



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

**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.**

Maricela Alejandra Sepúlveda Aravena

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

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Dra. Susanne Krämer Strenger

TUTORES ASOCIADOS

Dr. Marcelo Valle

Prof. Dr. Cristián Vergara

**Santiago - Chile
2013**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que fueron parte de este proceso, el cual a pesar de las dificultades ha sido una de las etapas más lindas de mi vida.

Gracias a mi familia, por el apoyo incondicional. Especialmente a mis padres por enseñarme a ser constante y creer en mis capacidades, y a mi hermano por entregarme su alegría en todo momento, que sin saberlo fue uno de los pilares más importante para lograr este objetivo.

A mis amigas y amigos de la Universidad, a los que conocí desde un principio y siguen estando conmigo hasta ahora, y a aquellos que por circunstancias de la vida conocí a lo largo de la carrera. Gracias Pili, Genaro, Daniella, Isbel, Nicole, Bárbara, Veloz, Jorge, Bastián, Carlitos, Pato Juan, Andrés, Chino y Feña, por su amistad y consejos. También agradezco a Cristóbal por el apoyo y cariño que me ha entregado durante este tiempo y que sin duda nada habría sido igual sin él.

A los amigos de la vida que con sus conversaciones y chistes me sacaban del estrés odontológico y me hacían recordar que no todo es estudio.

Gracias a todos en la Clínica de Cuidados Especiales, especialmente a la Dra. Susanne Kramer, por la ayuda entregada constantemente en el desarrollo de esta tesis y por mostrarme un lado de la odontología totalmente distinto; al Dr. Marcelo Valle por la alegría y apoyo incondicional durante el proyecto; al Dr. Cristián Vergara por la buena disposición; al Dr. Carreño, Dra. Doren y Dra. Pennacchiotti por todos los consejos y ayuda entregada. También quiero agradecer a mi amiga Daniella, con quién compartí la realización de este trabajo, acompañándonos y ayudándonos mutuamente.

ÍNDICE

I. Resumen	3
II. Introducción	4
III. Marco Teórico	7
1. Concepto de Discapacidad: Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (OMS, 2001)	7
2. Epidemiología de la Discapacidad	9
3. Personas con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NEAS)	10
3.1 Epidemiología en personas con NEAS	13
3.2 Salud general en personas con NEAS	14
3.3 Salud Oral en personas con NEAS	15
4. Discapacidad Intelectual	16
4.1. Definición	16
4.2 Diagnóstico y Clasificación de la DI	17
4.3 Epidemiología de la DI	18
4.4 Etiología de la DI	19
4.5 Comorbilidad de las personas con DI	20
4.6 Salud oral en personas con DI	21
4.7 Atención dental en personas con DI	23
IV. Hipótesis	28
V. Objetivos	29
VI. Material y Métodos	30
VII. Resultados	37
VIII. Discusión	55
IX. Conclusiones	62
X. Referencias bibliográficas	63
XI. Anexos	68

RESUMEN

Introducción: Las personas con necesidades especiales en salud requieren de una serie de cuidados específicos según la patología que presenten. Es el caso de la Discapacidad Intelectual (DI), trastorno caracterizado por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en las habilidades de adaptación. La atención odontológica requiere de precauciones adicionales para entregar un tratamiento seguro y de calidad.

Materiales y métodos: Se registraron los tiempos de atención de 174 sesiones clínicas (87 sesiones en pacientes con DI y 87 en pacientes sanos). Estos fueron reclutados durante 9 meses. Se compararon los tiempos de atención odontológica de pacientes con DI con los tiempos de atención odontológica equivalente en pacientes sanos. Los resultados fueron analizados con Test de Wilcoxon (no paramétricas), considerando diferencias significativas cuando $p < 0,05$.

Resultados: El tiempo de atención requerido para atender pacientes con DI es 1,47 veces mayor que para pacientes sanos. Por procedimiento se observó diferencia estadísticamente significativa durante: anamnesis ($p=0,001$), inducción ($p=0,001$), examen dentario ($p=0,001$), instrucción de higiene oral ($p=0,001$), anestesia ($p=0,04$), operatoria ($p=0,001$), exodoncia ($p=0,001$), indicaciones ($p=0,001$) y tiempo total de atención ($p=0,001$). Los procedimientos con tiempos clínicos similares fueron: examen oral ($p=0,11$), destartraje ($p=0,12$), profilaxis ($p=0,41$), sellantes ($p=0,07$) y fluoración ($p=0,33$).

Conclusiones: Se requiere mayor tiempo clínico para atender pacientes con DI, debido a los cuidados adicionales que necesitan por sus limitaciones en el funcionamiento intelectual y sus habilidades de adaptación.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define “discapacidad” como un término genérico que engloba deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales)⁽¹⁾.

Siendo éste un término que se refiere a la relación del individuo y la sociedad, surge un nuevo concepto denominado “Necesidades Especiales de Atención en Salud” (NEAS) que corresponde a cualquier condición física, mental, sensorial, conductual, cognoscitiva, impedimento o limitación emocional que requiere manejo médico, intervención de la atención en salud, y/o uso de programas o servicios especializados⁽²⁾.

El cuidado de las personas con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NEAS) requiere de prestadores especializados que conformen un equipo multidisciplinario de trabajo capaz de entregar un tratamiento médico e intervención de atención de salud adecuado, dependiendo de la naturaleza y el grado de compromiso que genera la condición de cada individuo. El odontólogo que forma parte de este equipo debe ser un profesional con conocimientos especializados y técnicamente preparado para realizar tratamientos que logren satisfacer las necesidades bucales que presenta esta población⁽³⁻⁵⁾. Es importante tener en cuenta el elevado riesgo de enfermedades orales de alta prevalencia que tienen estas personas, tanto por su condición de salud, como por la incapacidad de entender la responsabilidad de realizar o cooperar con las prácticas de higiene oral⁽⁶⁻⁹⁾.

En Chile no existen en la actualidad registros relacionados con la cobertura de atención en salud y en especial de la atención odontológica de personas con NEAS. Los datos epidemiológicos disponibles provienen de la ENDISC (Encuesta Nacional de Discapacidad) registrados el año 2004 por el SENADIS (Servicio Nacional de Discapacidad) dirigido a la población discapacitada. Según esta encuesta en Chile el 12,9% de la población presenta algún grado de discapacidad⁽¹⁰⁾.

La atención odontológica de esta población, sin embargo, requiere de una serie de cuidados específicos según el tipo de patología del paciente y sus necesidades únicas en salud. Dentro de los individuos que reciben cuidados especiales de atención se encuentran aquellos con Discapacidad Intelectual (DI), los que son diagnosticados de acuerdo a la ausencia de 2 o más de las siguientes áreas de habilidad de adaptación⁽¹¹⁾:

- Comunicación
- Capacidad de auto-ayuda
- Estilo de vida
- Habilidades sociales e interpersonales
- Uso del recurso de la comunidad
- Salud y seguridad en funciones académicas, ocio y trabajo

La Discapacidad Intelectual se encuentra asociada a trastornos médicos, psiquiátricos, cromosomales y de comportamiento; como por ejemplo los Trastornos del Espectro Autista, Síndrome de Down y Parálisis Cerebral. Estas tres condiciones se caracterizan por presentar a nivel oral una mayor prevalencia de caries y enfermedad periodontal, lo que está relacionado con el desarrollo de anomalías propias de la patología, la incapacidad por parte de la persona de realizar un adecuado cuidado bucal y la falta de atención dental a una edad temprana debido a otros problemas médicos más urgentes, afectando la salud oral^(12,13). A su vez presentan, en distintos grados, una alteración en la habilidad de

comunicarse y sociabilizar, por lo que tienden a tener formas inusuales de aprendizaje, prestar atención y de reaccionar a diferentes sensaciones⁽¹⁴⁾. Por ello la entrega del tratamiento requiere de una serie de técnicas de adaptación y manejo conductual adicionales, además de necesitar instrucciones de promoción en salud especiales y compromiso por parte de la familia y el entorno, y un proceso de consentimiento informado especialmente adaptado a sus capacidades y sensibilidades. A pesar de estos esfuerzos, en algunos casos se debe optar por atención bajo sedación o anestesia general, pero siempre considerando utilizar este procedimiento como segunda alternativa, previo al intento de realizar atención ambulatoria⁽¹⁵⁾.

En Chile las personas que presentan la condición de **“discapacidad intelectual”** diagnosticada corresponden al 9% de la población, equivalente a 563.742 personas, mientras que aquellas que presentan niveles **“moderado a severo”** corresponden a 61.000 habitantes⁽¹⁰⁾.

En vista de que el Ministerio de Salud de nuestro país está trabajando en el desarrollo de guías clínicas y protocolos de atención odontológica de personas que requieren cuidados especiales para su atención odontológica⁽¹⁶⁾, el propósito de este estudio es determinar el tiempo real de atención demandado para otorgar una atención de calidad a este grupo especial de pacientes y compararlo con los tiempos requeridos para atenciones equivalentes en pacientes sanos. De esta manera se espera contribuir con información relevante para el establecimiento de metas asistenciales adecuadas a nivel de la salud pública de la población con necesidades especiales de atención en salud.

MARCO TEÓRICO

1. Concepto de Discapacidad: Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).

La CIF pertenece a la familia de las clasificaciones internacionales de la OMS que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta clasificación proporciona un lenguaje estandarizado, fiable y aplicado transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud; utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo^(1,10).

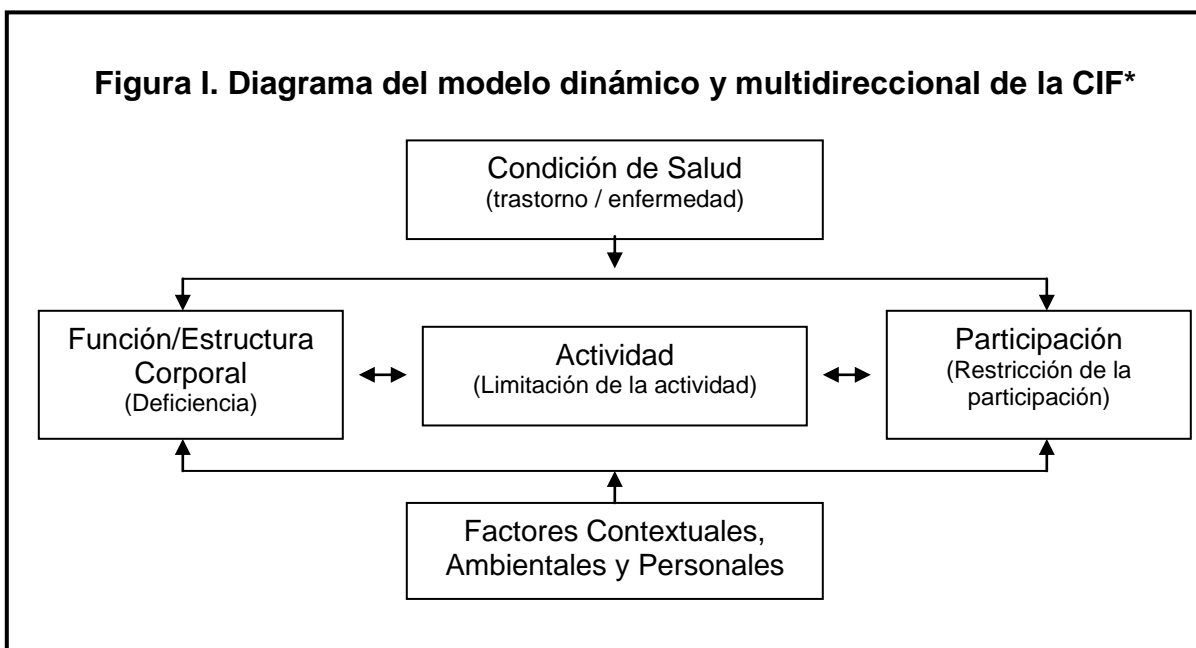
La **discapacidad** es un término genérico que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales)⁽¹⁾.

→Deficiencias: corresponden a la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica (incluyendo las funciones mentales). Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma establecida⁽¹⁾.

→ Limitación de la actividad: abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud⁽¹⁾. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” utilizado en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, año 1980)⁽¹⁷⁾.

→ Restricciones en la participación: son los problemas que enfrenta el individuo para implicarse en situaciones vitales, determinadas por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad⁽¹⁾. Este concepto sustituye al término “minusvalía” de la CIDDM, 1980⁽¹⁷⁾.

→ Factores contextuales de un individuo: constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Éstos poseen dos componentes: los *factores ambientales*, referidos a los aspectos del mundo extrínseco de la vida del individuo (mundo físico natural y el mundo físico creado por los seres humanos); y los *factores personales*, que tienen que ver con el individuo como lo son la edad, sexo, nivel social, experiencias vitales, etc.⁽¹⁾



* Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. 2004. SENADIS

2. Epidemiología de la Discapacidad

En el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile efectuado por el Servicio Nacional de Discapacidad (2004), se estableció la definición conceptual de este estudio, así como su instrumento de recolección de información, basándose en la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)”⁽¹⁰⁾.

La SENADIS en este estudio aplica los cambios conceptuales y estructurales que se introdujeron a lo largo del proceso de revisión de la anterior CIDDM que llevaron a la generación de la CIF. Uno de los términos aportados por la CIF es el de “bienestar”, este se entiende como un concepto general que engloba todo el universo de los dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera el tener una “buena vida” (acceso de la persona a la educación, al trabajo, a servicios económicos y sociales, seguridad social, entre otros). Otro de los términos importantes aportados por la CIF es el de “condición de salud”; se entiende por “condición de salud” toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que pueden llevar a contactar con los servicios de salud o con servicios comunitarios/sociales de ayuda. Así entonces esta encuesta significó un enorme aporte al conocimiento de la discapacidad por cuanto aportó una conceptualización más dinámica y ligada a las consecuencias de un estado negativo de salud, a nivel de dificultad para la realización de actividades cotidianas, y a su vez adelantó un juicio sobre grados de severidad, permitiendo reconocer a un número mayor de personas con discapacidades moderadas ausentes en otras estadísticas y a un enorme número de discapacidades leves (permanentes y transitorias) invisibles estadísticamente hasta ese momento⁽¹⁰⁾.

Algunos resultados de este estudio, son⁽¹⁰⁾:

- a) El 12,9% de la población chilena presenta algún tipo de discapacidad.
- b) Del total de las personas en condición de discapacidad (PcD): 55,6% presenta un grado leve de discapacidad, 24,9% moderado y 19,5% severo.
- c) Hay un 34,6 % de hogares en el país donde vive al menos una PcD.
- d) El 58,2% de las PcD corresponden a mujeres, mientras que el 41,8% son hombres.
- e) Según condición socioeconómica: 39,5% de los PcD vive en CSE baja, 55,4% en CSE media y 5,1% en CSE alta.
- f) La distribución de los diferentes tipos de deficiencias en las personas discapacitadas, indican que las más prevalentes corresponden a las físicas, las que representan un 31,2% de las personas discapacitadas; seguida de las deficiencias visuales (18,9%), deficiencias viscerales (13,9%), múltiples (10,3%), intelectuales (9,0%), auditivas (8,7%) y psíquicas (7,3%).
- g) Tres de cada cuatro personas con discapacidad tuvo acceso a servicios de salud, sociales y de rehabilitación en el año 2004. El 67% recibió atención básica de salud y el 40% recibió algún tipo de servicio de diagnóstico. En concreto, sólo dos de cada tres personas con discapacidad recibieron atención de salud y menos de la mitad servicios de diagnóstico. Tan sólo el 6,5% de las personas con discapacidad recibió servicios de rehabilitación.

