑOS

La presencia de afecciones orales en el menor de tres años y su implicancia en la dentición definitiva hacen imprescindible su atención en edades tan precoces como los seis meses de edad. Sin embargo, dicha atención difiere enormemente a la prestada en un adulto.

Existen diferencias sustanciales como la relación que se establece con el paciente, que no es uno a uno como en el adulto sino uno a dos. En esta relación se involucran odontólogo-niño y familia. Para el éxito, por lo tanto, se requiere una evaluación rigurosa del niño y de su entorno.

En cuanto a la evaluación del niño, cabe hacer notar la importancia que esta tiene para su atención. El determinar exactamente la etapa de desarrollo que está viviendo, así como las experiencias de sociabilización simplifica enormemente la adopción de la técnica de manejo más eficaz, así como el abordaje comunicacional debido.

Es así que para que esta evaluación sea correcta se requieren conocimientos acabados sobre crecimiento y desarrollo en aspectos psicológicos, motores, de adquisición del lenguaje, etc.

En lo que dice relación con la evaluación del entorno del niño (su familia) esta debe abarcar: composición, autoridad, intereses, conocimiento, responsabilidad y apego, de manera tal que el odontopediatra influya de la mejor forma para conseguir la colaboración requerida que contribuya al éxito del tratamiento en vez de interferirlo.

Finalmente nos queda por agregar la importancia que tiene el conocimiento del odontólogo sobre las medidas preventivas aplicables en esta edad y la mejor manera de instruir a los padres así como a otros profesionales de la salud, hecho que proporciona un enorme beneficio para la salud oral del menor.

Necesidad de atención del menor de tres años

Tradicionalmente se pensaba que el tiempo correcto para la primera visita dental era a la edad de los tres años por la mejor flexibilidad del niño, que permite un tratamiento más eficiente. ^{f. Croll 1984}

Con la introducción de leches artificiales dadas en mamadera y el uso cada vez más generalizado de endulzantes artificiales, se comenzaron a reportar casos de caries de biberón incluso en niños menores de un año de edad.

Existen numerosos estudios ^{C. Alarcón y col. 1990; A. Kamp 1991} que demuestran otros tipos de lesiones orales en el menor de tres años (traumatismos y mal oclusiones). Por otro lado, el hecho de posponer la atención hasta los tres años impide realizar una labor educativa con los padres, en la época en que ellos están más motivados y receptivos de recibir y aplicar información (los primeros meses de vida del niño).

Todo lo anterior ha estimulado el replantamiento de la necesidad de atención precoz por lo que ya en 1984 la Sociedad Americana de Odontopediatría define un criterio común que establece: " los niños deben visitar al dentista entre los 6 y los 12 meses de edad", planteamiento que es respaldado por distinguidos investigadores. ^{S. Goepferd 1987; C. Alarcón y col. 1991; A. Kamp 1991}

Hoy en día se piensa idealmente que el cuidado dental preventivo del infante debiera comenzar con el consejo sobre la salud dental a los padres que esperan la venida del nuevo hijo y debiera continuar justo después del nacimiento. Esta temprana intervención obviamente proveerá beneficios dentales al niño. Una visita al dentista antes del primer año, da la oportunidad de educar a los padres en una variedad de asuntos, tales como higiene bucal adecuada, eliminación de factores de riesgos traumáticos, implantación de buenos hábitos dietéticos e intercepción de malos hábitos que pudieran alterar la oclusión. Además permitirán que el niño se familiarice con el ambiente dental, lo que ayudará enormemente en el caso de una emergencia dental.

Para enfatizar la importancia y necesidad de atención del menor de tres años, describiremos brevemente las patologías dentales más frecuentes en estos pacientes.

Patologías más frecuentes en el menor de tres años

- Mal oclusiones
- Lesiones de la mucosa oral
- Caries de biberón
- Lesiones traumáticas

Mal oclusiones

Para la identificación de una mala oclusión se requiere conocer las características de una oclusión normal, para esto el odontopediatra debe manejar con soltura concepto de desarrollo craneofacial y de la dentición. Igualmente requiere de una sistemática de examen que incluye algunos aspectos que actúan como indicadores de una alteración de la oclusión tales como: relación de bases oseas, espaciamiento dentario, remate distal, línea canina, over bite, over jet, línea media, secuencia y cronología de erupción.

Con todo, bien sabido es que el origen de una mal oclusión puede ser ambiental o genético considerándose que los factores ambientales que más influencia tienen son los malos hábitos y la caries. ^{Herrmann 1987} Este autor reporta un 95% de los niños menores de 4 años usando chupete de entretención o practicando succión digital, hábito que están asociados a mordida abierta anterior y/o cruzada lateral.

En un estudio nacional realizado en una muestra de menores de tres años de la V Región ^{C. Alarcón y col 1990} se encontró que el 16,4% de los niños examinados presentaban mordida abierta anterior, el 13,2% mordida cubierta, un 2,8% mordida cruzada uní o bilateral y un 3,5% mordida invertida anterior, todas esas alteraciones cuya etiología, muchas veces, es atribuida a la presencia de hábitos inconvenientes.

La presencia de caries también es un factor causante de mal oclusiones, al respecto, se ha encontrado un alto porcentaje de ellas en pre-escolares de la V Región (32%) lo que constituye un hecho alarmante si consideramos que se trata de una población que desde su gestación ha recibido los beneficios del agua fluorada.

Con todo ello podemos concluir que es de vital importancia la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento en la dentición primaria que pueden llevar a la normalidad, el desarrollo y corrección de cualquier problema funcional que pueda interferir con el crecimiento normal ^{Herrmann 1987}.

Lesiones de la mucosa oral

Muy pocos trabajos de investigación se han realizado atinentes únicamente a este tema, probablemente ello se deba a la poca incidencia de lesiones en la mucosa oral presentes en pre-escolares, esta idea es confirmada por un estudio realizado por Skinner en 1986, donde de un total de 1525 biopsias de lesiones orales sólo un 4% correspondían a menores de 4 años, los resultados revelaron además que dichas lesiones eran de naturaleza inflamatoria y reactivas; no se encontró ninguna lesión de tipo neoplásica.

A nivel regional ^{C. Alarcón y col 1990} encontramos que de un total de 287 pre-escolares examinados el 84,9% presentaban una mucosa sana. Las lesiones más frecuentemente encontradas fueron aftas (2,1%) fistulas y/o abscesos (0,7%), bridas cicatrizales en labios y lengua geográficas.

Caries de Biberón

Ripa (1988) definió a las caries de biberón como una forma específica de caries rampante en los dientes de los infantes. Esta lesión involucra a muchos dientes, es de desarrollo rápido y ocurre en superficies consideradas de menor riesgo. Su característica principal es la ausencia de deterioro de los incisivos antero inferiores, diferenciando así esta condición, de las caries rampantes. Las superficies de los dientes afectados por caries de biberón según diversos autores ^{Fars 1962, Michel 1969, Picton and Wilshear 1970, Dilley y col. 1980}, son todas las caras de los incisivos superiores, los cuatro caninos y caras oclusales de los ocho molares temporales.

Las etapas de la caries del biberón son: los incisivos superiores desarrollan una línea de dismineralización blanca a nivel cervicovestibular, las que luego se transforman en cavidades que rodean al cuello del diente, luego cambian de color pasando por amarillo-café y negro, si sigue avanzando la enfermedad quedarán muñones dentarios y aún más, se afectará la pulpa apareciendo abscesos crónicos asociados. Este proceso podría conducir a la destrucción total de los dientes temporales ^{Winter y col 1965; Phillips y Strebis 1987; Ripa 1988} alrededor de los dos años y medio.

Incluso se han reportado en niños menores de un año, lo que además confirma el rápido deterioro. ^{Shurer y col. 1953; Brown y col. 1985}

Una razón para el rápido desarrollo de la lesión es que la capa de esmalte es muy delgado en los incisivos temporales, sin olvidar que el responsable es el S. Mutans contagiado generalmente por sus madres ^{S. J. Gopferd 1987} sumado al

constante consumo de carbohidratos fermentables dados en biberón o envolviendo los chupetes de entretención. Sucher y col 1953; Rothow 1977; Brown y col 1985

Los factores que afectan la distribución de esta lesión son:

- a) cronología de la erupción de los dientes temporales
- b) duración del hábito
- c) patrón muscular de la succión del niño

En cuanto a su incidencia, los últimos reportes de caries de biberón en culturas occidentales indican una frecuencia aproximada de un 5% o menos.

Lesiones Traumáticas

Una cantidad significativa de traumatismos ocurren a temprana edad y el 30% de las lesiones involucran la dentición primaria. Anthi Tsantsouris 1990 dentro de la cual resultan más frecuentemente comprometidos los incisivos centrales superiores, fenómeno que tiene relación con el over jet aumentado de los niños (54,3% over jet aumentado según estudio de C. Alarcón y col. 1990).

Tradicionalmente se ha establecido que los traumatismos dentarios aumentan considerablemente cuando los niños comienzan a caminar (13-18 meses). Esto no fue encontrado en un estudio realizado en la V Región C. Alarcón y col. 1990 que indicó que el mayor porcentaje de niños con traumatismo dentario son los mayores de 36 meses. Ello se explica porque el período de aprendizaje de locomoción (13-18 meses) preferentemente se efectuó en los jardines infantiles lo que implica un menor riesgo por encontrarse asistidos por personal especializado. En segundo lugar, a la edad de 3 años el desarrollo psicomotor permite que los niños adquieren autonomía, lo que implica una gran actividad motriz y exploratoria, teniendo mayor riesgo de accidentes.

Dentro de los traumatismos el más frecuentemente observado en la dentición primaria es la fractura de esmalte (31,5%), fractura de esmalte y dentina (17,8%) y sólo en un 1,4% fractura con compromiso pulpar. C. Alarcón y col. 1990

Aunque la intrusión no se incluyó dentro de los traumatismos más frecuentes en los menores de tres años, es importante su mención por las secuelas que puede crear en la dentición definitiva, de allí lo fundamental del diagnóstico conjuntamente con un adecuado y oportuno tratamiento.

Finalmente no debemos omitir la importancia que tiene la prevención de estas lesiones, muchos de los traumatismos podrían ser evitados con la entrega de una información adecuada y oportuna a los padres.

Crecimiento y Desarrollo

El proceso de desarrollo comienza con la concepción y abarca todas las etapas hasta la adultez. Comprende mucho más que el crecimiento físico, que muchas veces significa solamente un aumento de tamaño. El desarrollo implica un despliegue secuencial que puede comprender cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades. ^{Wright 1975}

Alpern (1975) sostenía que hay diversos aspectos relativamente importantes en el desarrollo infantil y que ningún aspecto único puede ser tomado para evaluar el desarrollo. Advirtió también acerca de la caracterización de los niños y sugirió que: "una apreciación básica del desarrollo infantil podría resultar útil a los odontólogos." Basándonos en esta premisa es que describiremos el desarrollo del niño en sus primeros años. Únicamente en forma didáctica dividiremos nuestra descripción en diversos tipos de actividades que están en realidad íntimamente ligadas.

I Desarrollo de conductas motrices

El desarrollo motor en los primeros años de vida del niño es significativo y complejo; significativo porque otorga al niño autonomía, abre sus posibilidades de exploración y búsqueda; complejo porque nuestra especie no ha terminado de adecuarse estructuralmente para la posición bípeda. ^{F. Escobar 1991}

Sigue, como todo proceso biológico, un orden y secuencia que comienzan en el recién nacido donde se distingue como postura predominante una actitud de flexión parcial. A los 4 meses podemos observar que el niño tiene la capacidad de fijar su cabeza conjuntamente con un dominio de los músculos oculares, situación que le permite explorar su entorno.

Los 7 meses son claves pues aquí el niño puede sentarse, condición que cambia su visión del mundo.

