

MARC
9/15.
FEA
19729

7
P896c
2016



**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE REQUIEREN
CUIDADOS ESPECIALES EN SALUD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE DE LA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, 2005 - 2012**

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al título de
Especialista en Odontopediatría

Residente:

Estefanía Andrea Prado Godoy

Docente Guía:

Dr. Julio Mansilla Montenegro

Director del Programa de Especialidad:

Dr. Juan Eduardo Onetto Calvo
Cátedra de Odontopediatría

Valparaíso - Chile
2016

*No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad
que la forma en que se trata a sus niños.*

Nelson Mandela

*Las personas al igual que las aves son diferentes en su vuelo
pero iguales en su derecho a volar.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría expresar mi gratitud a mi familia, por su apoyo incondicional durante estos dos años de especialización. Gracias por su comprensión, por sus palabras de ánimo y respaldo en todo momento. Por siempre apoyar mis sueños, por confiar en mis capacidades y darme ánimo y fuerza para continuar. Gracias por sus consejos y por guiarme en este camino que elegí seguir.

Gracias a mi hijo Vicente por ser el más apañador y acompañarme en mis ganas de estudiar y hacer lo que me apasiona. Por ser un niño tan dulce y maduro, por ser mi motivación y mis ganas de querer ser mejor todos los días.

A Dra. Marie Therese Flores y Dr. Juan Eduardo Onetto. Gracias por su entrega de conocimientos y experiencias, por su dedicación y sobre todo por transmitirme esa pasión por la odontopediatría. Su cercanía y familiaridad hicieron que este periodo se hiciera más fácil y le da un sello único a la especialidad. Ha sido un privilegio y orgullo el compartir con ustedes y ser parte de este programa.

Agradecer a Dr. PhD Carlos Henríquez por su amabilidad y excelente disposición en todo momento, incluyendo fines de semana y feriados. Por hacer entretenidas las mañanas de trabajo estadístico con sus historias y anécdotas, y sobre todo por su paciencia y comprensión.

A Dr. Julio Mansilla, muchas gracias por aceptar ser mi guía en el desarrollo de este trabajo de investigación. Agradezco su colaboración constante y su motivación por acercarnos a la atención de pacientes que requieren cuidados especiales. Por su cordial acogida en la pasantía en Teletón y por su gran sentido del humor siempre.

A Dra. Mariana Carrasco por su entrega desinteresada como docente, por su alegría, preocupación y sobre todo por entregarme tanto cariño. Además por darme la oportunidad de trabajar con los alumnos de cuarto año y así permitirme descubrir otras áreas en las cuales desarrollarme.

Agradecer a Dra. Alexandra Guerrero, Dra. Carolina López, Dra. Mariela Quiroz, Dra. Giglia Sirandoni, Dra. Francisca Couve y Dr. Sergio Uribe por su gran contribución como docentes, por su apoyo durante el transcurso de la especialidad y por siempre estar dispuestos cuando necesité ayuda, consejo u opinión.

Agradecer a todo el equipo de trabajo de la Clínica de Odontología Infantil y del Adolescente: Marisol Rivas, Jacqueline, Jocelyn, Sybelle, Sra. Norma, Rebecca, Don Patricio, por su apoyo y ánimo en estos dos años. En especial a Marisol Cortés, por su disposición y amabilidad con los pacientes; por su preocupación constante y por siempre entregarme sus buenas vibras y energía.

A mis compañeras de primer año: Nathalia, Tatiana y Josefina. Gracias por su compañerismo y por formar un buen equipo de trabajo durante este año que compartimos.

A mis compañeras y amigas Javiera Durán, Pamela y Carolina. Una de las cosas más lindas que me entregó esta especialidad fue la oportunidad de conocerlas. Gracias por su gran apoyo y ánimo entregado cada día, por las conversaciones y lindos momentos que pasamos estos dos años, y por ser tan buenas amigas siempre.

Muchas gracias a todos por acoger a mi hijo Vicente con tanto cariño en la clínica, lo hicieron sentir siempre querido y a gusto, y es algo que siempre recordaremos.

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- CIE – 10: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud
- CIF – IA: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud de la Infancia y la Juventud
- SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad
- ENDISC II: Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad
- AAPD: Asociación Americana de Odontología Pediátrica
- NANEAS: Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud
- CI: Coeficiente Intelectual
- TEA: Trastorno de Espectro Autista
- FONASA: Fondo Nacional de Salud

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Concepto de discapacidad	2
2.2 Epidemiología de las personas con discapacidad	3
2.2.1 Epidemiología a nivel mundial	3
2.2.2 Epidemiología a nivel nacional	4
2.3 Política Nacional para la inclusión social de personas con discapacidad	5
2.3.1 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	5
2.3.2 Ley N° 20.422	6
2.3.3 Ley N° 20.584	6
2.4 Necesidades especiales de atención en salud	6
2.5 Barreras que enfrentan las personas con discapacidad	7
2.6 Salud oral en personas que requieren cuidados especiales en salud	8
2.6.1 Discapacidad intelectual	9
2.6.2 Síndrome de Down	10
2.6.3 Oncológicos	10
2.6.4 Parálisis cerebral	10
2.6.5 Trastorno de espectro autista	11
2.7 Situación en Chile	11
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo general	13
3.2 Objetivos específicos	13
4. MATERIALES Y MÉTODOS	14
4.1 Tipo de estudio	14
4.2 Población objetivo	14
4.3 Población muestreada	14
4.4 Muestra	14
4.5 Unidad de estudio	14
4.6 Criterios de inclusión	14
4.7 Criterios de exclusión	15
4.8 Recolección de datos	15
4.9 Análisis estadístico	15
4.10 Variables	16
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSIÓN	29
7. CONCLUSIONES	34
8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	35
9. RESUMEN	36
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de necesidades especiales de atención en salud incluye a pacientes con deterioro físico, mental, del desarrollo, sensorial, conductual, cognitivo o condiciones limitantes que requieran de tratamiento médico, cuidados en salud y/o uso de programas o servicios especializados (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2012a).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La estimación de prevalencia de niños con discapacidad varía según la definición y medida de discapacidad. Según resultados del estudio de carga mundial de morbilidad realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 5,1% de niños de cero a catorce años experimentan discapacidad moderada o grave (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011). Estimaciones realizadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el año 2005, determinaron que el número de niños menores de 18 años con discapacidad ascendía a 150 millones, la mayoría de los cuales viven en condiciones de exclusión (UNICEF, 2005). El primer estudio nacional de la discapacidad en Chile realizado el 2004 por el Fondo Nacional de la Discapacidad, señala que un 12,9% de la población en Chile vive con algún tipo de discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile, 2005).

En el artículo N°25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación (ONU, 2007).

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda y necesidades insatisfechas de asistencia sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2015). Así lo refleja un estudio realizado en Estados Unidos, en el cual un 17,7% de los niños experimentaron necesidades insatisfechas en salud (van Dyck *et al.*, 2004).

Personas con necesidades especiales tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades orales (Lewis, 2009). Factores que contribuyen a esta condición son trastornos del movimiento (Lobbezoo y Naeije, 2007), discapacidad intelectual (Ivančić Jokić *et al.*, 2007) y enfermedades crónicas (Foster, 2005) entre otros.

Estudios realizados en India y Brasil reportan que la mayor necesidad de tratamiento odontológico de pacientes que requieren cuidados especiales de salud tiene relación con restauraciones y exodoncias (Jain *et al.*, 2015; Salles *et al.*, 2012).

En Chile, el Ministerio de Salud desarrolló el año 2012 la "Guía de salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología". En ella se reconoce la falta de estudios nacionales en relación a prevalencia y necesidad de tratamiento de pacientes con necesidades especiales. Por esta razón el objetivo de esta investigación es caracterizar la atención odontológica de pacientes que requieren cuidados especiales en salud atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2005 a 2012.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una serie de clasificaciones internacionales para su aplicación en diversos aspectos de la salud. Las condiciones como enfermedades, trastornos y lesiones se clasifican principalmente en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10, que proporciona un marco etiológico. El funcionamiento y la discapacidad asociada a las condiciones de salud se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), la que establece un marco y lenguaje estandarizado para describir la discapacidad y las dimensiones relacionadas con ella. Ambas clasificaciones son complementarias y deben utilizarse juntas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud de la Infancia y la Juventud (CIF-IA) deriva de la CIF, y está diseñada para registrar las características del desarrollo infantil y las influencias de su entorno, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. Proporciona un lenguaje común y universal para su aplicación en clínica, salud pública e investigación, a fin de facilitar la documentación y la medición de la salud y la discapacidad en niños y jóvenes, ya que las manifestaciones de la discapacidad y las condiciones de salud en niños y adolescentes son diferentes en cuanto a su naturaleza, intensidad e impacto que en adultos. Estas diferencias deben tenerse en cuenta, de modo que los contenidos de la clasificación sean sensibles a los cambios asociados con el desarrollo, y comprendan las características de los diferentes grupos etarios y entornos (Organización Mundial de la Salud, 2011).

La discapacidad se define como un término genérico, que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una determinada condición de salud y sus factores contextuales ambientales y personales (Leonardi *et al.*, 2006).

- Deficiencia: se define como la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, incluyendo las funciones mentales. El término “anormalidad” hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida.
- Limitación en la actividad: dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Abarca desde desviaciones leves hasta graves en la realización de una actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad que se espera realizará una persona sin esa condición de salud.
- Restricción en la participación: problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. Está determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.
- Factores contextuales: son los factores que constituyen el contexto completo de un individuo, y en concreto, el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los factores contextuales tienen dos componentes: factores ambientales y factores personales.
- Factores ambientales: todos los aspectos del mundo extrínseco que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Incluyen al mundo físico, personas, actitudes y valores, servicios, sistemas sociales, políticos, reglas y leyes. Definen las barreras o los facilitadores para el funcionamiento.

- Barreras: factores en el entorno de una persona que limitan el funcionamiento y generan discapacidad.
- Facilitadores: factores que mejoran el funcionamiento de una persona y reducen la discapacidad.
- Factores personales: en relación directa con el individuo: edad, sexo, nivel social, experiencias vitales (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y su funcionamiento. El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona, causado en forma directa por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, con el fin de conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. El modelo social, considera la discapacidad como un problema centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La CIF está basada en la integración de estos dos modelos, utilizando un enfoque biopsicosocial (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011; Oliver, 1998).

2.2 Epidemiología de las personas con discapacidad.

2.2.1 Epidemiología a nivel mundial.

Los métodos para medir la discapacidad varían de un lugar a otro, por lo tanto inciden en los resultados. Los países que declaran una baja tasa de prevalencia de discapacidad, suelen recopilar los datos a través de censos o mediciones centradas en un pequeño espectro de deficiencias. Los países que declaran tasas más altas de prevalencia, suelen recopilar datos a través de encuestas, y aplican un método de medición que permite registrar además de las deficiencias, las limitaciones de actividad y restricciones de participación (Mont, 2007; Barbotte *et al.*, 2001).

La Encuesta Mundial de la Salud, realizada en hogares en forma presencial entre los años 2002 a 2004, es la mayor encuesta multinacional sobre salud y discapacidad. Se llevó a cabo en 59 países que representaban el 64% de la población mundial. La tasa de prevalencia de discapacidad en la población adulta de 18 años o más ascendió al 15,6%; es decir, unos 650 millones de personas con dificultades graves del funcionamiento. La tasa de prevalencia para adultos con dificultades muy graves se estimó en 2,2%, alrededor de 92 millones de personas. En todos los países, los niveles más altos de prevalencia de la discapacidad se registraron en los grupos vulnerables: mujeres, adultos mayores y habitantes situados en el quintil más pobre de la población (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011).

El estudio de carga mundial de morbilidad realizado por la OMS el año 2004, estima que 2,9% (18,6 millones de personas) sufren de discapacidad severa, y 12,4% (79 millones de personas) tienen discapacidad moderada. Además, relata que la prevalencia promedio de discapacidad moderada a severa en niños de 0 a 14 años es del 5%, en adultos de 15 a 59 años es del 15%, y en adultos de más de 60 años corresponde al 46% (*World Health Organization*, 2008).

El Estado Mundial de la Infancia de Niños y Niñas con Discapacidad, estima que uno de cada 20 niños menores de 14 años, es decir, alrededor de 93 millones, vive con algún tipo de discapacidad moderada o grave (UNICEF, 2013).