3. Personas con Necesidades Especiales de Atención en Salud.

Considerando las distintas limitaciones funcionales, restricciones y patologías médicas de base, algunos pacientes requieren un enfoque o cuidado especial para su atención en salud. Nace así el concepto de Cuidados Especiales en Atención en Salud.

La American Academy of Pediatric Dentistry define **Necesidades Especiales de Atención en Salud** (NEAS) como cualquier condición física,

mental, sensorial, conductual, cognoscitiva, impedimento o limitación emocional que requiere manejo médico, intervención de la atención en salud, y/o uso de programas o servicios especializados⁽²⁾.

Esta condición, del desarrollo o adquirida, puede causar limitaciones en el desempeño de las actividades diarias de automantenimiento o limitaciones sustanciales en la mayoría de las actividades de la vida. La atención médica para pacientes con NEAS requiere de conocimientos especializados, mayor conciencia y atención, adaptación y medidas que van más allá de lo considerado rutinario⁽²⁾.

En Chile, el Comité de niños y adolescentes con necesidades especiales (NANEAS) de la sociedad Chilena de Pediatría se pronunció frente a este nuevo concepto, en el cual se destaca que todos los humanos poseen necesidades de atención en salud; el uso del adjetivo “especiales” estimula a focalizar en quienes las tienen exacerbadas. Por lo tanto existen individuos que por ser portadores de una condición que los aparta de la salud integral completa requieren atención más frecuente o diferente de la que se entrega al resto de la población⁽³⁾.

El término “necesidades de atención” pone énfasis en cuidar; lo que, naturalmente, debe hacerse en forma integral. Se apunta a la conveniencia de satisfacer las necesidades globales. Acercando la idea de atender en “red”, que es el concepto más moderno de atención, con un abordaje simultáneo y coordinado, desde distintas perspectivas de los requerimientos de la persona⁽³⁾.

Por lo tanto, es una ventaja la utilización de este término para referirse a aquellos individuos que poseen una condición que los aparta de la salud integral completa, prevaleciendo el término “condición” para hacer referencia a una “enfermedad crónica o prolongada”, ya que el rótulo “enfermedad” recuerda, tanto al afectado como a su familia, una minusvalía; en cambio, el término “condición” sólo señala una diferencia, sin enfatizar en el desmedro.

Los principales tipos de condiciones comprendidas en el concepto de Necesidades Especiales de Atención en Salud se enumeran a continuación⁽¹⁸⁾:

- Ansiedad/depresión.
- Asma.
- Autismo.
- Desórdenes cognitivos (ej. Discapacidad Intelectual, Desórdenes Auditivos).
- Desórdenes craneofaciales (ej. Fisura Labial y/o Palatina).
- Desórdenes del desarrollo (ej. Parálisis cerebral, Espina Bífida).
- Diabetes.
- Alteraciones emocionales.
- Hemofilia.
- VIH.
- Infección.
- Desordenes Músculo-Esquelatales.
- Síndromes (ej. Síndrome de Down, Displasia Ectodérmica, Síndrome Alcohólico Fetal, Neurofibromatosis, Síndrome Treacher Collins, etc.).
- Enfermedades genéticas (ej. Epidermólisis Bullosa).

Dentro de las personas con NEAS también se encuentran desórdenes o condiciones que se manifiestan sólo en el territorio máxilofacial, tales como Amelogénesis Imperfecta, Dentinogénesis Imperfecta, Fisura labial y/o palatina y Cáncer Oral. Quienes poseen estas condiciones pueden o no sufrir las limitaciones físicas o comunicacionales que enfrentan los pacientes con otras NEAS; sin embargo, sus necesidades son únicas, generan un impacto en su salud general y requieren de un especializado cuidado de la salud oral⁽¹⁹⁾.

Los Pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud y su grupo familiar muestran características comunes, entre otras, las que se enumeran a continuación⁽¹⁹⁾:

1. El paciente, además de su condición especial, debe asumir sus limitaciones; conseguir ser aceptado, querido y obtener la incorporación

total a la sociedad. El paciente y su familia enfrentan sensaciones constantes de amenaza y minusvalía, que se pueden agravar al ingresar al colegio, durante la adolescencia o en cualquier evento vital. El apoyo afectivo y psicológico es fundamental en los desajustes emocionales.

2. Necesidad constante de atención en salud y apoyo en su mantención.
3. La discapacidad, en muchos casos, deteriora el ingreso familiar y aumenta los gastos. Generalmente resta del mundo laboral a uno de los integrantes de la familia (la cuidadora o cuidador), con la consiguiente merma de los ingresos, que al perdurar en el tiempo, provoca mayor desajuste e impacta en la calidad de vida de todo el grupo familiar.
4. La atención involucra riesgos para la familia, para el niño o adolescente y el médico tratante. Al riesgo propio de la condición, se suma la iatrogenia que puede acompañar un tratamiento prolongado.
5. Generalmente tienen superposición de enfermedades concomitantes.
6. Presentan dificultades para insertarse en el medio social, escolar y laboral; pudiendo ser discriminados o autodiscriminarse.

3.1 Epidemiología de personas con NEAS

En general existen pocos estudios en los que se utilice el término de personas con NEAS alrededor del mundo. En Estados Unidos se considera que 1 de cada 5 niños en etapa escolar y adultos (no ancianos) son individuos con NEAS. Por otra parte, entre las personas ancianas la prevalencia de NEAS es mayor que entre los jóvenes, la que progresivamente aumenta con la edad. Entre los niños y adultos (no ancianos), unos 27 millones tienen impedimentos físicos, y 10 millones tienen problemas de salud mental⁽⁴⁾.

En Europa también se han realizado estudios en Pacientes con NEAS los cuales están dirigidos a evaluar experiencias y expectativas en cuánto a diagnóstico y atención en salud⁽²⁰⁾.

En Chile la base estadística existente proviene del Primer Estudio de la Discapacidad - ENDISC Chile 2004 (Encuesta Nacional de Discapacidad), el que recoge información relevante acerca de las condiciones de la población con NEAS. La ENDISC maneja un concepto de discapacidad que le entrega un valor a la capacidad de inserción del individuo en el medio; constituyendo sus resultados una nueva línea base para futuros estudios estadísticos⁽¹⁰⁾.

3.2 Salud general en personas con NEAS

Las Necesidades Especiales de Atención en Salud provocan en los pacientes y sus familias un profundo impacto. Comparado con niños sanos, los niños con Necesidades Especiales de Atención en Salud se enferman tres veces más, perdiendo clases, tienen más de tres hospitalizaciones y siete veces más días de hospitalización, más del doble de visitas al médico, casi siete veces más visitas de atención de salud no médicas y siete veces más prescripción de medicamentos⁽⁴⁾.

Debido a su condición propiamente tal y sus necesidades de salud asociadas se ha reportado que cerca del 60% de estos niños experimentan deterioro funcional, con un 37% de los padres reportando que sus hijos *algunas veces* tienen deterioro y un 23% reportando que el deterioro funcional ocurre *usualmente, siempre o la mayor parte del tiempo*. Niños de hogares de bajos ingresos sufren de 1,5 a 2,5 veces más experiencias de deterioro funcional comparado con los niños de mejor situación económica⁽⁴⁾.

Los niños con Necesidades Especiales de Atención en Salud deben tener contacto con tres equipos de atención médica, distintos pero conectados: el de atención ambulatoria, el de atención hospitalizados y el que lo atenderá en la vida adulta. Estos se deben coordinar para una atención continua e integral en la transición entre la infancia y la adultez y en las oscilaciones entre atención ambulatoria e intrahospitalaria⁽³⁾.

La conformación mínima de este equipo debe constar de un médico de cabecera, médicos especialistas, kinesiólogo, psiquiatra, psicólogo, asistente social, odontólogo, nutricionista y fonoaudiólogo, entre otros⁽³⁾.

3.3 Salud Oral en personas con NEAS

Los avances científicos alcanzados en el área de la medicina durante las últimas décadas han permitido que antiguos cuadros agudos y enfermedades mortales se conviertan en condiciones crónicas y manejables, lo que ha generado un aumento en el promedio y calidad de vida de personas con NEAS y su paulatina incorporación a la vida en sociedad. Esta situación ha provocado una disminución en el número de pacientes con necesidades especiales que viven institucionalizados y su inserción a las comunidades ha hecho más evidentes sus problemas de salud oral^(19,21).

Las personas con NEAS presentan mayor riesgo de enfermedades orales⁽²²⁾ las que pueden tener un impacto directo en aquellos pacientes con condiciones de salud sistémicas alteradas^(19,23,24). Crall J.J. en una reciente revisión indica las categorías más comunes de enfermedades y condiciones orales en individuos con discapacidades u otras Necesidades Especiales de Atención en Salud, determinando que⁽⁴⁾:

1. Los individuos con discapacidad en promedio presentan más caries no tratadas que la población general.
2. Los individuos con retardo mental tienen mayor prevalencia de gingivitis y otras enfermedades periodontales comparadas con la población general.
3. La prevalencia de maloclusión es desconocida.
4. Las maloclusiones en estos individuos generalmente están relacionadas con un proceso de desarrollo y función muscular anormal.

5. La higiene oral deficiente y el trauma dental/orofacial son generalmente considerados más prevalentes que en individuos sanos.

En Chile no existen suficientes estudios que entreguen información sobre el estado de salud bucal de las personas en situación de discapacidad, estudios como el de Dóren y cols. el año 2011⁽²⁵⁾, y Altamirano F. y cols. el año 2008⁽²⁶⁾, ambos realizados a personas con parálisis cerebral, indican que la población chilena presenta, al igual que en el resto del mundo, un mayor daño oral.

Es importante considerar que las enfermedades orales y las alteraciones en el desarrollo orofacial tienen consecuencias a nivel de masticación, nutrición, del habla, de aprendizaje, estéticas y en el bienestar general. En consecuencia, la salud oral debe ser considerada un aspecto inseparable de la mantención de la salud general de las personas, más aun en aquellas que padecen de una condición de salud alterada. Por lo que es de vital importancia la conformación de la triada atencional, “**Alianza Terapéutica**”, en donde la participación de los padres/cuidadores está orientada a la supervisión y/o realización de las acciones preventivas necesarias para una adecuada salud oral del paciente, siendo la educación de padres o cuidadores fundamental para garantizar una apropiada y regular supervisión de la higiene oral diaria y en consecuencia mantener la salud bucal de la persona con necesidades especiales⁽⁴⁾.

4. Discapacidad Intelectual

4.1. Definición^(27,28)

La Discapacidad Intelectual (DI) de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) corresponde a un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, principalmente caracterizado por un deterioro de las funciones en cada etapa del desarrollo y que afecta el nivel general de

inteligencia, como cognitivo, lenguaje, motor y funciones de sociabilización; en esta anomalía la adaptación al ambiente siempre se ve afectada. Por otra parte la AAID (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo) indica que, además de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en las habilidades de adaptación (Tabla I), ésta se presenta antes de la edad de 18 años.

Tabla I. Limitaciones adaptativas asociadas con DI*	
1.	Comunicación
2.	Cuidado personal
3.	Estilo de vida
4.	Habilidades sociales
5.	Uso del recurso de la comunidad
6.	Capacidad de autocontrol
7.	Salud y seguridad
8.	Habilidad en funciones académicas
9.	Tiempo de ocio
10.	Trabajo

**American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)*

4.2 Diagnóstico y Clasificación de la DI

El diagnóstico de las personas que presentan la condición de DI se basa en el uso de tres criterios⁽²⁹⁾:

1. Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
2. Limitaciones significativas en la conducta adaptativa, manifestándose en

habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

3. Comienzo antes de los 18 años.

El contemplar estos tres criterios en el diagnóstico permite un enfoque de la DI desde una perspectiva multidimensional, utilizando un sistema de clasificación basado en el Coeficiente Intelectual (CI) (Anexo 1) que corresponde a una puntuación para determinar el nivel de inteligencia a partir de resultados de test estandarizados, y en los Niveles de Funcionalidad Cognitiva y Adaptativa; que presenta 4 categorías⁽¹¹⁾:

1. Leve: CI= 55-70; 6to grado de nivel académico, puede vivir independientemente o con justa supervisión, capacidad de auto-ayuda exitosa.
2. Moderada: CI= 40-55; 2do grado de nivel académico, nivel de auto-ayuda adecuado, puede ser necesario asistencia, vive con su familia, está semi-calificado o no calificado para trabajar con supervisión.
3. Severa: CI= 25-40; nivel académico pre-escolar, habilidades verbales o mínimamente verbales, puede utilizar dispositivo de comunicación, pobres habilidades de motricidad fina y requiere supervisión para realizar actividades de la vida diaria, vive con su familia.
4. Profunda: CI= < 25, no puede deambular; requiere una estrecha supervisión y asistencia de las actividades de la vida diaria, es totalmente dependiente del cuidado de la higiene.

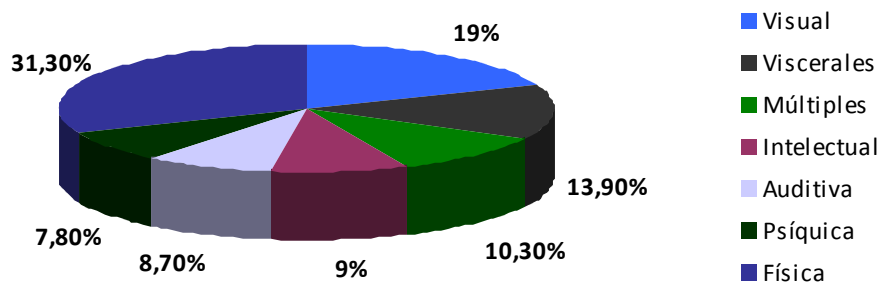
4.3 Epidemiología de la DI

A nivel mundial se señala que la DI presenta un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1-4%. En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, complicaciones obstétricas y perinatales,

infecciones del SNC, intoxicación por plomo y la pobreza ⁽³⁰⁾. Respecto a la distribución de la DI por gravedad, según la OMS, la DI leve afecta a alrededor del 85% de la población, la DI moderada aproximadamente al 10%, la DI grave al 4% y la DI profunda alrededor del 2%⁽³¹⁾.

En Chile de todas las personas con discapacidad, el 9% corresponde a DI, equivalente a 563.742 personas, mientras que aquellas que presentan niveles “moderado a severo” corresponden a 61.000 habitantes⁽¹⁰⁾.

Gráfico 1. Distribución según tipo de Discapacidad. Primer Estudio de la Discapacidad - ENDISC Chile 2004



4.4 Etiología de la DI

La Discapacidad Intelectual es un trastorno que presenta gran cantidad de factores causales, el identificar la causa que desencadenó la condición permite aclarar el pronóstico, algunas veces sugerir el tratamiento, o alertar al especialista hacia posibles complicaciones médicas y de comportamiento que pueden ser comunes en ciertas condiciones⁽²⁷⁾.

Las causas se pueden clasificar en:^(27,32)

1. Factores genéticos:

1.1 Trastornos cromosómicos: Síndrome de Down, Síndrome del cromosoma X frágil, Síndrome de Rett, etc.

1.2 Trastorno Hereditario: Enfermedad de Tay-Sachs, Galactosemia, etc.

2. Factores Adquiridos:

2.1 Congénitos:

Se pueden agrupar en:

- Metabólicos: Hipotiroidismo neonatal, Orina de arce.
- Tóxico: Síndrome de alcoholismo fetal.
- Infecciosas: Rubéola, Sífilis.