Al año de edad, el desarrollo motor ha avanzado lo suficiente como para permitir el desplazamiento del niño, reptando o gateando y finalmente corriendo al año y medio logrando la estabilidad total al final del segundo año, o al principio del tercero. ^{F. Escobar 1991}

Pero con ello no termina el desarrollo motor del niño, este se prolonga por toda su vida centrándose en edades más avanzadas en la adquisición y perfeccionamiento de movimientos más finos y complejos

II Desarrollo del lenguaje

En el desarrollo del lenguaje el niño va progresando desde una simple "jerigonza" a la articulación de palabras para llegar finalmente a la confección de frase, pero este proceso es lento, no ocurre de un día para otro, va progresando a medida que el niño adquiere dominio de su musculatura y capta el mundo que lo rodea. ^{F. Escobar 1991}

En el recién nacido la forma de expresar discomfort o bienestar es mediante movimientos y llanto. Al mes, el niño comienza a emitir sonidos que pronto se transformarán en consonantes, luego fonemas para iniciar de esta forma el laleo.

Al año y medio, el niño tiene un dominio mayor del lenguaje, utiliza sustantivos con los cuales tiende a generalizar los objetos que a su juicio presentan similitud o relación.

A los dos años el niño ya comprende la conversación de los demás especialmente si se refieren a él, llegando finalmente a los tres años donde es capaz de confeccionar frases y comunicarse con el medio que lo rodea.

III Socialización del niño

Este tipo de desarrollo se refiere a la evolución de un individuo a persona, planteada por sí y ante los demás. ^{F. Escobar 1991}, también podemos definirlo como el proceso mediante el cual logramos establecer relaciones con el medio que nos rodea.

Comienza a muy temprana edad cuando el niño responde a estímulos externos y sonríe en respuesta a un chasquido de lengua o situación de agrado. A los siete meses la adaptación es notoria, puede demostrar conductas a solicitud si estas han sido adecuadamente reforzadas, pero su sentido de identidad personal es fragmentado (no se ha resuelto el binomio madre-niño) situación que debe ser considerada durante la atención dental.

Los dos años se caracterizan por el egocentrismo, situación que da paso a una cierta individualidad y autonomía del niño que es reforzada por la entrada al jardín (tres años), su relación con otros niños y gente extraña a su grupo familiar.

IV Desarrollo emocional

En el desarrollo de la personalidad del niño se da, paralelamente, la aparición, maduración y control de los estados emocionales y sus manifestaciones ^{F. Escobar 1991}, que son evidentes ya en el período neonatal donde es posible observar reacciones simples de placer y displacer.

Antes que el niño cumpla su primer año de vida hay expresiones emocionales reconocibles para el adulto como alegría, ruidos, enojo, seguidas de emociones que requieren de mayor desarrollo intelectual (felicidad, curiosidad, celos).

Las características más relevantes de las emociones en los pequeños son su brevedad y transitoriedad; normalmente las emociones del niño pequeño son de corta duración, unos pocos minutos, terminando bruscamente, sobre todo si se le distrae, a esto hay que agregar los cambios rápidos de un estado a otro opuesto (transitoriedad).

Las formas emocionales más comunes en la infancia son:
F. Escobar 1991

- Miedo o temor
- Preocupación y ansiedad
- Cariño.

Nos referiremos brevemente a ellas ya que muchas maniobras y procedimientos odontológicos pueden desencadenar su aparición.

Miedo o temor: su fundamento se establece por las experiencias del niño, que pueden ser directas, relatadas (por padres, hermanos) u observadas (en televisión, cine). Normalmente, a medida que el niño crece, sus temores van variando. Podemos resumir del siguiente modo la evolución de los temores según la edad: H. Castillo 1991

Primer año: miedo a estímulos físicos directos, ruidos fuerte, sensación de vacío y movimientos repentinos.

Segundo año: temores auditivos (truenos); visuales (objetos grandes, colores oscuros, etc); espaciales (cambios de mobiliario, cambio de casa); personales (separación de la madre, lluvia, viento); a los animales.

Tercer año: temores visuales (color negro, rostros arrugados, máscaras); a la oscuridad; a los animales; a policías y ladrones; a las salidas nocturnas de los padres.

Preocupación y ansiedad: estas dos emociones son similares pero distintas al miedo. La preocupación es una forma imaginaria de miedo que no es provocada por estímulos directos, R. Kraner 1984 para que exista tiene que haber un desarrollo intelectual que la haga posible, por ello no se observa en el niño pequeño.

La ansiedad, por el contrario, obedece a causas más imaginarias que reales. F. Escobar 1991

El dentista debe estar capacitado para reconocer las conductas propias de ansiedad en cualquiera de sus niveles y así poder ayudar a sus pacientes.

Cariño: es una reacción emocional dirigida hacia una persona, animal o cosa, indicando una consideración especial, amistad y deseo de ayudar ^{P. Escobar 1991}. En el niño pequeño, el cariño aparece espontáneamente, provocado por un mínimo estímulo social.

Hasta los cinco meses, el cariño es indiscriminado hacia cualquier persona que demuestre afecto, empezando a existir preferencias a los siete meses que estarán dirigidas primariamente a sus familiares y luego (dos años) a sí mismo, sus juguetes y otras posiciones.

Concluyendo podemos decir que el niño necesita afecto en una forma apropiada a su fase de desarrollo, carencias de él pueden provocar serios problemas de conducta y personalidad. El dentista juega un papel muy importante en la vida del niño pequeño, pasa a ser todo un personaje y muchas veces un ídolo, por ello también debiera demostrar actitudes de afecto y consideración hacia el menor que serán reflejadas en un mejor comportamiento y colaboración del niño.

Comportamiento del Paciente Niño en la Consulta

Para el dentista resulta útil poder categorizar objetivamente las conductas que los niños presentan en la consulta, es así como se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico, uno de ellos se designa como Escala Frankl de Clasificación de la Conducta, la cual divide las conductas observadas en cuatro categorías (definitivamente negativa, negativa, positiva, definitivamente positiva).

Nosotros describiremos la denominada Clasificación clínica de la conducta ^{Wright 1963-1975; F. Escobar 1991} que agrupa a los niños en tres categorías, de acuerdo a su conducta durante la atención dental

- 1.- Cooperadores.
- 2.- Con falta de capacidad para cooperar.
- 3.- Potencialmente cooperadores.

1.- Cooperadores la mayor parte de los niños que atendemos en el consultorio pueden ser clasificados en este grupo. Estos pacientes se caracterizan por estar razonablemente relajados mientras son atendidos, con un mínimo de temor, entusiastas en ocasiones, estableciendo con el dentista una rápida y fácil comunicación, su capacidad de adaptación les permite cumplir con los requerimientos de las acciones clínicas.

Estos pacientes, por lo tanto, pueden ser atendidos de manera expedita y eficiente.

2.- Con falta de capacidad para cooperar esta categoría incluye a niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación y de los cuales no puede esperarse comprensión.

Otro grupo de niños que carece de capacidad para cooperar son aquellos que tienen estados específicos que los debilitan o discapacitan (niños con retraso mental por ejemplo).

En este grupo se emplean técnicas especiales de manejo de la conducta (serán descritas posteriormente). Mientras se efectúa su tratamiento no podemos esperar importantes cambios positivos de su conducta.

3.-Potencialmente cooperadores en esta categoría se agrupan los "niños problemas". Su conducta no es cooperadora, pero a diferencia del grupo anterior puede ser modificada favorablemente ^{Wright 1963-1975; R. Kramer 1984}.

La literatura odontológica está llena de descripciones de pacientes potencialmente cooperadores. Además, por las

reacciones adversas que ellos presentan se les han puesto calificativos como: descontrolados, desafiantes, tímidos, cooperadores tensos y llorosos. Los odontólogos usan estas denominaciones con frecuencia porque reflejan en la menor cantidad de palabras posibles la esencia del problema clínico.

Factores que influyen sobre su comportamiento

Como hemos descrito anteriormente, en el desarrollo del niño va implícito un cambio o desarrollo de la conducta, va variando la forma de expresar sus emociones y de relacionarse con su entorno, sin embargo, algunas variables operantes en el ambiente tienen estrecha relación con la conducta que el niño manifiesta y en especial con la expresada frente al dentista. Dentro de ellas están:

- 1.- influencia de los padres
- 2.- influencia de hermanos
- 3.- antecedentes médico - dentales
- 4.- odontólogo

1.- Influencia de los padres:

La influencia del padre es primordial sobre la percepción que el niño pueda formularse de la experiencia odontológica.

La actitud del adulto frente al niño condicionará muchas veces su modo de ser y actuar frente a determinadas situaciones. Wright, Starkey y Gardner (1990) describieron las siguientes actitudes inconvenientes de los padres identificadas en la práctica odontológica:

Sobreafecto: situación frecuente en padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada, es el hijo único, el adoptado o el menor de la familia. En el consultorio demuestran poco valor, recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando dejarles, abrazándose o tomándoles de la mano.

Sobreprotección: se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue, o se junte con otros, con el argumento que pueden dañarlo, ensuciarlo o contagiarlo. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones y rehúsa jugar con otros niños en igualdad de condiciones, pretende guiar al dentista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, limitando el tiempo y rechazando medicamentos.

Sobreindulgencia: nos estamos refiriendo a aquellos padres que nada niegan a sus hijos. El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar, a menos que se acceda a sus demandas, las cuales son apoyadas con llantos y rabietas.

Sobreautoridad: algunos padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos en un determinado tipo de comportamiento, para esto imponen una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y, a veces, cruel. Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad, lo cual es perfectamente observable en el consultorio.

Falta de afecto: la indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando tienen poco tiempo para atenderle, por incompatibilidad entre el padre y la madre, cuando la concepción no ha sido deseada o el sexo del niño no fue el esperado.

El niño que vive esta situación suele ser tímido y retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc. En la consulta asume las modalidades típicas de niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a este niño a una relación muy satisfactoria para ambos.

2.- Influencia de hermanos:

Puede ser positiva o negativa. Cuando otros niños de la familia han sido tratados en un consultorio odontológico de manera positiva, el resto de los hijos suele esperar su oportunidad con ansia. Si la experiencia de los hermanos fue desfavorable, la influencia será precisamente la opuesta.

3.- Antecedentes médico-dentales:

La salud física de un niño influye sobre su conducta. ^{R. Kraner 1984} La capacidad de enfrentar las situaciones puede estar dramáticamente reducida durante la enfermedad.

Por otra parte las experiencias previas pueden determinar las respuestas de conducta del niño. Cuando estas han sido extensas o negativas es necesario superar la ansiedad o temores existentes.

4.- Odontólogo:

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. ^{Addelston 1959} Es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

La firmeza junto con la bondad y una voz suave y clara serán útiles. Debe ser cortés, hablar al niño como de una persona a otra. Las indicaciones verbales serán presentadas

en forma de afirmaciones, no de preguntas. El abordaje decidido alentará una mayor sensación de seguridad en el niño. Es imperativa la sinceridad con los niños pero es prudente evitar la terminología que podría causar temor. De esta forma, con una conducta adecuada y serena, el odontólogo podrá influir positivamente en el niño y condicionar en él un comportamiento beneficioso durante su atención.

Atención dental del menor de tres años

Mencionamos con anterioridad que la atención de un niño es completamente diferente a la de un adulto. Aquí juega un papel fundamental la comunicación con el paciente y su familia; utilizamos técnicas especiales como: "diga - muestre - haga", empleo del refuerzo positivo, el principio de asociación, etc. Pero, una situación diferente es la que encontramos en los pequeños, menores de tres años, donde por el desarrollo emocional y psicológico no es posible establecer una comunicación tan efectiva como se quisiera.

Frente a la atención de estos pacientes debemos considerar una serie de factores que determinarán la técnica a utilizar; ellos son:

- a) Comportamiento del niño.
- b) Gravedad y cuantía de las lesiones.
- c) Colaboración de los padres

a) Comportamiento del niño

En estos pequeños el llanto es una situación normal y no debe ser calificada como un mal comportamiento, podemos agregar incluso que la mayoría de las veces la atención dental comienza con pequeños sollozos de parte del niño lo que no es un impedimento para realizar las maniobras dentales.