2.2.2 Epidemiología a nivel nacional.

En Chile, el Censo de 2002 estableció que las personas que presentan una o más discapacidades alcanzan a 334.337, lo que equivale al 2,2% de la población total del país. De este total, 178.563 (53,4%) son hombres y 155.814 (46,6%) son mujeres. La

discapacidad que muestra la mayor frecuencia es la parálisis, que afecta a un 40,5% de los habitantes con discapacidades, seguido de la deficiencia mental con un 29,3%. El análisis por edad de la población afectada por discapacidades indica que estas van en aumento con la edad, concentrándose en los adultos mayores (Instituto Nacional de Estadísticas, 2003).

El Ministerio de Desarrollo Social y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) han puesto en marcha una agenda de trabajo orientada en la construcción de un nuevo diagnóstico sobre las personas en situación de discapacidad. La Encuesta Casen 2013 incorpora dos perspectivas complementarias: personas con condiciones permanentes y de larga duración (deficiencias) y personas que experimentan dificultades o limitaciones en la realización de actividades cotidianas debido a su estado de salud (limitaciones en la actividad). También se analiza la inclusión social de este último grupo en el ámbito educativo, laboral, sanitario y organizacional (restricción en la participación). Los resultados muestran que un 6,5% de la población (1.123.162 personas) corresponden a personas con condiciones permanentes o de larga duración. El porcentaje de personas con dificultad física y/o de movilidad corresponden a un 3,6%, mientras que las personas con dificultad mental o intelectual equivale a un 0,8% (Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2013).

El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC II) realizado el 2015 permite medir la discapacidad desde el enfoque que ha propuesto la OMS, entregando un diagnóstico oficial y detallado de cómo viven los chilenos y chilenas en situación de discapacidad. Fue elaborado con un punto de vista de derechos humanos de acuerdo a lo establecido en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008. Como principales resultados, se determinó que:

- 20% de la población adulta sobre los 18 años de edad se encuentran en situación de discapacidad, es decir, 2.606.914 millones de personas. De ellos, el 11,7% corresponde a personas en situación de discapacidad leve a moderada, y un 8,3% están en situación de discapacidad severa.
- Con respecto a la distribución por sexo, un 14,8% de la población afectada corresponde a sexo masculino, y un 24,9% a sexo femenino.
- La situación de discapacidad está estrechamente relacionada con el envejecimiento de las personas. El 60% de las personas en situación de discapacidad se concentra a partir de los 45 años de edad.
- 40,4% de las personas adultas en situación de discapacidad se encuentran además, en situación de dependencia.
- 50% de la población adulta en situación de discapacidad relata haberse sentido discriminada por su situación y grado de discapacidad en los últimos 12 meses.
- 5,8% de la población de 2 a 17 años se encuentra en situación de discapacidad.
- A diferencia del patrón observado en adultos, el porcentaje de niños menores de 17 años en situación de discapacidad es más alto en hombres que en mujeres.
- Se identifica una brecha socioeconómica, destacándose que la proporción de personas en situación de discapacidad es mayor en niños, niñas y adolescentes pertenecientes al primer quintil de ingreso (Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2015).
- 96,7% de quienes prestan cuidado a niños, niñas y adolescentes que requieren asistencia debido a su estado de salud son mujeres.

2.3 Política Nacional para la inclusión social de personas con discapacidad.

2.3.1 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el año 2006. Chile ratificó este tratado internacional promulgando el Decreto N° 201 el año 2008, lo que obliga al Estado de Chile a promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad y asegurar que gocen de plena igualdad ante la ley.

En el Artículo n°25 de esta convención, se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación. Los estados partes de la convención deben adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso a servicios de salud:

- Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que las demás personas.
- Proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad, específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluyendo la pronta detección e intervención y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades.
- Proporcionar estos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales.
- Exigir a los profesionales de salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado.
- Prohibir la discriminación de las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida.
- Impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención en salud por motivos de discapacidad.

Además, en el artículo n° 7, que hace referencia a los niños y niñas con discapacidad, se establece que:

- Los estados partes deberán tomar todas las medidas necesarias para asegurar que niños y niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
- En todas las actividades relacionadas con niños y niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
- Los Estados Partes garantizarán que niños y niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente, la cual recibirá debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez (*United Nations, 2007*).

2.3.2 Ley N° 20.422.

Con posterioridad a la ratificación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y con el objeto de incorporar sus normas y estándares, se publicó en febrero de 2010, la Ley N° 20.422 que “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”. Su objetivo es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y la eliminación de cualquier forma de discriminación fundada en su discapacidad. Prescribe que el Estado tiene el deber de promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Para garantizar este derecho, el Estado debe establecer medidas contra la discriminación, las que consisten en exigencias de accesibilidad, realización de ajustes

necesarios y prevención de conductas de acoso. El Estado también debe priorizar la ejecución de programas que tengan como objetivo mejorar su calidad de vida. Además, el artículo 10 de esta Ley señala que en toda actividad relacionada con niños con discapacidad, se considerará en forma primordial la protección de sus intereses superiores (Ministerio de Planificación, 2010).

2.3.3 Ley N° 20.584.

La Ley N° 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, en el Artículo N° 2, señala que “la atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad” (Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud, 2012).

2.4 Necesidades especiales de atención en salud.

La Asociación Americana de Odontología Pediátrica, AAPD, define las necesidades especiales de atención en salud como cualquier condición física, del desarrollo, mental, sensorial, de comportamiento, cognitiva o emocional que requiera de manejo médico, intervención en salud y/o el uso de programas o servicios especializados. Esta condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de enfermedad, trauma o por causas ambientales, y puede provocar limitaciones en la realización de actividades diarias o limitaciones sustanciales en actividades importantes a lo largo de la vida. Además, plantea que la atención en salud para individuos con necesidades especiales requiere de conocimientos especializados adquiridos por entrenamiento adicional, así como una mayor conciencia, atención, adaptación y medidas más allá de las que se considera de rutina (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2012a).

El año 2008, la Sociedad Chilena de Pediatría, a través del Comité de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, emitió un documento con recomendaciones para el cuidado de estos pacientes. Reconoce que todos los seres humanos tienen necesidades especiales de atención en salud y que la inclusión del término “especiales” estimula a focalizarse en quienes las tienen de forma exacerbada. La denominación Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS) ayuda a focalizar el cuidado y se acerca al concepto de equidad en salud, de brindar atención en red, con abordaje simultáneo y coordinado desde distintas perspectivas de los requerimientos de las personas. Estas perspectivas y cuidados, para ser integrales, deben ser brindados por otros sectores relacionados con el sector salud y no exclusivamente por este (Sociedad Chilena de Pediatría, 2008).

La Salud para Todos fue un objetivo de salud global establecido en 1978 por la OMS durante la Conferencia de Atención Primaria de la Salud en Alma Ata. Actualmente, las comunidades del mundo todavía tienen que lograr este objetivo y muchos grupos, incluyendo a las personas con discapacidad, aún experimentan condiciones de salud más deficientes que otros (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también más necesidades insatisfechas en esta esfera. Estas personas son particularmente vulnerables a las deficiencias de los servicios de asistencia sanitaria, pudiendo experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud (Paschal *et al.*, 2016) (Organización Mundial de la Salud, 2015) .

Según un estudio realizado el año 2004, 13% de los niños de Estados Unidos presentaron necesidades especiales en salud. De estos, un 17,7% reportaron tener necesidades insatisfechas en servicios médicos específicos y 22% de los niños que requirieron de derivación tuvieron dificultades en obtenerla. 21% de las familias refirió problemas financieros debido a la condición del niño. 15% reportó haber ocupado largos periodos de tiempo durante la semana para proveer cuidado al menor. El 30% de las familias informó que al menos un miembro del grupo familiar tuvo que reducir su jornada laboral o dejar su empleo para poder realizar el cuidado adecuado producto de la condición de salud del niño (Chen y Newacheck, 2006) (van Dyck *et al.*, 2004).

Otro artículo realizado el 2005 determinó que un 15,6% de niños menores de 18 años tienen algún tipo de necesidad especial en salud, y establece que esta prevalencia varía según las características demográficas y socioeconómicas del niño y de su familia. Aproximadamente un 6% de estos niños no tiene seguro de salud. Además, muestra que los niños con necesidades especiales de atención en salud tienen cuatro veces más número de hospitalizaciones; están en promedio 7 días más en el hospital; tienen el doble de visitas al médico; siete visitas más a profesionales no médicos; 1,5 más de visitas a servicios de urgencias; 5 veces más prescripciones de medicamentos por año, y su gasto en salud es tres veces mayor al compararlos con niños sin necesidades especiales (Newacheck y Kim, 2005).

Niños con necesidades especiales tienen pobre acceso y calidad a los servicios de salud, al compararlos con niños sin necesidades especiales. Esto es resultado de una variedad de problemas, como escasez de proveedores, falta de coordinación, y cobertura de seguro de salud insuficiente (Cheak-Zamora y Thullen, 2016; Houtrow *et al.*, 2011).

2.5 Barreras que enfrentan las personas con discapacidad.

La salud deficiente que las personas con discapacidad pueden experimentar no es, necesariamente, el resultado de tener una discapacidad. Más bien se puede asociar con dificultades de acceso a los servicios y programas (Rimmer y Rowland, 2008). Se estima que solo un porcentaje pequeño de las personas con discapacidad tienen acceso a rehabilitación y servicios básicos apropiados en países de bajos ingresos. Las barreras que enfrentan las personas con discapacidad y sus familias pueden incluir:

- Políticas o legislación inapropiadas: puede que estas no sean puestas en práctica y por lo tanto, exista discriminación en la prestación de servicios de salud para las personas con discapacidad.
- Barreras económicas: las intervenciones de salud como las evaluaciones, tratamientos y medicamentos a menudo requieren dinero, lo cual presenta dificultades para las personas con discapacidad y sus familias, quienes usualmente tienen ingresos limitados.
- Barreras físicas y geográficas: la falta de acceso a transporte, edificios y equipo médico son ejemplos de barreras comunes y de recursos limitados para la atención de salud.
- Barreras de comunicación e información: la comunicación con los trabajadores de salud puede ser difícil, y a menudo la información sobre salud no está disponible en formatos accesibles.
- Actitudes negativas y falta de conocimiento por parte del personal de salud acerca de las personas con discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2012).

2.6 Salud oral en personas que requieren cuidados especiales en salud.

Las personas con necesidades especiales de atención en salud tienen un mayor riesgo de sufrir problemas dentales y enfermedades orales (Lewis *et al.*, 2005). Un estudio realizado el año 2009 determinó que existen necesidades insatisfechas en salud oral en niños que requieren cuidados especiales. Algunos de los resultados de este estudio fueron los siguientes:

- 81% reportó necesidad de tratamiento dental preventivo, mientras que un 24% reportó necesidad de otro tipo de tratamiento dental en los últimos 12 meses.
- En cuanto a la frecuencia de necesidad, el cuidado dental se encuentra en segundo lugar, siendo el primero la prescripción de medicamentos.
- 8,9% de niños que requerían de tratamiento dental no fueron capaces de obtenerlo.
- En relación a los servicios de atención médica, el que presenta mayor prevalencia de necesidades insatisfechas es la atención odontológica, seguido por la atención mental y terapias ocupacionales.
- Niños con síndrome de Down tienen la mayor proporción de necesidades insatisfechas en salud dental, seguidos de niños con discapacidad intelectual, parálisis cerebral y autismo.
- Niños de bajos ingresos y/o en condición de pobreza y que tienen condiciones de salud más severas, tienen 13 veces más necesidades insatisfechas en salud bucal, al compararlos con niños de ingresos más altos (Lewis, 2009).
- Problemas financieros, falta de seguro médico y problemas laborales de los cuidadores son las principales razones por las cuales pacientes con necesidades especiales no reciben atención dental preventiva (Wiener *et al.*, 2016).

Resultados de un estudio realizado en la Universidad Complutense de Madrid en pacientes con necesidades especiales, muestran que un 70% de los pacientes recibió tratamiento odontológico, de los cuales un 9% requirió de sedación. En relación a las actividades clínicas ejecutadas, se realizó tratamiento conservador en un 90% de los pacientes, seguido de tratamiento periodontal (76%), quirúrgico (46%) y de rehabilitación (26%). En el 30% de los pacientes que no fueron tratados, las causas principales son: negativa del paciente (24%), inasistencia a citación (22%), derivación a otro centro (17%) e imposibilidad de contactar al paciente (14%) (Monteserin-Matesanz *et al.*, 2015).