2.2 De Desarrollo:

Durante:

- Período prenatal: Posibles complicaciones en el embarazo, como diabetes no controlada, desnutrición intrauterina, etc.
- Período perinatal: Complicaciones de nacimiento, como inadecuada aplicación de fórceps, asfixia neonatal, etc.
- Período postnatal: Encefalitis, Meningitis, Trauma, etc.

3. Factores ambientales y socioculturales:

3.1 Pobreza^(27,33)

4.5 Comorbilidad en las personas con DI

La evaluación médica en individuos con DI es sumamente necesaria, ya que frecuentemente estas condiciones se encuentran asociadas a problemas físicos, psiquiátricos, cromosomales y del comportamiento⁽¹¹⁾.

Las alteraciones psiquiátricas y de comportamiento se presentan 2-3 veces más que en la población general⁽³⁴⁾. No se ha determinado una asociación exacta entre ambas alteraciones, sin embargo es reconocido un alto grado de relación entre ellas. Los problemas de comportamiento se pueden manifestar de forma externa, como ocurre en conductas agresivas y disruptivas, o bien de manera interna, como en el caso de la ansiedad y la depresión⁽¹¹⁾. Otros diagnósticos frecuentes en la población con DI, son aquellos con síntomas psicopatológicos, entre los que se observa el autismo, trastornos del estado del ánimo, etc.⁽³⁵⁾

La DI debido a anomalías cromosomales se encuentran asociadas a fenotipos específicos en cuanto a alteraciones físicas y de comportamiento, condicionando la aparición de síndromes; perfiles específicos son vistos en personas con Síndrome de Down, Síndrome de Williams y Prader-Willi⁽¹¹⁾.

En relación a las complicaciones físicas que presentan las personas con DI se encuentran alteraciones en la agudeza visual, hipotonía e hipoacusia. Y asimismo se le asocian otro tipo de condiciones como son la epilepsia y parálisis cerebral^(35,36).

4.6 Salud oral en personas con DI

Las personas con DI se caracterizan por presentar distintas manifestaciones a nivel oral, las que afectan tanto a tejidos duros como blandos. Estas alteraciones orales se encuentran relacionadas con anomalías propias de la patología que padece la persona⁽¹⁵⁾; es así como puede observarse en pacientes con Síndrome de Down características como macroglosia, hipodoncia, retardo de la erupción dentaria, etc.; mientras que las personas con Parálisis Cerebral se caracterizan por presentar alteraciones de la oclusión, hipoplasias del esmalte, problemas de bruxismo y agrandamiento gingival producto del uso de ciertos fármacos, entre otros^(12,15).

A su vez estos individuos destacan por presentar una mayor prevalencia de gingivitis y periodontitis en comparación con los índices que tiene la población general; esta situación está relacionada con el grado de severidad de la discapacidad intelectual y la imposibilidad de llevar a cabo maniobras de higiene oral de manera adecuada; por lo que generalmente necesitan de asistencia de los cuidadores para realizar prácticas de cepillado dental, los cuales deben ser educados en técnicas de higiene para realizarla de manera correcta. En casos de mayor compromiso gingival, el tratamiento se debe acompañar con terapia de clorhexidina^(15,37).

Respecto a la caries en personas con DI, y dado que esta enfermedad oral también está fuertemente asociada con una adecuada higiene oral, parece razonable suponer que las personas con DI podrían tener alta tasa de caries; sin embargo la evidencia entrega resultados disímiles^(13,38-40). Estudios han señalado que la frecuencia de dientes cariados, obturados y perdidos (COPD) es menor o igual a la población general, aunque la mayoría de estas investigaciones se han realizado en grupos que residen en instituciones especializadas, en donde reciben una dieta equilibrada con un consumo supervisado de hidratos de carbono, y a su vez se les entrega un tratamiento dental de manera oportuna^(13,38). Pocos estudios han demostrado un aumento en la prevalencia de piezas dentarias cariadas, obturadas y perdidas (COPD), sin embargo al considerar únicamente la frecuencia de caries dental sin tratamiento, ésta es considerablemente mayor en pacientes con DI, encontrándose que un 18 a 84% de los niños y adultos con DI presentan caries sin tratamiento en comparación con un 16% a un 55% en la población general⁽⁴¹⁾.

Solucionar estas patologías buco-dentales puede lograrse mediante modificaciones en la dieta, mejorando las prácticas de higiene oral y realizando visitas regulares al dentista⁽³⁷⁾; de no ser así estos problemas de salud oral pueden generar dolor, dificultad para comer y trastornos del sueño, causando un impacto dramático en la calidad de vida de estas personas⁽¹³⁾.

4.7 Atención dental en personas con DI

Trastornos intelectuales pueden dañar severamente la capacidad del paciente para comunicarse y socializar. Los síntomas pueden variar desde muy leve a muy grave. Para tratar adecuadamente a estos pacientes los odontólogos deben ser capaces de reconocer los signos y síntomas de la condición específica de cada paciente, para así entregar un tratamiento preventivo y restaurador adecuado⁽¹⁴⁾.

La comprensión de la condición del paciente se puede obtener de entrevistas y documentación entregada por padres / cuidadores, sin embargo, ya que cada persona es única, la mayoría de los detalles se aprenden de la experiencia con el paciente. El conocimiento de las características y capacidades del paciente antes de la atención inicial es importante, tanto para el padre / cuidador como para el profesional dental, ya que proporciona una oportunidad para que ambos inicien una relación de confianza y compromiso, además de determinar las habilidades y técnicas necesarias para proporcionar un tratamiento dental seguro y exitoso^(38,42).

La entrega del tratamiento odontológico para el individuo con DI requiere de una serie de técnicas de adaptación y manejo conductual adicionales, tales como⁽¹⁴⁾:

1. Visitas previas al lugar de prestación dental para familiarizar al paciente con el entorno y el personal odontológico.
2. La utilización de dispositivos de comunicación para relacionarse con el paciente mediante señales verbales y/o no verbales, tales como procesadores de texto, sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS) (Fig. II, III) (Anexo 2), entre otros.

3. El manejo de los problemas sensoriales que pueden verse afectados durante el tratamiento dental (Tabla II).
4. Premiar la conducta cooperadora a través de refuerzos verbales positivos.

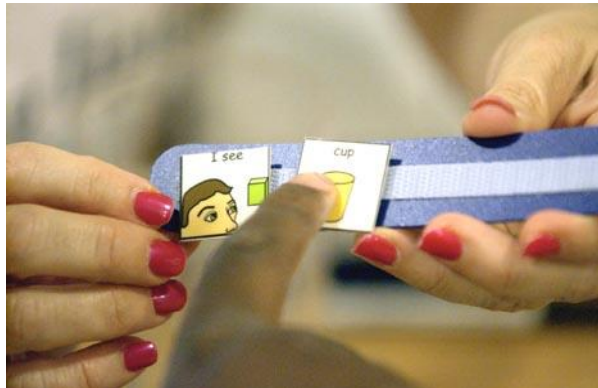
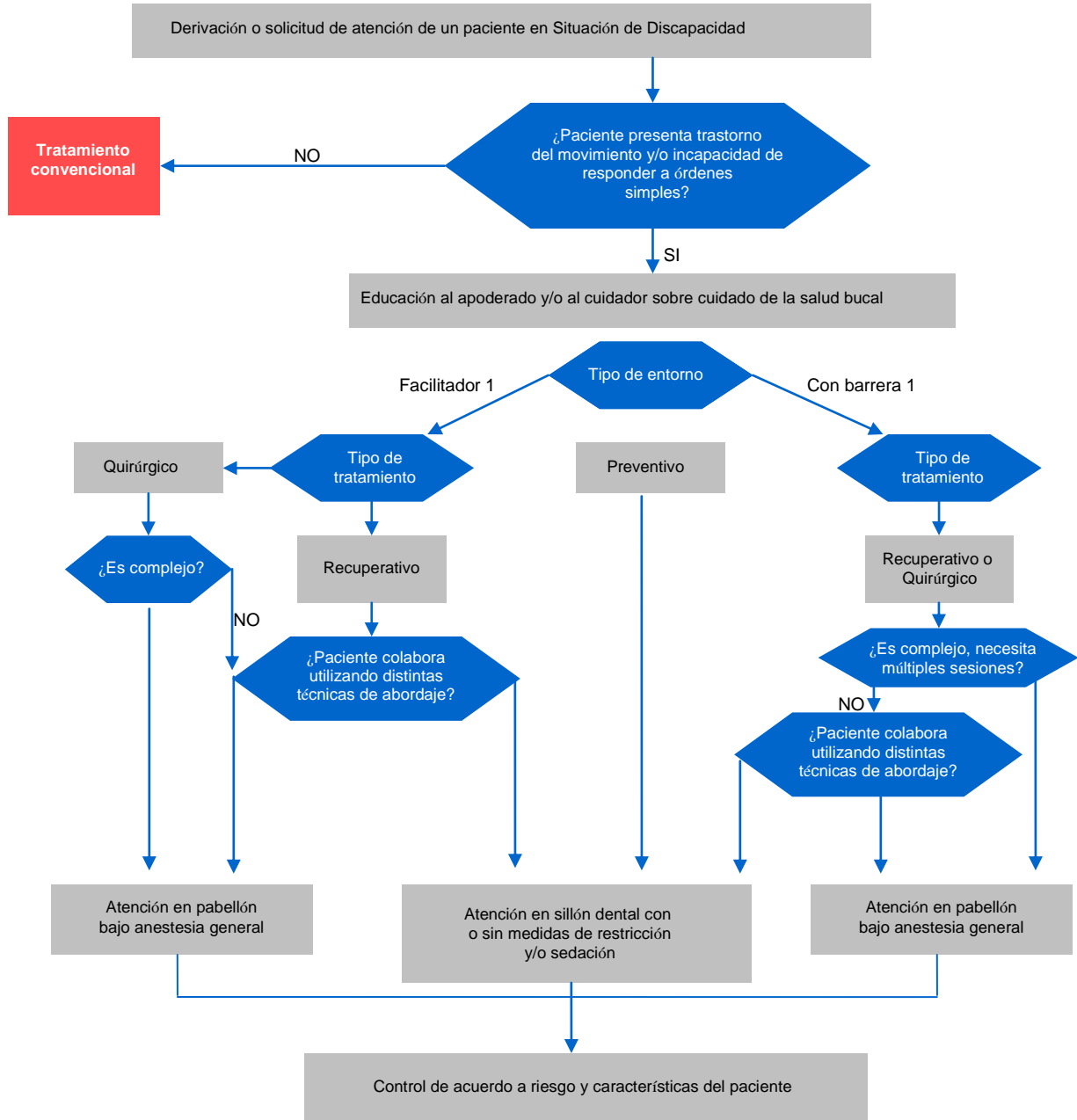


Figura II - III. Sistema PECS

Tabla II : Factores del ambiente dental que pueden afectar el trastorno sensorial	
Factores ambientales	Sentido afectado
Olores durante las prácticas de operatoria	Olfato
Pieza de mano a alta velocidad, entre otros ruidos	Audición
Uso de luz	Visión
Proximidad de las personas	Tacto, olfato, audición
Uso de agua	Gusto, tacto, audición
Sillón	Sensación de movimiento
Guantes, tórcula de algodón, instrumental, jeringa de agua/aire, textura de objetos intraorales.	Tacto, sensación de diferentes temperaturas
Materiales dentales, guantes, medicamentos	Gusto

En ocasiones no es posible realizar una atención ambulatoria al paciente, debido a sus alteraciones motoras o de comportamiento. En estos casos se realiza la atención bajo sedación o anestesia general (Figura IV), procedimiento en el que se busca realizar la totalidad del tratamiento dental indicado según las patologías orales que presenta la persona^(15,43). Posteriormente el paciente deberá acudir a controles periódicos para mantener el estado de su salud bucal, los cuales se realizan en el sillón dental.

Figura IV. Flujoograma de modalidad de atención para personas menores de 20 años en situación de discapacidad⁽⁴⁴⁾.



Considerando el manejo clínico que se debe realizar durante la atención odontológica de las personas con DI para lograr entregarles una atención segura y exitosa, es que la presente investigación busca determinar el tiempo de atención clínica real en esta población y compararlo con los tiempos requeridos para procedimientos equivalentes en pacientes sanos. Esperando con este estudio entregar información que sea un aporte a nivel de la salud pública de personas con NEAS.

HIPÓTESIS

El tiempo requerido para la atención odontológica general en pacientes con Discapacidad Intelectual Moderada, Severa o Profunda es mayor al tiempo requerido para atenciones equivalentes en pacientes sanos de Clínica Odontológica de la Universidad de Chile.

OBJETIVOS

1. **Objetivo General.**

Determinar la diferencia de tiempo requerido para la atención odontológica general de pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda en comparación al tiempo requerido para procedimientos equivalentes en pacientes sanos.

2. **Objetivos Específicos.**

1. Determinar y comparar el tiempo de atención requerido para realizar un ingreso completo en pacientes sanos y pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda.
2. Determinar y comparar el tiempo de atención requerido para realizar prevención en pacientes sanos y pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda.
3. Determinar y comparar el tiempo de atención requerido para realizar acciones de operatoria en pacientes sanos y pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda.
4. Determinar y comparar el tiempo de atención requerido para realizar acciones de cirugía oral en pacientes sanos y pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda.
5. Determinar y comparar el tiempo de atención para señalar las indicaciones post-tratamiento en pacientes sanos y pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo de tipo cuantitativo; consistente en la toma de tiempos clínicos de atención y posterior comparación entre pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda y pacientes sanos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile.

2. Participantes

2.1. Universo.

Atenciones y actividades odontológicas prestadas a pacientes de la Clínica de Cuidados Especiales con diagnóstico de DI, durante el año académico 2012 (N=880). Como atención se entenderá el tiempo desde que el paciente ingresa al box hasta que se retira, mientras que las actividades corresponden a cada procedimiento clínico realizado durante una atención. Así, un mismo paciente podrá participar más de una vez en el estudio, ya que se medirá su atención.

2.2. Muestra

La muestra se obtuvo de atenciones y actividades clínicas otorgadas a pacientes con DI Moderada, Severa o Profunda atendidos por docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCH). El grupo de estudio asistió a la Clínica de Cuidados Especiales y el grupo control asistió a la Clínica Docente Asistencial de la FOUCH y clínicas privadas de docentes de la Clínica de Cuidados Especiales de la FOUCH durante el año académico 2012.

Según las estadísticas el N° de atenciones dentales de estos pacientes en la Clínica de Cuidados Especiales corresponde a 880 atenciones al año.

2.2.1. Grupo de estudio:

El grupo de estudio se constituyó por atenciones realizadas a pacientes diagnosticados de DI Moderada, Severa o Profunda; estas atenciones fueron registradas en la Clínica de Cuidados Especiales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

1. Criterio de Inclusión:

- Atenciones odontológicas a pacientes que presenten DI Moderada, Severa o Profunda.
- Edades de los pacientes de entre 1 y 99 años.
- Que el dentista tratante esté de acuerdo en participar en el estudio y haber firmado el consentimiento informado correspondiente (Anexo 3).
- Que el paciente que será atendido (o su tutor) esté de acuerdo en participar en el estudio y que haya firmado el consentimiento informado (asentimiento en caso de menores de 16 años) correspondiente. (Anexo 4, 5, 6).

2. Criterios de exclusión:

- Pacientes que por su condición sistémica no permitan atención ambulatoria.
- Paciente que presente discapacidad intelectual leve.

2.2.2. Grupo control:

Este grupo se conformó por atenciones a pacientes sanos, clasificados ASA I y II, los que fueron reclutados en la Clínica Docente Asistencial de la FOUCH y en las clínicas privadas de docentes de la Clínica de Cuidados Especiales.