Estudios realizados en la V Región ^{C. Alarcón y col 1990} revelan que el mayor porcentaje de los menores de tres años (60%) presentan un comportamiento positivo durante el examen dental, un 10,7% presentan un comportamiento catalogado como muy positivo y sólo un 5,7% tienen un comportamiento muy negativo.

b) Gravedad y cuantía de las lesiones

En su gran mayoría, las patologías presentadas por estos niños corresponden a caries en los dientes antero superiores ^{C. Alarcón y col. 1990} lo que permite un buen acceso y observación de la lesión.

Sin embargo, no debemos olvidar que la caries de biberón puede estar presente en él, junto con las caries

rampantes en que son afectados no sólo los dientes antero superiores sino que también molares y caninos, situación en la cual, a parte de la dificultad en el acceso (especialmente a molares) se agrega el número y gravedad de los dientes afectados donde se requerirían numerosas horas de tratamiento que implicarían un gran esfuerzo tanto del profesional como del niño y sus padres.

c) Colaboración de los padres

Más importante que cualquier otro punto es la colaboración de los padres en la atención del menor de tres años ya que el profesional necesitará en todo momento la ayuda de ellos, tanto para ejecutar los procedimientos operatorios, como para llevar a cabo las técnicas de higiene y cuidados dentales antes, durante y después del tratamiento.

Técnicas básicas para el manejo de la conducta

Condicionamiento - Recondicionamiento.

Estas técnicas tienen como fundamento la comunicación con el niño asociado a un manejo psicológico adecuado. Aunque ello no siempre es posible en los menores de tres años, muchas veces la adecuada estimulación de los pequeños junto con la temprana asistencia a jardines infantiles hacen posible la comunicación niño-dentista y la realización del tratamiento mediante la utilización de un simple enfoque "diga-muestre-haga" ^{Addelson 1959} y el empleo del refuerzo positivo¹

En algunos casos, cuando el niño tiene experiencias anteriores desagradables podemos intentar superar la situación pasada y reemplazarla con una serie de asociaciones positivas, esto podemos lograrlo mediante el proceso de extinción ^{F. Escobar 1991} basado en el principio de asociación, en que se trata de presentar la nueva situación de atención dental completamente diferente a la antigua (que provocó una conducta inadecuada) y de esta forma destruir en el niño la imagen negativa generalizada a todas las atenciones dentales.

¹ Refuerzo positivo: este poderoso principio utilizado en el aprendizaje, está basado en el hecho que las conductas del hombre son influenciadas por sus consecuencias. Si el resultado de una actividad es positivo (gratificante) la conducta será repetida. Si el resultado es negativo, la conducta pierde fuerza y se extingue.



Restricción

El uso de cualquier tipo de fuerza ha sido un punto de controversia en odontología durante años. Utilizada como técnica, exige gran precaución y una consideración racional, a parte del previo consentimiento de los padres, situación que tiene gran importancia desde el punto de vista legal.

Puede tomar una diversidad de formas, desde poner las manos sobre los hombros, pecho o la mano sobre la boca.

La consideración esencial para esta técnica radica en la naturaleza de conducta del niño, pues cualquier forma de restricción es considerada como un castigo. ^{R. Kraner 1984} Se indica en niños de tres a seis años, sanos, de desarrollo psicológico normal y perteneciente a la categoría de niños cooperadores potenciales con una conducta incontrolada por lo que no es aplicable al menor de tres años.

Posición Rodilla a Rodilla

Considerada como una forma sutil de restricción, es planteada por primera vez por los doctores Croll (1984) y Goepfred (1986), quienes estiman al sillón dental como un elemento no necesario para la atención odontológica.

En ella, el odontólogo se ubica con sus rodillas encarando las paternas. El niño se sienta en la falda del padre, mirándolo de frente, a caballo sobre su cintura, luego apoya su cabeza en la falda del odontólogo mientras el padre sostiene las manos del pequeño sobre su estómago para seguridad y restricción. El odontólogo tiene así buen control y visión, además, puede usar sus manos para sostener y ubicar la cabeza del niño durante el examen y atención.

Esta posición presenta grandes ventajas:

- Proporciona al niño un ambiente cómodo y estable dado por la presencia y contacto con su madre. ^{Goepfred 1986}
- Si el niño pone resistencia es fácilmente controlado por el dentista o su madre.
- Tiene efecto calmante sobre los niños que no tienen la habilidad cognitiva para cooperar. ^{Goepfred 1986}

Esta técnica puede ser utilizada en pacientes colaboradores, donde la cuantía de la lesión permita realizar procedimientos cortos de no más de quince minutos y, por supuesto, con la colaboración de los padres.

Premedicación

El uso de medicación que favorezca una conducta más positiva ha de ser considerado sólo como un recurso auxiliar, ella no asegura que el odontólogo pueda alcanzar

1984 todos sus objetivos, pero facilitará el llegar a ellos. R. Kraner

El principio básico es tener más relajado al paciente y así poder realizar más fácilmente las maniobras operatorias.

Aunque algunos utilizan esta técnica en menores de tres años, su indicación requiere experiencia; los principales candidatos para ella corresponden al grupo de niños potencialmente colaboradores.

Anestesia General

Procedimiento utilizado únicamente en casos extremos donde la extensión de la lesión es tal, que hace imposible su tratamiento con la técnica convencional ya que ello implicaría un esfuerzo sobredimensionado para el niño.

Casos muy calificados de comportamiento negativo son tratados mediante esta técnica que también esta indicada en pacientes con alteraciones neurológicas y mentales. H. Verneuleny
Col. 1991

Sus bases racionales se sustentan en realizar todo el tratamiento en una sesión y así aliviar al niño de la urgencia dental.

Es fundamental, luego de terminada las restauraciones, colocar al niño dentro de un riguroso plan preventivo, para eliminar la posibilidad de tener que repetir el procedimiento.

Medidas preventivas aplicables en menores de tres años

Dentro de los conocimientos requeridos por el odontólogo tratante del niño menor de tres años tienen un papel fundamental los referidos al desarrollo físico y emocional del niño, a los cuales hemos hecho mención con anterioridad, pero no menos importantes son las medidas preventivas que deben ser transmitidas a los padres y aplicadas en el menor.

Dentro de ellas juega un papel fundamental la dieta que debe ser equilibrada, incorporando alimentos pertenecientes a los cuatro grupos y haciendo hincapié en la eliminación de alimentos cariogénicos (sólidos o líquidos) especialmente entre las comidas.

Importante también es recordar la eliminación de la mamadera nocturna a partir del año y medio, situación que es muy poco respetada en nuestro medio contribuyendo a la temprana aparición de caries.

Otro punto a considerar dentro de las medidas preventivas es la enseñanza de las técnicas de higiene oral que deben comenzar a efectuarse junto con la aparición del primer diente en boca. En esos momentos la higiene se realiza con un pequeño trozo de gasa frotando cuidadosamente el diente presente, maniobra que debe repetirse después de cada comida.

Al año y medio se debe comenzar a usar un pequeño cepillo, continuando la responsabilidad en la madre.

Ya a los tres años, muchos niños comienzan a cepillarse solos, pero su habilidad motriz no le permite realizar aún movimientos muy finos y coordinados, por ello es importante la constante colaboración del adulto.

Como podemos ver, en esta primera etapa, la higiene dental del niño es responsabilidad absoluta de sus padres.

Junto con las técnicas de higiene, podemos complementar la protección de los dientes del niño mediante

² Por la importancia que tiene el régimen alimenticio del lactante hacemos mención de él ^{N. Ruffez 1991};

- Primer mes : libre demanda de leche materna, mínimo cada tres horas
- Segundo mes : cada cuatro horas (ej.: 3:00 ; 7:00 ; 11:00 ; 15:00 ; 19:00 ; 23:00)
- Tercer mes : cada cuatro horas, eliminando leche de las 3:00
- Sexto mes : leche de las 11:00 se reemplaza por almuerzo; el resto se mantiene sin cambio
- Octavo mes : leche de las 19:00 se reemplaza por comida; el resto se mantiene sin cambio
- 12 - 18 meses: suprimir leche de las 23:00

el uso de fluoruro y sellantes.

El suministro de agua con flúor ha sido una gran contribución para la reducción de la caries dental. ^{H.Giff 1984} Sin embargo, no todos viven en comunidades con agua fluorada, de manera que puede necesitarse prescribir este suplemento. La Asociación Dental Americana recomienda el suplemento de flúor desde el nacimiento hasta los catorce años (calcificación del tercer molar), el cual debe ser ingerido y recetado en base a la edad del niño y el nivel de agua fluorada de la comunidad donde habita.³

En cuanto a los sellantes, se ha encontrado que son efectivos en la prevención de caries dentales, en las superficies oclusales de los dientes posteriores, ^{A.Tsantsouris 1990} e incluso, actuales estudios mencionan su efecto sobre la disminución de caries proximales.⁴

Finalmente nos queda por mencionar la prevención de hábitos inadecuados prolongados en el tiempo tales como: succión digital, uso de chupete y biberón.

La mayoría de las autoridades en la materia concuerdan que si el hábito (succión digital o chupete) no se ha retirado para la edad de cuatro a cinco años deberá considerarse un tratamiento para que sea eliminado, una evaluación de la cavidad oral y/o tratamiento si se requiere.

En cuanto al uso de la mamadera, la Academia Americana de Pediatría recomienda su uso a partir de los nueve meses de edad, para ser suspendida después que el niño cumpla su primer año de vida. También se recomienda que su uso se suspenda durante el sueño especialmente si hay dientes erupcionados.

³ El valor de los suplementos de flúor prenatales, aunque son reconocidos seguros en los montos recomendados, continúan siendo investigados. En la mayoría de las publicaciones ^{S.Goepferd 1987} la eficacia de los suplementos de flúor durante el embarazo no ha sido establecida totalmente.

⁴ Ello se debería al hecho de impedir la ocupación de puntos y fisuras por parte de S.Mutans, situación que antecede a la aparición de caries en superficies lisas como son las caries proximales. ^{D.Leverett 1983}

Programas de Prevención Odontológica Materno - Infantiles

Estos programas se fundamenta en el hecho de que la caries, es una enfermedad infecto contagiosa, transmitida de madre a hijo y por ello la importancia que tiene el control y la buena higiene en la madre, para que esta, cuando de a luz, no infecte a su hijo con sus S.Mutans. Además se pretende entregar la información en la época en que la madre se encuentra más receptiva a recibir y aplicar los conocimientos relativos a la salud oral de su futuro hijo y transmitirlos, posteriormente, a los hijos venideros.

Para la aplicación de estos programas, se requieren variados recursos humanos y también recursos físicos. Integran el equipo humano el odontólogo, la enfermera y el pediatra quienes deben manejar la información relativa a los cuidados odontológicos de la madre embarazada y su futuro hijo, y así, de manera congruente sumar el esfuerzo.

Dentro del recurso físico, además del equipo utilizado en el control del niño sano, necesitamos una sala o auditorium, equipado para la entrega de información a las madres que concurren al centro de atención. Como vemos, la infraestructura necesaria es simple, lo que hace posible la aplicación del programa en cualquier consultorio de atención de niño sano donde exista el entusiasmo por realizar un trabajo en equipo y el aprecio por la prevención. En relación a los materiales instruccionales, lo recomendable es que estos sean producto de un diseño riguroso y estén evaluados convenientemente en cuanto a su eficacia.

Programas de este tipo no existen muchos; en nuestra región se lleva a cabo uno a nivel del Hospital Naval, en el cual una vez que el niño nace y, a partir de los cuatro meses, los controles se hacen cada año hasta la edad de cinco años once meses.

En caso de encontrar lesiones en la dentición del niño o su madre son derivados a la clínica odontológica que les corresponda.