La mantención de una buena higiene oral en niños que presentan necesidades especiales de atención en salud, requiere de la participación activa de padres y/o cuidadores. El mayor riesgo de caries en este grupo está determinado por una higiene oral deficiente y cepillado inadecuado. Así lo muestran los resultados de un estudio realizado en Croacia, el cual comparó grupo de pacientes con necesidades especiales y un grupo control. Se encontró que el grupo de pacientes con necesidades especiales tenía una peor calidad de higiene oral en dentición temporal mixta y permanente, la cual resultó ser estadísticamente significativa (Jokić *et al.*, 2007). Otros estudios comparativos han determinado que existe una mayor prevalencia de caries, maloclusiones e higiene oral deficiente en el grupo de pacientes con necesidades especiales de atención en salud (Purohit *et al.*, 2010; Altun *et al.*, 2010).

2.6.1 Discapacidad Intelectual.

La discapacidad intelectual, aún denominada retraso mental en la literatura, se define como una limitación en el área del aprendizaje, comprensión y comunicación, lo que trae como consecuencia dificultades en las habilidades conductuales y sociales (*American Association on Mental Retardation*, 2002). Puede ocurrir con o sin otros trastornos físicos o mentales. La discapacidad intelectual se clasifica según el coeficiente intelectual (CI) como leve (CI 50 a 69), moderada (CI 35 a 49), severo (CI 20 a 34) y profundo (CI inferior

a 20). A nivel mundial, se estima que la prevalencia de personas con discapacidad intelectual se sitúa entre el 1% y el 3% de la población (*World Health Organization, 2001*). Estas dificultades provocan que la sociedad segregue a este grupo de personas (*Krämer et al., 2015*).

Un estudio realizado en niños con discapacidad intelectual severa en los países bajos, determinó:

- En relación al grado de cooperación del paciente durante la atención dental sólo un 3% fue calificado como cooperador, un 6% como pasivos, 24% como medianamente cooperador, 39% no cooperador, y 26% no tratable.
- Al realizar examen intraoral los hallazgos fueron: caries no tratadas (57,4%), libres de caries (29,5%), abrasiones (26,2%), lesiones traumáticas (16,4%), erosiones (11,5%), restos radiculares (1,6%).
- El principal problema asociado al cuidado oral diario reportado por los cuidadores fue la realización del cepillado dental en un 68,4% de los niños.
- 31,9% de los niños con discapacidad intelectual severa no recibe atención dental profesional de forma regular.
- Las principales barreras en el tratamiento señaladas por los odontólogos son: problemas de comunicación, falta de compensación financiera y falta de experiencia en el tratamiento de niños con discapacidad intelectual.
- Un 51,4% de los dentistas considera que el tratamiento en niños con discapacidad intelectual es más complicado que en niños sin esta necesidad especial (*de Jongh et al., 2008*).
- Niños con discapacidad intelectual tienen una probabilidad tres veces mayor de requerir anestesia general y siete veces más probabilidades de necesitar restricción física (*Salles et al., 2012*).

Los hallazgos clínicos más relevantes en un grupo de atletas menores de 21 años con discapacidad intelectual, fueron: 38,7% presentó algún grado de enfermedad gingival; en 31,2% se detectó caries no tratadas. 25% de los atletas había perdido al menos un diente, y 14,5% de estos niños recibió una recomendación urgente de tratamiento odontológico (*Fernandez et al., 2016*).

2.6.2 Síndrome de Down.

El síndrome de Down es un trastorno asociado a trisomía del cromosoma 21. Es la causa genética más frecuente de discapacidad intelectual. Su incidencia es de 1 en 600 nacidos vivos. Clínicamente, se caracterizan por tener estatura baja, hipotonía muscular, braquicefalia, espacio aumentado entre los ojos, clinodactilia, pliegue palmar único, alteraciones visuales (40-50%), cardiopatía congénita (40-50%) y disfunción tiroidea (4-18%) (*Welbury et al., 2012*).

Niños con Síndrome de Down tienen un inicio temprano de enfermedad periodontal, y una mayor severidad de gingivitis. Estudios realizados en niños con síndrome de Down muestran que tienen peores condiciones de higiene oral y mayor inflamación gingival (*Oredugba, 2007; Morinushi et al., 2006*).

Una encuesta realizada a padres de niños con Síndrome de Down en Bélgica, mostró que el 66% de los niños había asistido a dentista en los últimos seis meses, de los cuales un 64% recibió examen dental. 83% de los padres manifiestan satisfacción por el dentista que atiende a sus hijos y las características que más valoran en dicho profesional es que sea amable y tranquilizador. Los niños menores de 10 años son los que necesitan mayor asistencia en la realización de cepillado dental (*Descamps y Marks, 2015*).

2.6.3 Oncológicos.

El cáncer es la segunda causa más común de mortalidad en niños en Estados Unidos, después de los accidentes. La tasa de incidencia anual en Estados Unidos es de 7300 niños con cáncer entre cero y 14 años de edad. El diagnóstico temprano y los avances en medicina han mejorado significativamente los resultados del tratamiento, lo que se ha reflejado en mayores tasas de supervivencia. Sin embargo, este progreso ha sido a expensas de una mayor incidencia de efectos secundarios adversos, producto de terapias antineoplásicas más agresivas. (Casamassimo et al., 2013).

Los tratamientos oncológicos de quimioterapia y/o radioterapia a menudo conducen a secuelas agudas y a largo plazo en la cavidad oral: mucositis, disfunción de glándulas salivales, xerostomía, aumento del riesgo de enfermedades periodontales, caries, alteraciones en el gusto, infecciones bacterianas y fúngicas. Además, según la etapa del desarrollo en que se encuentre el niño, se pueden provocar alteraciones del desarrollo en los dientes. Por lo tanto, la consulta dental en un paciente recién diagnosticado se debe hacer lo antes posible para que la atención esté completa antes de que comience la terapia contra el cáncer (Foster, 2005).

2.6.4 Parálisis Cerebral.

La parálisis cerebral corresponde a un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y postura que causan limitación de la actividad, determinados por una lesión cerebral de carácter no progresivo que ocurre en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. Los trastornos motores de la parálisis cerebral a menudo se acompañan de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos, de conducta o convulsivos. Su prevalencia mundial se encuentra aproximadamente entre 2 y 3 por cada mil nacidos vivos (Sehrawat et al., 2014; Robaina-Castellanos et al., 2007).

Estudios realizados en niños con parálisis cerebral coinciden en que el índice de caries es bajo. Sin embargo, en este grupo predominan las maloclusiones severas (mordida abierta anterior), gingivitis moderada, lesiones de mucosa bucal y desgastes dentarios que comprometen dentina (Valdés et al., 2014; Du et al., 2010).

2.6.5. Trastorno de espectro autista.

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de complejos trastornos del desarrollo. Este término abarca afecciones tales como el autismo, el trastorno desintegrador infantil y el síndrome de Asperger. Estos trastornos se caracterizan por dificultades en la comunicación y la interacción social, y por un repertorio de intereses y actividades restringido y repetitivo (Ministerio de Salud, 2011). Según estimaciones, un niño de cada 160 padece de TEA. El autismo es generalmente diagnosticado por primera vez en la infancia. Es tres a cuatro veces más frecuente en niños que en niñas (*American Psychiatric Association*, 2016). Sus múltiples problemas médicos y de comportamiento hacen difícil el tratamiento odontológico. Las personas con TEA no presentan manifestaciones bucales exclusivas debido a su condición, sin embargo, sus patrones de comportamiento y politerapias pueden tener impacto en su salud general (Krämer et al., 2015). Debido a su tendencia de adherirse a rutinas, los niños con TEA pueden requerir varias visitas odontológicas para adaptarse al ambiente del box odontológico (McDonald et al., 2014).

No se relatan diferencias en la prevalencia de caries en niños con TEA en relación a otros niños, siempre que no existan otras condiciones médicas subyacentes. Sin embargo, se describe más biofilm y gingivitis en comparación con registros de niños sin TEA. Los motivos suelen estar relacionados con las familias y cuidadores, ya que muchos niños y

adolescentes con TEA dependen de la ayuda de otros para realizar su higiene oral (Wright y Kupietzky, 2014).

2.7 Situación en Chile.

Con el objetivo de aumentar el acceso a la atención odontológica y acciones de prevención y promoción en salud bucal de las personas en situación de discapacidad, SENADIS y Universidad de Chile firmaron un convenio para realizar el “Programa de Prevención y Promoción de la Salud en personas con discapacidad”. Este programa consistió en la realización de cursos teórico prácticos de cuidados especiales odontológicos en personas en situación de discapacidad, para odontólogos, asistentes dentales y familias a nivel nacional, entre los años 2014 a 2016. Dentro de este contexto, se desarrolló un Manual de Cuidados Especiales en Odontología: “Atención odontológica de personas en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en salud” como complemento a los cursos de capacitación realizados (Krämer et al., 2015).

Por otra parte, el año 2012, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) implementó un programa piloto de atención para personas en situación de discapacidad. Este programa es conocido como Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) Odontológicas, el cual permite a pacientes de escasos recursos acceder a atención dental, ya sea en sillón o bajo anestesia general, con un costo reducido, de acuerdo a su nivel de ingresos. El objetivo de este programa es reorientar la atención a nivel secundario, focalizar la atención de especialistas en estas nuevas prestaciones, entregar un aporte financiero más real a los establecimientos de salud y brindar servicios de salud de mejor calidad. En relación a la atención odontológica a pacientes con necesidades especiales de atención en salud, el PPV contempla tres tipos de tratamientos:

- Prevención odontológica del niño discapacitado.
- Atención odontológica en sillón a niño discapacitado.
- Atención odontológica en pabellón a niño discapacitado.

Los criterios de inclusión generales son: ser beneficiario de FONASA, menor de 19 años 11 meses y 29 días, que la condición de discapacidad por comportamiento o condición de salud impida su atención en atención primaria de salud. (Departamento Odontológico. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, 2012).

También en el año 2012, el Ministerio de Salud implementó la Guía Clínica “Salud oral integral para menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología” la que está dirigida a asistentes dentales, odontólogos generales o especialistas con experiencia en la atención de personas que requieren cuidados especiales en salud. Esta guía entrega recomendaciones para la atención de este grupo de personas, basadas en la mejor evidencia disponible (Ministerio de Salud, 2012). En esta guía clínica se reconoce la falta de estudios nacionales en relación a prevalencia y necesidad de tratamiento de pacientes con necesidades especiales.

Por esta razón resulta necesario desarrollar un estudio descriptivo en niños que requieren cuidados especiales de atención en salud atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, con el fin de caracterizar el tipo de atención realizada en este grupo de pacientes y de esta forma contribuir con información objetiva que permita orientar las políticas públicas a nivel nacional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Caracterizar la atención odontológica de pacientes que requieren cuidados especiales en salud atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2005 a 2012.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar qué tratamiento odontológico necesitan los pacientes que requieren cuidados especiales en salud.
- Identificar el motivo de consulta de pacientes que requieren cuidados especiales en salud.
- Determinar técnicas de manejo de comportamiento utilizadas en la atención odontológica de niños que requieren cuidados especiales en salud.
- Determinar estado del tratamiento odontológico de niños que requieren cuidados especiales en salud.
- Relacionar técnicas de manejo de comportamiento utilizadas con la evaluación de la experiencia odontológica previa.
- Determinar presencia de caries, presencia de trauma, índice de higiene oral y tipo de oclusión. Relacionar estas variables con el tipo de necesidad especial.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo (Burgos Rodríguez, 1998).

4.2 Población objetivo

Niños con necesidades especiales de atención en salud que requieran de tratamiento odontológico.

4.3 Población muestreada

Niños con necesidades especiales que acuden a la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso y que tienen la posibilidad de participar en el estudio.

4.4 Muestra

No se dispone de muestra aleatoria sino que se trabajó con la totalidad de la población muestreada.

4.5 Unidad de estudio

Historias clínicas de pacientes con necesidades especiales atendidos en Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2005 a 2012.