1. Criterios de inclusión:

- Pacientes sin patología del Sistema Nervioso Central.
- Edades de los pacientes de entre 1 y 99 años.
- Que el dentista tratante esté de acuerdo en participar en el estudio y haber firmado el consentimiento informado correspondiente (Anexo 3).
- Que el paciente que será atendido (o su tutor) esté de acuerdo en participar en el estudio y que haya firmado el consentimiento informado (asentimiento en caso de menores de 16 años) correspondiente (Anexo 4, 5, 6).

2. Criterios de exclusión:

- Pacientes que por su condición sistémica no permitan atención ambulatoria.

3. Tamaño muestral

El tamaño muestral, que corresponde al número de atenciones odontológicas, se determinó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

- Z: Corresponde al nivel de confianza, determinado en **1,96**
- p: Probabilidad a favor, determinado en **0,5**
- q: Probabilidad en contra, determinado en **0,5**
- N: Universo, determinado en **880** atenciones odontológicas a pacientes con Discapacidad Intelectual.
- e: Error de estimación, determinado en **0,1 (10%)**
- n: tamaño de la muestra

Cálculo:

Para un margen de error del 10% y un intervalo de confianza de 95%, el tamaño muestral corresponde a 87 atenciones.

4. Consideraciones Éticas

Si bien este estudio no interfiere en la atención odontológica de los pacientes, de todas maneras se informará tanto a pacientes como a los odontólogos tratantes sobre las características del estudio y se les pedirá su aprobación.

- Consentimiento para profesional (Anexo 3)
- Asentimiento en caso de menores de edad. (Anexo 4)
- Consentimiento para paciente/tutor/apoderado. (Anexo 5, 6)

5. Procedimientos.

5.1 Información a los tratantes y padres.

Para efectuar el registro de los tiempos clínicos del grupo estudio y grupo control, se necesitó la aprobación del Director de la Clínica de la FOUCH, al cual se le hizo entrega de un documento informativo sobre el proyecto (Anexo 7). Posteriormente se identificaron los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y se les invitó a participar del estudio explicándoles en que consistía éste (ver anexo información tutores/pacientes). A los pacientes que aceptaron participar se les pidió firmar un formulario de consentimiento informado, ya sea a los mismos pacientes, padres o apoderados. (Anexo 4, 5, 6)

5.2. Calibración y obtención de datos.

El registro de los tiempos clínicos fue efectuado por dos investigadores del proyecto mediante el uso de un cronómetro y se realizó dentro del box de atención dental. Previo a iniciar el registro del estudio, los investigadores se calibraron durante un mes.

El registro de tiempos consistió en medir:

1. Inducción: Tiempo que transcurre entre que el paciente entra al box y es instalado en el sillón dental para comenzar su atención odontológica.
2. Ingreso: Tiempo en realizar una primera consulta:
 - Ficha clínica: Información obtenida a través de la anamnesis.
 - Examen oral: Recopilación de información sobre el medio oral del paciente (tejidos blandos, tejidos duros, odontograma).
3. Examen Dentario: Tiempo en que el odontólogo revisa la cavidad oral previo a realizar un determinado procedimiento en una sesión de tratamiento.
4. Anestesia: Tiempo de aplicación y efecto de la anestesia tópica, para posteriormente realizar la punción con carpule y la espera del tiempo correspondiente para que se produzca el efecto anestésico.
5. Prevención: Procedimientos de instrucción de higiene oral, profilaxis, destartraje, fluoración y sellantes.
6. Operatoria: Acción de remover caries de cualquier pieza dentaria y realizar su correspondiente restauración; ya sea amalgama, resina compuesta, vidrio-ionómero de autopolimerización o de fotocurado.
7. Cirugía: Tiempo requerido para realizar la exodoncia de una pieza dentaria, sin considerar la acción clínica de anestésicar.
8. Indicaciones: Tiempo entre que el paciente terminó de ser atendido hasta la salida del box.

5.3. Registro de datos.

A partir de los tiempos registrados se realizó una tabla ingresando los datos requeridos para el estudio. (Anexo 8)

5.4 Tabulación de los datos.

Se utilizó el programa Microsoft Office Excel para ordenar y digitalizar los datos.

6. Análisis Estadísticos

Se realizó un análisis exploratorio con el Test Shapiro-Wilk para determinar si la muestra tenía una distribución normal ($S_w > 0,05$) y así indicar el test apropiado para la muestra. Todas las variables del estudio presentaron distribución no normal, por lo que se utilizó el test de Wilcoxon para determinar si existía diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Se obtuvieron además medias, desviación estándar, mínimos y máximos de la muestra.

RESULTADOS

1. Descripción de la muestra y resultados generales.

La muestra fue conformada por 174 atenciones odontológicas a pacientes, 87 sesiones a personas con DI y 87 a personas sanas. Las atenciones fueron registradas entre los meses entre Abril 2012 y Enero 2013 (Tabla III).

De acuerdo al **género** y **edad** la **distribución** de los grupos es la siguiente:

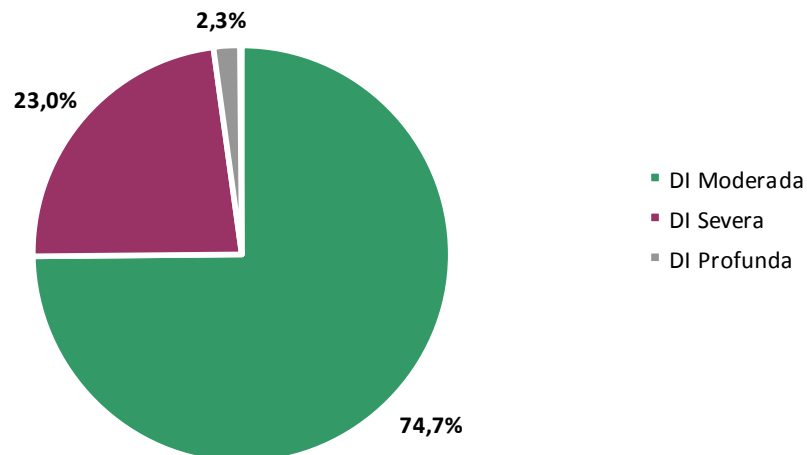
- Pacientes con DI: 33 mujeres (37,9%) y 54 hombres (62,1%), de un rango de 1 a 45 años de edad, cuya edad media fue 19,9 años (Tabla III).
- Pacientes sanos: 49 mujeres (56,3%) y 38 hombres (43,7%), de un rango de edad de 1 a 73 años, cuya edad media fue 13,3 años (Tabla III).

Tabla III: Descripción de la muestra.			
	N° de atenciones	Género	Edad
Pacientes con DI	N=87	Mujeres: 33 Hombres: 54	Rango de edad: 1 a 45 años. Promedio: 19,9 años
Pacientes Sanos	N=87	Mujeres: 49 Hombres: 38	Rango de edad: 1 a 73 años. Promedio: 13,3 años

En la **distribución** según **Grado de Discapacidad Intelectual en el grupo estudio** se observó que el 74,7% de los pacientes atendidos presentaban DI Moderada (65), 23,0% DI Severa (20) y 2,3% DI Profunda (2) (Tabla IV).

Tabla IV. Descripción de la muestra	
	Grado de Discapacidad Intelectual
Pacientes con DI (N= 87)	DI Moderada: 74,7 %
	DI Severa: 23,0 %
	DI Profunda: 2,3 %

Gráfico 2. Grado de Discapacidad Intelectual



2. Comparación de grupo de estudio y grupo control:

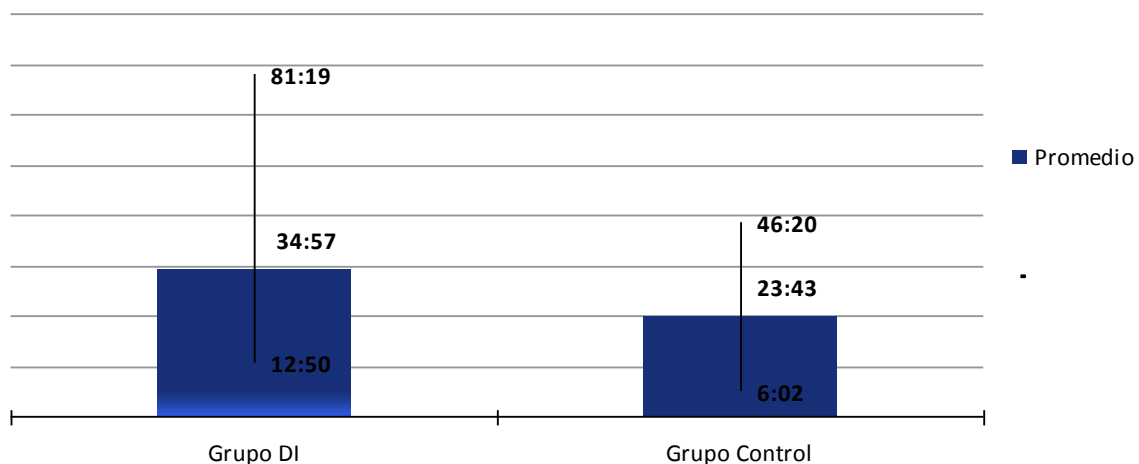
2.1 Tiempo de Atención Total

El tiempo de atención total promedio para el grupo estudio (n=87) fue de 34:57 minutos y de 23:43 minutos en el grupo control (n=87); esto corresponde a un tiempo de atención 1,47 veces mayor en el grupo estudio. En los pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 12:50 y como máximo de 1:21:19, mientras que en pacientes sanos fueron 6:02 y 46:20 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon arrojó un valor $p=0,001$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla IV. Descripción de variable: Tiempo total.		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=87)	Grupo Control (n=87)
Promedio (Seg.)	2097	1423
Promedio (Min.)	34:57	23:43
Mínimo	12:50	6:02
Máximo	1:21:19	46:20

Gráfico 3. Comparación variable: Tiempo Total



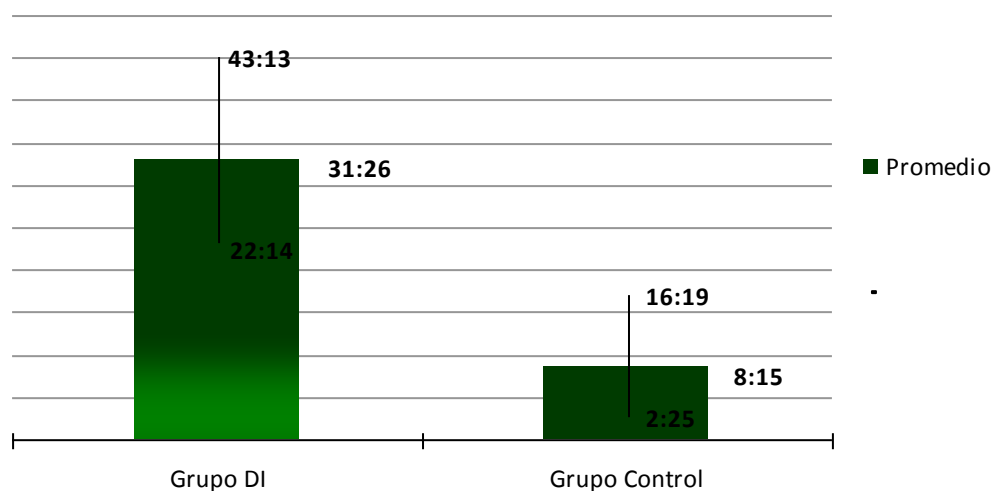
2.2 Tiempo de Atención: Anamnesis

El tiempo promedio de atención en realizar la anamnesis en el grupo estudio (n=19) fue de 31:26 minutos y de 8:15 minutos en el grupo control (n=14); esto corresponde a un tiempo de anamnesis 3,8 veces mayor en el grupo estudio que en el grupo control. En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 22:14 y como máximo de 43:13 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 2:25 y 16:19 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor **p=0,001**, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla VI. Descripción de variable: Anamnesis		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=19)	Grupo Control (n=14)
Promedio (Seg.)	1886	495
Promedio (Min.)	31:26	8:15
Mínimo	22:14	2:25
Máximo	43:13	16:19

Gráfico 4. Comparación variable: Anamnesis



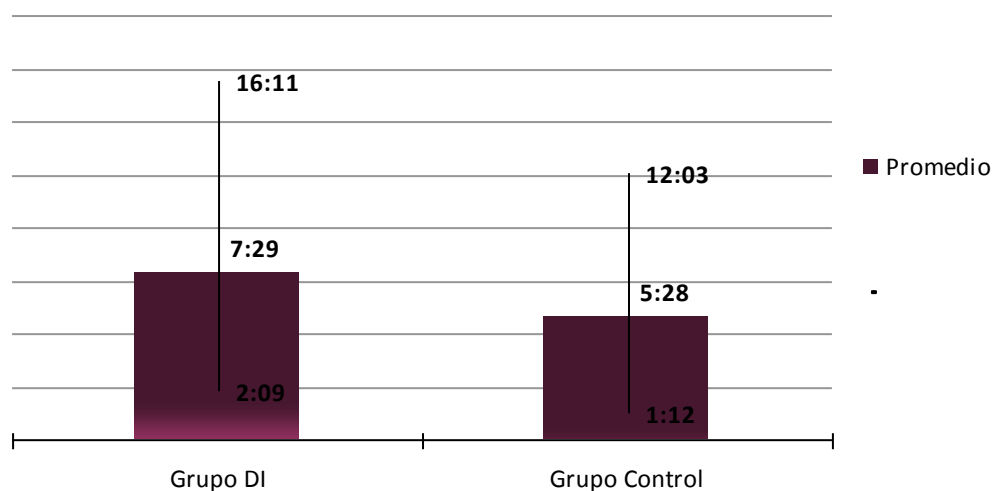
2.3 Tiempo de Atención: Examen Oral

Al realizar examen oral el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=19) fue de 7:29 minutos y de 5:28 minutos en el grupo control (n=19). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 2:09 y como máximo de 16:11 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 1:12 y 12:03 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,11$, lo que determinaría que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla VII. Descripción de variable: Examen Oral		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=19)	Grupo Control (n=19)
Promedio (Seg.)	449	328
Promedio (Min.)	7:29	5:28
Mínimo	2:09	1:12
Máximo	16:11	12:03

Gráfico 5. Comparación variable: Examen Oral



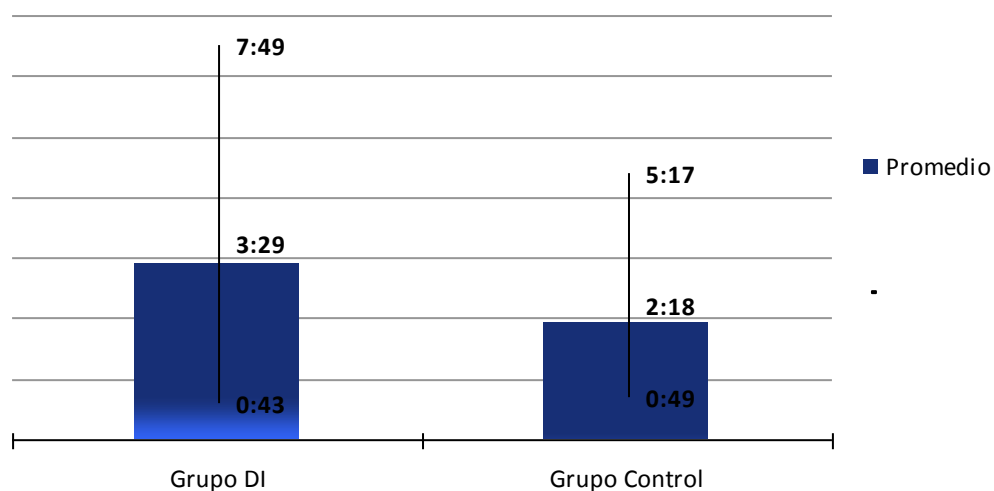
2.4 Tiempo de Atención: Examen Dentario

Al realizar examen dentario el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=59) fue de 3:29 minutos y de 2:18 minutos en el grupo control (n=54). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 0:43 y como máximo de 7:49 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 0:49 y 5:17 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,001$, por lo que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla VIII. Descripción de variable: Examen Dentario		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=59)	Grupo Control (n=54)
Promedio (Seg.)	209	138
Promedio (Min.)	3:29	2:18
Mínimo	0:43	0:49
Máximo	7:49	5:17