ESQUEMA DE ATENCION MATERNO-INFANTIL

PRE - NATAL

POST - NATAL

Embarazada	Madre	Niño de 4 meses	Niño de 2 Años
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Ficha 2.- Examen Odontológico 3.- Derivación a clínica Odontológica 4.- Charla sobre cuidados Odontológicos en embarazo: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta leche - Dieta Equilibrada - Imp. cepillado - No fumar ni beber - Cuidado con radiación - Cuidado c/ingesta de medicamentos 5.- Instrucción de higiene oral 6.- Control de dieta 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Examen 2.- Derivación a clínica odontológica 3.- Refuerzo tecnica cepillado y dieta. 4.- Charla sobre cuidado Odontológico en Post-Parto <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar Amamantamiento - Dieta del niño(Mamadera sin azúcar) - Enseñar higiene de dientes del niño - Indicar uso de chupete adecuado - Uso de goma de mascar y anestésico local en encía para niño durante periodo de 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Ficha 2.- Examen : <ul style="list-style-type: none"> - rodete - Malformación - Dientes neonatales - Otras patologías 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Examen 2.- Enseñar Tec. Cepillado a niño c/ayuda del adulto 3.- Chequeo aparición de nuevos hábitos 4.- Control y recomendaciones de dieta 5.- Eliminar mamaderas diurnas
		<ol style="list-style-type: none"> 1.- Examen 2.- Refuerzo Téc.de cepillado a Madre 3.- Indicar Suplemento de Fluor si es necesario 4.- Control y recomendación de Dieta 5.- Eliminar Chupete 6.- Eliminar mamadera nocturna 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Examen 2.- Refuerzo Tec.Cepillado 3.- Control Dieta 4.- Control hábitos 5.- Aplicación de flúor Topico
		<p align="center">Niño de 1 año</p>	<p align="center">Niño de 3 años</p>

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar en los odontólogos de la V Región la actitud, los conocimientos que manejan y la forma de atención dental frente al niño VIH-seropositivo y al menor de tres años.

Objetivos Específicos

- Evaluar el grado de conocimientos sobre el SIDA pediátrico en los odontólogos de la V Región que atienden niños.
- Descubrir cuales son las medidas de prevención y protección contra el SIDA más utilizadas por ellos en la práctica clínica diaria.
- Determinar el riesgo que perciben los odontólogos de contagiarse con el VIH durante la atención del niño.
- Relacionar edad del profesional, sistema de atención donde trabaja y nivel socio-económico-cultural de pacientes atendidos con la actitud y práctica clínica del odontólogo.
- Conocer la opinión del odontólogo sobre la necesidad de atención dentaria precoz.
- Cuantificar profesionales que se sienten capacitados para atender menores de tres años.
- Conocer los fundamentos y/o razones de los profesionales que no atienden menores de tres años.
- Descubrir modalidades de atención en aquellos odontólogos que trabajan con menores de tres años.
- Relacionar sexo y edad del profesional con atención dental del menor de tres años.

MATERIAL Y METODO

Para alcanzar los objetivos planteados se elaboró un cuestionario, que se envió a los odontólogos de la V Región que atienden niños con el objeto de recolectar información concerniente a la atención del menor de tres años y el SIDA infantil.

El universo de este estudio correspondió al total de Odontólogos de la V Región (colegiados y no colegiados) que en su práctica clínica atienden menores de doce años.

Para seleccionar la muestra se utilizó el listado de Odontólogos de la V Región, colegiados y no colegiados, proporcionado por el Colegio de Cirujanos-Dentistas Filial Valparaíso. De este listado se identificó a los Odontólogos que atienden niños mediante la Nómina de Afiliados a la Sociedad de Odontopediatría y Ortodoncia de la V Región y los que publicitan atención dental infantil en las páginas amarillas Publiguia 1991. Luego se consultó telefónicamente al resto de odontólogos para verificar si atendían niños en su práctica clínica diaria.

Con todos ellos se confeccionó un listado definitivo de 150 odontólogos que atienden niños menores de doce años.

El instrumento de medición utilizado correspondió a un cuestionario, por ser este método de costo relativamente bajo, tiene la capacidad de entregar, en un período relativamente breve, información de gran cantidad de personas distribuidas en un área muy extensa. Además de facilitar las cuantificaciones y la interpretación de las respuestas.

Fue diseñado con preguntas de tipo cerrado simple cuya respuesta esta limitada a 2 alternativas, acuerdo y desacuerdo (con lo cual se simplifica y agiliza la contestación y análisis posterior), y cerrada múltiple de tres alternativas de respuestas (utilizada en temas con más de dos aseveraciones correctas). Contenía en total noventa y una preguntas distribuidas en siete ítemes concernientes a identificación de odontólogo, SIDA infantil y atención del menor de tres años. (ver anexo)

Junto al cuestionario se envió una carta donde se explicaba la finalidad del estudio y la fecha de devolución del cuestionario (2 semanas después de recibido).

La distribución del instrumento se realizó personalmente durante la primera quincena del mes de junio de 1992, entregando a un total de 142 odontólogos. Los ocho restantes no pudieron ser ubicados por haber cambiado sus direcciones o no estar presentes en la V Región durante este período.

La devolución se efectuó entre el 15 junio y el 3 de agosto de 1992, obteniéndose un número de 104 cuestionarios respondidos, correspondiente al 73% de los odontólogos seleccionados.

Las razones de "no devolución" del cuestionario fueron variadas:

- Falta de tiempo para contestarlo
- Extravío del cuestionario
- Falta de interés por colaborar con la investigación

- Olvido en otros lugares distinto del entregado
- Enfermedad del profesional

El procesamiento de datos se realizó en un computador modelo 386 SX marca DTK de disco duro de 50 MB con un programa en lenguaje CLIPPER que creó diferentes bases de datos con la información recolectada. Esta fue ingresada mediante un sistema de códigos, dándole un número a cada pregunta e identificando cada respuesta posible con números correlativos a partir del cero.

Para el análisis de las bases de datos y obtención de resultados se realizó otro programa, que usa como herramienta DBASE IV. Su función fue leer las bases generadas por el primero y realizar la cuantificación de respuestas posibles y asociación de diferentes preguntas con respuestas similares.

El análisis de las preguntas 46 a 51 se efectuó manualmente por ser preguntas que tienen respuestas con gran variabilidad, imposibles de codificar.

Como graficador se empleo HARVARD GRAPHICS.

RESULTADOS

De los 142 cuestionarios entregados se logró recuperar 104, correspondiendo al 73%. El mayor porcentaje de los encuestados se ubicó en el tramo de edad 36 - 45 años (Gráf.1). En relación a los años de ejercicio profesional el tramo más representativo fue el de 11 - 15 años (Gráf.2). La distribución por sexo resultó en un 52,9% de mujeres y un 47,1% de varones (Gráf.3).

Si bien la mayor parte de estos profesionales trabajan en dos o más sistemas de atención, es importante hacer mención, que atienden predominantemente pacientes de estrato medio y medio-alto (Gráf.4).

En relación al SIDA, sólo un 3% de los profesionales informan haber atendido niños VIH seropositivos sin signos ni síntomas declarados.

Al analizar individualmente los resultados en relación a la aplicación de medidas de protección contra el SIDA utilizadas por el profesional para protegerse a sí mismo y a sus pacientes (Gráf.5 y 6) vemos que es alto el porcentaje de odontólogos que utilizan guantes rutinariamente, menor, pero también considerable son el uso de mascarillas y lentes protectores, lo mismo sucede con la desinfección del instrumental utilizado en el paciente (Contrángulo, fresas y pieza de mano). Las principales razones dadas para el no uso de guantes fueron que afectan la destreza manual, la rapidez y eficiencia (Tabla 1). En cuanto a la mascarilla, las razones detectadas de no uso fueron su discomfort y la generación de ansiedad en los niños (Tabla 2). En relación al no uso de lentes protectores, se argumentó principalmente que son inconfortable (Tabla 3).

Al evaluar la aplicación de las medidas de protección en conjunto, vale decir, quienes aplican siempre o casi siempre "todas" las medidas para protegerse a sí mismos y a sus pacientes contra el SIDA, el porcentaje de profesionales que lo hacen es solamente un 62% (Gráf.7).

Aún más crítico y alarmante es el caso del personal dental auxiliar (Gráf.8), quienes al igual que el odontólogo tienen gran riesgo de contraer el VIH, de ellos, sólo un 25% utiliza guantes y mascarilla rutinariamente, el resto los usa ocasionalmente o simplemente nunca.

Importante de destacar es la gran relación que existe entre la aplicación de las medidas de protección y la edad del profesional (a mayor edad, menor es la aplicación de medidas de protección) (Gráf.9), situación que se repite en el manejo de conocimientos del SIDA pediátrico (Gráf.10). Este hecho, en cierta forma es comprensible, ya que los profesionales más jóvenes reciben la información concerniente a este tema mientras estudian en la Universidad, pero lo que llama la atención es el hecho de que son también los más jóvenes quienes tienen mayor interés por seguir informándose, concurriendo a cursos de perfeccionamiento sobre el control de las infecciones (Tabla 4).

En cuanto al estrato socio-económico-cultural de los pacientes atendidos es importante hacer notar el hecho de que si bien, el mayor

porcentaje de pacientes corresponde al estrato socio-económico-cultural medio, no es aquí donde con mayor frecuencia se aplican las medidas de protección contra el SIDA (Gráf.11), situación muy alarmante si sumamos a ello la opinión de los dentistas de que existe un bajo riesgo de contraer SIDA (Gráf.12). En los estratos socio-económico-cultural bajo y alto son aplicadas con mayor frecuencia las medidas de protección, ello se debería en el estrato bajo a la creencia que en este grupo es donde se encuentra el mayor porcentaje de portadores del VIH y por lo tanto hay un mayor riesgo de contagio. En el estrato alto, podría atribuirse al hecho de que muchas medidas de protección implican un costo adicional que puede ser afrontado sin problema en este estrato y también por que este tipo de pacientes lo exige.

Consultados sobre el rol del Ministerio de Salud en el control del SIDA, el 50% opina que ha sido eficaz y el otro 50% opina lo contrario (Gráf.13). Por otro lado se pudo comprobar que el Ministerio de Salud ha tenido un papel importante frente a la aplicación de las medidas de protección contra el SIDA, pues, del total de profesionales que cumplen siempre - casi siempre las medidas de protección, un 86% han leído el instructivo repartido por el Ministerio de Salud sobre el control de las infecciones (Gráf.15), aun así, del total de profesionales que recibieron el instructivo (Gráf.14), 23 no están aplicando las medidas de protección, situación que nos lleva a pensar que la falla no está en el Ministerio de Salud, sino en nosotros mismos.

De lo anterior se desprende que existe, en general, una actitud inconsecuente ya que los conocimientos que se manejan pueden considerarse satisfactorios (en cuanto a diagnóstico y contagio) aunque algo insuficientes en relación a las manifestaciones clínicas (Gráf.16). En lo afectivo, no existe una conciencia real del problema, no se cree en el riesgo de contraer SIDA y al parecer, tampoco se estima que la práctica clínica pueda ser una vía de transmisión.

Finalmente en lo que se refiere a las acciones clínicas, aún hay un número considerable de profesionales que no se capacitan ni adoptan las medidas recomendadas.

Atención del menor de 3 años de edad.

Es evidente la necesidad de atención del menor de 3 años, en ellos existe un gran número de afecciones cuya atención precoz podría eliminar problemas futuros y prevenir la aparición de otras patologías, además, dicha atención lleva aparejado el consejo oportuno a los padres sobre múltiples factores que a la larga redundarán en un menor costo de atención y mejor salud oral del niño.

Aún así, no todos consideran que es necesario dicha atención, el 25% de los encuestados estiman que la atención de estos niños debiera darse sólo en casos de urgencia y que no se requieren programas de atención para estos pequeños.

Si bien el 75% de los encuestados consideran una necesidad atender al menor, realmente lo hacen el 66% (Gráf.17), correspondiendo a una ligera mayoría de mujeres (Gráf.18) cuyas edades fluctúan mayoritariamente entre los tramos 26 - 35 y 56 - 65 años (Gráf.19). El

resto de los profesionales (34%) evita la atención del menor argumentando principalmente, el no sentirse capacitado para realizarla (Tabla 5).

En cuanto a la forma en que se atiende a estos niños, existe un gran abismo entre lo que se dice y se hace, esto pudimos comprobarlo al observar el manejo teórico que se tiene en relación a las lesiones presentadas por el menor de 3 años y compararlo posteriormente con la atención entregada a estos niños.

