

**REPÚBLICA DOMINICANA**  
**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN EL MANEJO CONDUCTUAL DE LOS  
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE LOS  
MIEMBROS DE LA SOCIEDAD DOMINICANA DE ODONTOLOGÍA PARA EL  
NIÑO (SODONI)**

**Sustentantes**

**Gabriela Castillo Sanabria 17-0002**

**Camila Luciano Sánchez 17-0088**

**Docente Especializado**

**Dra. Marjorie Álvarez Bournigal**

**Docente Titular**

**Dra. María Teresa Thomas-Knipping**

**Santo Domingo, R.D. 2020**

## CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

*Santo Domingo, D. N.*

*Jueves 13 de febrero, 2020*

A: Dirección Escuela de Odontología  
Universidad Iberoamericana.

Asunto: Solicitud aprobación de tema de Trabajo Final de Grado.

Estimados directores de la Escuela de Odontología UNIBE,

Cortésmente nos dirigimos a ustedes con el propósito de someter para su aprobación, el tema de trabajo final de grado “Conocimientos y actitudes en el manejo de los pacientes pediátricos con necesidades especiales en SODONI” escogido para obtener el título de doctor en odontología.

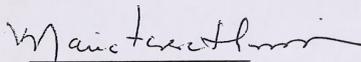
Este tema ha sido aprobado por la docente titular, Dra. María Teresa Thomas y la docente especializada, Dra. Marjorie Álvarez.

La motivación de este trabajo es identificar y proveer las herramientas que se están utilizando para la mejora de la salud oral de pacientes con necesidades especiales y el correcto manejo de los mismos.

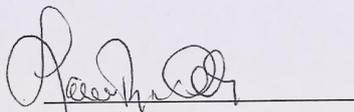
La presente se envía para el conocimiento de lugar con fines de aprobación y asentamiento.

Atte:

**Gabriela Castillo 17-0002 y Camila Luciano 17-0088**

  
\_\_\_\_\_  
Docente Titular

  
\_\_\_\_\_  
Docente Especializado

  
\_\_\_\_\_  
Firma y fecha de aprobación

14-2-2020

## APROBACIÓN DEL TUTOR

8 de agosto de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente hago constancia de haber revisado el trabajo de grado final de las estudiantes Gabriela Castillo y Camila Luciano con el título **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN EL MANEJO CONDUCTUAL DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD DOMINICANA DE ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO (SODONI)**. Para optar por el título de DOCTOR EN ODONTOLOGÍA.

Cordialmente,

Dra. Marjorie Álvarez

Odontopediatra



## DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto a nuestros padres, por su amor, esfuerzo y sacrificio para que recibamos la mejor educación para nuestro trayecto profesional. Son nuestra fuente de motivación e inspiración.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco especialmente a Dios, por la protección y su favor para conmigo en estos años de estudio.

Mi agradecimiento más sincero a mi familia. A mi mamá, la Dra. Nubia Sanabria, mi papá el Dr. Roberto Castillo, por ser ese pilar fundamental y el apoyo incondicional a lo largo de mi carrera. A mis hermanos, Roberto Castillo por confiarme su salud bucal, y Javier Castillo por todos sus consejos.

De igual manera, a mi prima hermana Sophia Sanabria por siempre estar a mi lado desde el día 1.

A UNIBE por brindarme educación, y regalarme mis colegas y amigas desde el primer día, Nathalie Camilo, Sabrina Del Monte, Noelia Duran, mi hermano Diego Calderón. Agradezco de forma especial a Camila Luciano por realizar este hermoso trabajo de grado junto a mí y ser mi cómplice todos estos años y los que se aproximan.

A mis amigos, que se convirtieron en mi familia, Estefania Guevara, Ashley Torres, Carlos Lantigua y Enrique Rosario, gracias por siempre estar.

Por último, agradezco al Dr. Valera y a todos los docentes que fueron pieza clave para mi formación. Especial agradecimiento a la Dra. Marjorie Alvarez y la Dra. Maria Thomas por acompañarnos y guiarnos en la elaboración de este trabajo. Quiero agradecer enormemente a las Dra. Vilma Soto y la Dra. Jerilee Baez por su cariño, orientación y motivación en cada etapa de mi proceso educativo.

*-Gabriela Castillo Sanabria*

## AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a Dios por guiarnos y acompañarnos en todo momento de nuestra carrera universitaria. Por permitirnos realizar este hermoso proyecto durante tiempos tan difíciles, ya que para Él nada es imposible.

A mi familia, mi padre Rafael Luciano y mi madre Mary Sánchez, por su gran esfuerzo en que reciba educación de calidad y siempre apoyarme en mis metas y proyectos. Gracias por enseñarme los valores del respeto, perseverancia, honestidad y sobre todo el amor, clave para lograr todo lo que me proponga. Gracias a mi hermana, Daniela Luciano, por siempre apoyarme, estar presente y enseñarme que con esfuerzo, dedicación y perseverancia podemos alcanzar nuestras metas.

Gracias a la Universidad Iberoamericana (UNIBE), por brindarme educación de calidad. Al Dr. Carlos Valera (director de la escuela de Odontología), por siempre apoyar y velar por el bien de sus estudiantes. A la Dra. Maria Teresa Thomas y la Dra. Marjorie Álvarez, por guiarnos y apoyarnos en todo momento de nuestro trayecto para la elaboración de este proyecto.

A mis amigos y futuros colegas, Nathalie Camilo, Sabrina del Monte, Noelia Durán y Diego Calderón. Gracias por su amistad, por hacer que estudiar la carrera de Odontología sea una experiencia llena de momentos alegres. Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a Gabriela Castillo, por ser la mejor compañera de tesis que pude pedir. Por su amistad, por ser incondicional y enseñarme el verdadero significado del trabajo en equipo.

*-Camila Luciano S.*

<b>PORTADA.....</b>	
<b>CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>APROBACIÓN DEL TUTOR.....</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>4-5</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>6-9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11-13</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14-16</b>
<b>3.1 GENERAL.....</b>	
<b>3.2 ESPECÍFICOS.....</b>	
<b>4. ANTECEDENTES.....</b>	<b>17-18</b>
<b>5. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19-39</b>
<b>5.1 Consentimiento informado.....</b>	
<b>5.2 Manejo de Pacientes Pediátricos en Odontología.....</b>	
<b>5.2.1 Guía básica de comportamiento.....</b>	
<b>5.2.1.1 Comunicación y orientación comunicativa.....</b>	
<b>5.2.1.2 Imágenes positivas previas a la visita.....</b>	
<b>5.2.1.3 Observación directa.....</b>	
<b>5.2.1.4 “Decir-Mostrar-Hacer” .....</b>	
<b>5.2.1.5 “Preguntar-Decir-Preguntar” .....</b>	
<b>5.2.1.6 Control de voz.....</b>	
<b>5.2.1.7 Comunicación no verbal.....</b>	

5.2.1.8 Refuerzo positivo y descriptivo.....	
5.2.1.9 Distracción.....	
5.2.1.10 Reestructuración de la memoria.....	
5.2.1.11 Presencia / ausencia parental.....	
5.2.1.12 Técnicas de comunicación para padres (y pacientes apropiados para la edad).....	
5.2.1.13 Inhalación de óxido nitroso / oxígeno.....	
5.3 Pacientes Pediátricos con Necesidades Especiales.....	
5.4 Manejo de Pacientes Pediátricos con Necesidades Especiales en Odontología.....	
5.4.1 Guía avanzada de comportamiento.....	
5.4.1.1 Estabilización protectora.....	
5.4.1.2 Sedación.....	
5.4.1.3 Anestesia General.....	
<b>6. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>40-43</b>
6.1 Diseño de investigación.....	
6.2 Tipos de investigación.....	
6.3 Métodos y Técnicas de investigación.....	
6.4 Población y Muestra.....	
6.5 Instrumentos de Recolección de Datos.....	
6.6 Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Datos...	
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>44-55</b>
Figura 1: Distribución de edad entre los encuestados.....	
Figura 2: Distribución de género entre los encuestados.....	
Figura 3: Distribución especializada de los encuestados.....	