Gráfico 6. Comparación variable: Examen Dentario



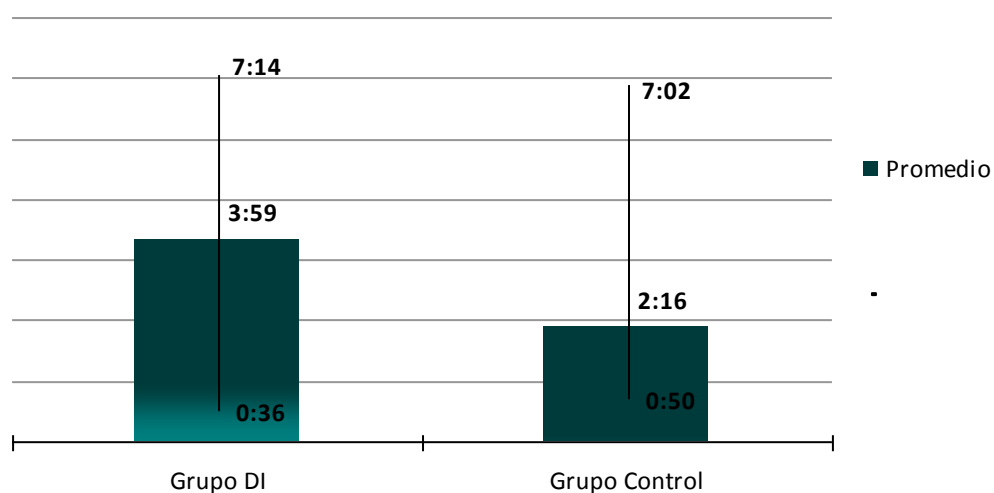
2.5 Tiempo de Atención: Inducción

Al realizar inducción el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=68) fue de 3:59 minutos y de 2:16 minutos en el grupo control (n=74). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 0:36 y como máximo de 7:14 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 0:50 y 7:02 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,001$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla IX. Descripción de variable: Inducción		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=68)	Grupo Control (n=74)
Promedio (Seg.)	239	136
Promedio (Min.)	3:59	2:16
Mínimo	0:36	0:50
Máximo	7:14	7:02

Gráfico 7. Comparación variable: Inducción



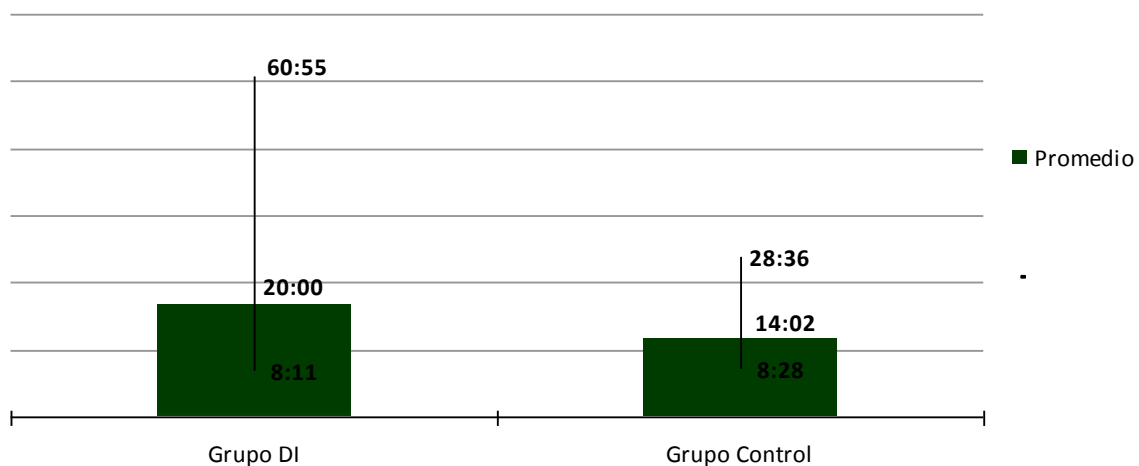
2.6 Tiempo de Atención: Destartraje

Al realizar destartraje el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=16) fue de 20:00 minutos y de 14:02 minutos en el grupo control (n=17). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 8:11 y como máximo de 1:00:55 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 8:28 y 28:36 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,12$, lo que determinaría que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla X. Descripción de variable: Destartraje		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=16)	Grupo Control (n=17)
Promedio (Seg.)	1200	842
Promedio (Min.)	20:00	14:02
Mínimo	8:11	8:28
Máximo	1:00:55	28:36

Gráfico 8. Comparación variable: Destartraje



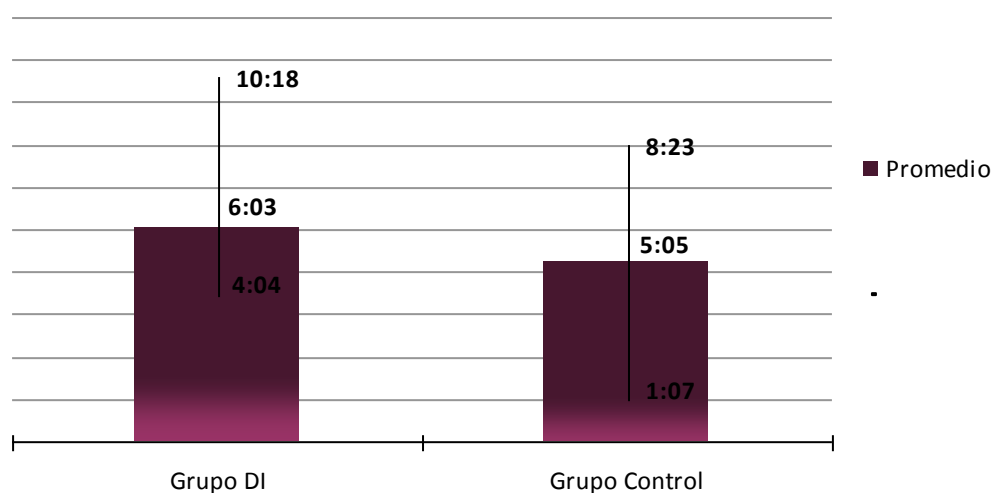
2.7 Tiempo de Atención: Profilaxis

Al realizar profilaxis el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=8) fue de 6:03 minutos y de 5:05 minutos en el grupo control (n=15). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 4:04 y como máximo de 10:18 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 1:07 y 8:23 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,41$, lo que determinaría que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla XI. Descripción de variable: Profilaxis		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=8)	Grupo Control (n=15)
Promedio (Seg.)	363	305
Promedio (Min.)	6:03	5:05
Mínimo	4:04	1:07
Máximo	10:18	8:23

Gráfico 9. Comparación variable: Profilaxis



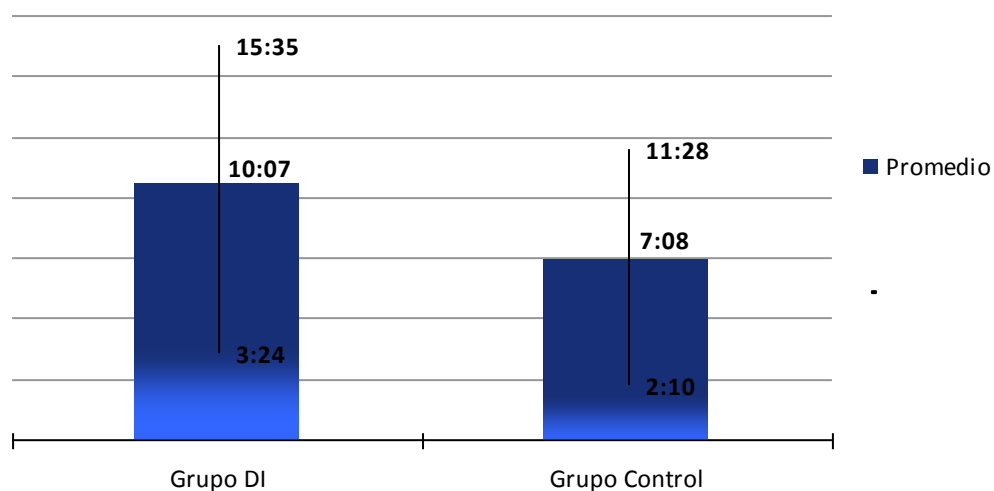
2.8 Tiempo de Atención: Sellantes

Al realizar sellantes el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=9) fue de 10:07 minutos y de 7:08 minutos en el grupo control (n=17). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 3:24 y como máximo de 15:35 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 2:10 y 11:28 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,07$, lo que determinaría que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla XII. Descripción de variable: Sellantes		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=9)	Grupo Control (n=17)
Promedio (Seg.)	607	428
Promedio (Min.)	10:07	7:08
Mínimo	3:24	2:10
Máximo	15:35	11:28

Gráfico 10. Comparación variable: Sellantes



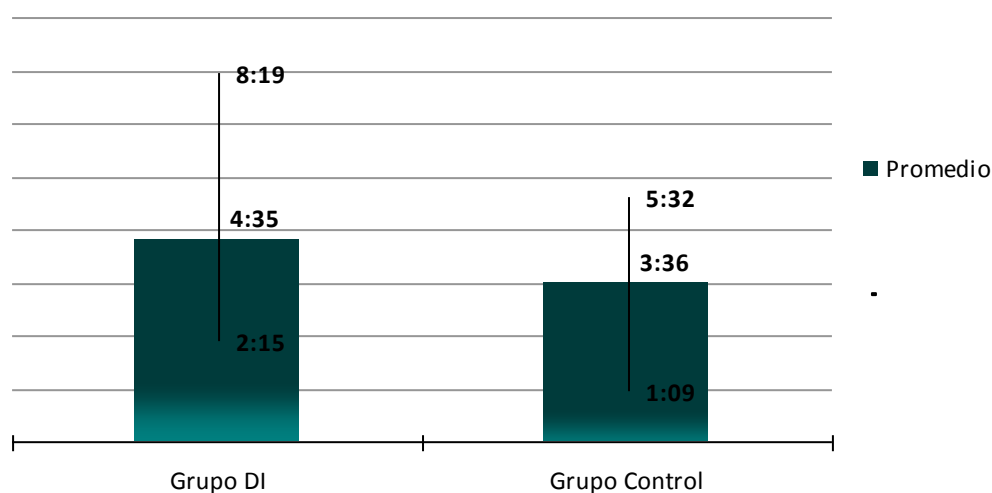
2.9 Tiempo de Atención: Fluoración

Al realizar fluoración el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=16) fue de 4:35 minutos y de 3:36 minutos en el grupo control (n=24). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 2:15 y como máximo de 8:19 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 1:09 y 5:32 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,33$, lo que determinaría que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla XIII. Descripción de variable: Fluoración		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=16)	Grupo Control (n=24)
Promedio (Seg.)	275	216
Promedio (Min.)	4:35	3:36
Mínimo	2:15	1:09
Máximo	8:19	5:32

Gráfico 11. Comparación variable: Fluoración



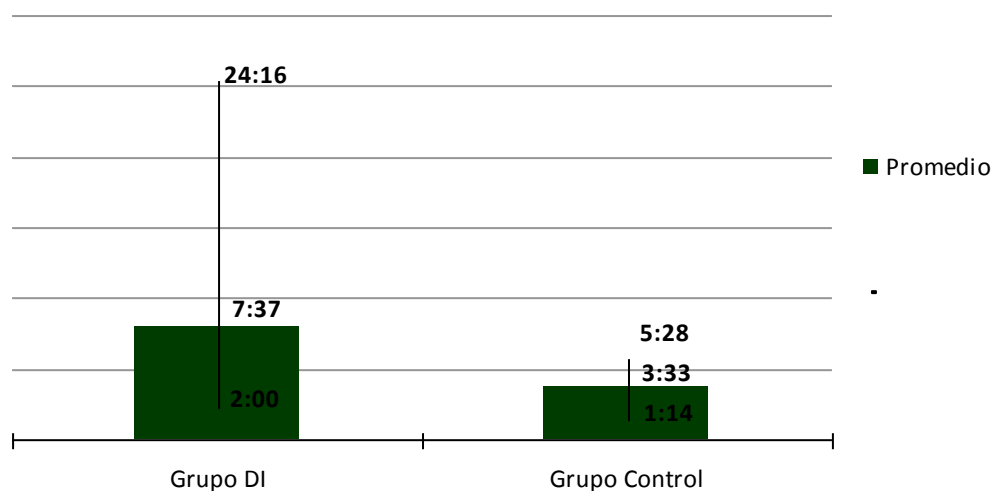
2.10 Tiempo de Atención: Instrucción de Higiene Oral (IHO)

Al realizar IHO el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=14) fue de 7:37 minutos y de 3:33 minutos en el grupo control (n=20). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 2:00 y como máximo de 24:16 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 1:14 y 5:28 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,001$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla XIV. Descripción de variable: IHO		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=14)	Grupo Control (n=20)
Promedio (Seg.)	457	213
Promedio (Min.)	7:37	3:33
Mínimo	2:00	1:14
Máximo	24:16	5:28

Gráfico 12. Comparación variable: IHO



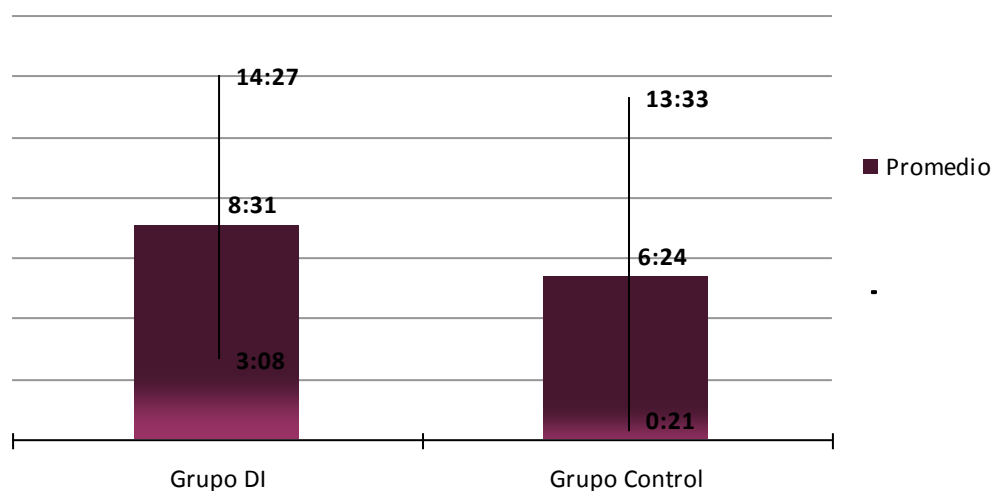
2.11 Tiempo de Atención: Anestesia

Al realizar la técnica anestésica el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=16) fue 8:31 minutos y de 6:24 minutos en el grupo control (n=23). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 3:08 y como máximo de 14:27 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 0:21 y 13:33 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,04$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla XV. Descripción de variable: Anestesia		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=16)	Grupo Control (n=23)
Promedio (Seg.)	511	384
Promedio (Min.)	8:31	6:24
Mínimo	3:08	0:21
Máximo	14:27	13:33