Los "conocimientos" de caries de biberón y traumatismo son manejados satisfactoriamente por más del 50% de los encuestados (Gráf.20). No ocurre de igual forma con los problemas de mal oclusión que arrojan un gran desconocimiento por parte de los profesionales encuestados, situación que podemos atribuir en parte, al tipo de pregunta que se hizo en relación a este tema confundiendo a muchos encuestados por llevar dentro de su estructura una negación. Aún así, al mirar en conjunto el conocimiento teórico de la atención del menor, este es bueno, estando en relación inversa con la edad del profesional (profesionales más jóvenes tienen mayor dominio de conocimientos)(Gráf.21);pero los resultados en relación al manejo práctico del menor son desalentadores (Gráf.22) únicamente 14 de los 104 encuestados atienden "adecuadamente" al menor de tres años; de ellos sólo 11 complementan su atención con un manejo psicológico del niño. Muy pocos han tenido experiencias de trabajo en equipos con parvularias, enfermeras u otros profesionales que presten atención al menor de 3 años (Tabla 6).

Algunos encuestados (12%) cometen errores tales como prescribir suplementos de flúor en niños de la V Región, o considerar como tratamiento de elección frente a un traumatismo la extracción.

Si bien el 97% de los encuestados se sienten capacitados para entregar los conocimientos a los padres relativos a la salud oral del menor, en el momento de elaborar un programa de atención aplicable a la comunidad, son pocos los dispuestos a realizarlos (43%) y de ellos ¿Cuántos lo harán adecuadamente?.

La solución para ello, pienso que está en nuestras propias manos, en sentirnos comprometidos con lo que hacemos y con quienes atendemos, de tal forma de realizar cada actividad de la mejor manera posible, buscando siempre la ocasión para perfeccionarnos y aprender algo nuevo.

Nota: El hecho de que el mayor porcentaje de los profesionales encuestados trabaje en dos o más sistemas de atención hace imposible realizar asociaciones tales como "Aplicación de medidas de protección contra el SIDA v/s sistema de atención" o "Atención del menor de tres años v/s sistema de atención".

ENCUESTADOS DISTRIBUIDOS POR EDAD

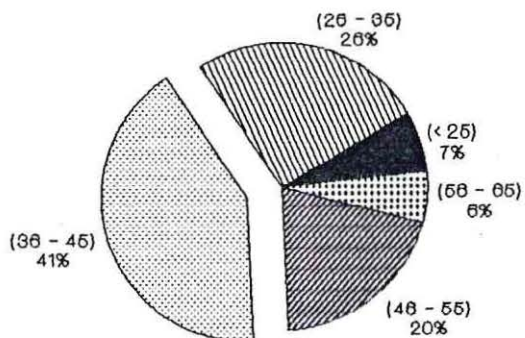


GRAFICO N 1

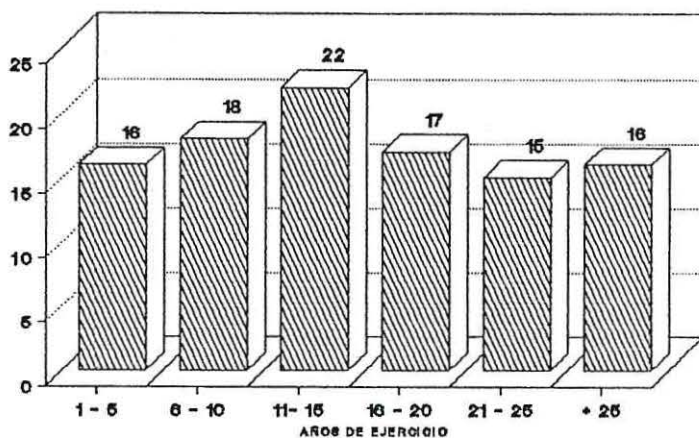
AÑOS DE EJERCICIO
PROFESIONALES ENCUESTADOS

GRAFICO N 2

ENCUESTADOS DISTRIBUIDOS POR SEXO

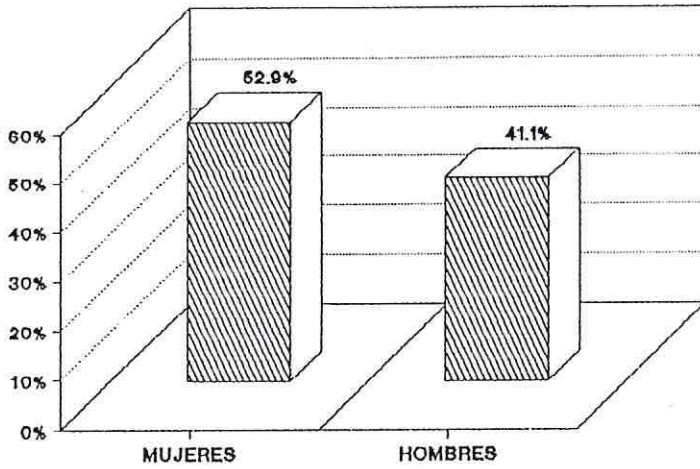


GRAFICO N 3

ESTRATO SOCIOECONOMICO DE PACIENTES QUE ATIENDEN

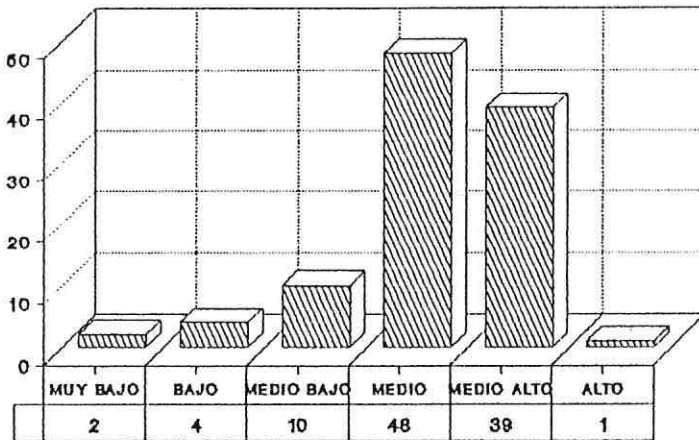


GRAFICO N 4

TABLA 1

RAZONES DE NO USO DE GUANTES (TOTAL 21 PROF.)		
Afectan destreza manual	19	90,5%
Entorpecen rapidez-eficiencia de trabajo	19	90,5%
Producen transpiración excesiva	10	47,6%
El costo influye en su recambio	2	9,5%
Pacientes reclaman por su olor	6	28,6%
Pacientes reclaman por su sabor	4	19,0%

APLICACION MEDIDAS DE PROTECCION EN EL PROFESIONAL

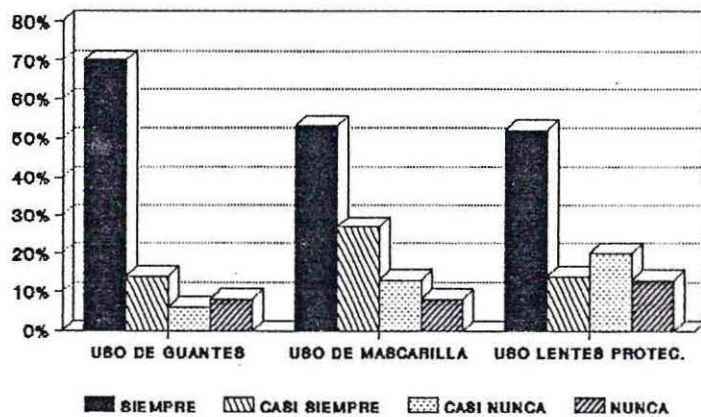


GRAFICO N 5

APLIC. MEDIDAS DE PROTEC. EN EL PACIENTE (DESINFECCION DE INSTRUMENTAL)

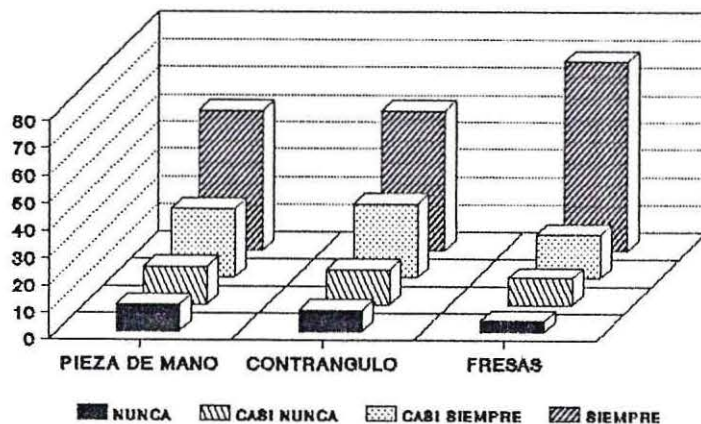


GRAFICO N 6

APLICACION DE MEDIDAS DE PROTECCION EN CONJUNTO

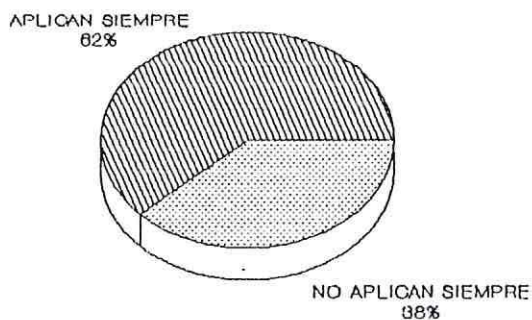


GRAFICO N 7

APLIC. MEDIDAS DE PROTEC. CONTRA EL SIDA (PROFESIONAL - AUXILIAR)

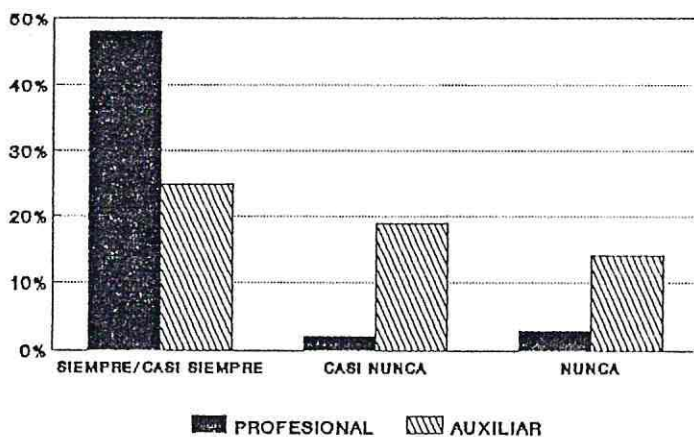


GRAFICO N 8

TABLA 2

RAZONES DE NO USO DE MASCARILLA (TOTAL 35 PROF.)		
Interfiere en comunicación	17	48,6%
Es incómoda	26	74,3%
Crea ansiedad en los niños	22	62,9%
Atenta contra la apariencia	4	11,4%