**Figura 4: Años de práctica odontológica.....**

**Figura 5: Especialistas que tratan pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 6: Especialistas dispuestos a tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 7: Nivel de conocimiento adquirido para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 8: Conocimiento de protocolos de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 9: Conocimiento de los protocolos de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).....**

**Figura 10: Protocolo de manejo utilizado en pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 11: Especialistas que han recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 12: Técnica de manejo de comportamiento más utilizada en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Figura 13: Especialistas que asesoran a los padres acerca del estado de salud del paciente.....**

**Tabla 1: Momento en que se ha recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Tabla 2: Procedimientos más frecuentes.....**

**Tabla 3: Dificultades más frecuentes en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

**Tabla 4: Factores que podrían motivar a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales.....**

<b>8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>56- 59</b>
<b>9. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>60-62</b>
<b>10. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>63</b>
<b>11. PROSPECTIVA.....</b>	<b>64</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>65- 71</b>
<b>13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>72-77</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes pediátricos con necesidades especiales presentan un alto riesgo de enfermedades buco-dentales a lo largo de su vida. Las enfermedades buco-dentales pueden tener un efecto negativo en la salud y calidad de vida del paciente. Entre estas, las más comunes son: la caries dental, las maloclusiones y la enfermedad periodontal, todas de origen multifactorial que afectan la cavidad oral, ya que su condición suele afectar al normal desempeño de una higiene bucodental correcta.<sup>1</sup>

La salud oral en pacientes con necesidades especiales ha representado un reto para el profesional de la salud oral a través de la historia, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de placa dentobacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia en esta población.<sup>2</sup>

El manejo de conducta del paciente pediátrico con necesidades especiales puede ser un desafío. Debido a la ansiedad dental o la falta de comprensión del cuidado dental, los niños con discapacidades pueden exhibir comportamientos resistentes. Estos comportamientos pueden interferir con la entrega segura del tratamiento dental.<sup>3</sup>

El propósito de este trabajo es conocer y evaluar los conocimientos y actitudes del manejo conductual de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) sobre los pacientes pediátricos con necesidades especiales. Además, identificar cuáles son las dificultades que presentan en la consulta odontológica con relación al manejo de dichos pacientes.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el estudio realizado por ENHOGAR en el año 2013 en la República Dominicana, se realizó una distribución porcentual de la población con alguna discapacidad, según características geográficas y demográficas, y además agrupándolos por edades y sexo. Dentro del grupo de edad entre 0-9 años, 25,294 niños de un total de 1,898,247 niños presentan alguna discapacidad, lo cual equivale al 3.6% de la población total.<sup>4</sup>

El manejo de conducta en los pacientes pediátricos con necesidades especiales es un tema de suma importancia a la hora de brindar atención odontológica en la consulta. Existen varias técnicas, las cuales proporcionan seguridad y comodidad al momento de realizar un procedimiento dental.

El manejo conductual para la atención de los pacientes pediátricos con necesidades especiales en el área de la odontología, requiere de profesionales especializados con el conocimiento y entrenamiento requerido para manejar y tratar a dichos pacientes.

Las preguntas a responder en esta investigación son:

1- ¿Los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) brindan tratamiento odontológico a pacientes pediátricos con necesidades especiales?

2- ¿Están dispuestos los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) a proporcionar tratamiento odontológico a pacientes pediátricos con necesidades especiales?

3- ¿Tienen conocimiento adquirido los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales?

4- ¿Conocen los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) protocolos de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales?

5- ¿Conocen los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) los protocolos de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD)?

6- ¿Cuál protocolo de manejo utilizan los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) en pacientes pediátricos con necesidades especiales?

7- ¿Los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) han recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales?

8- ¿En qué momento los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) han recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales?

9- ¿Cuáles son los procedimientos más frecuentes en la consulta odontológica realizados por los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales?

10- ¿Cuál es la técnica de manejo de la Guía básica/avanzada de comportamiento descrita por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) más utilizada en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales en la consulta odontológica de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI)?

11- ¿Asesoran los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) a los padres de pacientes pediátricos con necesidades especiales acerca de su estado de salud dental?

12- ¿Cuáles son las dificultades más frecuentes en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales que se presentan en la consulta odontológica de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI)?

13- ¿Cuáles son los factores que podrían motivar a los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

3.1.1 Evaluar los conocimientos y actitudes en el manejo conductual de los pacientes pediátricos con necesidades especiales de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI).

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

3.2.1 Comprobar si los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) brindan tratamiento odontológico a pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.2 Confirmar la disposición de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para proporcionar tratamiento odontológico a pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.3 Evidenciar el conocimiento adquirido de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.4 Constatar el conocimiento de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) frente a los protocolos de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.5 Identificar el conocimiento de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) sobre los protocolos de manejo para pacientes

pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).

3.2.6 Determinar cuál protocolo de manejo utilizan los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) en pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.7 Conocer el entrenamiento recibido de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.8 Detectar en qué momento los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) han recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.9 Identificar cuáles son los procedimientos más frecuentes en la consulta odontológica realizados por los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.

3.2.10 Determinar cuál es la técnica de manejo de la Guía básica/avanzada de comportamiento descrita por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) más utilizada en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales en la consulta odontológica de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI).

3.2.11 Comprobar la asesoría por parte de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) a los padres de pacientes pediátricos con necesidades especiales acerca de su estado de salud dental.

3.2.12 Conocer las dificultades más frecuentes en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales que se presentan en la consulta odontológica de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI).

3.2.13 Identificar los factores que podrían motivar a los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales.

#### 4. ANTECEDENTES

Boj y col. (1989) en su artículo sobre actualización de odontopediatría, mencionan el manejo de conducta como una temática que tradicionalmente el odontopediatra ha considerado de suma importancia. La utilización de fármacos para poder realizar algunos tratamientos es una temática muy vigente.<sup>5</sup>

Nathan y col. (1989) explica los resultados de una encuesta entre profesionales de la odontología infantil sobre los métodos empleados en los casos de niños difíciles. Existe una gran tendencia a limitar el uso de limitantes físicos a niños con algún tipo de retraso o pacientes con niveles de sedación importantes. Cada vez existen más odontopediatras que ponen reparos a la técnica de la mano sobre boca y solo un 2% en el estudio encuentra aceptable aplicar la técnica ayudándose de restricción de las vías nasales. La técnica del control de voz sigue siendo reconocida como muy útil. La mayoría recomienda anestesia general si el tratamiento del paciente pediátrico no puede realizarse mediante sedación en dos visitas y si el agente a utilizar debe ser un narcótico.<sup>6</sup>

Xalabardé y col (1996), plantean que para el manejo de la conducta del niño existen diferentes técnicas ampliamente conocidas, como son: el control de voz, decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo, la distracción y la comunicación no verbal, para las que no es preciso la obtención del consentimiento de los padres para su uso. El odontopediatra, además, dispone de otras técnicas que sí precisan de la obtención del consentimiento y son: mano-sobre-boca, la restricción física, la sedación consciente, el óxido nitroso y la anestesia general.<sup>7</sup>

Folayan y col. (2003), en su estudio enfatizan la necesidad de tener en cuenta que los niños con ansiedad dental consumen mucho tiempo en su tratamiento. Se debe prevenir la ansiedad dental utilizando técnicas psicológicas efectivas como una parte fundamental de la formación en odontología y dichas técnicas son seguras, libres de efectos adversos, ayudan a darle al paciente una sensación de control. Han demostrado que ayudan a disminuir significativamente la ansiedad dental y por tanto deben ser alentadas.<sup>8</sup>

Se obtuvieron mejores resultados con técnicas combinadas (decir-mostrar-hacer, reforzamiento positivo, contacto físico, distracción, disponer de tiempo con el niño en la sala de espera, permitir que el niño levante la mano para detener el tratamiento, restricción) que con una sola técnica psicológica.<sup>8</sup>

A pesar del riesgo relativo para el paciente, la posibilidad de tratar a los niños en un ambiente hospitalario y proveer los cuidados dentales necesarios bajo anestesia general es una herramienta útil para el odontopediatra.<sup>8</sup>

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 *Consentimiento Informado*

Antes de hablar específicamente de las diferentes técnicas, es importante destacar la relevancia actual de la obtención del consentimiento. Aunque determinadas técnicas han sido utilizadas frecuentemente por gran número de dentistas, en ocasiones, los padres puede que no estén familiarizados con algunas de ellas y las consideren inapropiadas, por lo que es muy importante que el dentista informe a los padres y responda a sus preguntas sobre el uso de estos métodos, sus riesgos y si existen métodos alternativos antes de empezar el tratamiento.<sup>7</sup>

### 5.2 *Manejo de Pacientes Pediátricos en Odontología*

El manejo de conducta en la consulta dental pediátrica es un reto para el profesional y constituye una pieza clave para un tratamiento efectivo y exitoso. La literatura refiere diferentes técnicas para manipular la conducta en niños temerosos o no cooperadores y es imprescindible que el odontólogo determine la técnica idónea para poder iniciar y terminar un tratamiento de manera adecuada. El estrés e incertidumbre que se genera en los niños durante un tratamiento dental es evidente, pudiendo provocar diferentes tipos de respuesta conductual ante un tratamiento determinado.<sup>9</sup>

Klingberg y Broberg consideran que el origen del miedo y de la ansiedad del niño frente al tratamiento odontológico se explica según diferentes factores; tales como el estado emocional general del niño, miedos adquiridos (transmitidos por los padres o algunos familiares) y experiencias previas negativas y/o dolorosas. La conducta poco

colaboradora del paciente tiende a dificultar el tratamiento dental. La mala actitud del paciente disminuye su cooperación, provocando la aparición de un comportamiento negativo, lo que constituye uno de los problemas de mayor preocupación por parte del especialista.<sup>10</sup>

La causa que produce más frecuente el comportamiento inadecuado en el consultorio dental es el temor a lo desconocido, al daño o al dolor, lo que conlleva a la aparición de ansiedad dental.<sup>11</sup>

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), sugiere diferentes protocolos y técnicas de manejo de pacientes pediátricos en la consulta odontológica. Existen dos guías de técnicas de manejo, las cuales son: guía básica de comportamiento y guía avanzada de comportamiento.<sup>9</sup>