Gráfico 13. Comparación variable: Anestesia



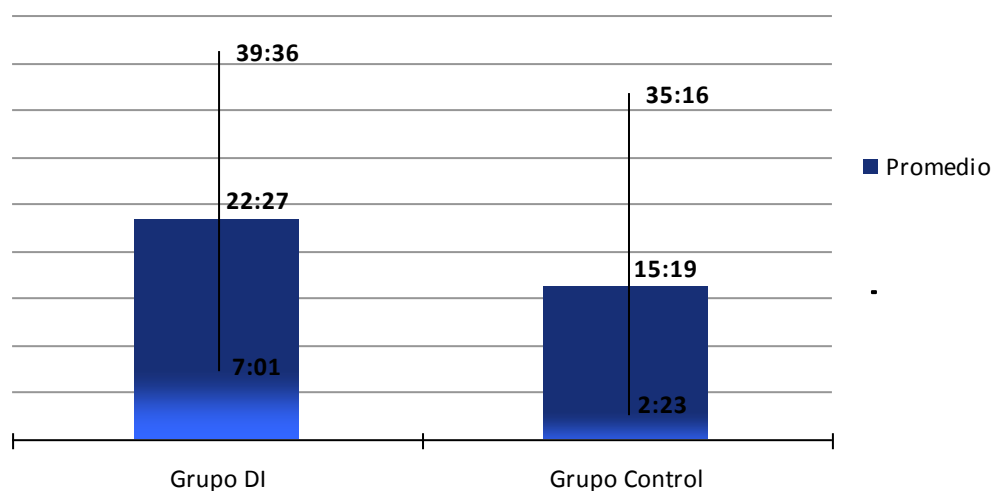
2.12 Tiempo de Atención: Operatoria

Al realizar operatoria el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=26) fue de 22:27 minutos y de 15:19 minutos en el grupo control (n=35). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 7:01 y como máximo de 39:36 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 2:23 y 35:16 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,001$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla XVI. Descripción de variable: Operatoria		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=26)	Grupo Control (n=35)
Promedio (Seg.)	1347	919
Promedio (Min.)	22:27	15:19
Mínimo	7:01	2:23
Máximo	39:36	35:16

Gráfico 14. Comparación variable: Operatoria



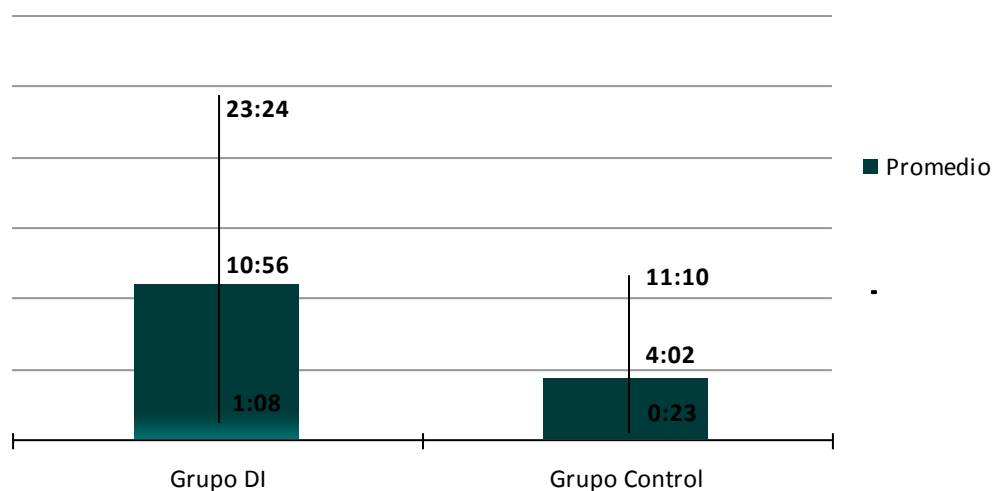
2.13 Tiempo de Atención: Exodoncia

Al realizar exodoncia el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=12) fue de 10:56 minutos y de 4:02 minutos en el grupo control (n=13). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 1:08 y como máximo de 23:24 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 0:23 y 11:10 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,001$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla XVII. Descripción de variable: Exodoncia		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=12)	Grupo Control (n=13)
Promedio (Seg.)	656	242
Promedio (Min.)	10:56	4:02
Mínimo	1:08	0:23
Máximo	23:24	11:10

Gráfico 15. Comparación variable: Exodoncia



2.14 Tiempo de Atención: Indicaciones

Al realizar indicaciones el tiempo de atención promedio en el grupo estudio (n=85) fue de 4:48 minutos y de 2:50 minutos en el grupo control (n=87). En pacientes con DI el tiempo registrado como mínimo fue de 0:50 y como máximo de 18:43 minutos, mientras que en pacientes sanos fueron 0:34 y 8:31 minutos respectivamente.

El análisis de la variable con test de Wilcoxon entregó un valor $p=0,001$, lo que determinaría que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla XVIII. Descripción de variable: Indicaciones		
Tiempo de Atención	Grupo DI (n=85)	Grupo Control (n=87)
Promedio (Seg.)	288	170
Promedio (Min.)	4:48	2:50
Mínimo	0:50	0:34
Máximo	18:43	8:31

Gráfico 16. Comparación variable: Indicaciones

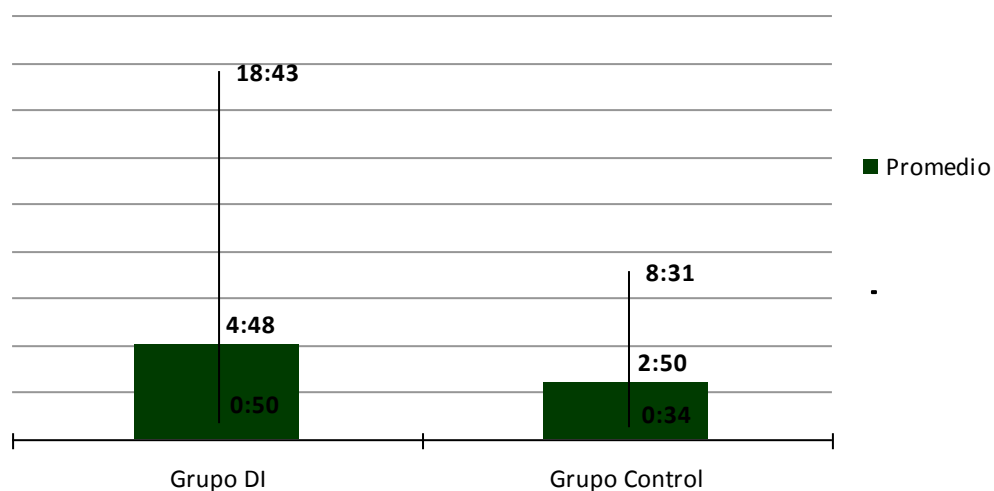
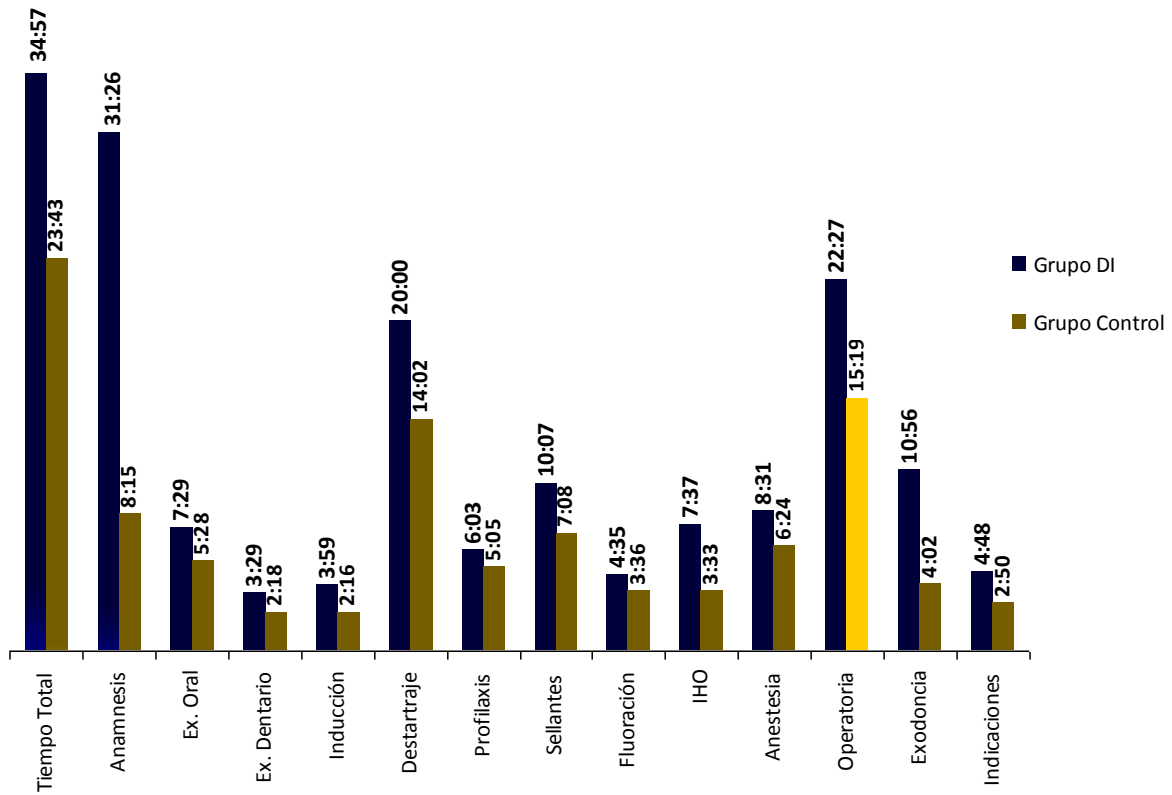


Tabla V. Descripción de todas de variables.					
Tipo de Atención	DI		Control		P
	Tiempo Promedio	N	Tiempo Promedio	N	
Total	34:57	87	23:43	87	0,001*
Anamnesis	31:26	19	8:15	14	0,001*
Ex. Oral	7:29	19	5:28	19	0,11
Ex. Dentario	3:29	59	2:18	54	0,001*
Inducción	3:59	68	2:16	74	0,001*
Destartraje	20:00	16	18:14	17	0,12
Profilaxis	6:03	8	5:05	15	0,41
Sellantes	10:07	9	7:08	17	0,07
Fluoración	4:35	16	3:36	24	0,33
IHO	7:37	14	3:33	20	0,001*
Anestesia	8:31	16	6:24	23	0,04*
Operatoria	22:27	26	15:19	35	0,001*
Exodoncia	10:56	12	4:02	13	0,001*
Indicaciones	4:48	85	2:50	87	0,001*

*= $p < 0,05$, con significación estadística

Gráfico 17. Comparación general del total de variables.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran la existencia de una diferencia estadísticamente significativa en los tiempos de atención odontológica requeridos para la atención de pacientes con DI al compararlos con atenciones equivalentes en pacientes sanos.

El presente estudio es el primero en considerar la medición de estas variables en personas con DI, por lo que no se pueden comparar los resultados con investigaciones previas. Sin embargo un estudio realizado por Vergara y cols.⁽⁴⁵⁾ en Chile también comparó el tiempo de atención dental de pacientes con necesidades especiales, específicamente de pacientes que presentan la patología de Epidermolisis Bullosa (EB). Al comparar los resultados de ambos estudios, se observa que el tiempo requerido en pacientes con DI es 1,47 veces mayor que en pacientes sanos, similar al 1,4 veces mayor observado en pacientes con EB. Es importante considerar esta información al momento de agendar las citas dentales, ya que para entregar una atención adecuada por sesión se deberá considerar un mayor tiempo de trabajo clínico, y por tanto atender a un menor número de pacientes por jornada.

Al no encontrarse estudios que evaluaran la variable tiempo de atención odontológica dirigida a personas con la condición de DI, los resultados obtenidos se contrastaron con los resultados esperados en esta investigación.

Los resultados alcanzados en relación al tiempo promedio de atención total evidencian que el tiempo de atención odontológica requerida en personas con DI es mayor al requerido para atenciones equivalentes en pacientes sanos, lo que nos permite confirmar la hipótesis. Esto era de esperarse ya que la atención de estos pacientes según las características propias de su patología requiere de cuidados adicionales para lograr la entrega de un tratamiento de calidad. Se debe considerar que los odontólogos participantes en la investigación presentan

conocimiento y formación especializada en la atención de personas con NEAS, lo que pudo disminuir el tiempo de atención en el grupo estudio, esto debe tenerse en cuenta debido a que los odontólogos generales no presentan las competencias específicas para atender a esta población y podrían demorarse aún más en realizar las acciones.

Si bien sabemos que las actividades de anamnesis, examen dentario, inducción, instrucción de higiene oral, anestesia, operatoria, exodoncias e indicaciones son procedimientos que estadísticamente requieren mayor tiempo para realizarse, es interesante discutir si estas diferencias en tiempo también son clínicamente significativas.

El mayor tiempo requerido para realizar la anamnesis era esperable, debido a que los pacientes con DI presentan extensos antecedentes clínicos, como problemas físicos, psiquiátricos, cromosomales o conductuales asociados a su condición⁽¹¹⁾ y distintas terapias farmacológicas indicadas por su médico especialista, que son datos importantes y deben ser registrados en la ficha clínica⁽⁴²⁾. A su vez se consigna información poco usual en las fichas tradicionales, como los gustos del paciente, situaciones u objetos que le incomoden o actividades que realiza en su vida diaria, datos relevantes para facilitar la futura atención dental. Sabemos que la diferencia de tiempo es estadísticamente significativa, pero discutiremos si esta diferencia es relevante clínicamente. El tiempo promedio de anamnesis en pacientes con DI fueron 31:26 minutos comparado con 8:15 minutos del grupo control, 3,8 veces mayor. Clínicamente esta diferencia es muy relevante, ya que el tiempo de atención asignado en atención primaria en salud, por ejemplo, para atender a un paciente es de 20 minutos; vemos que el tiempo requerido para realizar la anamnesis es aún mayor al tiempo de atención asignado a los pacientes. En los pacientes sanos en cambio, es posible realizar anamnesis y acciones clínicas en una primera sesión. Esta información es muy importante para planificar el servicio de atención de pacientes especiales.

Respecto al examen oral, como etapa que forma parte del ingreso del paciente, no existió diferencia entre pacientes con DI y sanos, lo cual fue inesperado, ya que el manejo durante la evaluación dental del paciente y las alteraciones orales propia de la patología del paciente^(12,15), hacían pensar de un examen oral más prolongado. Se puede suponer que la ausencia de diferencia se debe a que en ambos pacientes se requiere de una evaluación oral acuciosa para constatar el estado bucal. Cabe destacar que a pesar de no haber diferencia estadísticamente significativa, el examen oral en personas con DI si fue mayor al grupo control, lo que puede atribuirse al manejo y técnicas de adaptación que en ocasiones es necesario realizar para evaluar al paciente.

Distinto al procedimiento anterior ocurrió en el examen dentario, considerado la evaluación inicial durante la sesión de tratamiento, en el cual sí existió diferencia de tiempo en los grupos; ésto era de esperarse, ya que previo a realizar las acciones determinadas en el tratamiento, se debe evaluar el estado bucal que presenta el paciente en cada sesión, el cual debido a las dificultades de higiene que presenta el paciente con DI se ve altamente afectado.