APLICACION MEDIDAS DE PROTECCION V/S EDAD DEL PROFESIONAL

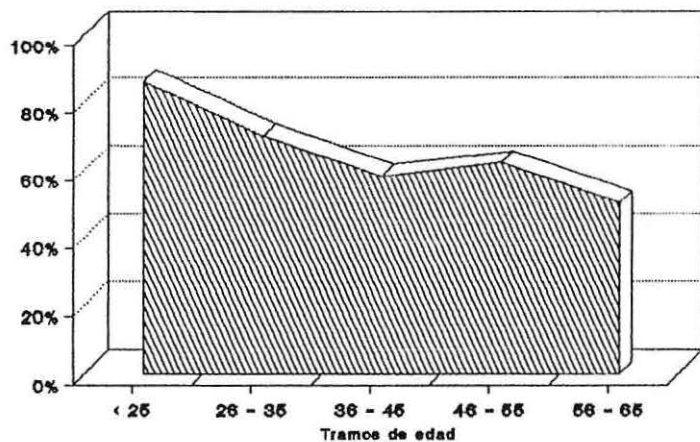


GRAFICO N 9

CONOCIMIENTO DEL SIDA V/S EDAD DE ENCUESTADOS

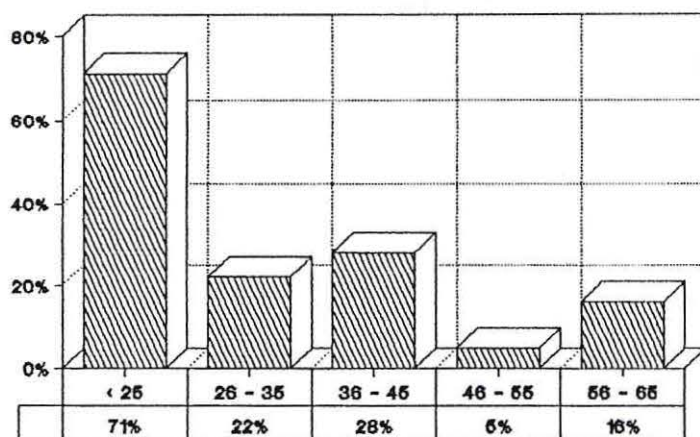


GRAFICO N 10

**APLICACION MEDIDAS DE PROTECCION
V/S ESTRATO S.E. DE PAC. ATENDIDOS**

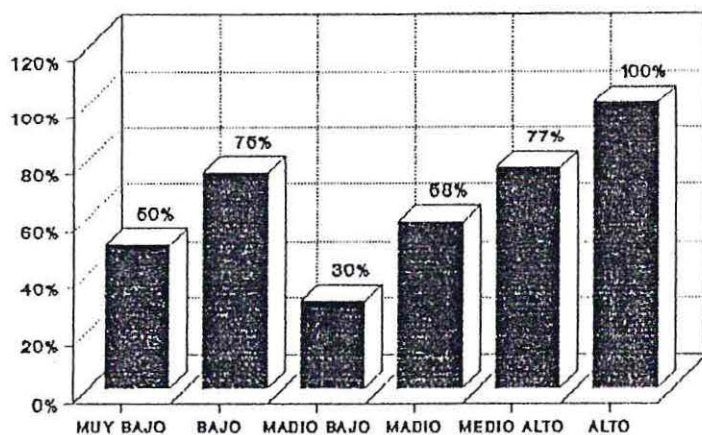


GRAFICO N 11

**RIESGO DE CONTRAER SIDA
SEGUN ENCUESTADOS**

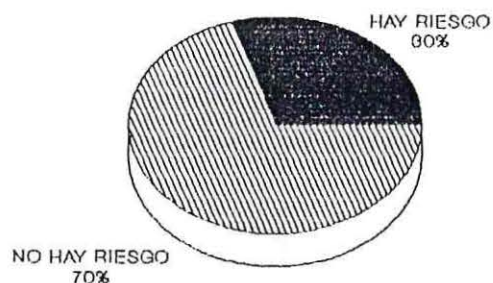


GRAFICO N 12

TABLA 3

RAZONES DE NO USO DE LENTES PROTECTORES (TOTAL 31 PROF.)		
Son incófortables	15	48,4%
Atenta contra la apariencia	1	3,2%
No son necesarios	9	29,0%
Causan ansiedad en los pacientes	3	9,7%
Afectan su percepción	7	22,6%
Distorsionan su visión	8	25,8%

EFICACIA DEL MINISTERIO DE SALUD POR CONTROLAR EL SIDA (S/ENCUESTADOS)

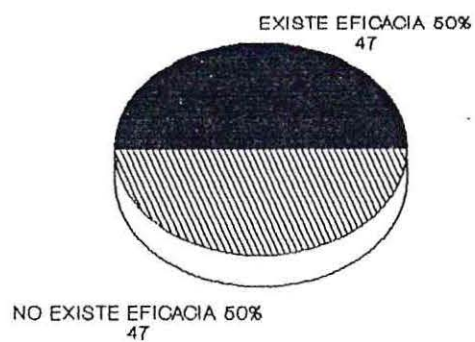


GRAFICO N 13

INSTRUCTIVO DE CONTROL DE INFECCIONES MINISTERIO DE SALUD

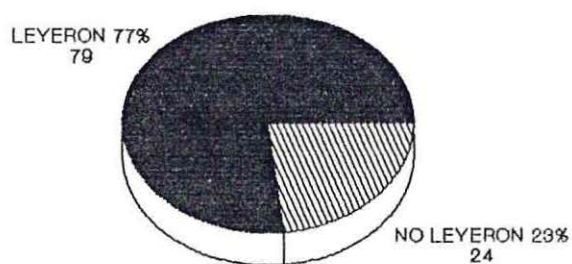


GRAFICO N 14

APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PROTECCION (PROFESIONALES QUE LEYERON INSTRUCTIVO)

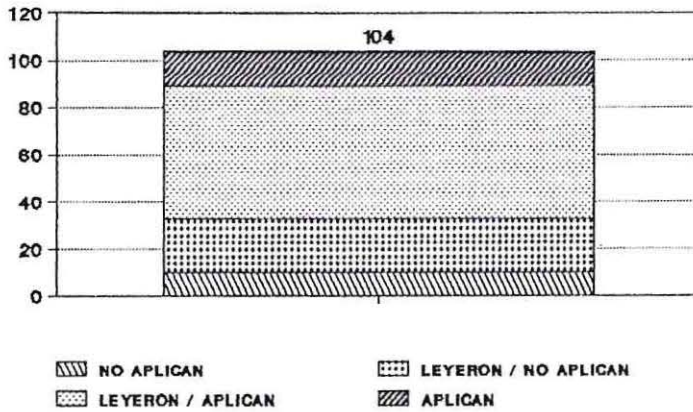


GRAFICO N 15

CONOCIMIENTOS DE SIDA (MANEJADOS POR ENCUESTADOS)

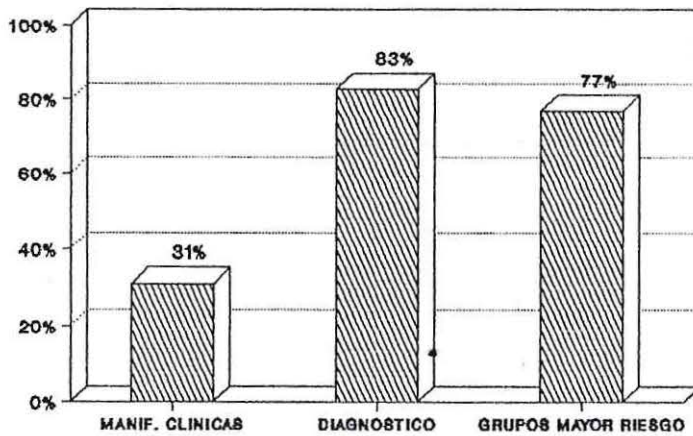


GRAFICO N 16

TABLA 4

CURSOS SOBRE CONTROL DE INFECCION V/S EDAD PROF.		
Tramo de edad	N de prof. con curso/ total del tramo	Porcentaje
Menores de 25	5 de 7	71,4%
Entre 26 y 35	16 de 27	59,3%
Entre 36 y 45	16 de 43	37,2%
Entre 46 y 55	11 de 21	52,4%
Entre 56 y 65	1 de 6	16,7%
Total encuest.	49 de 104	47,1%

ATENCION MENORES DE 3 AÑOS

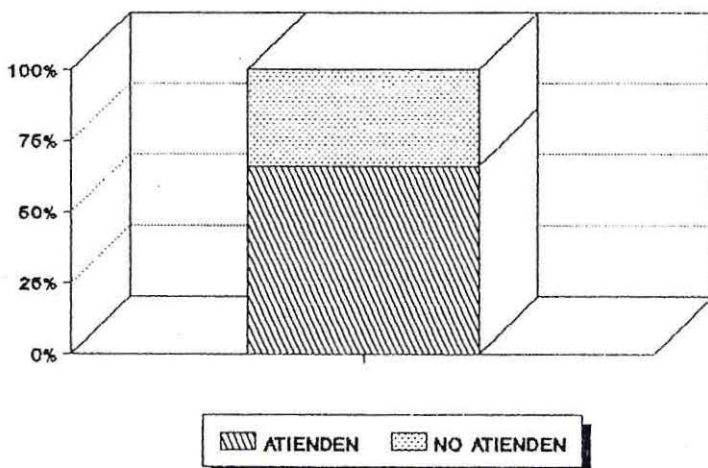


GRAFICO N 17

DISTRIBUCION POR SEXO DE PROFESIONALES QUE ATIENDEN MENORES DE 3 AÑOS

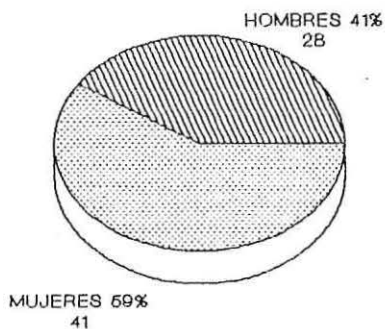


GRAFICO N 18

**DISTRIBUCION POR EDAD DE PROFESIONALES
QUE ATIENDEN MENORES DE TRES AÑOS**

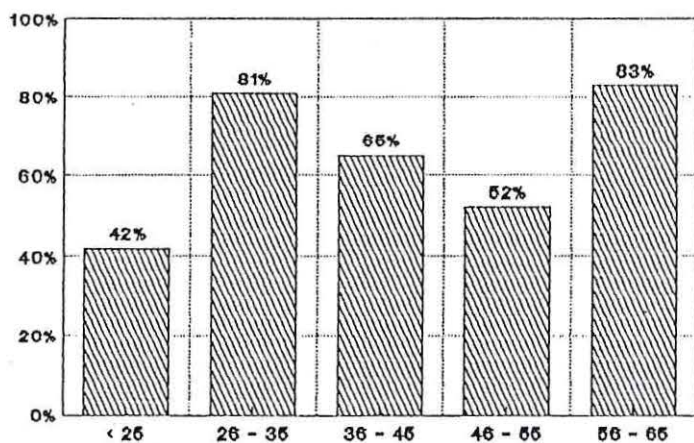


GRAFICO N 19

**MANEJO DE CONOCIMIENTOS PARA ATENCION
DEL MENOR DE 3 AÑOS**

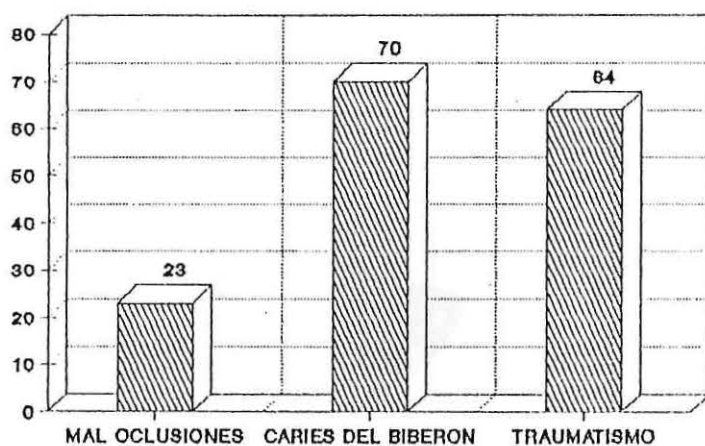


GRAFICO N 20

TABLA 5

RAZONES DE "NO ATENCION" A MENORES DE TRES AÑOS	
No le compete	7
No se siente capacitado	11
Desconoce forma de manejar al menor	6
Los menores son difíciles de atender	3

CONOCIMIENTOS DE AFECCIONES EN EL MENOR V/S EDAD PROFESIONAL

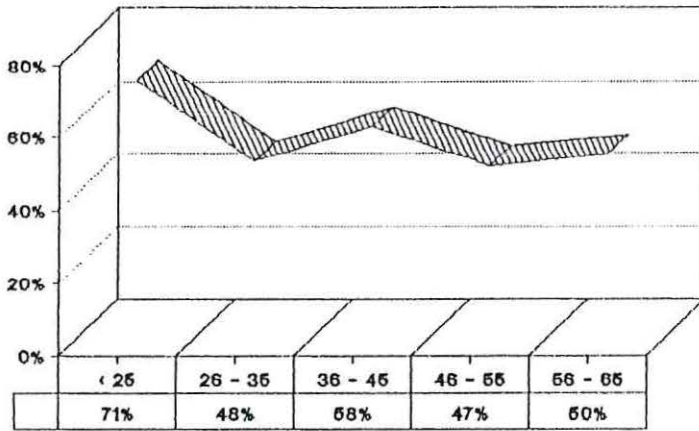


GRAFICO N 21

ATENCIÓN DEL MENOR DE TRES AÑOS

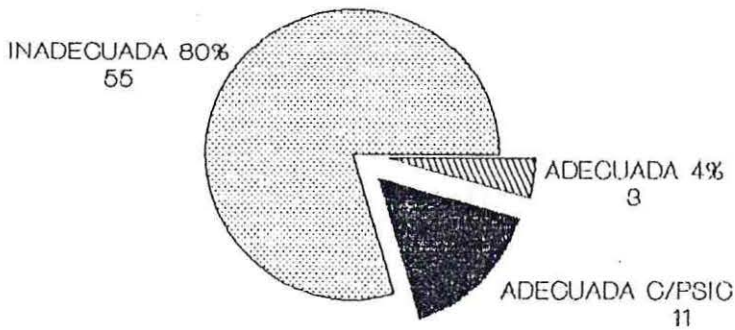


GRAFICO N 22

TABLA 6

EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN EQUIPO		
Si ha tenido	40	38%
No ha tenido	65	62%

DISCUSION

Si bien la realidad chilena dista mucho de lo que podemos observar en países desarrollados como EEUU, este hecho no nos hace inmunes al problema del SIDA infantil. Al comparar los resultados obtenidos en este estudio con los logrados en un trabajo similar realizado a nivel de asociados a la Academia de Odontopediatría de USA ^{Chenoweth y col 1990}, comprobamos que nuestros profesionales utilizan con menor frecuencia guantes y lentes protectores, siendo la mascarilla utilizada más frecuentemente en Chile, situación que podría deberse a las deficientes condiciones de higiene oral de nuestra población.