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (A.L.O.P.) reconoce que los profesionales de odontopediatría, para proporcionar salud oral a los pacientes pediátricos, ya sean niños, adolescentes, o aquellos con necesidades especiales, necesitan recurrir a un proceso continuo de técnicas no farmacológicas (comportamiento) y farmacológicas, para adaptar el comportamiento del paciente.<sup>12</sup>

Las diferentes técnicas de orientación del comportamiento utilizadas deben ser adaptadas de manera individual para cada paciente por el profesional. Estas directrices fueron desarrolladas con base en las presentadas por la AAPD sobre la adaptación del comportamiento del paciente odontopediátrico.<sup>12</sup>

### *5.2.1 Guía básica de comportamiento*

Dentro de la guía básica de comportamiento se encuentran las técnicas de: Comunicación y orientación comunicativa; Imágenes positivas previas a la visita; Observación directa; “Decir-Mostrar-Hacer”; “Preguntar-Decir-Preguntar”; Control de voz; Comunicación no verbal; Refuerzo positivo y descriptivo; Distracción; Reestructuración de la memoria; Presencia / ausencia parental; Técnicas de comunicación para padres (y pacientes apropiados para la edad); Inhalación de óxido nitroso / oxígeno.<sup>9</sup>

#### *5.2.1.1 Comunicación y orientación comunicativa*

El manejo comunicativo y el uso apropiado de los comandos se aplican universalmente en odontología pediátrica en ambos, el niño cooperativo y el no cooperativo. Al comienzo de una cita dental, hacer preguntas y escuchar puede ayudar a establecer una buena relación y confianza. En este proceso están asociadas las técnicas específicas de imágenes previas a la visita, observación directa, decir-mostrar-hacer, preguntar-decir-preguntar, control de voz, comunicación no verbal, refuerzo positivo, distracción y reestructuración de la memoria. El odontólogo debe considerar el desarrollo cognitivo del paciente, así como la presencia de otros déficits de comunicación (por ejemplo, trastorno auditivo), al elegir técnicas específicas de manejo comunicativo.<sup>9</sup>

#### *5.2.1.2 Imágenes positivas previas a la visita*

Las imágenes positivas previo a la visita consiste en que a los pacientes se les muestran fotografías positivas o imágenes de odontología y tratamiento dental en el área de espera antes de la cita dental. Los objetivos de las imágenes positivas previas a la visita son: proporcionar a los niños y a los padres información visual sobre qué esperar durante la visita dental, y proporcionar a los niños un contexto para poder hacer preguntas relevantes a los proveedores antes de iniciar los procedimientos dentales.<sup>9</sup>

#### *5.2.1.3 Observación directa*

En la observación directa, a los pacientes se les muestra un video o se les permite observar directamente a un joven paciente cooperativo que se somete a un tratamiento dental. Los objetivos de la observación directa son: familiarizar al paciente con el entorno dental y los pasos específicos involucrados en un procedimiento dental y darle al paciente y a los padres la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento dental en un entorno seguro.<sup>9</sup>

#### *5.2.1.4 “Decir-Mostrar-Hacer”*

En la técnica de manejo “Decir-Mostrar-Hacer”, se utilizan explicaciones verbales de procedimientos en frases apropiadas para el nivel de desarrollo del paciente (decir); demostraciones para el paciente de los aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento en un entorno cuidadosamente definido y no amenazante (mostrar); y luego, sin desviarse de la explicación y demostración, completar el

procedimiento (hacer). La técnica “decir-mostrar-hacer” se emplea con habilidades de comunicación (verbal y no verbal) y refuerzo positivo.<sup>9</sup>



Figura 1. A) Explicación del tipo de instrumental a utilizar. B y C) Uso del mismo, siendo posible mostrar al paciente su utilización a través de un espejo.

(Tiol, 2018)<sup>13</sup>

#### 5.2.1.5 “Preguntar-Decir-Preguntar”

La técnica “Preguntar-Decir-Preguntar”, implica preguntar sobre la visita del paciente y sus sentimientos hacia o sobre cualquier procedimiento planificado (preguntar); explicando los procedimientos a través de demostraciones y lenguaje no amenazante apropiado para el nivel cognitivo del paciente (decir); y nuevamente preguntando si el paciente comprende y cómo se siente con respecto al tratamiento inminente (preguntar). Si el paciente sigue teniendo dudas, el dentista puede abordarlas, evaluar la situación y modificar los procedimientos o las técnicas de orientación conductual si es necesario.<sup>9</sup>

### 5.2.1.6 Control de voz

El control por voz es una alteración deliberada del volumen, tono o ritmo de la voz para influir y dirigir el comportamiento del paciente. Si bien puede aceptarse fácilmente un cambio de cadencia, el uso de una voz asertiva puede considerarse aversivo para algunos padres que no están familiarizados con esta técnica. Una explicación previa a su uso puede evitar malentendidos. Los objetivos del control por voz son: obtener la atención y el cumplimiento del paciente; evitar conductas negativas o de evitación; y establecer roles apropiados de adulto-niño.<sup>9</sup>



Figura 3. A) Establecer contacto visual con el niño es de gran importancia. B) Mostrar autoridad mediante el aumento en el tono de voz y lenguaje corporal. C) Susurrar cerca del oído del niño puede ayudar a calmar la ansiedad.

(Tiol, 2018)<sup>13</sup>

### 5.2.1.7 Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es el refuerzo y la orientación del comportamiento a través del contacto, la postura, la expresión facial y el lenguaje corporal adecuado. Los objetivos de la comunicación no verbal son: mejorar la efectividad de otras técnicas de manejo comunicativo y ganar o mantener la atención y el cumplimiento del paciente.<sup>9</sup>

#### 5.2.1.8 Refuerzo positivo y descriptivo

El refuerzo positivo y descriptivo recompensa los comportamientos deseados, fortaleciendo así la probabilidad de recurrencia de esos comportamientos. Los refuerzos sociales incluyen modulación de voz positiva, expresión facial, elogios verbales y demostraciones físicas apropiadas de afecto por parte de todos los miembros del equipo dental. El elogio descriptivo enfatiza comportamientos cooperativos específicos (por ejemplo, "Gracias por quedarse quieto", "Estás haciendo un gran trabajo manteniendo las manos en tu regazo") en lugar de un elogio generalizado (por ejemplo, "Buen trabajo"). Los refuerzos no sociales incluyen fichas y juguetes.<sup>9</sup>



Figura 4. La entrega de un premio que recompense el buen comportamiento del niño es crucial.

(Tiol, 2018)<sup>13</sup>

#### 5.2.1.9 Distracción

La distracción es la técnica para desviar la atención del paciente de lo que puede percibirse como un procedimiento desagradable. Darle al paciente un breve descanso

durante un procedimiento estresante puede ser un uso efectivo de la distracción antes de considerar técnicas de orientación conductual más avanzadas. Los objetivos de la distracción son: disminuir la percepción de lo desagradable y evitar el comportamiento negativo o de evitación.<sup>9</sup>

#### *5.2.1.10 Reestructuración de la memoria*

La reestructuración de la memoria es un enfoque conductual en el que los recuerdos asociados con un evento negativo o difícil (por ejemplo, la primera visita al dentista, anestesia local, procedimiento restaurador, extracción) se reestructuran en recuerdos positivos utilizando la información sugerida después de que el evento haya tenido lugar. Este enfoque se probó con niños que recibieron anestesia local en una visita dental de restauración inicial y se ha demostrado que cambia los temores relacionados con la anestesia local y mejora el comportamiento en las visitas de tratamiento posteriores. La reestructuración involucra cuatro componentes: (1) recordatorios visuales; (2) refuerzo positivo a través de la verbalización; (3) ejemplos concretos para codificar detalles sensoriales; y (4) sentido de logro.<sup>9</sup>

#### *5.2.1.11 Presencia / ausencia parental*

La presencia o ausencia de los padres a veces se puede usar para obtener cooperación en el tratamiento. Los objetivos de la presencia / ausencia de los padres son: Para que los padres participen en exámenes y / o tratamientos infantiles; ofrecer apoyo físico y psicológico a niños muy pequeños; y observar la realidad del tratamiento de sus hijos. Para que los profesionales: ganen la atención del paciente y mejoren el cumplimiento; evitar comportamientos negativos o de evitación; establecer roles apropiados de dentista-niño; mejorar la comunicación efectiva entre el dentista,

el niño y los padres; minimizar la ansiedad y lograr una experiencia dental positiva; y facilitar el consentimiento informado rápido para cambios en el tratamiento o la guía de comportamiento.<sup>9</sup>



Figura 5. A) Explicar al niño que si no modifica la conducta su madre tendrá que retirarse. B y C) Pedir a la madre que se retire es una técnica idónea para controlar la conducta del niño.