4.6 Criterios de inclusión

Fueron incluidas en este estudio las fichas de pacientes con necesidades especiales que presentaron las siguientes características:

- Historias clínicas de pacientes menores de 18 años 11 meses.
- Historias clínicas de pacientes atendidos entre 2005 y 2012.
- Historias clínicas de pacientes en situación de discapacidad intelectual, cognitiva, del desarrollo o física que no tienen la habilidad de comprender, asumir responsabilidades o de cooperar con las prácticas de prevención en salud bucal: niños con síndrome de Down, trastorno generalizado del desarrollo, discapacidad intelectual, parálisis cerebral, pacientes oncológicos con secuelas motoras producto de su tratamiento y otros síndromes genéticos.
- Historias clínicas con registros clínicos completos.
- Historias clínicas que registren como mínimo tres sesiones de tratamiento odontológico y que tengan continuidad y regularidad en su asistencia: menos de 6 meses de diferencia entre una sesión de atención y otra.

4.7 Criterios de exclusión

Fueron excluidos de este estudio las fichas de pacientes con necesidades especiales que presentaron las siguientes características:

- Pacientes mayores de 19 años.
- Historias clínicas de pacientes con patologías sistémicas de base que no tengan implicancia en acciones de prevención, promoción y actividades recuperativas en salud bucal.
- Historias clínicas incompletas: ausencia en el registro de edad y/o tipo de necesidad especial.
- Historias clínicas que se encuentren duplicadas.
- Historias clínicas que registren una o dos sesiones de atención odontológica.
- Historias clínicas que registren falta de continuidad en el tratamiento: más de 6 meses de diferencia entre una sesión de atención y otra.

4.8 Recolección de datos

Se realizó mediante la revisión del registro electrónico de pacientes de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente, desde el cual se identificó las historias clínicas de pacientes con necesidades especiales de atención en salud. Para complementar esta información, se realizó una revisión manual de los archivadores de historias clínicas de odontopediatría (ODP), traumatismo dentoalveolar (HC) y ortodoncia (ORT) desde el año 2005 a 2012. La revisión de estos registros clínicos se realizó dentro de las dependencias de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso.

La ficha clínica utilizada en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso cuenta con una primera hoja de registro de datos personales y anamnesis sistémica, en la cual se detallan las condiciones médicas del paciente. Este registro fue el revisado para realizar la primera selección de fichas clínicas, para posteriormente aplicar los criterios de inclusión antes descritos.

En base a las variables operacionales definidas, se confeccionó una planilla en Microsoft Excel 2013 en la cual se procesaron y tabularon los datos. Se identificó a los pacientes sólo con el número de ficha, omitiendo datos personales con el fin de resguardar la confidencialidad del paciente.

Se analizaron de forma individual las siguientes variables: edad, género, tipo de necesidad especial, motivo de consulta, experiencia odontológica previa, evaluación de la experiencia odontológica previa, presencia de caries, presencia de trauma, índice de higiene oral, tipo de oclusión, plan de tratamiento odontológico, técnicas de manejo del comportamiento utilizadas, estado de tratamiento odontológico.

Además, se establecieron relaciones entre las siguientes variables: presencia de caries según tipo de necesidad especial, índice de higiene oral según tipo de necesidad especial, tipo de oclusión según necesidad especial, técnicas de manejo del comportamiento utilizadas según la evaluación de la experiencia odontológica previa.

4.9 Análisis estadístico

Los análisis estadísticos fueron realizados en el Software Stata (*StataCorp*, 2015). Los resultados obtenidos se presentarán de manera descriptiva en tablas de frecuencia y gráficos.

4.10 Variables

Tabla I. Descripción de variables del estudio. Se incluye definición operacional, valores y tipo de variable.

Variable	Definición operacional	Valores	Tipo de variable
Edad	Número de años cumplidos. Registrado en ficha única de admisión: datos personales.	0 – 18 años 11 meses	Cuantitativa Continua
Género	Apariencia externa según características físicas. Registrado en ficha única de admisión: datos personales.	0: Femenino 1: Masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Motivo de consulta	Fundamento categorizado de manera global por el cual el paciente consultó. Registrado en ficha única de admisión: datos personales, según el relato del acompañante.	0: Dolor 1: Función 2: Estética 3: Ortodoncia 4: Periodontal 5: Caries 6: Control 7: Otro 8: Sin información	Cualitativa Nominal
Necesidad especial	Categorización global del tipo de necesidad especial que presenta el paciente. Registrado en ficha única de admisión: anamnesis sistémica.	0: Síndrome de Down 1: Trastorno espectro autista 2: Discapacidad intelectual 3: Parálisis cerebral 4: Otros síndromes genéticos	Cualitativa Nominal

(Continúa)

(Continuación)

Variable	Definición operacional	Valores	Tipo de variable
Experiencia odontológica previa	Historia de atención dental pasada, según relato del acompañante. Registrado en ficha única de admisión: antecedentes generales.	0: Si 1: No 9: Sin información	Cualitativa Nominal
Evaluación de experiencia odontológica previa	Valoración de la historia dental pasada, según relato del acompañante. Registrado en ficha única de admisión: antecedentes generales.	0: Mala 1: Regular 2: Buena 9: Sin información	Cualitativa Ordinal
Presencia de caries	Presencia de lesión o cavitación, activa o detenida, diagnosticada clínicamente. Registrado en historia clínica: dentograma.	0: No 1: Si 9: Sin información	Cualitativa Nominal
Higiene oral	Presencia de depósitos blandos y duros en las superficies dentarias, según Índice de higiene oral de Green Vermillion modificado. Registrado en historia clínica: Análisis de riesgo cariogénico	0: Bajo: 0 – 20% 1: Moderado: 21– 50% 2: Alto: 51% o más 9: Sin información	Cualitativa Ordinal
Presencia de trauma	Diagnóstico de traumatismo dentoalveolar según clasificación de Andreasen & Andreasen. Registrado en historia clínica: dentograma – diagnóstico definitivo.	0: Infracción 1: FCNC 2: FCC 3: FCRNC 4: FCRC 5: FR 6: Concusión 7: Subluxación 8: Intrusión 9: Luxación extrusiva 10: Luxación lateral 11: Avulsión 12: Lesión de tejidos blandos	Cualitativa Nominal

(Continúa)

(Continuación)

Variable	Definición operacional	Valores	Tipo de variable
Necesidad de tratamiento	Tipo de tratamiento odontológico que requiere el paciente. Registrado en historia clínica: tratamiento	0: Preventivo 1: Periodoncia 2: Operatoria 3: Endodoncia 4: Ortodoncia 5: Cirugía 6: Prótesis	Cualitativa Nominal
Técnica de manejo de comportamiento	Conjunto de técnicas de manejo de comportamiento utilizadas durante la atención odontológica. Registrado en: registro de acciones clínicas realizadas.	0: Convencionales – No farmacológicas 1: Estabilización protectora 2: Óxido nitroso 3: Derivación anestesia general	Cualitativa Ordinal
Estado de tratamiento	Condición en la cual se encuentra el tratamiento odontológico del paciente, según la última evolución registrada en ficha clínica. Registrado en: registro de acciones clínicas realizadas.	0: En tratamiento 1: Tratamiento terminado 2: Tratamiento no terminado 3: Derivado 9: Sin información	Cualitativa Nominal

Con respecto a la variable Necesidad de tratamiento, se incluyen:

- Preventivo: instrucción de higiene, asesoramiento dietético, aplicación de sellante, aplicación de flúor barniz y prescripción de pasta fluorada.
- Periodoncia: profilaxis, destartraje, pulido radicular.
- Operatoria: resina preventiva y obturación.
- Endodoncia: trepanación, pulpotomía, pulpectomía, tratamiento de diente gangrenado, medicación con hidróxido de calcio (en dentición temporal y/o permanente)
- Ortodoncia: ortodoncia interceptiva, ortodoncia correctiva.
- Cirugía: exodoncias.
- Prótesis: prótesis removibles.

Con respecto a las técnicas de manejo del comportamiento, se definió como técnicas convencionales no farmacológicas a las siguientes: desensibilización, decir mostrar hacer, modelado, refuerzo positivo, control de voz, comunicación no verbal, distracción, presencia/ausencia de padres.

RESULTADOS

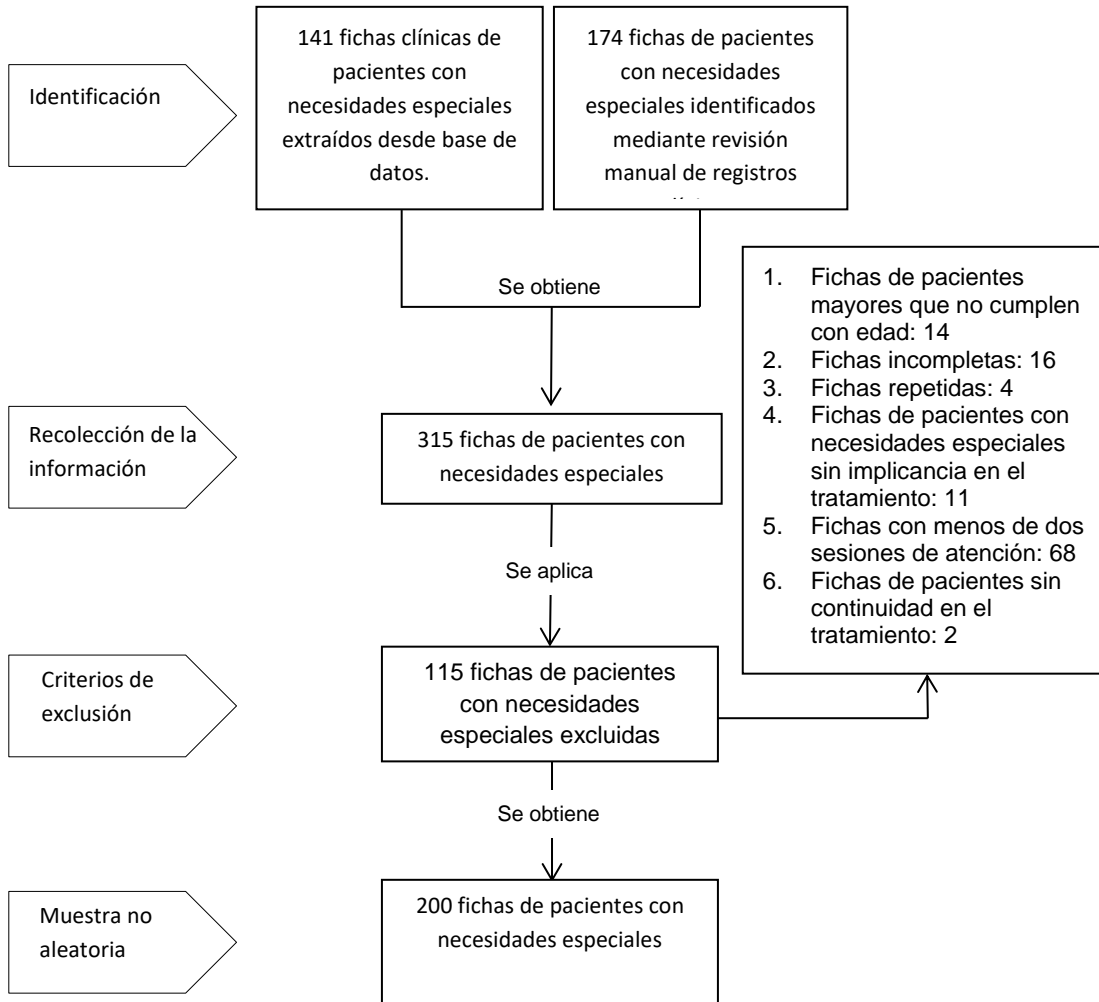


Figura 1. Diagrama de flujo recolección de la información

Entre los registros clínicos revisados en el periodo en estudio 2005 a 2012, se identificó un total de 315 fichas clínicas de pacientes que requieren cuidados especiales de atención en salud: 141 fueron obtenidas desde el listado de pacientes con necesidades especiales de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente y 174 registros clínicos se incorporaron de forma adicional al realizar una revisión manual. Al aplicar los criterios de exclusión, se descartó un total de 115 fichas, por lo cual la muestra no aleatoria fue conformada por 200 historias clínicas.

Las 200 fichas clínicas corresponden a 200 niños que requieren cuidados especiales de atención en salud, de los cuales 63,5% (127 pacientes) son de género masculino y 36,5% (73 pacientes) de género femenino. El rango de edad de los pacientes que requieren cuidados especiales en salud que ingresaron a tratamiento odontológico fue de uno a 18 años de edad, con un promedio de 8,8 años (DS: 4,2) (Tabla II).