Hay diferencias sustanciales en las razones de "no uso" de guantes, mascarilla y lentes protectores. Para los americanos la principal razón es la incomodidad que estas medidas producen en sus pacientes y para los chilenos es el disconfort del tratante o el hecho de que interfiere con su destreza.

En cuanto al conocimiento manejado por los profesionales, se observan resultados similares en ambos estudios a excepción del reconocimiento de las manifestaciones clínicas del SIDA (76,8% en los Americanos contra el 31% en nuestro medio). Pero, algo importante de destacar es la opinión del clínico infantil chileno frente al riesgo de contagiarse con el VIH existiendo un porcentaje muy bajo (30%) de profesionales que creen en la posibilidad de adquirir el VIH durante la atención dental lo que redundaría en la no utilización rutinaria de las medidas de protección. Una situación diferente se aprecia en EEUU donde hay una conciencia real del riesgo de contraer SIDA/VIH durante el tratamiento dental de un niño (75%).

En cuanto al menor de tres años, si bien, el conocimiento teórico, sobre las afecciones que presentan es satisfactorio, los resultados obtenidos en este estudio revelan que no existe un manejo adecuado del niño durante su atención. Al comparar esta realidad con la presentada por los médicos pediatras americanos, somos los dentistas quienes, con justificada razón, salimos favorecidos. El pediatra tiene un gran desconocimiento de los problemas dentales en el menor, no se siente capacitado para reconocerlos, pero, unánimemente, expresan interés por mejorar sus conocimientos de aspectos dentales relacionados con sus pacientes.

Finalmente, en cuanto al instrumento utilizado para la recolección de información en este estudio, sabido es que el cuestionario es uno de los métodos más cómodos y fáciles de utilizar, entregando gran cantidad de información ^{Canales y col}

1986, sin embargo tiene una gran desventaja : "depender exclusivamente de la voluntad de los encuestados para obtener resultados confiables y, a la vez, representativos". Por los antecedentes previos acerca del bajo porcentaje de devolución de cuestionarios y encuestas (40 - 50%) Gerbert 1987 se realizó la entrega y el retiro personalmente, situación que crea un cierta presión sobre el encuestado. Aún así, fue desalentador el porcentaje de profesionales que devolvieron el cuestionario dentro del plazo convenido, siendo a veces necesario insistir tres o más veces en forma personal, solicitando su devolución, a pesar de esto, muchos dentistas no respondieron al llamado de colaboración.

Como crítica recibida al cuestionario mismo, se mencionaron su extensión y la incorporación de negaciones dentro de algunas enunciados que llevaron a confusión. Sin embargo podemos catalogar como exitosa la recuperación del 73% de cuestionarios con sólo un 3% de respuestas omitidas

CONCLUSIONES

Los objetivos propuestos para este seminario se cumplieron cabalmente. A través de este estudio, evidenciamos la discrepancia que existe en los odontólogos frente a lo que dicen, creen y hacen tanto en la atención del menor de tres años como frente al niño VIH seropositivo.

Podemos concluir diciendo que:

- Los conocimientos sobre el SIDA pediátrico son manejados satisfactoriamente por más del 70% de los encuestados en lo que dice relación con el diagnóstico y grupos de mayor riesgo frente a la transmisión y contagio del VIH.
- En cuanto a las manifestaciones clínicas del SIDA infantil, solo un 31% de los encuestados maneja adecuadamente este tópico.
- Un 62% de los profesionales encuestados aplican rutinariamente todas las medidas para protegerse a sí mismos y a sus pacientes del contagio con el VIH. El análisis individual de las medidas de protección revela que lo más frecuente es el uso de guantes y la desinfección de fresas entre paciente y paciente. El resto de las medidas de protección (mascarilla, lentes protectores, desinfección de contrángulo y pieza de mano) son aplicadas por un 60-70% de los encuestados en forma rutinaria.
- El riesgo considerado por los odontólogos de contagiarse con el VIH durante la atención dental es bajísimo (30% de los encuestados consideran que hay riesgo).
- Existe una clara relación entre la edad del profesional y los conocimientos - aplicación de medidas de protección frente al SIDA, estando mejor informados y siendo más cautos los profesionales de menor edad.
- En cuanto a la relación existente entre el nivel socio- económico- cultural de los pacientes atendidos y la aplicación de las medidas de protección, podemos concluir que en el estrato socio- económico-cultural medio, donde se encuentran agrupadas la mayor cantidad de pacientes atendidos, son menos aplicadas las medidas de protección. En los estratos alto y bajo

dichas medidas son aplicadas por un mayor porcentaje de profesionales.

- El 75% de los odontólogos encuestados considera que es necesaria la atención dentaria precoz, sin embargo, sólo el 66% atiende a estos menores.

- Las razones fundamentales de "No atender" a niños menores de 3 años son el hecho de no sentirse capacitado para hacerlo seguido por el convencimiento de que la atención de estos menores no le compete al profesional.

- Más del 60% de los encuestados manejan adecuadamente los conocimientos teóricos relativos a la atención del menor de tres años, pero sólo 14 de ellos atienden adecuadamente a estos niños; 11 incorporan en su atención un manejo psicológico del menor.

- El mayor porcentaje de profesionales que atienden a menores de tres años corresponde a mujeres, cuyas edades fluctúan entre 26 - 35 y 56 - 65 años.

- Existe una relación importante entre el manejo de los conocimientos de la atención en el niño menor de tres años y la edad del profesional, estando más instruidos en el tema los profesionales jóvenes. En el grupo de profesionales de edad más avanzada se observa un desconocimiento de muchos tópicos de importancia en la atención del menor.

RESUMEN

Con el objeto de determinar en los Odontólogos de la V Región los conocimientos, la actitud y la forma de atención dental frente al niño VIH seropositivo y al menor de tres años se elaboró un cuestionario que posteriormente fue entregado a 142 Odontólogos, de ellos se recogieron 104 cuyo análisis arrojó una gran discrepancia entre lo que los Odontólogos dicen-creen y lo que practican rutinariamente. No hay una conciencia real del riesgo de contraer SIDA lo que lleva implícito el hecho de que no siempre se tomen las medidas de protección adecuadas, además existe una clara relación entre el grado de conocimiento que maneja el Odontólogo y su edad.

La atención del menor de tres años es realizada por un 66% de los profesionales encuestados, constituyendo un hecho alarmante el que menos del 20% de ellos lo haga en forma adecuada. Este hecho se contradice con la opinión de los Odontólogos acerca de la necesidad de atención dentaria precoz y el manejo de conocimientos que ellos tienen con respecto a las afecciones dentales más frecuentes en estos niños.

Finalmente podemos agregar que se aprecia un mayor dominio de conocimientos relativos al menor en los profesionales más jóvenes.

ANEXOS

USTED ESTIMA QUE:

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 17.- Los odontopediatras tienen poco riesgo de llegar a infectarse con el VIH del Sida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.- Todos los niños en la práctica odontopediátrica deben ser tratados como si fueran portadores del virus VIH del Sida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.- El ministerio de Salud ha sido ineficaz en los esfuerzos para controlar el Sida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MARQUE LA ALTERNATIVA QUE MAS CORRESPONDA A LO QUE REALIZA DIARIAMENTE EN SU CONSULTA.

- | | siempre | casi siempre | nunca | casi nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20.- Ud., previo a esterilizar cualquier material, lo desinfecta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21.- Usted usa guantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.- Usted usa mascarilla. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.- Ud. usa lentes protectores. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24.- Desinfecta la pieza de mano entre paciente y paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.- Desinfecta el contrángulo entre paciente y paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.- Desinfecta las fresas entre paciente y paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.- Usa eyectores de saliva desechables. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.- Su auxiliar usa guantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.- Su auxiliar usa mascarilla. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

USTED PIENSA QUE:

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 30.- Los guantes afectan su destreza manual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31.- Los guantes entorpecen la rapidez y eficiencia de su trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32.- Los guantes le producen transpiración excesiva. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33.- El costo de los guantes influye en su recambio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34.- Los pacientes reclaman por el sabor de los guantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35.- Los pacientes reclaman por el olor de los guantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36.- El uso de mascarilla interfiere en la comunicación con sus pacientes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 37.- El uso de mascarilla le es incómodo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38.- El uso de mascarilla parece crear ansiedad en los niños. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39.- El uso de mascarilla atenta contra su apariencia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40.- Los anteojos protectores son incómodos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41.- Los anteojos protectores atentan contra su apariencia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42.- Los anteojos protectores no son necesarios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43.- Los anteojos protectores causan ansiedad en sus pacientes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44.- Los anteojos protectores afectan su percepción de profundidad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45.- Los anteojos protectores distorsionan su visión. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MARQUE LA O LAS ALTERNATIVAS, QUE A SU JUICIO, ES (SON) LA(S) CORRECTA(S) PARA EL ENUNCIADO.

- 46.- ¿Cuál (es) de las siguientes manifestaciones orales sería más frecuente encontrar en un niño con Sida.

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Candidiasis |
| <input type="checkbox"/> | Liquen Plano |
| <input type="checkbox"/> | Úlceras |
| <input type="checkbox"/> | Gingivitis |
| <input type="checkbox"/> | Todas las anteriores |

- 47.- Frente a un posible infectado por VIH que examen (es) pediría.

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | De sangre |
| <input type="checkbox"/> | Recuento de Plaquetas |
| <input type="checkbox"/> | Test de Elisa |
| <input type="checkbox"/> | Biopsia |
| <input type="checkbox"/> | Todas las anteriores |

- 48.- El o los grupos de mayor riesgo de contraer el Sida es (son):

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | homosexuales | <input type="checkbox"/> | prostitutas |
| <input type="checkbox"/> | hemofílicos | <input type="checkbox"/> | drogadictos |
| <input type="checkbox"/> | parejas de prostitutas | <input type="checkbox"/> | hijos de portadoras |
| <input type="checkbox"/> | todas las anteriores. | | |

- 49.- En cuál (cuales) de las siguientes situaciones un individuo podría contraer el Sida.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | relación sexual con un portador de VIH |
| <input type="checkbox"/> | transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> | besos y abrazos con un portador |
| <input type="checkbox"/> | contacto con sangre contaminada |
| <input type="checkbox"/> | al compartir ropa con un portador |
| <input type="checkbox"/> | todas las anteriores |

- 50.- ¿Cuál (o cuales) de los siguientes desinfectantes utiliza rutinariamente.