(Tiol, 2018)<sup>13</sup>

#### 5.2.1.12 Técnicas de comunicación para padres (y pacientes apropiados para la edad)

Una comunicación bidireccional exitosa entre el dentista / personal y los padres es esencial para asegurar una guía efectiva del comportamiento del niño. El estado socioeconómico, el nivel de estrés, la discordia matrimonial, las actitudes dentales alineadas con un patrimonio cultural diferente y las habilidades lingüísticas pueden presentar desafíos para una comunicación abierta y clara. Las técnicas de comunicación como “preguntar-decir-preguntar”, enseñar de nuevo y entrevistas motivadoras pueden reflejar el cuidado del dentista / personal y la participación en un enfoque centrado en el paciente / padre.<sup>9</sup>

#### 5.2.1.13 Inhalación de óxido nitroso / oxígeno

La inhalación de óxido nitroso / oxígeno es una técnica segura y efectiva para reducir la ansiedad y mejorar la comunicación efectiva. Su inicio de acción es rápido, los

efectos son fácilmente titulables y reversibles, y la recuperación es rápida y completa. Además, la inhalación de óxido nitroso / oxígeno media un grado variable de analgesia, amnesia y reducción del reflejo nauseoso. Las indicaciones para el uso de analgesia / ansiólisis por inhalación de óxido nitroso / oxígeno incluyen: un paciente temeroso, ansioso u obstétrico; ciertos pacientes con necesidades especiales de atención médica; un paciente cuyo reflejo nauseoso interfiere con el cuidado dental; un paciente para quien no se puede obtener anestesia local profunda; y un niño cooperativo sometido a un largo procedimiento dental.<sup>5</sup> Las contraindicaciones para el uso de la inhalación de óxido nitroso / oxígeno pueden incluir: algunas enfermedades pulmonares obstructivas crónicas; trastornos emocionales severos o dependencias relacionadas con las drogas; primer trimestre del embarazo; deficiencia de metileno tetrahidrofolato reductasa; y enfermedades recientes (por ejemplo, resfriado o congestión) que pueden comprometer las vías respiratorias.<sup>9</sup>



Figura 2. Tratamiento utilizando N<sub>2</sub>O con gafas de protección.

(Butz, 2007)<sup>14</sup>

### 5.3 Pacientes Pediátricos con Necesidades Especiales

La Academia Americana de Pediatría (AAP) define a los niños con necesidades especiales de atención médica (CSHCN) como "aquellos que tienen o tienen un

mayor riesgo de sufrir una afección física, de desarrollo, conductual o emocional crónica, y que también requieren servicios de salud y servicios relacionados un tipo o cantidad más allá de la requerida por los niños en general ".<sup>15</sup>

Esta definición es consistente con la definición de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), que dice: "Las necesidades especiales de atención médica incluyen cualquier impedimento físico, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitivo, emocional o condición limitante que requiera tratamiento médico, intervención de atención médica y / o uso de servicios o programas especializados. La afección puede ser congénita, de desarrollo o adquirida a través de enfermedades, traumas o causas ambientales y puede imponer limitaciones en la realización de actividades diarias de mantenimiento personal o limitaciones sustanciales en una actividad vital importante ".<sup>15</sup>

Los pacientes con necesidades especiales tienen una alta incidencia de patología bucal debido a una serie de factores como: alteraciones motoras que impiden una correcta masticación y deglución; alimentación de textura blanda y con alto contenido de azúcares fermentables que propician la aparición de caries; alteraciones neurológicas que dificultan la cooperación al momento del cepillado dental, etc. Por ello, los pacientes con necesidades especiales son un grupo de riesgo con una gran necesidad de cuidados dentales. Es por esta razón que la atención odontológica no debe estar desligada de las otras especialidades que se encuentran en relación directa con los cuidados del paciente con discapacidad y que debe estar integrada dentro del equipo multidisciplinario que busca brindar al paciente especial las atenciones adecuadas a sus necesidades.<sup>16</sup>

Cuando un paciente tiene dificultad en la capacidad para poder realizar tareas básicas como son alimentarse, vestirse, comunicarse, etc., la higiene oral se convierte una tarea difícil para él y pasa a estar en un segundo plano. Sin embargo, sin una adecuada higiene bucal y un correcto manejo odontológico en la consulta dental, el paciente es vulnerable a presentar caries y a la enfermedad periodontal; agravando así el cuadro general del paciente.<sup>16</sup>

Las personas con necesidades especiales o con habilidades diferentes son aquellas que por la enfermedad que padecen, el tratamiento que reciben o la discapacidad física o psíquica que presentan, necesitan de unos cuidados específicos y concretos. En odontología se les llama Pacientes con Necesidades Especiales y estos pueden presentar características anatómicas, fisiológicas, físicas y psíquicas que se deben tener en cuenta cuando se realiza un diagnóstico y plan de tratamiento de su salud bucodental.<sup>17</sup>

La atención odontológica del paciente pediátrico o de pacientes con necesidades especiales representa generalmente un reto diferente para el odontopediatra, no por el tratamiento a realizarse en sí, sino por el manejo conductual de este tipo de pacientes.<sup>17</sup>

#### *5.4 Manejo de Pacientes Pediátricos con Necesidades Especiales en Odontología*

Por su parte, el manejo odontológico para este grupo de personas con condiciones especiales, evidencia la presencia de barreras al momento de la atención y la falta de experiencia de los profesionales en el manejo de este tipo de pacientes y una orientación adecuada a sus cuidadores.<sup>18</sup>

La mayoría de pacientes especiales pueden tratarse de manera ambulatoria en la consulta odontológica. Sin embargo, en algunas ocasiones las técnicas de manejo de conducta son insuficientes y la única alternativa es el tratamiento bajo anestesia general para proveer un tratamiento de calidad, ofreciendo los menores inconvenientes para el paciente. Cabe mencionar que estos tratamientos de sedación y anestesia sólo pueden ser llevados a cabo por profesionales capacitados en los campos de anestesia y odontopediatría, así como en un medio hospitalario equipado para tal fin.<sup>16</sup>

#### *5.4.1 Guía avanzada de comportamiento*

La guía avanzada de comportamiento de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) incluye: la estabilización protectora, sedación y anestesia general. La mayoría de los niños pueden manejarse exitosamente utilizando las técnicas descritas en la guía básica de comportamiento. Dichas técnicas deben formar la base de todas las actividades de gestión proporcionadas por el dentista. Sin embargo, los niños ocasionalmente presentan consideraciones de comportamiento que requieren técnicas más avanzadas. Estos niños a menudo no pueden cooperar debido a la falta de madurez psicológica o emocional y / o discapacidad mental, física o médica.<sup>9</sup>

##### *5.4.1.1 Estabilización protectora*

El uso de cualquier tipo de estabilización protectora en el tratamiento de bebés, niños, adolescentes o pacientes con necesidades especiales de atención médica es un tema que concierne a los proveedores de atención médica, cuidadores y al público. La

definición de estabilización protectora es la restricción de la libertad de movimiento del paciente, con o sin el permiso del paciente, para disminuir el riesgo de lesiones al tiempo que permite la finalización segura del tratamiento. La restricción puede involucrar a otra persona, un dispositivo de estabilización del paciente o una combinación de los mismos.<sup>9</sup>



(Tiol, 2018)<sup>13</sup>

El uso de la estabilización protectora tiene el potencial de producir graves consecuencias, como daños físicos o psicológicos, pérdida de dignidad y violación de los derechos del paciente. Los dispositivos de estabilización colocados alrededor del pecho pueden restringir las respiraciones; deben usarse con precaución, especialmente para pacientes con compromiso respiratorio (por ejemplo, asma) y / o para pacientes que recibirán medicamentos (es decir, anestésicos locales, sedantes) que pueden deprimir las respiraciones. Debido a los riesgos asociados y las posibles consecuencias del uso, se recomienda al odontólogo evaluar exhaustivamente su uso en cada paciente y las posibles alternativas.<sup>9</sup>

Para la toma de decisión de utilizar la estabilización protectora, se debe tener en cuenta: modalidades alternativas de orientación del comportamiento; necesidades

dentales del paciente; el efecto sobre la calidad del cuidado dental; el desarrollo emocional del paciente; y las consideraciones médicas y físicas del paciente.<sup>9</sup>

La estabilización protectora, con o sin un dispositivo restrictivo, dirigida por el dentista y realizada por el equipo dental, requiere el consentimiento informado de los padres. El consentimiento informado debe obtenerse y documentarse en el registro del paciente antes del uso de la estabilización protectora. Además, cuando sea apropiado, debe darse una explicación al paciente sobre la necesidad de restricción, con la oportunidad de que el paciente responda.<sup>9</sup>

Los objetivos de la estabilización del paciente son: reducir o eliminar los movimientos adversos; proteger al paciente, al personal, al dentista o al padre de lesiones; y facilitar la entrega de un tratamiento dental de calidad. La estabilización del paciente está indicada para: un paciente que requiere diagnóstico inmediato, atención urgente y / o tratamiento limitado y no puede cooperar debido a los niveles de desarrollo emocional o cognitivo, falta de madurez o condiciones mentales o físicas; un paciente que requiere diagnóstico inmediato, atención urgente y / o tratamiento limitado y movimientos incontrolados arriesga la seguridad del paciente, el personal, el dentista o los padres sin el uso de estabilización protectora; y pacientes sedados para ayudar a reducir los movimientos adversos.<sup>9</sup>

La estabilización del paciente está contraindicada para: pacientes cooperativos no sedados; pacientes que no pueden ser inmovilizados de manera segura debido a condiciones médicas, psicológicas o físicas asociadas; pacientes con antecedentes de trauma físico o psicológico debido a la inmovilización (a menos que no haya otras alternativas disponibles); pacientes con necesidades de tratamiento no urgentes para

lograr la rehabilitación dental de boca completa o cuadrante múltiple; y la conveniencia del odontólogo.<sup>9</sup>