Tabla II. Distribución porcentual y de frecuencia de pacientes que requieren cuidados especiales en salud, según género y edad.

Género	Cantidad de pacientes	Porcentaje	Promedio	Edad	
				Desviación Estándar	Mediana
Femenino	73	36,5	9,4	4,7	9
Masculino	127	63,5	8,4	3,9	8
Total	200	100,0	8,8	4,2	8

Con respecto al tipo de necesidad especial, 33% presentó trastorno espectro autista (TEA); 17,5% parálisis cerebral; 16% oncológicos; y 15,5% síndrome de Down. (Tabla III).

Tabla III. Distribución porcentual y de frecuencia de pacientes según tipo de necesidad especial.

Tipo de necesidad especial	Total	
	Cantidad de pacientes	Porcentaje
(1) Síndrome de Down	31	15,5
(2) TEA	66	33,0
Discapacidad intelectual	23	11,5
Oncológico	32	16,0
Parálisis cerebral	35	17,5
Otros síndromes genéticos	11	5,5
(1) y (2)	2	1,0
Total	200	100,0

Del total de pacientes con TEA, un 87,8% corresponden al género masculino. De los pacientes con síndrome de Down, un 77,4% son de género masculino. En los pacientes con discapacidad intelectual no asociada a síndrome, un 69,6% representa al género femenino (Tabla IV – Figura 2).

Tabla IV. Distribución porcentual y de frecuencia de pacientes según género y tipo de necesidad especial.

Necesidad especial	Femenino		Masculino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
(1) Síndrome de Down	7	22,6	24	77,4	31	100,0
(2) TEA	8	12,2	58	87,8	66	100,0
Discapacidad intelectual	16	69,6	7	30,4	23	100,0
Oncológico	16	50,0	16	50,0	32	100,0
Parálisis cerebral	20	57,1	15	42,9	35	100,0
Otros síndromes	6	54,5	5	45,5	11	100,0
(1) y (2)	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Total	73	36,5	127	63,5	200	100,0

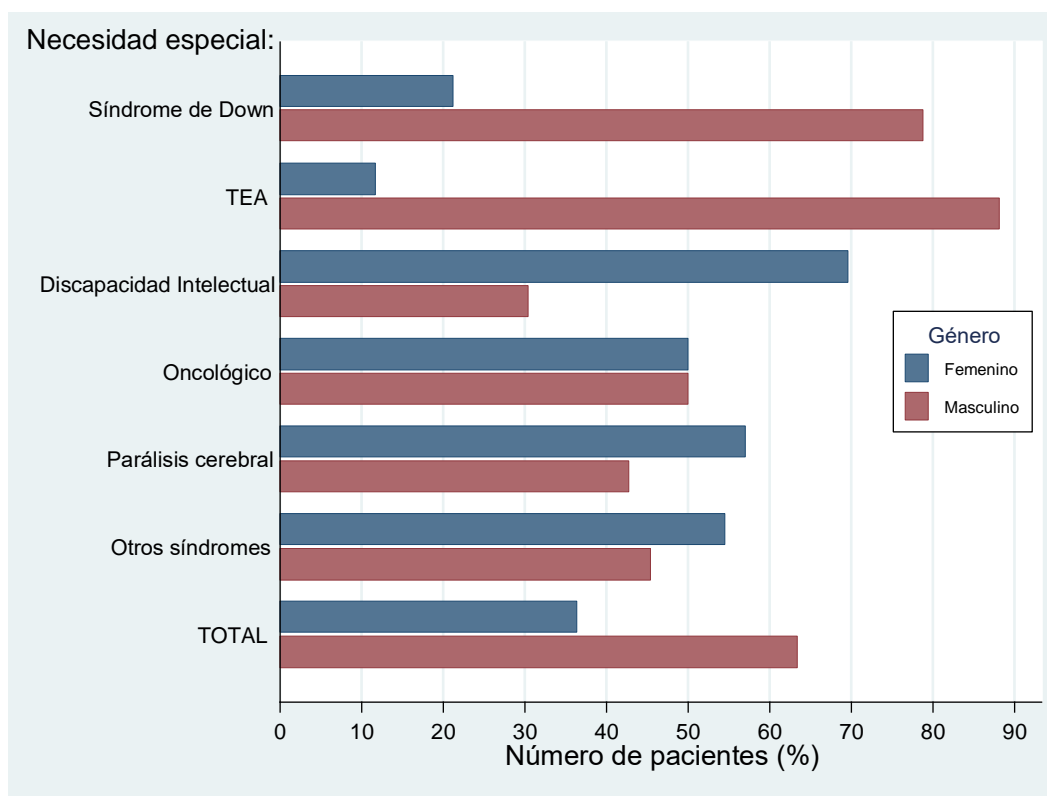


Figura 2. Distribución porcentual de pacientes según género y tipo de necesidad especial.

Con respecto al motivo de consulta de los pacientes que requieren cuidados especiales en salud, hubo 188 registros en las fichas clínicas. Se determinó que el principal motivo de consulta fue “control” con un 34,6%, seguido por el motivo de consulta “caries” con un 32,9% (Tabla V).

Tabla V. Distribución porcentual y de frecuencia de motivos de consulta de pacientes que requieren cuidados especiales en salud.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	24	12,8
Estética	5	2,6
Ortodoncia	2	1,1
Periodontal	3	1,6
Caries	62	32,9
Control	65	34,6
Otra	27	14,4
Total	188*	100,0

*12 historias clínicas no registraron el motivo de consulta por el cual paciente acude a la Clínica.

En un 77,5% de las fichas clínicas revisadas se registró la experiencia odontológica del paciente. De estas, un 70,9% tuvo antecedentes de atención dental previa.

Un 91,8% de las fichas clínicas revisadas registro la evaluación de la experiencia odontológica previa. De estas, un 68,3% la califica entre mala y regular, mientras que un 31,7% relata una buena experiencia dental previa (Tabla VI).

Tabla VI. Distribución porcentual y de frecuencias de: a) experiencia odontológica previa y b) evaluación de experiencia dental previa.

Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
a) Experiencia odontológica previa		
No	45	29,1
Sí	110	70,9
Total	155*	100,0
b) Evaluación experiencia dental previa		
Mala	42	41,6
Regular	27	26,7
Buena	32	31,7
Total	101**	100,0

*45 historias clínicas no incluyeron el registro de la experiencia odontológica previa del paciente.

**9 historias clínicas no incluyeron la evaluación de la experiencia odontológica previa.

En relación a la presencia de caries, se encontraron 191 registros clínicos con esta información, de los cuales un 68,1% presenta caries. Con respecto a traumatismo dentoalveolar, en un 14% de los pacientes hubo antecedente de este tipo de lesiones (Tabla VII).

Tabla VII. Distribución porcentual y de frecuencia de: a) presencia de caries y b) presencia de trauma.

Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
a) Presencia de caries		
No	61	31,9
Sí	130	68,1
Total	191*	100,0
b) Presencia de trauma		
No	172	86,0
Sí	28	14,0
Total	200	100,0

*9 historias clínicas no incluyeron el registro de presencia de caries.

No se pudo realizar los cálculos correspondientes con respecto al Índice de higiene oral y tipo de oclusión, ya que no hubo registros clínicos suficientes: 6,5% de las fichas clínicas analizadas registraron el índice de higiene oral; 10,5% de las fichas clínicas analizadas registraron el tipo de oclusión.

Al relacionar tipo de necesidad especial y presencia de caries, se observa que un 87,1% de los pacientes oncológicos tiene presencia de caries, al igual que un 81,8% de pacientes con otros síndromes genéticos, y un 70% de pacientes con parálisis cerebral (Tabla VIII – figura 3).

Tabla VIII. Distribución porcentual y de frecuencia de presencia de caries según tipo de necesidad especial.

Necesidad especial	Presencia de caries					
	No		Sí		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
(1) Síndrome de Down	11	35,5	20	64,5	31	100,0
(2) TEA	26	40,0	39	60,0	65	100,0
Discapacidad intelectual	8	38,1	13	61,9	21	100,0
Oncológico	4	12,9	27	87,1	31	100,0
Parálisis cerebral	9	30,0	21	70,0	30	100,0
Otros síndromes genéticos	2	18,1	9	81,8	11	100,0
(1) y (2)	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Total	61	31,9	130	68,1	191	100,0

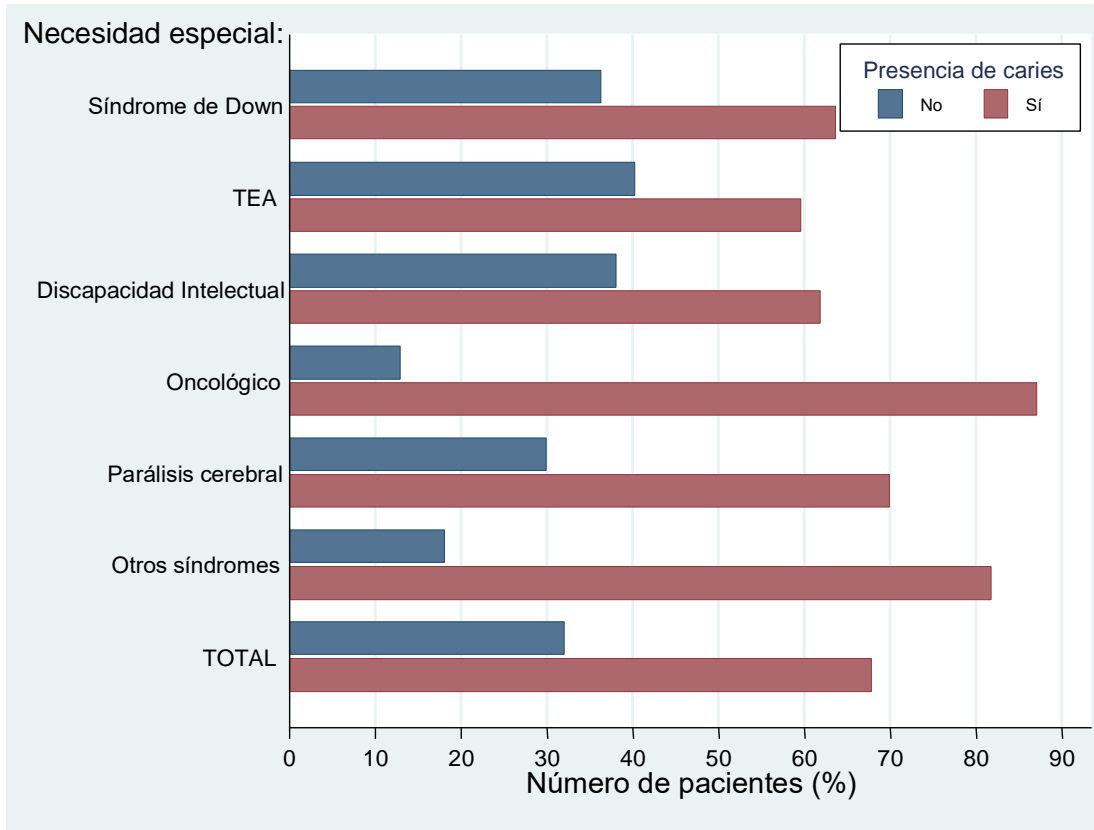


Figura 3. Distribución porcentual de pacientes según presencia de caries y tipo de necesidad especial.

En la tabla IX se observa el plan de tratamiento odontológico realizado en pacientes que requieren cuidados especiales en salud. El 96,5% (193 pacientes) de los pacientes necesitó tratamiento preventivo, el 78,5% (157 pacientes) tratamiento periodontal; el 65% (130 pacientes) tratamiento de operatoria (Tabla IX – figura 4).

Tabla IX. Distribución porcentual y de frecuencia del tipo de tratamiento odontológico planificado.