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | alcohol 90 |
| <input type="checkbox"/> | hipoclorito 0,5% |
| <input type="checkbox"/> | glutaraldihido 2% |
| <input type="checkbox"/> | ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> | todas las anteriores |

51.- Cúal o cuales de los siguientes desinfectantes es más efectiva para eliminar el virus VHI.

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | alcohol 90 |
| <input type="checkbox"/> | hipoclorito 0,5% |
| <input type="checkbox"/> | glutaroldihido 2% |
| <input type="checkbox"/> | todos por igual |
| <input type="checkbox"/> | ninguna de las anteriores |

ENCONTRARA A CONTINUACION UNA SERIE DE ASEVERACIONES EN RELACION AL NIÑO MENOR DE 3 AÑOS. AL RESPECTO MARQUE "SI" SI SU OPINION O PRACTICA DIARIA ESTÁN DE ACUERDO CON LO EXPRESADO, Y "NO" SI LO QUE PIENSA O PRACTICA NO COINCIDEN CON LO DICHO.

RECUERDE, NOS ESTAMOS REFIRIENDO SOLO AL NIÑO MENOR DE 3 AÑOS.

	Si	No
1.- Atiende a menores de 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- No le compete atender al menor de 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Evita la atención del menor de 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Nunca ha atendido a un niño menor de 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- No se siente capacitado para atenderlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Desconoce la forma de manejar a un menor de 3 años durante la atención dental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- No se requieren programas de atención odontológica para menores de 3 años porque no presentan patología bucales importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- La atención del menor de 3 años, debe darse solamente en situaciones de urgencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- Siempre la temprana atención de un niño permite prevenir caries y problemas dentales futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- Todos los menores de 3 años son difíciles de atender en la consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- Para su atención se requieren conocimientos especiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- Al atenderlo evitaría la presencia de su madre dentro de la clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- Frente al llanto del niño suspendería su atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- Es preferible atenderlos bajo anestesia general.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.- Establecer un plan de tratamiento para ellos es tarea fácil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- Generalmente en los planes de atención del menor predomina la restauración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.- Se siente capacitado para elaborar un programa de atención del menor de 3 años aplicable a una comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.- La psicología juega un papel importante en su atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.- Siempre es posible su atención con la colaboración de los padres y un manejo adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
20.- Frente a la rabieta, retaría al menor y lo seguiría atendiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.- En casos difíciles se siente capacitado para premedicar y luego atender al niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.- El chupete no produce alteraciones en los niños menores de 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.- Los problemas de oclusión no se pueden interferir hasta completar la erupción de todos los dientes temporales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.- Los problemas de mal oclusión en dentición temporal no le competen al odontopediatra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.- La succión digital es un hábito que nunca tiene influencia en el desarrollo de la cavidad oral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.- La mayoría de los niños de la V región, requieren suplementos de fluor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.- El uso de sellantes protege los dientes temporales de posibles caries.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.- Los sellantes se pierden fácilmente, por ello no los utiliza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.- La forma y frecuencia de administrar alimentos azucarados puede influir en la aparición de caries.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.- La frecuente ingesta de alimentos azucarados en biberón no influyen en la aparición de caries.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.- El uso del chupete debería suspenderse a los 3 años o antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.- El traumatismo de un diente temporal no tiene tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.- Ningún traumatismo de un diente temporal tiene implicancias sobre la dentición definitiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.- Frente a cualquier traumatismo de un diente temporal el mejor tratamiento es la extracción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.- Durante el embarazo algunos medicamentos ingeridos por la madre alteran el desarrollo de los dientes del futuro niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.- Enfermedades febriles a temprana edad pueden ser causa de malformaciones y alteraciones de desarrollo en los dientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.- Dentro de la ficha clínica de atención del menor incorpora preguntas sobre el parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.- El pronóstico de las restauraciones en dientes temporales es malo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.- Se siente capacitado para entregar los conocimientos a los padres, relativos a la salud oral del menor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.- Tiene experiencia de trabajo en equipo con parvularias y/o pediatras en algún tipo de atención al menor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFIA

- ACS G; Musson C; Burke M (1990). Current teaching of restraint and redation in pediatric dentistry: a survey of program directors. *Pediatric Dentistry* 12 (6): 364 - 367
- ADDELSTON H (1959). Child patient training, *Firt. Rev. Chicago Dent. Soc.* 38 : 7 - 9, 27 -29
- ALARCON C; Nogueira C (1990). Necesidad de atención odontológica en niños menores de tres años. Seminario de tesis para optar al título de cirujano dentista. Cátedra de Odontopediatría. Fac. Odont. U.Valparaíso
- ALCOCER D; Cabrera L; Hurtado R (1990). Estudio de conocimientos y actitudes del odontólogo de la V Región frente al SIDA. Cátedra Odont. Social. Fac. Odont.U.Valparaíso
- ALLEN K; Stanley R; Mc.Pheron K (1990). Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatrics dentistry.*Pediatric Dentistry* 12(2):79 - 83
- ALPERN G (1975). Child development: barie concepts and considerations. In Wright G.Z: *Behavior management in dentistry for children*, Philadelphia W.B.Sanders Co.
- BUEHLER J; Chu Sy; Oxtoby M; Kilbourne B (1991). Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality in children USA.*Pediatrics* 87 (6): 806 - 810
- BUTLER K(1991).Transmission,diagnostic and tratment of HIV infection in children.*J Intraven-Nurs* 14(3):13-24
- CASTILLO H (1990). Desarrollo emocional durante la infancia. U.C.V. Facultad de Psicología.
- COMISION NACIONAL para el control del SIDA y de infecciones intrahospitalarias (1985). Normas para el manejo de pacientes con SIDA. *Bol. Hosp. "S.J.de Dios"* 32: 259 - 260
- CROLL T (1984). A child's first dental visit: a protocol. *Quintessence International* 6: 625 - 635
- CHENOWETH N; Mayberry W; Tishk M; McGlynn F; Scott L (1990).Barrier techniques to infection: a national survey of pediatric dentists. *Pediatric Dentistry* 12 (3): 147 - 151
- DE CANALES F; De Alvarado E; Pineda E (1986). Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Organización Panamericana de la Salud, O.M.S., México, 1 Edición
- ESCOBAR F (1991). El perfil psicológico del paciente infantil. En *Odontología Pediátrica*, Escobar, Santiago: E.Universitaria, pp 11 - 34
- ESPERANZA J (1990). La infección por el VIH y las investigaciones sobre productos farmaceuticos. Informe de la OMS número 8.

- EXPERTOS DE LA OPS (1985). Pautas para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Bol of Sanit Panam. 101 (4): 389 - 397
- GERBERT B (1987). Aids and infection control in dental practice: Dentist's attitudes, knowledge and behavior. JADA 114: 311 - 314
- GIANELLY A (1984). Crecimiento y desarrollo craneofacial. En Odontología Pediátrica, Junín, Buenos Aires:E.Médica Panamericana, pp 41 - 64
- GIFT H; Milton B; Walsh U (1984). Physicians and caries prevention. JAMA 252 (11): 1447 - 1448
- GOEPFERD S (1987). An infant oral health program: the first 18 months. Pediatric Dentistry 9 (1): 8 - 12
- GOMEZ C; Cirandoni H; Varela C; Vásquez R (1988). SIDA, Manifestaciones orales en un grupo poblacional de alto riesgo. I Parte. Seminario de tesis para optar al título de cirujano dentista. Cátedra de Patología Oral. Facultad de Odontología. U.Valparaíso
- HERRMANN H; Roberts M (1987). Preventive Dental Care: The Role of the Pediatrician. Pediatrics 80(1):107-110
- KAMP A (1991). Well baby dental examinations: a survey of preschool children's oral health. Pediatric Dentistry 13 (2): 86 - 89
- KENNA M; Smith B (1984). Conducta y personalidad. En Odontología Pediátrica, Junín, Buenos Aires:E.Médica Panamericana, pp 107 - 127
- KITCHEM L; Berkowitz R; McIlveen L; Forrester D; Rakusan T (1990). Oral findings in HIV-seropositive children. Pediatric Dentistry 12 (3): 143 - 146
- KORANYI K; Rasnake L; Tarnowsky K (1991). Nursing bottle wearing and prevention of dental caries: a survey of pediatricians. Pediatric Dentistry 13(1):32-34
- KRAMER R (1984). Manejo de padres y pacientes en el consultorio odontológico. En Odontología Pediátrica, Junín, Buenos Aires:E.Médica Panamericana, pp 451 - 472
- MARTINEZ L; Gigoux C; Lobos N; Martínez B; Mendoza P; Salcedo M; Medic D (1991). Normas de prevención en la atención odontológica. Bol. del Ministerio de Salud, División de programas de Salud, Depto. Odontológico
- MINISTERIO DE SALUD (1991). Informe Nacional de casos de SIDA. Secretaría Regional Ministerial
- MINISTERIO DE SALUD (1992). Informe Regional de casos de SIDA del primer semestre de 1992. Secretaría Regional Ministerial
- MMWR - Morb - Mortal - Wkly - Rep (1991). The HIV/AIDS epidemic: the first 10 years. Jun 7; 40 (22): 357
- NICOLINI S (1989). Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida. Apuntes Cátedra de Patología Oral. Facultad de Odontología. U.Valparaíso

- NUNEZ N (1991). Necesidad de alimentación en el lactante. Apuntes Lactancia. Escuela de Enfermería Obstetricia. Facultad de Medicina. U.Valparaíso
- PALUMBO P; Jandinaki J; Connor E; Fenesy K; Oleske J (1990). Medical management of children with HIV infection. Pediatric Dentistry 12 (3): 139 - 142
- PHILIPS M; Stubbs P (1987). Head start baby bottle tooth decay. Child Today
- QUINN T (1989). Diagnostico de la infección por VIH. Revistas Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual 4 (1): 5 - 7
- RIEDERER A; Bujía J; Vogel T; Wilmes E; Kastenbauer E (1990). Manifestaciones otorrino-laringológicas en pacientes infectados por el VIH. Acta Otorrino-laringológica Española 41 (5): 277 - 280
- RIPA L (1988). Nursing caries: a comprehensive review. Pediatr Dent 10 (4): 268 - 282
- SAAVEDRA R (1991). Virus de la inmunodeficiencia y embarazo. Revista Chilena de Pediatría, Documento de la rama de enfermedades infecciosas.SIDA.
- SCHEDT M; Pindborg J (1986). Aids and the oral cavity. Journal of oral and maxilofacial sugery 16: 1 - 14
- SNAWDER K (1982).Manejo de la conducta.En Manual de Odontoped. Clínica,Snawder,Barcelona:E.Labor, pp 41-61
- TSAMTSOURIS A; Gavris V (1990). Survey of Pediatrician's attitudes towards pediatric dental health. Journal of Pedodontics 14 (3): 152 - 157
- VERMEULER M; Vinckier F; Vanderbrouchi J (1991). Dental general anesthesie: clinical characteristics of 933 patients. ASDC. Journal dent child 58 (1): 27 - 31
- VILDOSOLA J (1991). Hemoterapia e infección por VIH. Revista Chilena de Pediatría, Documento de la rama de enfermedades infecciosas.SIDA.
- VILLARROEL J; Alvarez A; Muñoz G; Almarzar M (1991). Epidemiología del SIDA pediátrico en Chile, aproximación al diagnóstico. Revista Chilena de Pediatría, Documento de la rama de enfermedades infecciosas.SIDA.
- WINTER G; Hamilton M; James P (1966). Role of the comforter as an aetiological factor in Rampant Caries of the Deciduous Dentition.Arch.Dis childh 47:207-212
- WEBBER A (1990). Programa de prevención odontológica materno - infantil. Hosp. Naval
- WKLY E (1986). Revisión 1987 de la definición CDC/OMS de casos de SIDA. Bol of Sanit Panam 104 (3): 277
- WRIGHT G (1990). Abordaje psicológico de las conductas de los niños. En Odontología Pediátrica y del Adolescente, T. Albeolar, Buenos Aires:E.Médica Panamericana, pp 45 - 67