Deben tomarse las siguientes precauciones: el historial médico del paciente debe revisarse cuidadosamente para determinar si hay alguna afección médica (por ejemplo, asma) que pueda comprometer la función respiratoria; la rigidez y la duración de la estabilización deben controlarse y reevaluarse a intervalos regulares; la estabilización alrededor de las extremidades o el tórax no debe restringir activamente la circulación o la respiración; observación del lenguaje corporal y evaluación del dolor debe ser continuo para permitir modificaciones de procedimiento al primer signo de angustia; y la estabilización debe terminarse lo antes posible en un paciente que experimenta estrés severo para prevenir posibles traumas físicos o psicológicos.<sup>9</sup>

El registro del paciente debe incluir: indicación de estabilización; tipo de estabilización; consentimiento informado para la estabilización protectora; motivo de exclusión de los padres durante la estabilización protectora (cuando corresponda); la duración de la aplicación de la estabilización; evaluación / calificación de comportamiento durante la estabilización; cualquier resultado adverso, como marcas en la piel; e implicación administrativa para futuras citas.<sup>9</sup>

#### *5.4.1.2 Sedación*

La sedación se puede usar de manera segura y efectiva con pacientes que no pueden cooperar debido a la falta de madurez psicológica o emocional y / o discapacidad mental, física o médica. La necesidad de diagnosticar y tratar, así como la seguridad del paciente, el profesional y el personal, deben considerarse para el uso de sedación.

Para tomar la decisión de utilizar la sedación, se debe tener en cuenta: modalidades alternativas de orientación conductual; necesidades dentales del paciente; el efecto sobre la calidad del cuidado dental; el desarrollo emocional del paciente; y las consideraciones médicas y físicas del paciente.<sup>9</sup>



(Damon, 2015)<sup>19</sup>

Los objetivos de la sedación son: proteger la seguridad y el bienestar del paciente; minimizar las molestias físicas y el dolor; controlar la ansiedad, minimizar el trauma psicológico y maximizar el potencial de amnesia; controlar el comportamiento y / o movimiento, para permitir la finalización segura del procedimiento; y devolver al paciente a un estado en el que sea posible el alta segura de la supervisión médica, según lo determinado por criterios reconocidos.<sup>9</sup>

La sedación está indicada para: pacientes temerosos y ansiosos para quienes las técnicas básicas de orientación conductual no han tenido éxito; pacientes que no pueden cooperar debido a la falta de madurez psicológica o emocional y / o

discapacidad mental, física o médica; y pacientes para quienes el uso de sedación puede reducir el riesgo médico. Sin embargo, el uso de sedación está contraindicado para: el paciente cooperativo con necesidades dentales mínimas; y predisponer condiciones médicas y / o físicas que harían desaconsejable la sedación.<sup>9</sup>

El registro del paciente debe incluir: consentimiento informado. El consentimiento informado debe obtenerse de los padres o tutores y documentarse antes del uso de la sedación; instrucciones e información proporcionadas a los padres; evaluación de salud; un registro basado en el tiempo que incluye el nombre, la ruta, el sitio, el tiempo, la dosis y el efecto del paciente de los medicamentos administrados; el nivel de conciencia, capacidad de respuesta, frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno del paciente en el momento del tratamiento y hasta que se hayan alcanzado los criterios de alta predeterminados; eventos adversos (si los hay) y su tratamiento; y tiempo y estado del paciente al alta.<sup>9</sup>

#### *5.4.1.3 Anestesia General*

La anestesia general es un estado controlado de inconsciencia acompañado de una pérdida de reflejos protectores, incluida la capacidad de mantener una vía aérea de forma independiente y responder deliberadamente a la estimulación física o al comando verbal. El uso de anestesia general a veces es necesario para proporcionar atención dental de calidad para el niño. Dependiendo del paciente, esto se puede hacer en un hospital o en un entorno ambulatorio, incluido el consultorio dental.<sup>9</sup>

La necesidad de diagnosticar y tratar, así como la seguridad del paciente, el profesional y el personal, deben considerarse para el uso de anestesia general. Los

medicamentos anestésicos y sedantes se usan para ayudar a garantizar la seguridad, la salud y la comodidad de los niños sometidos a procedimientos. La creciente evidencia de los estudios de investigación sugiere que los beneficios de estos agentes deberían considerarse en el contexto de su potencial para causar efectos nocivos.<sup>9</sup>



Figura 9. Técnica de rehabilitación bucal bajo anestesia general en un medio hospitalario.

(Tiol, 2018)<sup>13</sup>

La decisión de utilizar anestesia general debe tener en cuenta: modalidades alternativas; edad del paciente; Análisis de riesgo / beneficio; aplazamiento del tratamiento; necesidades dentales del paciente; el efecto sobre la calidad del cuidado dental; el desarrollo emocional del paciente; y el estado médico del paciente. Los objetivos de la anestesia general son: proporcionar atención dental segura, eficiente y efectiva; eliminar la ansiedad; reducir el movimiento y la reacción adversos al tratamiento dental; ayuda en el tratamiento del paciente mental, físico o médicamente comprometido; y eliminar la respuesta al dolor del paciente.<sup>9</sup>

La anestesia general está indicada para: pacientes que no pueden cooperar debido a la falta de madurez psicológica o emocional y / o discapacidad mental, física o médica;

pacientes para quienes la anestesia local no es efectiva debido a infección aguda, variaciones anatómicas o alergia; el niño o adolescente extremadamente poco cooperativo, temeroso, ansioso o poco comunicativo; pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos significativos; pacientes para quienes el uso de anestesia general puede proteger la psique en desarrollo y / o reducir el riesgo médico; y pacientes que requieren atención oral / dental inmediata e integral.<sup>9</sup>

El uso de anestesia general está contraindicado para: un paciente sano y cooperativo con necesidades dentales mínimas; un paciente muy joven con necesidades dentales mínimas que pueden abordarse con intervenciones terapéuticas (p. ej., ITR, barniz de flúor) y / o aplazamiento del tratamiento; conveniencia del paciente / profesional; y predisponer condiciones médicas que harían desaconsejable la anestesia general.<sup>9</sup>

Antes de la administración de la anestesia general, la documentación apropiada deberá abordar la justificación del uso de anestesia general, consentimiento informado, instrucciones proporcionadas a los padres, precauciones dietéticas y evaluación de la salud preoperatoria. Los requisitos mínimos para un registro de anestesia basado en el tiempo deben incluir: la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno del paciente a intervalos específicos durante todo el procedimiento y hasta que se hayan alcanzado los criterios de alta predeterminados; el nombre, la ruta, el sitio, el tiempo, la dosis y el efecto del paciente de los medicamentos administrados, incluida la anestesia local; eventos adversos (si los hay) y su tratamiento; y que se han cumplido los criterios de alta, el tiempo y la condición del paciente al alta, y en cuyo cuidado se produjo la alta.<sup>9</sup>

La guía de comportamiento del paciente con necesidades especiales puede ser un desafío. Debido a la ansiedad dental o la falta de comprensión del cuidado dental, los

niños con discapacidades pueden exhibir comportamientos resistentes. Estos comportamientos pueden interferir con el manejo seguro del tratamiento dental. Con la asistencia de los padres / cuidadores, la mayoría de los pacientes con discapacidades físicas y mentales se pueden manejar en el consultorio dental.<sup>3</sup>

La estabilización protectora puede ser útil en pacientes para quienes las técnicas tradicionales de orientación conductual no son adecuadas. Cuando la estabilización protectora no es factible o efectiva, la sedación o la anestesia general es el armamento de orientación conductual de elección. Cuando la sedación en el consultorio / anestesia general no es factible o efectiva, puede ser necesario un centro de atención quirúrgica ambulatoria.<sup>3</sup>

## **6. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### *6.1 Diseño de investigación*

El método de investigación utilizado es el cuasiexperimental, la cual consiste en un tipo de investigación a medio camino entre la investigación experimental y la investigación observacional. Su característica más relevante es que no se seleccionan los grupos experimentales de forma aleatoria, sino que se escogen grupos ya formados. Se fundamenta en una metodología descriptiva y en algunos elementos cuantitativos y cualitativos, y se utiliza para estudiar diferentes comportamientos, variables sociales, entre otras.<sup>20</sup>

### *6.2 Tipos de investigación*

Dentro de los tipos de investigación utilizados para la elaboración de este proyecto están el exploratorio y el descriptivo, siendo estos los tipos de investigación apropiados para obtener los objetivos del proyecto.

La investigación de tipo exploratoria se realiza para conocer el tema que se abordará, lo que nos permita “familiarizarnos” con algo que hasta el momento desconocemos. Las investigaciones de tipo exploratorias ofrecen un primer acercamiento al problema que se pretende estudiar y conocer.<sup>21</sup>

Por otro lado, las investigaciones descriptivas, son todas aquellas que se orientan a recolectar informaciones relacionadas con el estado real de las personas, objetos, situaciones o fenómenos, tal cual como se presentaron en el momento de su recolección. Consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes

predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.<sup>22</sup>

### *6.3 Métodos y técnicas de investigación*

El método y la técnica de investigación, es el conjunto de tareas o procedimientos y de técnicas que deben emplearse, de una manera coordinada, para poder desarrollar correctamente y en su totalidad las etapas del proceso de investigación.<sup>23</sup>

Los métodos son modelos para el análisis que, en todo caso, recurren a la teoría y a la delimitación conceptual para generar un contexto.<sup>24</sup>

Los métodos y técnicas utilizados en este proyecto son:

- **Deductivo:** Este método permitió descubrir el nivel de conocimiento y aptitudes de los odontólogos frente al manejo conductual de los pacientes pediátricos con necesidades especiales.
- **Inductivo:** Este proporcionó la información necesaria mediante las respuestas contestadas en los cuestionarios suministrados.
- **Análisis:** Este método permitió analizar, describir, evaluar y establecer el nivel de conocimiento de los odontólogos frente a los pacientes pediátricos con necesidades especiales.