En cuanto al tiempo requerido para la inducción, también se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, resultado esperable por el grupo de investigación, ya que algunas de las personas con DI presentan problemas motores, los que pueden dificultar su posicionamiento en el sillón o como ocurre en el caso de los pacientes que se movilizan en silla de ruedas, en los que adoptar la posición idónea para ser atendido requiere de mayor tiempo⁽⁴²⁾ (Figura V); a su vez otros pacientes no logran comprender con rapidez que deben situarse en el sillón dental, como si ocurre en pacientes sanos que lo hacen sin la necesidad de uno indicarlo previamente, ya que forma parte de la rutina para realizar la atención odontológica. Respecto a la relevancia clínica, si bien los paciente con DI se demoran casi el doble que los pacientes sanos (1,7 veces mayor) en la etapa de inducción, la diferencia es en promedio solo 1:43 minutos, lo que no debería alterar la planificación de la jornada clínica por si solo.



Figura V. Atención de paciente con DI en reclinador de silla de ruedas.

En los tiempos obtenidos de la realización de acciones preventivas como destartraje, profilaxis, sellantes y fluoración no se observó diferencia estadísticamente significativa, resultados que no eran esperables, ya que en ocasiones el comportamiento o movimientos involuntarios del paciente no facilitan la realización del tratamiento. Sin embargo estaba dentro de las posibilidades que se obtuvieran estos resultados ya que al realizar el tratamiento se trata de optimizar al máximo el tiempo, sobre todo en los momentos que el paciente se encuentra más colaborador, realizando las actividades con mayor rapidez pero sin dejar de lado la calidad del tratamiento. Cabe mencionar que a pesar de no existir diferencia estadísticamente significativa, en las 4 acciones preventivas se requirió de mayor tiempo de atención en los pacientes con DI, sobre todo en la realización de destartraje y sellantes. El destartraje es un procedimiento que en las personas con DI se caracteriza por requerir de gran colaboración por parte del paciente, ya que el sonido que genera el cavitron y ejetor, acompañado del uso de agua para controlar el calor producido por el aparato de ultrasonido lo afectan sensorialmente alterando su comportamiento⁽¹⁴⁾, esto hace necesario el uso de técnicas de adaptación y pausas para que el paciente tolere el procedimiento; consideraciones que aumentan el tiempo de trabajo por sesión. En el caso de los sellantes, este procedimiento se considera más complejo debido a las condiciones de aislación

que se deben cumplir para la aplicación de éstos, actividad que en personas con DI lograrlo requiere de mayor tiempo en ciertas ocasiones. Tanto en el caso del destartraje, como el de los sellantes, es interesante discutir que si bien la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,12$ y $p=0,07$ respectivamente), clínicamente la diferencia de promedio entre el grupo estudio y grupo control si es relevante, siendo de 6:02 minutos en el destartraje y 3:01 minutos en la aplicación de sellantes. Es importante entonces tener siempre claridad sobre la significancia clínica y estadística de los distintos resultados; estas diferencias de tiempo pueden ser relevantes cuando el tiempo de atención asignado para cada paciente es de 15 minutos, pero puede ser menos relevante si disponemos de 30 minutos por ejemplo. La relevancia de este dato debe analizarse entonces desde la perspectiva de cada servicio específico.

En el caso del tiempo necesario para realizar IHO, se evidenció la diferencia que se esperaba, ésto se debe al importante rol que cumple esta práctica para la salud bucal del paciente con DI y al tiempo que es necesario dedicarle para que se realice adecuadamente. Se le enseña no sólo al paciente, sino que también a las personas que viven y cuidan de él, como debe cepillarse correctamente el paciente, ya que la mayoría de las ocasiones los padres o cuidadores serán los responsables de realizar las técnicas de higiene oral. A su vez se dan recomendaciones sobre el tipo de cepillo dental que debe utilizar y el uso de pastas dentales con alta concentración de flúor o de elementos coadyuvantes como seda dental o enjuagues de clorhexidina para complementar el tratamiento preventivo^(15,37,42). Clínicamente esta diferencia es muy relevante ya que es más del doble del tiempo, con una diferencia absoluta de más de 4 minutos.

Respecto a la técnica anestésica en personas con DI era esperable que existiera diferencia estadísticamente significativa; ésto se debe al manejo previo que se requiere para lograr el procedimiento, considerando el comportamiento poco cooperador de los pacientes en la mayoría de los casos; es principalmente ese factor el que determina la diferencia, ya que en ambos pacientes la infiltración

de la anestesia se realiza lentamente para disminuir la molestia y se espera el tiempo correspondiente para que se produzca el efecto anestésico. Clínicamente la diferencia son solo 2 minutos, lo que corresponde a que el tiempo para este procedimiento es 1,3 veces mayor del tiempo determinado en pacientes sanos.

En cuanto a los resultados obtenidos al registrar las acciones de operatoria, se observó que sí existía diferencia, lo que era esperado por el grupo de investigación. El realizar tratamientos restauradores implica el uso de instrumentos que no son bien aceptados por los pacientes con DI, ya que generan alteraciones sensoriales⁽¹⁴⁾, como ocurre al usar el micromotor, turbina o jeringa triple; es por ésto que los procedimientos se realizan de manera pausada, para así no alterar e inquietar al paciente, en el cual se ha realizado un trabajo de adaptación previo que requirió de un considerable número de sesiones, por lo tanto es importante conservar el vínculo de confianza generado con el paciente. Clínicamente la diferencia de tiempo para realizar una acción de operatoria es de 7:08 minutos, considerando que en un paciente con la condición de DI el tiempo promedio para realizar una acción de operatoria corresponde a 22:27 minutos, mientras que en un paciente sano se requiere de un tiempo promedio de 15:19 minutos, pudiendo utilizar el tiempo de diferencia para realizar alguna acción adicional, esto es muy relevante al programar la sesión de trabajo y al considerar el rendimiento por sesión que se puede realizar en los pacientes de cada grupo.

También era esperable que el tiempo requerido para realizar exodoncias en personas con DI sea mayor, debido a la complejidad de efectuar este procedimiento en pacientes que presentan dificultades para cooperar o alteraciones en las habilidades de adaptación. Además hay pacientes con DI que tienen asociados problemas físicos o movimientos involuntarios lo que hace más complicado realizar el procedimiento; por lo mismo se hacen las exodoncias usando el tiempo que sea necesario para realizar una técnica lo más atraumática y segura posible, y así no producir una mala experiencia que pudiera repercutir en una futura atención dental. Clínicamente el tiempo para realizar el procedimiento

es 2,7 veces mayor, con una diferencia de 6:54 minutos, lo que sí es relevante y debe considerarse al planificar las jornadas clínicas de servicios donde se atienden estos pacientes.

En relación a las indicaciones, los resultados mostraron que sí existía diferencia estadísticamente significativa. Esto se debe a que las indicaciones entregadas a los pacientes con DI se deben explicar en forma simple y posteriormente comprobar si las comprendieron, para esto se les pide que repitan lo enseñado por el odontólogo, lo que toma más tiempo; a su vez es necesario dar las indicaciones a los padres para asegurar que éstas sean cumplidas. Clínicamente la diferencia corresponde a 2:02, siendo el tiempo requerido para realizar esta actividad 2 veces mayor en pacientes con DI.

Al analizar los resultados entregados en cada variable, se observa que en un 64% de ellas se requirió de mayor tiempo clínico de atención en los pacientes con DI que en los pacientes sanos. Por lo tanto se da por aceptada la hipótesis planteada.

CONCLUSIONES

- El presente estudio revela que el tiempo promedio de atención odontológica de un paciente en condición de DI es 1,47 veces mayor al tiempo requerido para la atención en procedimientos equivalentes en pacientes sanos.
- Las actividades de anamnesis, inducción, examen dentario, instrucción de higiene oral, técnica anestésica, operatoria, exodoncias e indicaciones requirieron de mayor tiempo clínico para ser efectuadas en pacientes con DI, siendo la diferencia de tiempo de atención estadísticamente significativa.
- En los procedimientos de examen oral, destartraje, profilaxis, sellantes y fluoración la diferencia de tiempo no fue estadísticamente significativa en pacientes con DI y pacientes sanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud (2001) "Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud". Madrid: España.
2. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2004). "Definition of persons with special health care needs". *Pediatric Dent. Reference Manual*; 33 (6): 11-12
3. Alarcón T., Ávalos ME., Miranda M., Navarrete C, Vargas N. (2008). Recomendaciones para el cuidado de Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención e Salud. Documento Oficial. Comité de NANEAS, Sociedad Chilena de Pediatría.
4. Crall, J. J. (2007). Improving oral health for individuals with special health care needs. *Pediatric Dent* 29(2): 98-104
5. Loepky W., Sigal M. 2006. Patients with Special Health Care Needs in General and Pediatric Dental Practices in Ontario. *J Can Dent Assoc*; 17 (10): 915a-915f.
6. Choi NK, Yang KH. (2003). A study on the dental disease of the handicapped. *J Dent Child*. May-Aug; 70(2):153-8
7. Dávila ME, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. (2006). Caries dental en personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. *Rev. Salud Pública*. Nov; 8(3): 207-213.
8. Vignehsa H, Soh G, Lo GL, Chellappah NK. (1991). Dental health of disabled children in Singapore. *Aust Dent J*. Apr; 36(2): 151-6.
9. American Academy of Pediatric Dentistry.(2008-2009). Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatric Dent*; 30 (7):107-11.
10. Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Instituto Nacional de Estadísticas (2004). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile.
11. Charles JM. (2010). Dental care in children with developmental disabilities: Attention Déficit Disorder, Intellectual Disabilities and Autism. *J Dent Child*; 77:84-91.

12. Jaccarino J. (2009). Treating the special needs patient with a developmental disability: cerebral palsy, autism and down syndrome: recognizing signs of developmental delays and providing appropriate dental care. American Dental Assistants Association; 78:6.
13. Anders PL y Davis EL. (2010). Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. Spec Care Dentist; 30(3): 110-117.
14. Raposa KA. (2009). Behavioral management for patients with intellectual and developmental disorders. Dent Clin N Am; 53: 359-373.
15. Sociedad Chilena de Pediatría (2009). Pediatría para "NANEAS". Atención odontológica de NANEAS. Krämer S y Zillmann G. Chile: Santiago, pp. 353 – 358
16. Resolución exenta n° 152, 21 de Marzo de 2011, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud Chile.
17. Egea García C., Sarabia Sánchez A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. 50: 15-30.
18. Vargas C., Nelson A.(2009). Reseña de libros: Pediatría Para Naneas. Rev. chil. pediatr. Vol.80, n°5, pp. 487-487. ISSN 0370-4106.
19. Desai M., Messer L., Calache H. (2001). A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Australia. Aust Dent J; 46(1): 41-50
20. Eurordis Rare diseases Europe. (2009). The voice of 12.000 patients: Experiences and Expectations of Rare Disease Patients on Diagnosis and Care in Europe.
21. Ravaglia C. (1999). Odontología en Niños Discapacitados, Metodología para su Atención. Buenos Aires, Argentina. Fundación Severo Vaccaro.
22. Altun C., Guven G., Akgun OM. Et al. (2010). Oral health status of disabled individuals attending special schools. Eur J Dent; 4(4): 361-6.
23. Slavkin H.C., Baum B.J. (2000). Relationship of dental and oral pathology to systemic illness. JAMA; 284: 1215-7.
24. Hallbeg U., Strandmark M., Klingberg G. 2004. Dental health professionals'

- treatment of children with disabilities: a qualitative study. *Acta Odontol Scand*; 62: 319-327
25. Dóren S., Zillmann G., Krämer S., Lee X. (2011). Prevalencia de caries, gingivitis e higiene oral de niños y adolescentes con parálisis cerebral en establecimientos educacionales categorizados según nivel socioeconómico. Santiago. Chile. Universidad de Chile.
 26. Altamirano F CC, Aranda V, Fierro M. Estado de Salud Bucal en Niños con Parálisis Cerebral de Concepción, Chile. *Rev. Soc. Chil. Odontopediatría*. 2008; 23(2):59.
 27. Katz G., Lazcano-Ponce E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México*; 50(2): S132-S141.
 28. Salvador-Carulla L., Reed G., Vaez L., Cooper S., Martinez R., Bertelli M. Et al. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and Framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. 10: 175-180.
 29. Navas P., Verdugo M. A., Gómez L. E. (2008). Diagnosis and classification on intellectual disability. *Intervención Psicosocial*; 17(2): 143-152.
 30. Márquez-Caraveo Ma., Zanabria M., Pérez V., Aguirre E., Arciniega L., Galván C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*; 34(5): 443-449.
 31. Maulik P., Harbour C. (2013). Epidemiology of Intellectual Disability. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
 32. Salvador-Carulla L., Rodríguez Blázquez C., Martorell A. (2008). Intellectual disability: un approach from the health sciences perspective. *Salud Pública Mex*. 50(2): 142-150
 33. Emerson E., Hatton C. (2007). Contribution of socioeconomic position to health inequalities of British children and adolescents with intellectual disabilities. *Am J Ment Retard*; 112(2):140-150.
 34. Cos T., Nezu A., Spangler P., Maguth C. (2006). Diagnostic challenges: Investigation of behavioral profiles and psychiatric classification. *NAIDD*

Bull; 9:94-9

35. Almenara J., García R., Novalbos J., Merello B., Abellan M., García C. (1999). Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. *Rev. Esp. Salud Pública*; 73(3): 383-392.
36. Van Schroyen Latman-De Valk HMJ., Metsemakers JFM, haveman MJ and Crebelder HFJM. Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. (2000). *Family Practice*; 17: 405-407.
37. Oredugba F., Akindayomi Y. (2008). Oral health status and treatment needs of children and Young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health*; 8(30): 1-8.
38. Cumella S., Ransford N., Burnham L. (2000). Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community dental Services. *Journal of Intellectual Disability Research*; 44(1):45-52
39. Dávila ME, Gil M, Daza D, Bullones X, Ugel E. (2006). Caries dental en personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. *Rev. Salud Pública*; 8(3): 207-213.
40. Jovic N., Majstorovic M., Bakarcic D., Katalinic A. (2007). Dental caries in disabled children. *Coll Antropoll*; 1: 321-24.
41. Owens PL., Kerker BD., Zigler E., Horwitz SM. (2006). Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*;12(1): 28-40.
42. Stiefel D. 2002. Dental care considerations for disabled adults. *Spec Care Dentist* 22(3): 26S-39S
43. Cornejo G., Pinto A. (2010). Estudio descriptivo: Rehabilitación Dental en pacientes con necesidades especiales bajo sedación profunda. Institución: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.
44. Guía clínica: Salud oral integral para pacientes menores de 20 años en situación de discapacidad que requieren cuidados especiales en odontología. (2012) Ministerio de Salud. Chile.
45. Vergara D., Krämer S., Zillmann G., Vergara C. (2013). Comparación del tiempo requerido para la atención de pacientes con Epidermolisis Bullosa y

pacientes sanos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de Chile. Santiago. Chile. Universidad de Chile

46. Rodríguez M., Calderón L., Cabrera L., Ibarra N., Moya P., Faas A. (2005). Análisis de Consistencia Interna de la Escala Bayley del Desarrollo Infantil para la Ciudad de Córdoba (Primer año de Vida). Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).
47. Bondy A., Frost L. El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes. <http://www.pecs-spain.com/pecs.php>. (6 de Agosto del 2013)

ANEXO

Anexo 1

Coeficiente Intelectual (CI) y Escalas de medición

La inteligencia hace referencia a la capacidad y habilidad para responder de la mejor manera a las exigencias que nos presenta el mundo; para entender, asimilar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas y tomar decisiones. Para determinar el nivel de inteligencia de un individuo en relación a su grupo de edad, se realizan test estandarizados los que entregan un valor, el cual corresponde al CI de la persona⁽²⁹⁾.