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
a) Prevención		
No	7	3,5
Si	193	96,5
Total	200	100,0
b) Periodoncia		
No	43	21,5
Si	157	78,5
Total	200	100,0
c) Operatoria		
No	70	35,0
Si	130	65,0
Total	200	100,0
d) Endodoncia		
No	162	81,0
Si	38	19,0
Total	200	100,0
e) Ortodoncia		
No	197	98,5
Si	3	1,5
Total	200	100,0
f) Cirugía		
No	146	73,0
Si	54	27,0
Total	200	100,0
g) Prótesis		
No	197	98,5
Si	3	1,5
Total	200	100,0

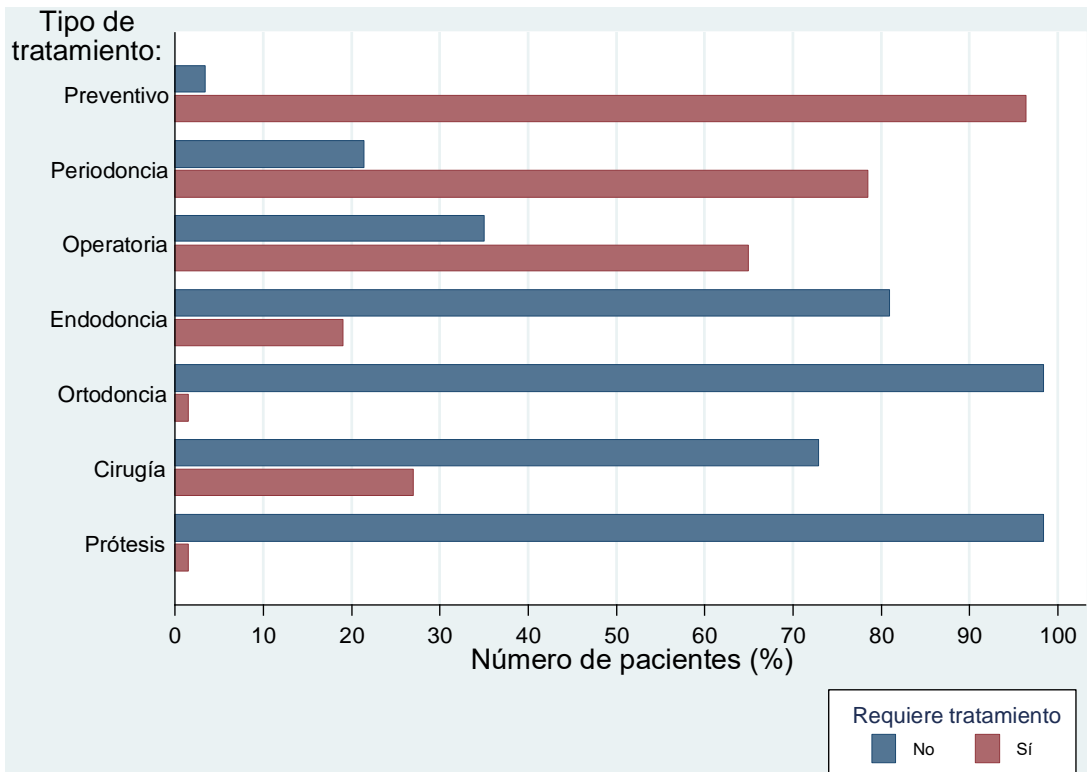


Figura 4. Distribución porcentual del número de pacientes según tipo de tratamiento odontológico.

En relación a las técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en pacientes que requieren cuidados especiales en salud, en un 28,5% (57 pacientes) se utilizaron técnicas combinadas. En un 96,5% (193 pacientes) de los pacientes se utilizó técnicas de manejo convencionales, sin fármacos (Tabla X – figura 5).

Tabla X. Distribución porcentual y de frecuencias de pacientes según técnicas de manejo del comportamiento utilizadas.

Técnicas de manejo del comportamiento		Frecuencia	Porcentaje
a) Convencionales sin fármacos	No	7	3,5
	Sí	193	96,5
	Total	200	100,0
b) Estabilización protectora	No	168	84,0
	Sí	32	16,0
	Total	200	100,0
c) Sedación inhalatoria	No	176	88,0
	Sí	24	12,0
	Total	200	100,0
d) Anestesia General	No	189	94,5
	Sí	11	5,5
	Total	200	100,0

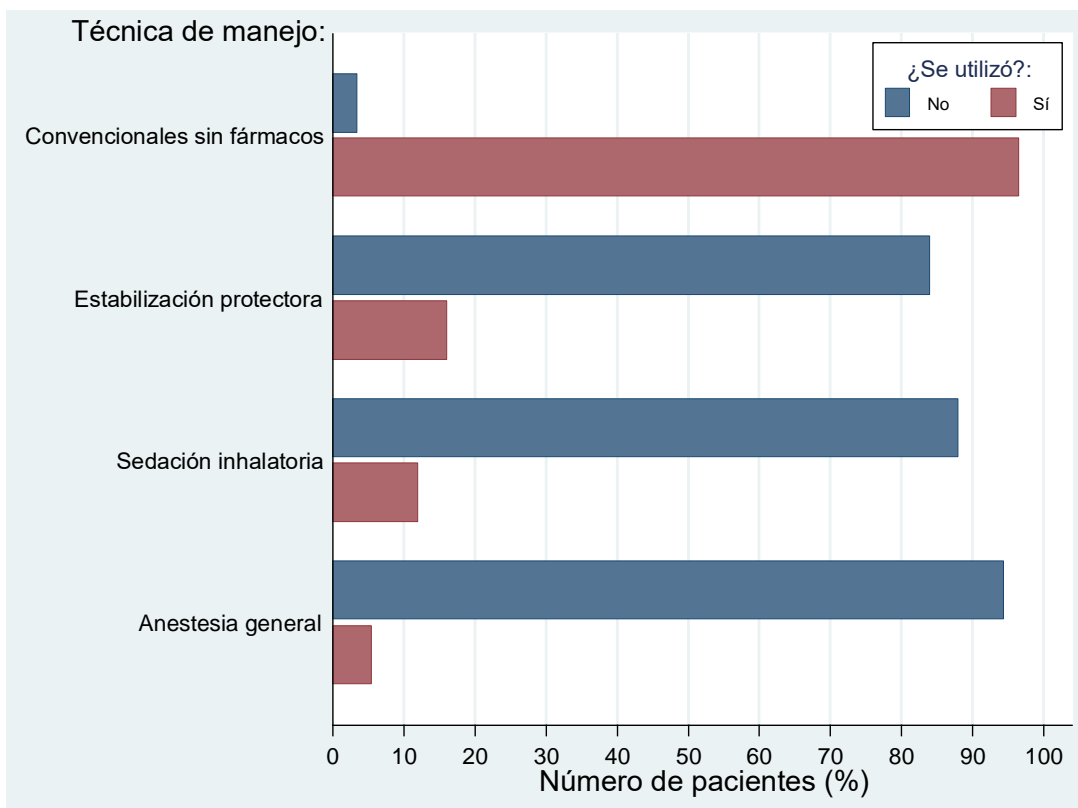


Figura 5. Distribución porcentual de pacientes según técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en la atención odontológica.

En la tabla N° XI se relaciona las técnicas de manejo del comportamiento utilizadas con la experiencia odontológica previa. Del total de pacientes que requirieron técnicas de manejo del comportamiento combinadas y más complejas (37 pacientes), el 56,8% correspondió a pacientes con antecedentes de mala experiencia odontológica previa (21 pacientes) (Tabla 12).

Tabla XI. Distribución de frecuencia de pacientes según técnicas de manejo del comportamiento utilizadas y evaluación de experiencia odontológica previa (C: Convencionales; EP: estabilización protectora; SI: sedación inhalatoria; AG: anestesia general)

Técnicas de manejo	Experiencia odontológica previa							
	Mala		Regular		Buena		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
C	20	31,8	21	33,3	22	34,9	63	100,0
C – EP	8	61,5	2	15,4	3	23,1	13	100,0
C – EP – SI	4	80,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0
C – SI	6	46,2	3	23,0	4	30,8	13	100,0
C – AG	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100,0
Total	41		27		32		100*	100,0

*1 historia clínica no registró el tipo de técnica de manejo del comportamiento utilizado.

Con respecto al estado de tratamiento odontológico de niños que requieren cuidados especiales en salud, en un 83,9% (167 pacientes) el tratamiento fue terminado y en 6 % (12 pacientes) se realizó su derivación para poder completar el tratamiento odontológico integral (Tabla XII).

Tabla XII. Distribución porcentual y de frecuencias de pacientes según estado de tratamiento odontológico

Estado de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento terminado	167	83,9
Tratamiento no terminado	20	10,1
Derivado	12	6,0
Total	199*	100,0

*1 historia clínica no registró el estado de tratamiento odontológico del paciente.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo caracterizar la atención odontológica de un grupo de niños menores de 18 años 11 meses que requieren cuidados especiales atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso. Esta clínica se caracteriza por ser un centro de derivación a nivel regional y nacional de pacientes odontopediátricos. Se brinda atención a niños con traumatismo dentoalveolar, urgencias, manejo del comportamiento, adaptación a la atención odontológica y necesidades especiales. El objetivo de realizar este estudio es poder contribuir con información en relación a prevalencia, diferencias por género y edad, motivos de consulta, necesidad de tratamiento, técnicas de manejo de comportamiento utilizadas y estado del tratamiento odontológico de este grupo de pacientes.

Los niños con necesidades especiales en salud incluidos en este estudio fueron todos aquellos que no tenían la habilidad de comprender, asumir responsabilidades o de cooperar con las prácticas de prevención en salud bucal, significando así una barrera para proveer de atención odontológica. Del total de niños analizados, el 50,0% presentó discapacidad intelectual asociada a su diagnóstico: síndrome de Down, discapacidad intelectual, parálisis cerebral y otros síndromes genéticos. Con respecto a los pacientes con TEA, el 87,8% de los niños con este diagnóstico fueron de género masculino. En una revisión sistemática y metaanálisis que evalúa el estado de salud oral de pacientes con TEA, el número de hombres resultó ser más alto con respecto al de mujeres en todos los análisis (da Silva *et al.*, 2016). Esto se correlaciona con la literatura, en la cual se reporta que existe una mayor prevalencia de TEA en hombres, con una relación de 5:1 con respecto a mujeres (Elsabbagh *et al.*, 2012).

Con respecto a los motivos de consulta, la mayoría de los pacientes analizados en este estudio consultó inicialmente por caries o control. Estos resultados difieren con los encontrados en un artículo brasileño publicado el año 2012, en el cual el principal motivo de consulta es por derivación del médico pediatra, seguido por caries y prevención (Salles *et al.*, 2012). De las historias clínicas incluidas en el presente estudio no existieron consultas iniciales que relataran derivación del médico tratante, a pesar de que todos los niños se encontraban en control periódico, lo cual nos demuestra que es necesario trabajar en generar un vínculo más estrecho entre la odontopediatría y medicina. Otras condiciones de salud pueden parecer más importantes que la salud oral, especialmente cuando la relación entre salud oral y salud general no está bien comprendida (Barnett, 2006). La falta de conciencia y conocimiento de padres y médicos puede impedir que una persona con necesidades especiales busque atención odontológica preventiva (Shenkin *et al.*, 2001) la cual es necesaria de incorporar en etapas tempranas para cautelar la adaptación del paciente. Continuando con el análisis de las consultas iniciales, el motivo de consulta "otros" ocupó el tercer lugar con un 14,4% e incluyó traumatismo dentoalveolar, bruxismo, recambio dentario y supernumerarios. El motivo de consulta "dolor" fue el cuarto en frecuencia, con un 12,8%. Esto se puede explicar ya que el dolor es una experiencia sensorial y emocional subjetiva. Cada individuo lo valora a través de la experiencia relacionada con lesiones pasadas. En niños que requieren cuidados especiales en salud que presentan dificultad en la comunicación, no expresan el dolor en palabras o de forma directa, por lo cual es necesario interpretar su conducta, gestos y variaciones en actividades de la vida diaria para poder valorar el dolor y su intensidad (Koch y Poulsen, 2011). En los pacientes que acuden por motivo de consulta "control", la motivación es principalmente por conseguir una evaluación del estado de salud bucal del niño, lograr un buen acercamiento a la experiencia dental, adaptarse adecuadamente a la

atención, y en caso de no tener patologías bucales asociadas, tomar las medidas preventivas para poder mantenerlo sano.