Las técnicas auxiliares utilizadas para este proyecto son:

- Encuesta: Las encuestas se proporcionaron de forma directa accediendo a un link creado en Google Forms para estos fines. Los participantes contestaron preguntas cerradas plasmadas físicamente.

#### *6.4 Población y Muestra*

La población del presente trabajo de investigación, los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) consta de 95 miembros. La muestra es de tipo aleatoria y probabilística, conformada de 42 miembros activos, los cuales voluntariamente acudirían a participar.

#### *6.5 Instrumentos de Recolección de Datos*

Siendo los instrumentos de recolección de datos el medio a través del cual los sustentantes podrán obtener la información necesaria para lograr los objetivos de la investigación, los instrumentos de recolección de datos seleccionados como fuentes primarias son:

- Cuestionario: Los sustentantes luego de elaborar y plasmar físicamente un cuestionario virtual donde a partir de objetivos de estudio definidos se estructuraron preguntas cerradas dirigidas a 42 odontopediatras miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI).

Como fuentes secundarias: artículos, revistas, journals, entre otros.

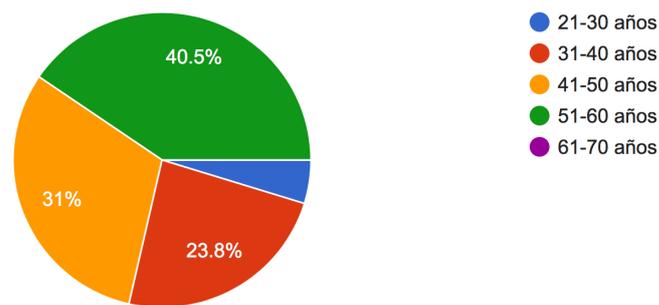
## *6.6 Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Datos*

Tomando en cuenta que el análisis de datos se empleó para describir, analizar, sintetizar y comprender el conjunto de datos recolectados. El procedimiento para el procesamiento de datos ayuda a poder tener de manera organizada información con el objetivo de iniciar la etapa donde se le pudo dar sentido, forma y explicación a los resultados obtenidos en la investigación y por ende poder tener los resultados esperados para esta investigación. Por lo que los datos obtenidos fueron analizados por el sistema estadístico de Google forms.

## 7. RESULTADOS

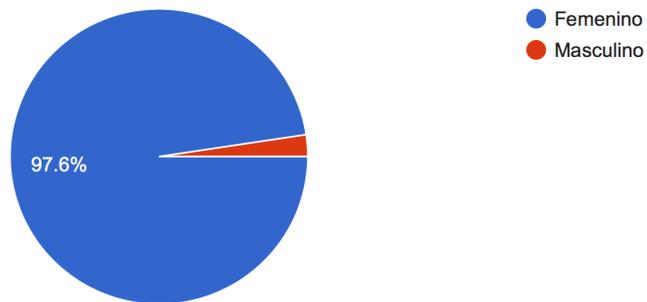
La muestra del estudio comprendió 42 miembros activos de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI). La mayoría de los encuestados tienen entre 51 y 60 años (40.5%), seguido por un 31% en el rango de 41-50 años, 23.8% entre 31 y 40 años y un 4.08% entre 21 y 30 años (figura 1). Un 97.6% son de género femenino, mientras que un 2.4% de género masculino (figura 2).

*Figura 1: Distribución de edad entre los encuestados.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

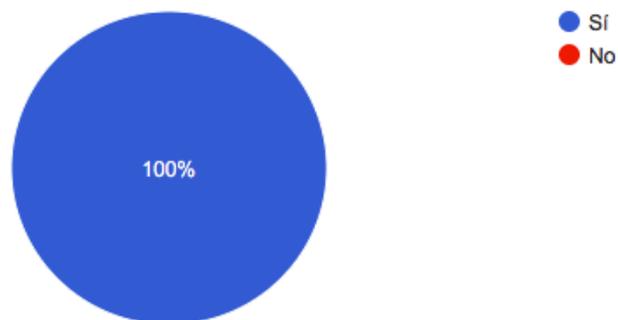
Figura 2: Distribución de Género entre los encuestados.



Fuente: cuestionario autoadministrado

Los especialistas en odontopediatría fueron la totalidad en el presente estudio. La distribución especializada de los encuestados se muestra en la figura 3.

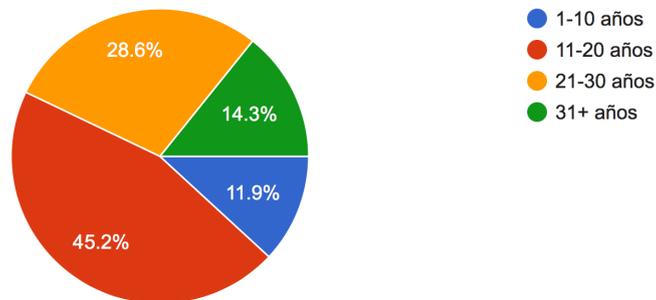
Figura 3: Distribución especializada de los encuestados.



Fuente: cuestionario autoadministrado

Se estima que el 45.2% de los odontopediatras encuestados tenían entre 11-20 años de práctica odontológica, el 28.6% tenían 21–30 años de experiencia, 14.3% tenían más de 31 años de experiencia y el 11.9% tenían 10 años o menos de experiencia (figura 4).

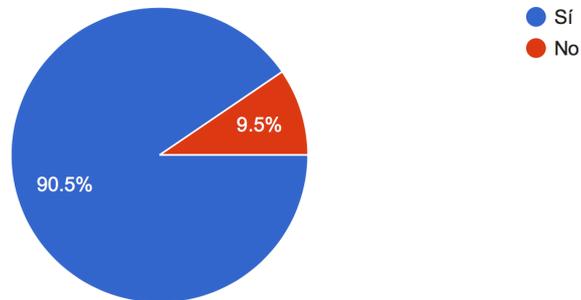
*Figura 4: Años de práctica odontológica*



Fuente: cuestionario autoadministrado

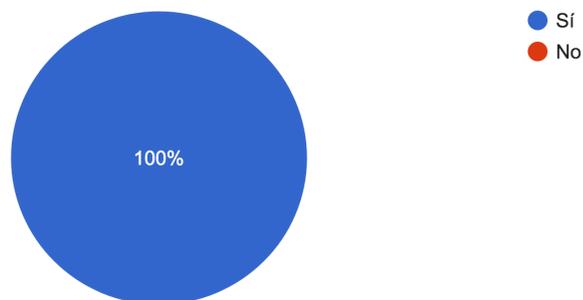
Entre los odontopediatras que participaron en el estudio, el 90.5% tratan pacientes pediátricos con necesidades especiales, mientras que el 9.5% respondieron que no (figura 5). El 100% de los odontopediatras estaban dispuestos a tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales (figura 6).

*Figura 5: Especialistas que tratan pacientes pediátricos con necesidades especiales.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

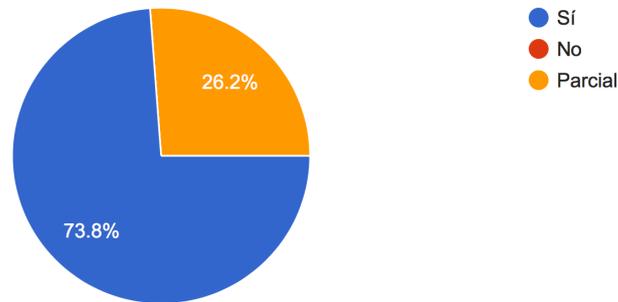
*Figura 6: Especialistas dispuestos a tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

En el presente estudio, el 26.2% de los encuestados informaron tener un conocimiento parcial para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales. El 73.8% tenía un buen conocimiento (figura 7).

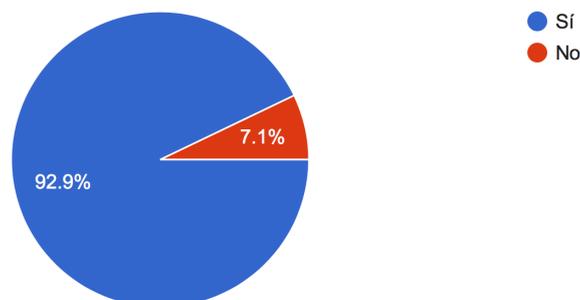
*Figura 7: Nivel de conocimiento adquirido para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

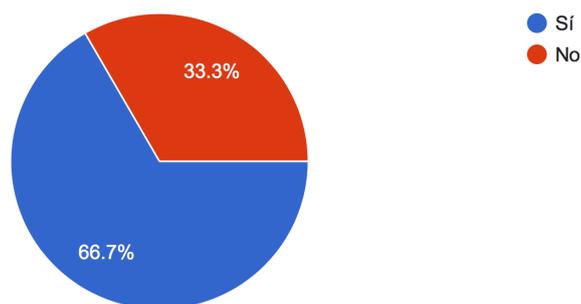
El 92.9% de los odontopediatras encuestados conocía protocolos para el manejo de pacientes pediátricos con necesidades especiales y el 7.1% no (figura 8). El 66.7% conoce el protocolo de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), mientras que el 33.3% no lo conoce (figura 9).