Los test utilizados son pruebas científicamente elaboradas que permiten establecer y conocer algunos rasgos de la personalidad; jamás van a proporcionar un conocimiento exhaustivo de la persona.

Test de Inteligencia general y desarrollo psicomotor:

- Escala Bayley de desarrollo infantil o BSID⁽⁴⁶⁾

Test utilizado para evaluar el estado de desarrollo en niños con edades comprendidas entre un mes y tres años y medio. Se obtiene una comprensión integral, ya que consta de tres secciones (escala mental, escala motora y registro del comportamiento). La escala mental mide capacidades como la percepción, la memoria, el aprendizaje, y la vocalización. La escala motora, evalúa las actividades motoras gruesas (músculos grandes) y finas (de manipulación). La escala de calificación del comportamiento proporciona información sobre las conductas sociales y objetivas del niño hacia su ambiente.

- Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños o MSCA

Test que se aplica a niños de edades comprendidas entre 2,5 y 8,5 años. Permite obtener puntuaciones o índices de diferentes conductas cognitivas y motrices en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativas, numérica, general cognitiva o índice general intelectual, memoria y motricidad.

- Escala de inteligencia de Wechsler para pre-escolar y primaria o WPPSI
Se realiza a niños de 4 a 6 años, dura aproximadamente una hora y a veces se realiza en dos sesiones ya que los niños pequeños se cansan rápidamente y se distraen con facilidad. Su fiabilidad es buena. Pero existe cierta relación con el nivel socioeconómico ya que niños con padres profesionales tienen una puntuación más elevada que los niños de padres no profesionales.
- Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada o WISC-R
Aplicado a niños de 6 a 16 años, mantiene separadas las escalas verbales y manipulativas. Permite diagnosticar los problemas en el desarrollo del lenguaje cuando la puntuación verbal es más baja que la puntuación manipulativa, o del desarrollo perceptivo y motor cuando la puntuación manipulativa es mucho más baja que la verbal.
- Escala de inteligencia de Wechsler para adultos o WAIS
Test aplicado a adultos, contiene seis categorías verbales (información, comprensión, aritmética, semejanzas, dígitos, y vocabulario) y cinco manipulativas (clave de números, figuras incompletas, cubos, historietas, rompecabezas) es muy fiable especialmente en la categoría laboral (profesionales y técnicos tienen una puntuación más elevada en el CI verbal que los trabajadores manuales que tienen una puntuación más elevada en el CI manipulativo). Ayuda a predecir el ajuste laboral para personas con DI que han salido de la institución y se les está buscando un empleo.

Anexo 2

Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes o PECS⁽⁴⁷⁾.

El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes fue desarrollado en 1985 como un sistema de enseñanza único, aumentativo y alternativo que enseña a los niños y adultos con autismo y con otras deficiencias comunicativas a iniciarse en la comunicación. PECS no requiere materiales complejos ni caros, fue creado por educadores teniendo en mente las residencias y las familias por lo que está preparado para ser utilizado en una variedad de contextos situacionales, dentro de los cuales se incluye la adaptación a la atención odontológica.

El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes ha sido exitoso en personas de diferentes edades que presentaban una gran variedad de dificultades comunicativas, cognitivas y físicas. Algunas personas que utilizan PECS también desarrollan el habla. Otros puede que hagan la transición a un sistema de reproducción de voz.

Fases de PECS:

- FASE I - Cómo comunicarse.
Los alumnos aprenden a intercambiar una sola imagen a la vez por elementos o actividades que realmente quieren.
- FASE II - Distancia y persistencia.
Utilizando todavía una sola imagen a la vez, los alumnos aprenden a generalizar esta nueva habilidad utilizándola en diferentes lugares, con diferentes personas y a lo largo de varias distancias. También se les enseña a ser comunicadores persistentes.
- FASE III - Discriminación de imágenes
Los alumnos aprenden a seleccionar de entre dos o más imágenes para pedir sus objetos o actividades favoritas. Éstas se colocan en un libro de comunicación dónde las imágenes se colocan y fácilmente se retiran para comunicarse.

- FASE IV - Estructura de la oración.
Los alumnos aprenden a construir oraciones simples en una “tira-frase” despegable, utilizando una imagen de “quiero” seguida de una imagen del elemento que está pidiendo en ese momento.
- FASE V - Responder a preguntas.
Los alumnos aprenden a usar PECS para responder a la pregunta: ¿Qué quieres?
- FASE VI - Comentar
Ahora los alumnos son enseñados a comentar como respuesta a preguntas tales como: “¿Qué ves?”, “¿Qué oyes?” y “¿Qué es?”. Aprenden a crear oraciones que empiezan por “Veo”, “Oigo”, “Siento”, “Es”, etc.

Anexo 3**INFORMACION PROYECTO DE TESIS****DIFERENCIA EN TIEMPOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ENTRE
PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD Y
PACIENTES SANOS.****1. Introducción:**

Estimado Dr. (a) usted está siendo invitado a participar en un estudio que busca comparar el tiempo clínico de atención requerido para realizar un mismo procedimiento en pacientes sanos y pacientes con “Necesidades Especiales de Atención en Salud”.

Antes de tomar cualquier decisión sobre si desea tomar parte en el estudio, es importante que le expliquemos el propósito de esta investigación. Por favor, tómese el tiempo para leer el siguiente informativo para decidir si desea participar.

2. ¿Cuál es el propósito del estudio?

Determinar el tiempo real de atención en odontología de pacientes con necesidades especiales al compararlos con pacientes sanos a modo de obtener más información sobre la atención de pacientes de cuidados especiales, ya que la investigación en esta área es muy reducida en nuestro país.

3. ¿Por qué he sido elegido?

Usted ha sido invitado a participar en este estudio por ser parte del grupo de académicos que atienden en la Clínica Docente Asistencial de la FOUCH.

4. ¿Qué se realizará?

Únicamente tomaremos el tiempo en que Ud. realiza las distintas acciones clínicas para luego compararlas con el tiempo de atención de otro grupo de pacientes. La realización y/o resultados clínico de su trabajo no es motivo a evaluar.

5. ¿Estoy obligado a participar?

No, usted es libre de decidir si quiere o no participar. Si desea participarse le entregará una copia de este informativo y se le pedirá que firme el formulario de consentimiento. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, como sin fundamentar su decisión.

6. ¿Cuales son las ventajas de participar en este estudio?

La información recolectada en este estudio será de utilidad para la planificación de estrategias de atención odontológica de pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud. Su participación en este estudio no le dará ningún beneficio particular.

7. ¿Dónde y quién almacenará la información?

Toda la información que se recopile sobre su participación en el estudio se mantendrá estrictamente confidencial por el equipo de este trabajo de investigación y el docente responsable de la Clínica de Cuidados Especiales.

¿A quien puedo contactar para mayor información?

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con este estudio puede contactar a: Prof. Dra. Susanne Krämer S, Profesor Asistente Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Tel: 9781725; o a la Prof. Dra. Gisela Zillmann, Directora del Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle las gracias por considerar participaren este estudio. Por favor quédese con una copia de este informativo junto con una copia del consentimiento firmado, le servirá para referencia futura.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PRESTADOR DE LAS ATENCIONES

1. Confirmo que he leído y entendido el informativo sobre el estudio antes citado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para aclarar alguna duda.
2. Confirmo que me han dado tiempo suficiente para decidir si quiero o no participar en este estudio
3. Yo entiendo que mi participación es voluntaria, que me puedo retirar en cualquier momento y sin ninguna justificación y la atención odontológica de los pacientes no se verá afectada.
4. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Dr. (a) Tratante

Fecha

Firma

Anexo 4

INFORMACION PARA PACIENTES

Diferencia en tiempos clínicos de atención odontológica entre pacientes con necesidades especiales de atención en salud y pacientes sanos.

iHola!

iTe estamos invitando a participar en un estudio!

Lo que haremos es ver cuánto tiempo se demora tu dentista en ver tu boca y después compararemos eso con otros niños.



Anexo 5**INFORMACION PARA PACIENTES MAYOR DE 16 AÑOS****DIFERENCIA EN TIEMPOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ENTRE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD Y PACIENTES SANOS.****1. Introducción:**

Usted está siendo invitado a participar en un estudio que busca comparar el tiempo clínico de atención requerido para realizar un mismo procedimiento en pacientes sanos y pacientes con Necesidades Especiales en Atención en Salud.

Antes de tomar cualquier decisión sobre si desea tomar parte en el estudio, es importante que le expliquemos el propósito de esta investigación, así como los riesgos involucrados. Por favor, tómese el tiempo para leer el siguiente informativo para decidir si desean participar.

2. ¿Cuál es el propósito del estudio?

Determinar el tiempo real de atención en odontología de pacientes con necesidades especiales al compararlos con pacientes sanos a modo de obtener más información sobre la atención de pacientes de cuidados especiales, ya que la investigación en esta área es muy reducida en nuestro país.

3. ¿Por qué he sido elegido?

Usted ha sido invitado a participar en este estudio porque es paciente de la Clínica Odontológica de la FOUCH.

4. ¿Qué se realizará?

Únicamente tomaremos el tiempo que el profesional que lo atiende se demora en realizar las distintas acciones clínicas. El profesional que lo atiende no tiene ningún incentivo en realizar las acciones más rápido o más lento. Esto no es ningún tipo de competencia y por lo tanto no afectará en lo más mínimo la calidad de su atención.

5. ¿Estoy obligado a participar?

No, usted es libre de decidir si quiere o no participar. Si desea participarse le entregará una copia de este informativo y se le pedirá que firme el formulario de consentimiento. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de fundamentar su decisión.

6. ¿Cuáles son las ventajas de participar en este estudio?

La información recolectada en este estudio será de utilidad para la planificación de estrategias de atención odontológica de pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud. Su participación en este estudio no le dará ningún beneficio particular.

7. ¿Dónde y quién almacenará la información?

Toda la información que se recopile sobre su participación en el estudio se mantendrá en forma estrictamente confidencial solo por el equipo que trabaja en el presente estudio.

¿A quién puedo contactar para mayor información?

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con este estudio puede contactar a: Prof. Dra. Susanne Krämer S, Profesor Asistente Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Tel: 9781725; o a la Prof. Dra. Gisela Zillmann, Directora del Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle las gracias por considerar participaren este estudio. Por favor quédese con una copia de este informativo junto con una copia del consentimiento firmado, le servirá para referencia futura.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE MAYOR DE 16 AÑOS

1. Confirmando que he leído y entendido el informativo sobre el estudio antes citado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para aclarar dudas.
2. Confirmando que me han dado tiempo suficiente para decidir si quiero o no participar en este estudio.
3. Yo entiendo que mi participación es voluntaria, que me puedo retirar en cualquier momento y sin ninguna razón. De ser así la atención odontológica entregada en la institución en ningún caso se verá afectada.
4. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre paciente

Fecha

Firma

Padre o tutor legal (optativo)

Fecha

Firma

Investigador

Fecha

Firma

Anexo 6**INFORMACION PARA TUTORES****DIFERENCIA EN TIEMPOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ENTRE
PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD Y
PACIENTES SANOS.****1. Introducción:**

Su hijo está siendo invitado a participar en un estudio que busca comparar el tiempo clínico de atención requerido para realizar un mismo procedimiento en pacientes sanos y pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud.

Antes de tomar cualquier decisión sobre si desea que su hijo tome parte en el estudio, es importante que le expliquemos el propósito de esta investigación, así como los riesgos involucrados. Por favor, tómese tiempo para leer el siguiente informativo para decidir si desean participar.

2. ¿Cuál es el propósito del estudio?

Determinar el tiempo real de atención en odontología de pacientes con necesidades especiales al compararlos con pacientes sanos a modo de obtener más información sobre la atención de pacientes de cuidados especiales, ya que la investigación en esta área es muy reducida en nuestro país.

3. ¿Por qué he sido elegido?

Su hijo/pupilo ha sido invitado a participar en este estudio porque es paciente de la Clínica Odontológica de la FOUCH.

4. ¿Qué se realizará?

Únicamente tomaremos el tiempo que el profesional que lo atiende se demora en realizar las distintas acciones clínicas. El profesional que lo atiende no tiene ningún incentivo en realizar las acciones más rápido o más lento. Esto no es ningún tipo de competencia y por lo tanto no afectará en lo más mínimo la calidad de su atención.

5. ¿Estoy obligado a participar?

No, usted es libre de decidir si quiere participar o no. Si desea participarse le entregará una copia de este informativo y se le pedirá que firme un formulario de consentimiento. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. Esto no afectará el tipo o el nivel de la atención clínica que recibe.

6. ¿Cuáles son las ventajas de participar en este estudio?

La información recolectada en este estudio será de utilidad para la planificación de estrategias de atención odontológica de pacientes con Necesidades Especiales de Atención en Salud. Su participación en este estudio no le dará ningún beneficio particular.

7. ¿Dónde y quién almacenará la información?

Toda la información que se recopile sobre su participación en el estudio se mantendrá en forma estrictamente confidencial solo por el equipo que trabaja en el presente estudio.

¿A quien puedo contactar para mayor información?

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con este estudio puede contactar a: Prof. Dra. Susanne Krämer S, Profesor Asistente Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Tel: 9781725; o a la Prof. Dra. Gisela Zillmann, Directora del Departamento del Niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle las gracias por considerar participaren este estudio. Por favor quédese con una copia de este informativo junto con una copia del consentimiento firmado, le servirá para referencia futura.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES

5. Confirmando que he leído y entendido el informativo sobre el estudio antes citado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para aclarar dudas.
6. Confirmando que me han dado tiempo suficiente para decidir si quiero o no participar en este estudio.
7. Yo entiendo que la participación de mi hijo es voluntaria y que se puede retirar en cualquier momento y sin ninguna razón. De ser así su atención dental en la institución no se verá afectada.
8. Estoy de acuerdo en que mi hijo / pupilo participe en este estudio.

Nombre paciente

Fecha

Firma

Padre o tutor legal

Fecha

Firma

Investigador

Fecha

Firma

Anexo 7

Universidad de Chile
Faculta de Odontología

INFORMACION PROYECTO DE TESIS**DIFERENCIA EN TIEMPOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ENTRE
PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD Y
PACIENTES SANOS.****Introducción:**

Invitamos a participar a la Clínica de Cuidados Especiales Clínica y Clínica Docente Asistencial en el presente estudio. Este tiene por objetivo determinar y comparar el tiempo de atención odontológica general en pacientes con necesidades especiales y pacientes sanos ,permitiendo con este, obtener más información sobre la atención de pacientes de cuidados especiales, ya que la investigación en esta área es muy reducida en nuestro país.

Este estudio no interferirá en la atención entregada al paciente, ya que sólo será cronometrado el tiempo que el profesional se demora en realizar las distintas acciones clínicas.

Universidad de Chile
Faculta de Odontología

Consentimiento Informado

Comprendo que la participación en este estudio implica la aprobación para que sea realizada la toma de tiempo de atención odontológica general en la Clínica Docente Asistencial de la Universidad de Chile, la cual no interviene en el tratamiento del paciente.

Declaro que he leído este documento y que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas correspondientes.

Director Clínica Odontológica Universidad de Chile
Rodrigo Caravantes Fuentes

Fecha 2 de Abril, 2012