La experiencia dental previa de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta es un antecedente importante a valorar al realizar la anamnesis. En el presente estudio, el 70,9% de los niños que recibieron atención en la clínica relató tener historia odontológica previa. De estos, 41,6% la calificó como mala y 26,7% como regular; es decir un 68,3% califica su experiencia odontológica previa como negativa. Además, la ejecución del tratamiento en niños con experiencia previa negativa requirió la utilización de técnicas de manejo del comportamiento combinadas y más complejas: estabilización protectora, sedación inhalatoria y/o derivación a anestesia general. Estudios realizados en pediatría indican que niños con experiencias médicas previas negativas demuestran más malestar conductual y angustia que aquellos que han tenido experiencias neutras y/o positivas al momento de realizar toma de exámenes (Carr *et al.*, 1998; Dahlquist *et al.*, 1986). Estos antecedentes nos demuestran la importancia de utilizar todas las técnicas de manejo del comportamiento conocidas y de acuerdo a las características específicas de cada paciente; además de establecer prioridades en la atención, con el fin de que el niño se adapte de forma positiva al tratamiento dental y que este no sea traumático. Un factor que tiene gran relevancia en determinar que las primeras experiencias odontológicas sean positivas, es que el odontólogo tratante cuente con los conocimientos y experiencia necesaria para identificar cual es la mejor forma de atención para cada paciente en particular. Actualmente se ha observado que dentro de la formación curricular de las diferentes universidades chilenas que imparten la carrera de odontología, el 38% no entrega formación en atención de pacientes que requieren cuidados especiales, el 31% cuenta con al menos 10 horas y solo un 31% posee más de 10 horas de clases en esta materia. A nivel de postgrado, el 62% de los profesionales tiene formación en atención de pacientes que requieren cuidados especiales en salud (Krämer *et al.*, 2015). Esto nos muestra que los cirujanos dentistas recién egresados tienen poca experiencia teórica y práctica en relación a este tema, por lo cual es necesario implementar cambios a nivel de mallas curriculares en la formación de pregrado con la finalidad de contar con mejores herramientas al momento de su egreso. Por otro lado, demuestra la necesidad de que existan más odontólogos especialistas en el área de los cuidados especiales, sobre todo en atención primaria, la cual representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando atenciones ambulatorias equitativas y de calidad (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2016). Una atención odontológica de calidad requiere de un tiempo de atención más largo que el habitual, con el fin de lograr recabar la mayor cantidad de información con respecto a: historial médico, psicológico, dental y social del paciente, hospitalizaciones, cirugías, experiencia anestésica, medicamentos actuales, alergias y estado inmune, entre otros (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2012b). Además, es necesario realizar un examen clínico detallado y un plan de tratamiento individualizado, con la posibilidad de reevaluarlo y modificarlo si es que la condición el paciente lo requiere. Actualmente en nuestro país, el horario destinado a atenciones odontológicas en centros de atención primaria fluctúa entre 15 a 30 minutos por paciente, lo cual es un periodo breve si consideramos todos los antecedentes a evaluar mencionados anteriormente. Además, hay que tener en cuenta el tiempo que requiere el acondicionamiento del paciente para la realización de los tratamientos, el cual a menudo toma de varias sesiones con el fin de poder adaptarlo antes de proceder a ejecutar acciones de mayor complejidad. Así lo demuestra un estudio realizado en Chile el año 2013, en cual se determinó que se requiere de mayor tiempo clínico para atender a pacientes con discapacidad intelectual, debido a los cuidados adicionales que necesitan por sus limitaciones en el funcionamiento

intelectual y sus habilidades de adaptación (Sepúlveda, 2013).

Al analizar el estado de salud bucal de los niños que requieren cuidados especiales en salud incluidos en este estudio, sólo se pudo determinar la presencia de caries, la que fue de un 68,1% del total de pacientes analizados. Parámetros como índice ceo-d, índice COP-D, tipo de oclusión e índice de higiene oral del paciente no fueron posibles de determinar ya que los registros clínicos en relación a estos campos fueron insuficientes. Al analizar la presencia de caries según el tipo de necesidad especial, se determinó que la frecuencia fue alta, independiente del diagnóstico del paciente. Un 70% de los niños con parálisis cerebral analizados en este estudio presentó caries; esto difiere con lo reportado en la literatura disponible, en las cuales se determina que en este grupo de pacientes el índice de caries es bajo y predominan maloclusiones severas y problemas periodontales (Valdés *et al.*, 2014; Du *et al.*, 2010). Un estudio realizado en Santiago de Chile reveló resultados similares al obtenido en esta investigación, determinando una frecuencia de caries del 50,9% en pacientes con parálisis cerebral (Dóren, 2011). La alta prevalencia de caries encontrada en el presente estudio se relaciona con la realidad de nuestro país: Chile presenta altos índices de caries en los diferentes segmentos de la población; y si bien la prevalencia ha ido disminuyendo, aún las cifras indican que es necesario implementar medidas para mejorar estos índices.

Con respecto al plan de tratamiento efectuado por los odontólogos tratantes, en la totalidad de los pacientes se planificó algún tipo de tratamiento. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en India, en el cual en un 87,4% de los pacientes se determinó que existía necesidad de tratamiento (Jain *et al.*, 2008). En relación a los tipos de tratamientos planificados, en el 96,5% de los pacientes se planificó tratamientos preventivos: enseñanza de técnica de higiene oral, asesoramiento dietético, aplicación de sellantes, aplicación de flúor barniz y recomendación de pasta dental fluorada. Tratamientos de periodoncia y operatoria también tuvieron altos porcentajes de planificación. En el estudio realizado por Salles, los tratamientos más comunes fueron obturaciones (63%) y extracciones (47%). Hay que considerar que en dicho estudio, los pacientes que sólo requerían de tratamientos preventivos fueron incluidos en el grupo de pacientes que no necesitaron tratamiento (Salles *et al.*, 2012).

Los pacientes que requieren cuidados especiales en salud experimentan barreras de acceso a la atención odontológica: acceso físico, dificultad de establecer comunicación efectiva, ansiedad, miedo, malas experiencias previas, problemas económicos (Krämer *et al.*, 2015); por lo cual es necesario la realización de tratamientos integrales con un fuerte enfoque en la promoción y prevención y que involucren cambios en los estilos de vida con el fin de asegurar el éxito del tratamiento.

Al analizar las técnicas de manejo del comportamiento, en un 28,5% de los pacientes se utilizó combinación de distintos tipos de técnicas para realizar la atención odontológica. En el 96,5% de los pacientes se empleó técnicas de manejo del comportamiento convencionales sin fármacos, las que incluyen: desensibilización, decir mostrar hacer, modelado, refuerzo positivo, control de voz, comunicación no verbal, distracción, presencia/ausencia de padres (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2011; Roberts *et al.*, 2010). En un 16% de los pacientes fue necesario recurrir a estabilización protectora, la cual se realiza cuando existe prioridad de atención odontológica, generalmente determinada por situaciones de dolor o urgencia del paciente. Además, como protocolo de atención de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente y siguiendo las recomendaciones de la guía de manejo de pacientes con necesidades especiales de la AAPD (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2012b), cada vez que requerimos utilizar esta técnica de manejo, debemos contar con la firma del consentimiento informado. La

atención se realiza en un módulo de aislamiento con la madre, padre o cuidador del niño quien realiza la contención física y el acompañamiento. El procedimiento clínico siempre es realizado por dos residentes odontopediatras y una asistente capacitada. El estudio de pacientes con necesidades especiales realizado por Salles, reporta que en un 22% de los pacientes se utilizó restricción física (Salles et al., 2012). Siguiendo con el análisis de las técnicas de manejo del comportamiento, en 12% de los pacientes el tratamiento se llevó a cabo mediante la utilización de sedación inhalatoria con óxido nitroso, resultados similares al de un estudio español del año 2015, en el cual un 9,03% de los pacientes analizados fueron atendidos con esta técnica de manejo del comportamiento (Monteserin-Matesanz et al., 2015), mientras que Salles reportó un 5% de utilización de sedación inhalatoria (Salles et al., 2012). Por último, un 5,5% de los pacientes analizados en este estudio fue derivado a atención bajo anestesia general. En el estudio realizado por Salles, en un 18% se realizó atención con anestesia general (Salles et al., 2012). Los porcentajes de niños derivados a anestesia general son relativamente bajos, esto debido principalmente a que no contamos con acceso a pabellón ni con una red de derivación directa. Por este motivo, en la mayoría de los niños atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso se da énfasis en la atención ambulatoria mediante técnicas de manejo del comportamiento convencionales sin fármacos y sedación inhalatoria con óxido nitroso, ya que la realidad en Chile es que la atención bajo anestesia general es limitada, principalmente por las largas listas de espera existentes en el sistema público, y porque en el sistema privado los costos son elevados, reduciéndose a un porcentaje mínimo el número de pacientes que puede tener acceso a este tipo de atención.

En relación al estado de tratamiento odontológico, en un 83,9% de los niños se logró finalizar el tratamiento planificado. En un 16,1% de los pacientes el tratamiento no fue terminado: en 10,1% (20 pacientes) el tratamiento quedó inconcluso siendo uno de los principales motivos el ausentismo a las citas, y un 6% (12 pacientes) fueron derivados a atención hospitalaria, la mayoría a anestesia general, principalmente en pacientes que presentaron situaciones de urgencia o que requerían de tratamientos invasivos como operatoria y cirugía. En el sistema público existe el programa de “atención odontológica a niños discapacitados” incorporado al listado de prestaciones valoradas de FONASA, el cual ofrece tres tipos de prestaciones: actividades preventivas en sillón dental, tratamiento odontológico en sillón y tratamiento odontológico en pabellón bajo anestesia general. La selección de la modalidad de atención se realiza considerando las características de la discapacidad, la colaboración del paciente y del entorno, y el tipo y complejidad del tratamiento a realizar. La población objetivo son pacientes con necesidades especiales de atención en salud menores de 20 años, edad que es una limitante al momento de acceder a este programa, ya que las condiciones que presentan los pacientes son permanentes y no mejoran con la edad. Al contrario, se describe que con el transcurso de los años se van incrementando sus limitaciones, por lo cual se debería trabajar en ampliar las coberturas e incluir a todos los grupos etarios, con el fin de asegurar un acceso igualitario para las todas las personas, niños y adultos, que requieran cuidados especiales de atención en salud.

CONCLUSIONES

El estudio realizado ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

1. Las atenciones de niños menores de 18 años 11 meses que requieren cuidados especiales de atención en salud entre 2005 a 2012 se caracterizaron por ser más frecuentes en hombres, con un promedio de edad de 8,8 años. La necesidad especial más frecuente fue el trastorno de espectro autista.
2. Todos los niños analizados en este estudio presentaron una alta frecuencia de caries, independiente de su diagnóstico.
3. Los motivos de consulta más frecuentes de niños que requieren cuidados especiales que acuden a la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente fueron: "control" y "caries".
4. Los niños que tenían antecedentes de mala experiencia odontológica previa requirieron de técnicas de manejo del comportamiento combinadas y más complejas para la realización del tratamiento.
5. En la totalidad de los pacientes se realizó planificación de tratamiento odontológico, siendo los más frecuentes: tratamientos preventivos, de periodoncia y operatoria.
6. En la mayor parte de los niños analizados en este estudio fue frecuente la utilización de técnicas de manejo del comportamiento convencionales no asociadas a fármacos, mientras que la derivación a tratamiento en pabellón con anestesia general fue baja.
7. En la mayoría de los niños participantes en este estudio el tratamiento odontológico propuesto fue terminado.

RESUMEN

Introducción

Personas que requieren cuidados especiales en salud tiene una mayor demanda y necesidades insatisfechas de atención sanitaria. En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se reconoce que estas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud. En relación a tratamiento odontológico, los mayores requerimientos de atención están en relación a operatoria y exodoncias. El Ministerio de Salud cuenta con una guía orientatoria para atención odontológica de pacientes en situación de discapacidad publicada el año 2012, sin embargo, existen pocos estudios a nivel nacional que contribuyan con datos de prevalencia y necesidad de tratamiento de este grupo de pacientes.

Objetivos

Caracterizar la atención odontológica de niños menores de 18 años 11 meses que requieren cuidados especiales en salud atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2005 a 2012.

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el cual se analizará las historias clínicas de pacientes menores de 18 años 11 meses que requieren cuidados especiales en salud.

Resultados

Las atenciones se caracterizaron por ser más frecuentes en hombres (63,5%), siendo el trastorno de espectro autista la necesidad especial más prevalente (33%). El tratamiento fue terminado en 83,9% de los pacientes.