*Figura 8: Conocimiento de protocolos de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

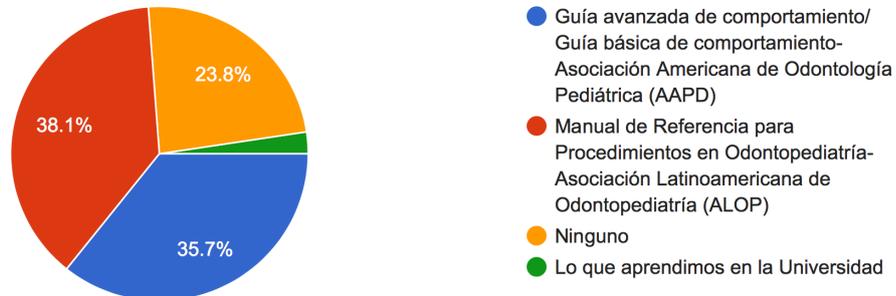
*Figura 9: Conocimiento de los protocolos de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

El 38.1% de los encuestados utilizan el Manual de Referencia para Procedimientos en Odontopediatría de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP) al tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales, mientras que el 35.7% utiliza la Guía avanzada de comportamiento/Guía básica de comportamiento de la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD). Solo un 23.8% respondieron que no utilizan ningún protocolo de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales (figura 10).

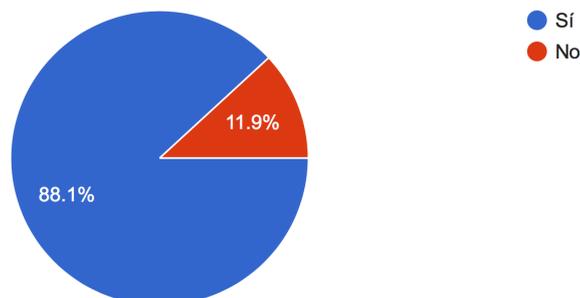
Figura 10: Protocolo de manejo utilizado en pacientes pediátricos con necesidades especiales.



Fuente: cuestionario autoadministrado

Con respecto a la capacitación, el 88.1% ha recibido capacitación en el campo de pacientes pediátricos con necesidades especiales. El 11.09% no ha recibido capacitación en el manejo de pacientes pediátricos con necesidades especiales (figura 11).

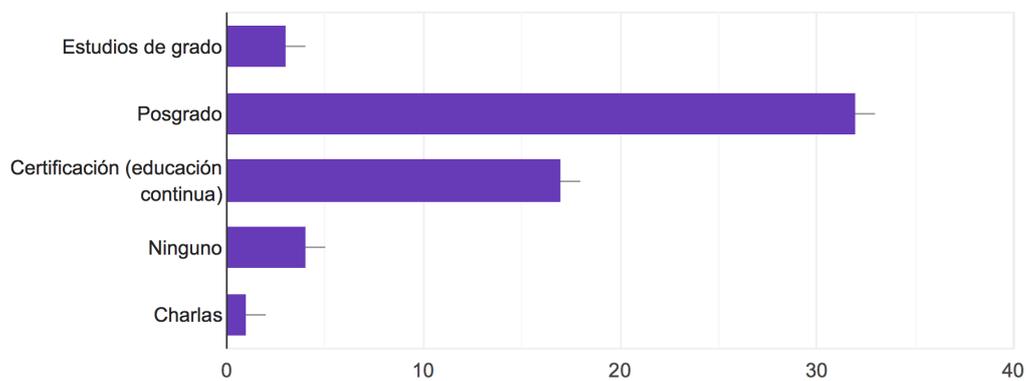
Figura 11: Especialistas que han recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.



Fuente: cuestionario autoadministrado

El 76.2% han recibido entrenamiento durante la capacitación de posgrado y el 40.5% han sido entrenados en cursos de educación dental continúa. El 7.1% han recibido capacitación durante sus estudios de grado. Solo el 2.4% respondió que recibió entrenamiento en el manejo de pacientes pediátricos con necesidades especiales a través de otros cursos certificados (tabla 1).

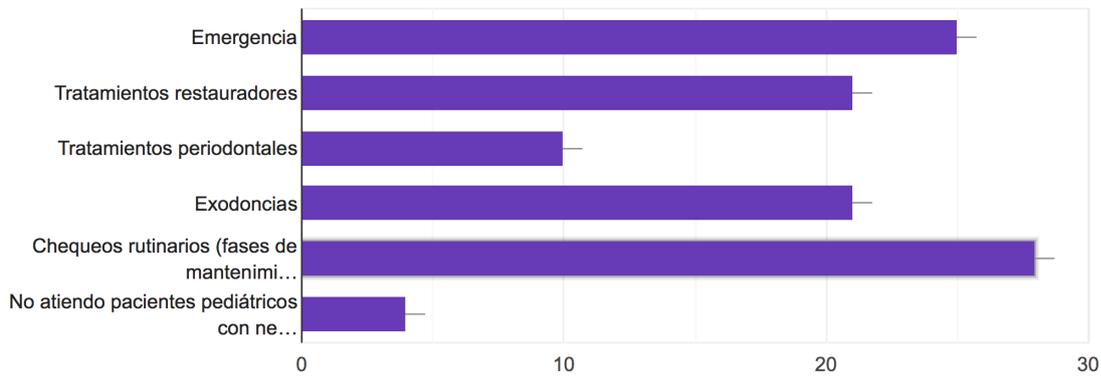
*Tabla 1: Momento en que se ha recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

Los chequeos rutinarios fue el procedimiento más frecuentemente realizado (66.7%) para pacientes pediátricos con necesidades especiales por los odontopediatras en el presente estudio. La Tabla 2 proporciona información sobre el tipo de tratamiento realizado.

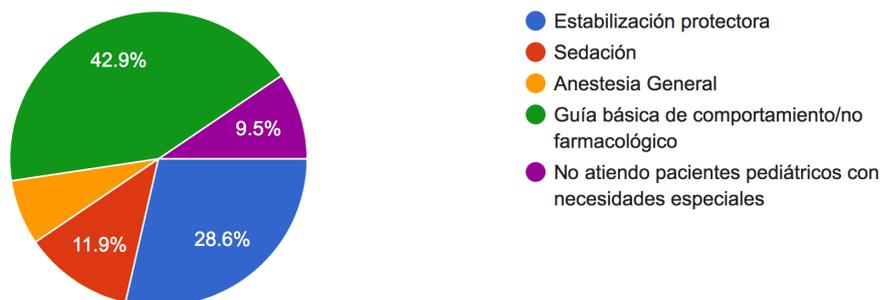
Tabla 2: Procedimientos más frecuentes



Fuente: cuestionario autoadministrado

La técnica de control de comportamiento más utilizada por la mayoría de los odontopediatras para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales en el presente estudio fue la técnica no farmacológica (42.9%). Se estima que el 28.6% utiliza la estabilización protectora, el 11.9% de los especialistas utiliza la sedación y el 7.1% utiliza la anestesia general para lograr el manejo del comportamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales. El 9.5% no atiende pacientes pediátricos con necesidades especiales. Los valores se representan en la figura 12.

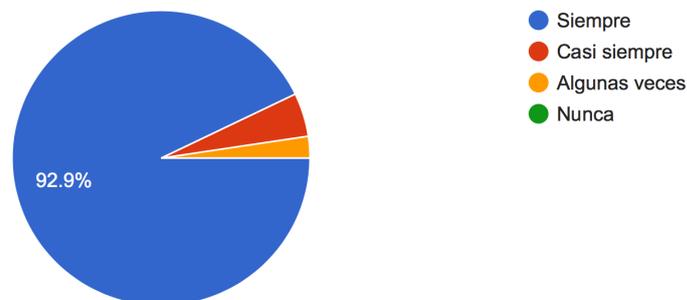
Figura 12: Técnica de manejo de comportamiento más utilizada en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.



Fuente: cuestionario autoadministrado

El 92.9% siempre brinda asesoramiento relacionado con la salud a los padres de los pacientes pediátricos con necesidades especiales, el 4.8% casi siempre brinda asesoramiento relacionado con la salud a los padres de los pacientes pediátricos con necesidades especiales. Solo el 2.4 algunas veces brinda asesoramiento relacionado con la salud a los padres de los pacientes pediátricos con necesidades especiales (figura 13).