Conclusiones

Niños que requieren cuidados especiales de atención en salud pueden recibir atención odontológica integral de forma ambulatoria. Los pacientes que tienen antecedentes de mala experiencia dental previa requieren de técnicas de manejo del comportamiento avanzadas y más complejas para su atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altun, C., Guven, G., Akgun, O.M., Akkurt, M.D., Basak, F., Akbulut, E., 2010. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent* 4, 361–6.
- American Academy of Pediatric Dentistry, 2012a. Definition of Special Health Care Needs.
- American Academy of Pediatric Dentistry, 2012b. Guideline on management of dental patients with special health care needs.
- American Academy of Pediatric Dentistry, 2011. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient.
- American Association on Mental Retardation (Ed.), 2002. Mental retardation: definition, classification, and systems of supports, 10th ed. ed. American Association on Mental Retardation, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association, 2016. DSM-5 Development [WWW Document]. URL https://psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder?_ga=1.50557609.1455381495.1481742683 (accessed 12.14.16).
- Barbotte, E., Guillemin, F., Chau, N., 2001. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bull. World Health Organ.* 79, 1047–1055.
- Barnett, M.L., 2006. The oral-systemic disease connection. *J Am Dent Assoc* 137, 5S–6S.
- Burgos Rodríguez, R., 1998. Metodología de investigación y escritura científica en clínica., Tercera edición. ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Carr, T.D., Lemanek, K.L., Armstrong, F.D., 1998. Pain and fear ratings: clinical implications of age and gender differences. *J. Pain Symptom Manage.* 15, 305–313.
- Casamassimo, P., Fields, H., McTigue, D., Nowak, A., 2013. Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence, Fifth edition. ed. Elsevier.
- Cheak-Zamora, N.C., Thullen, M., 2016. Disparities in Quality and Access to Care for Children with Developmental Disabilities and Multiple Health Conditions. *Matern. Child Health J.* doi:10.1007/s10995-016-2091-0
- Chen, A.Y., Newacheck, P.W., 2006. Insurance coverage and financial burden for families of children with special health care needs. *Ambul. Pediatr.* 6, 204–209.
- da Silva, S.N., Gimenez, T., Souza, R.C., Mello-Moura, A.C.V., Raggio, D.P., Morimoto, S., Lara, J.S., Soares, G.C., Tedesco, T.K., 2016. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Int. J. Paediatr. Dent.* doi:10.1111/ipd.12274
- Dahlquist, L.M., Gil, K.M., Armstrong, F.D., DeLawyer, D.D., Greene, P., Wuori, D., 1986. Preparing children for medical examinations: the importance of previous medical experience. *Health Psychol. Off. J. Div. Health Psychol. Am. Psychol. Assoc.* 5, 249–259.

- de Jongh, A., van Houtem, C., van der Schoof, M., Resida, G., Broers, D., 2008. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec. Care Dentist.* 28, 111–115. doi:10.1111/j.1754-4505.2008.00022.x
- Departamento Odontológico. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, 2012. Financiamiento por Programa Prestaciones Valoradas (PPV) en Odontología.
- Descamps, I., Marks, L.A., 2015. Oral health in children with Down syndrome: Parents' views on dental care in Flanders (Belgium). *Eur. J. Paediatr. Dent.* 16, 143–148.
- Dóren, S., 2011. Prevalencia de caries, gingivitis e higiene oral de niños y adolescentes con parálisis cerebral en establecimientos educacionales categorizados según nivel socioeconómico. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Du, R.Y., Mcgrath, C., Yiu, C.K.Y., King, N.M., 2010. Oral health in preschool children with cerebral palsy: a case-control community-based study: Oral health in preschool children with cerebral palsy. *Int. J. Paediatr. Dent.* 20, 330–335. doi:10.1111/j.1365-263X.2010.01062.x
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y.S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C.S., Wang, C., Yasamy, M.T., Fombonne, E., 2012. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: Global epidemiology of autism. *Autism Res.* 5, 160–179. doi:10.1002/aur.239
- Fernandez C, Descamps I, Fabjanska K, Kaschke I, Marks L, 2016. Treatment needs and predictive capacity of explanatory variables of oral disease in young athletes with an intellectual disability in Europe and Eurasia. *Eur. J. Paediatr. Dent.* 17.
- Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile, 2005. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile.
- Foster, H., 2005. Dental disease in children with chronic illness. *Arch. Dis. Child.* 90, 703–708. doi:10.1136/adc.2004.058065
- Houtrow, A.J., Okumura, M.J., Hilton, J.F., Rehm, R.S., 2011. Profiling health and health-related services for children with special health care needs with and without disabilities. *Acad. Pediatr.* 11, 508–516.
- Instituto Nacional de Estadísticas, 2003. Censo 2002: Síntesis de resultados. INE.
- Jain, A., Thakur, S., Singhal, P., Thakur, P., 2015. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs in Shimla. *Int J Dent Med Res* MAR-APR 1, 32.
- Jain, M., Mathur, A., Kumar, S., Dagli, R., Duraiswamy, P., Kulkarni, S., 2008. Dentition status and treatment needs among children with impaired hearing

- attending a special school for the deaf and mute in Udaipur, India. *J Oral Sci* 50, 161–5.
- Jokić, N., Majstorović, M., Bakarčić, D., Katalinić, A., Szirovicza, L., 2007. Dental caries in disabled children. *Coll. Antropol.* 31, 321–324.
- Koch, G., Poulsen, 2011. *Odontopediatría: Abordaje clínico*, Segunda edición. ed. Amolca, Venezuela.
- Krämer, S., Valle, M., Cubillos, M., Letelier, M.J., Véliz, A., Sepúlveda, L., Camarda, I., Bergamin, C., Carreño, D., Bonvallet, S., González, A., Ovies, N., Vergara, D., Stillfried, A., Monsalves, S., Mendieta, C., Espinoza, P., Pérez, C., Gaete, D., 2015. Manual de cuidados especiales en odontología: Atención odontológica de personas en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en salud.
- Leonardi M, Bickenbach J, Bedirhan T, Kostanjsek N, 2006. The definition of disability: what is in a name? *The Lancet* 368, 1219–1221. doi:10.1016/S0140-6736(06)69420-8
- Lewis, C., Robertson, A.S., Phelps, S., 2005. Unmet dental care needs among children with special health care needs: implications for the medical home. *Pediatrics* 116, e426–e431.
- Lewis, C.W., 2009. Dental care and children with special health care needs: A population-based perspective. *Acad. Pediatr.* 9, 420–426. doi:10.1016/j.acap.2009.09.005
- Lobbezoo, F., Naeije, M., 2007. Dental implications of some common movement disorders: A concise review. *Arch. Oral Biol.* 52, 395–398. doi:10.1016/j.archoralbio.2006.09.005
- McDonald, R.E., Avery, D.R., Dean, J., 2014. *Odontología para el niño y el adolescente de McDonald y Avery*, Novena edición. ed. Amolca.
- Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2015. *II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015*.
- Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2013. *Casen 2013. Inclusión social de personas con dificultades y/o condiciones permanentes y de larga duración. Síntesis de resultados*.
- Ministerio de Planificación, 2010. *Ley 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*.
- Ministerio de Salud, 2012. *Guía Clínica: Salud Oral Integral para Menores de 20 años en Situación de Discapacidad que Requieren Cuidados Especiales en Odontología*.
- Ministerio de Salud, 2011. *Guía de Práctica Clínica: Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA)*.
- Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud, 2012. *Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*.
- Mont, D., 2007. Measuring health and disability. *The Lancet* 369, 1658–1663.

- Monteserin-Matesanz, M., Esparza-Gomez, G., Garcia-Chias, B., Gasco-Garcia, C., Cerero-Lapiedra, R., 2015. Descriptive study of the patients treated at the clinic integrated dentistry for patients with special needs at Complutense University of Madrid (2003-2012). *Med. Oral Patol. Oral Cirugia Bucal* e211–e217. doi:10.4317/medoral.20030
- Morinushi, T., Lopatin, D.E., Nakao, R., Kinjyo, S., 2006. A comparison of the gingival health of children with Down syndrome to Healthy children residing in an institution. *Spec. Care Dentist*. 26, 13–19.
- Newacheck P, Kim S, 2005. A national profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med* 159, 10–17.
- Oliver M, 1998. Theories of disability in health practice and research. *BMJ* 317, 1446–1449.
- ONU, 2007. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Oredugba, F., 2007. Oral health condition and treatment needs of a group of Nigerian individuals with Down syndrome. *Syndr. Res. Pract.* 72–76. doi:10.3104/reports.2022
- Organización Mundial de la Salud, 2015. Discapacidad y salud. Nota descriptiva N° 352 [WWW Document]. WHO. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> (accessed 12.30.15).
- Organización Mundial de la Salud, 2012. Rehabilitación basada en la comunidad: Guías para la RBC. Componente de Salud. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud, 2011. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA. España.
- Organización Mundial de la Salud, 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión Abreviada, Short version. ed. World Health Organization, Geneva.
- Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, 2011. Informe mundial sobre la discapacidad. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Paschal, A.M., Wilroy, J.D., Hawley, S.R., 2016. Unmet needs for dental care in children with special health care needs. *Prev. Med. Rep.* 3, 62–67. doi:10.1016/j.pmedr.2015.11.013
- Purohit, B.M., Acharya, S., Bhat, M., 2010. Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. *Spec. Care Dentist*. 30, 235–241. doi:10.1111/j.1754-4505.2010.00160.x
- Rimmer, J.H., Rowland, J.L., 2008. Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments. *Am. J. Lifestyle Med.* 2, 409–420. doi:10.1177/1559827608317397
- Robaina-Castellanos, G.R., Riesgo-Rodríguez, S., Robaina-Castellanos, M.S., 2007. Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto? *Rev Neurol* 45, 110–7.

- Roberts, J.F., Curzon, M.E.J., Koch, G., Martens, L.C., 2010. Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.* 11, 166–174.
- Salles, P.S., Tannure, P.N., Oliveira, C.A.G. da R., de Souza, I.P.R., Portela, M.B., Castro, G.F.B. de A., 2012. Dental needs and management of children with special health care needs according to type of disability. *J. Dent. Child.* 79, 165–169.
- Sehrawat, N., Marwaha, M., Bansal, K., Chopra, R., 2014. Cerebral Palsy: A Dental Update. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* 7, 109–118. doi:10.5005/jp-journals-10005-1247
- Sepúlveda, M., 2013. Comparación del tiempo requerido para la atención odontológica de pacientes con discapacidad intelectual y pacientes sanos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de Chile. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2016. Atención primaria [WWW Document]. URL http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php (accessed 1.5.17).
- Shenkin, J.D., Davis, M.J., Corbin, S.B., 2001. The oral health of special needs children: dentistry's challenge to provide care. *ASDC J. Dent. Child.* 68, 201–205.
- Sociedad Chilena de Pediatría, 2008. Recomendaciones para el cuidado de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS).
- StataCorp, 2015. Stata: release 14. Statistical Software. StataCorp LP, College Station, Texas.
- UNICEF, 2013. Estado Mundial De La Infancia 2013: niños y niñas con discapacidad. United Nations Pubns.
- UNICEF (Ed.), 2005. Excluded and invisible, The state of the world's children. UNICEF, New York, NY.
- United Nations, 2007. Convention on the rights of persons with disabilities.
- Valdés, J., Días, C., Alfonso, A., El Ghannam, Y., 2014. Caracterización del estado de salud bucal de niños con parálisis cerebral. *Solidaridad con Panamá.* 2013. *Rev. Dent. Chile* 105, 21–25.
- van Dyck, P.C., Kogan, M.D., McPherson, M.G., Weissman, G.R., Newacheck, P.W., 2004. Prevalence and characteristics of children with special health care needs. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 158, 884–890.
- Welbury, R., Duggal, M., Hosey, M.T., 2012. *Paediatric Dentistry*, Fourth edition. ed. Oxford University Press.
- Wiener, R.C., Vohra, R., Sambamoorthi, U., Madhavan, S.S., 2016. Caregiver Burdens and Preventive Dental Care for Children with Autism Spectrum Disorder, Developmental Disability and/or Mental Health Conditions: National Survey of CSHCN, 2009–2010. *Matern. Child Health J.* doi:10.1007/s10995-016-2083-0
- World Health Organization (Ed.), 2008. *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva.

- World Health Organization (Ed.), 2001. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope, The world health report. World Health Organization, Switzerland.
- Wright, G.Z., Kupietzky, A., 2014. Behavior management in dentistry for children, Second edition. ed. Wiley Blackwell.