*Figura 13: Especialistas que asesoran a los padres acerca del estado de salud del paciente.*

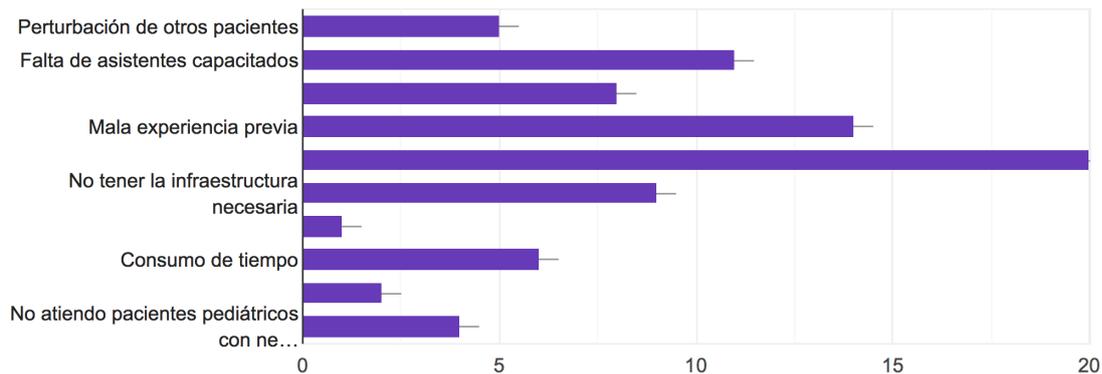


Fuente: cuestionario autoadministrado

Los problemas encontrados al proporcionar atención dental para pacientes pediátricos con necesidades especiales fueron comportamiento y comunicación deficiente con los pacientes (47,6%) y mala experiencia previa (33.3%). Otras barreras mencionadas fueron la falta de capacitación por parte de los asistentes (26,2%), la falta de infraestructura adecuada (21,4%), preocupaciones con respecto al historial médico (19%), consumo de tiempo (14.3%), perturbación informada por otros pacientes durante el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades

especiales (11,9%), falta de entrenamiento especializado (4.8%) y la falta de beneficios financieros (2,4%) (tabla 3).

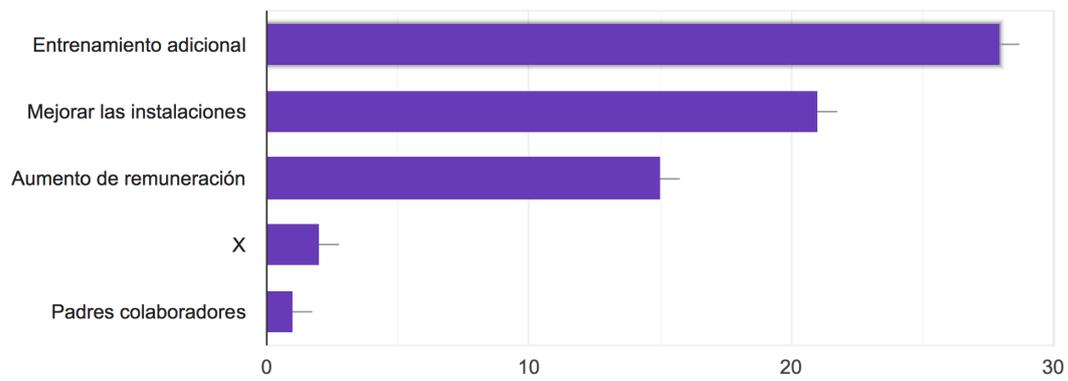
*Tabla 3: Dificultades más frecuentes en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.*



Fuente: cuestionario autoadministrado

Los factores que podrían motivar a los participantes en el estudio a brindar una mejor atención a pacientes pediátricos con necesidades especiales fueron: entrenamiento adicional (66.7%), mejora de las instalaciones (50%), aumento de la remuneración (35.7%) y otros factores (4.8%), incluido el apoyo de padres colaboradores (tabla 4).

*Tabla 4: Factores que podrían motivar a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales*



Fuente: cuestionario autoadministrado

## 8. DISCUSIÓN

El presente estudio reunió información sobre la participación de 42 miembros activos de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) referente a los conocimientos y actitudes del manejo conductual de pacientes pediátricos con necesidades especiales o alguna discapacidad. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), la prestación de la atención bucodental para los niños con necesidades especiales de salud requiere conocimientos especializados, una mayor conciencia, atención y acomodaciones.<sup>25</sup>

En el presente estudio, la mayoría de los encuestados brindan atención odontológica a pacientes con necesidades especiales, mientras que la minoría no. Estos datos coinciden con un estudio realizado por Oredugba y col., en el cual la mayoría de los encuestados tratan estos pacientes.<sup>26</sup> Además, coincide con un estudio realizado por Abraham y col.<sup>27</sup> y otro estudio llevado a cabo por Rajan y col.<sup>28</sup> Sin embargo, Doichinova y col., en su estudio evidenciaron que la mayoría de los encuestados no brindan atención odontológica a dichos pacientes.<sup>29</sup>

La totalidad de los encuestados de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) están dispuestos a proporcionar tratamiento a los pacientes pediátricos con necesidades especiales. Según un estudio realizado por Loeppky y col., la totalidad de los encuestados mostró voluntad para tratar a los pacientes pediátricos con necesidades especiales.<sup>30</sup> A diferencia de estos, Oredugba y col., evidenciaron que la mayoría de los encuestados están dispuestos a tratar a dichos pacientes, no la totalidad.<sup>26</sup>

Según el presente estudio, parece que la mayoría de los encuestados poseen un conocimiento adquirido para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades

especiales. Estos datos coinciden con un estudio realizado por Oredugba y col.<sup>26</sup> Sin embargo, en el estudio realizado por Rajan y col., estos evidencian que la mayoría de los encuestados poseen un conocimiento parcial.<sup>28</sup>

La mayoría de los encuestados conocen protocolos de manejo para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales. A diferencia del estudio realizado por Doichinova y col.,<sup>30</sup> y otro estudio realizado por Rajan y col.<sup>28</sup>, los cuales constatan que la mayoría de los encuestados no poseen conocimiento acerca de algún protocolo de manejo. Estos datos van de la mano con el conocimiento del protocolo de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), pues en el presente estudio, la mayoría de los encuestados poseen conocimiento de este, mientras que en el estudio de Rajan y col., la mayoría no posee este conocimiento.<sup>28</sup>

Según los encuestados, miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI), el protocolo más utilizado es el Manual de Referencia para Procedimientos en Odontopediatría-Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP), seguido por el protocolo de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).

La mayoría de los participantes de este estudio han recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales. Estudios como el de Rajan y col. determinaron que la mayoría de sus participantes no han recibido dicho entrenamiento.<sup>28</sup>

En el presente estudio, la mayoría de los encuestados recibió entrenamiento sobre el manejo de pacientes pediátricos con necesidades especiales durante el curso de posgrado, seguido de cursos de educación continua. Esto coincide con los resultados de las encuestas realizadas por Loeppky y col.<sup>30</sup> Sin embargo, según un estudio realizado por Oredugba y col., la mayoría de los participantes obtuvieron entrenamiento en estudios de grado.<sup>26</sup>

Los procedimientos dentales más frecuentes realizados por los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales son: chequeos rutinarios (fases de mantenimiento, profilaxis, sellantes, aplicación tópica de flúor), seguido por emergencias dentales. Estos datos difieren con el estudio de Doichinova y col., los cuales plantean que los procedimientos más frecuentes en su estudio son las emergencias.<sup>29</sup> Por igual, Adyanthaya y col. demuestran que la mayoría de los encuestados realizan emergencias como procedimiento principal en dichos pacientes.<sup>31</sup> En un estudio realizado por Rajan y col., el procedimiento más realizado son exodoncias.<sup>28</sup>

Con relación a las técnicas de manejo utilizadas en pacientes pediátricos con necesidades especiales, en el presente estudio la mayoría de los encuestados utilizan técnicas de la guía básica de comportamiento (no farmacológicas), seguida por estabilización protectora, mientras que la minoría utiliza sedación y anestesia general. Estos datos concuerdan con un estudio realizado por Adyanthaya y col., en el cual la

mayoría de los encuestados utilizan técnicas no farmacológicas.<sup>31</sup> Además, coincide con el estudio de Abraham y col.<sup>27</sup> y con el estudio de Rajan y col.<sup>28</sup>

Según los resultados obtenidos de las encuestas, la mayoría de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) siempre brindan asesoramiento relacionado con la salud a los padres de los pacientes pediátricos con necesidades especiales, mientras que la minoría algunas veces brinda asesoramiento relacionado con la salud. Sin embargo, en el estudio de Rajan y col., menos de la mitad de los encuestados brindan asesoramiento.<sup>28</sup>

Dentro de las dificultades más frecuentes en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales, el comportamiento y comunicación deficiente con los pacientes fue la más elegida por los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI). Esto concuerda con el estudio realizado por Doichinova y col.<sup>29</sup> y con el estudio realizado por Adyanthaya y col.<sup>31</sup> En cambio, el estudio realizado por Rajan y col., las dificultades más frecuentes son la falta de entrenamiento y el consumo de tiempo.<sup>28</sup>

En el presente estudio, el factor más elegido que podría motivar a los encuestados a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales es el entrenamiento adicional, seguido por la mejora de instalaciones y por último, aumento de remuneración. Estos datos son similares al estudio realizado por Rajan y col.<sup>28</sup> En el estudio de Loeppky y col., la mayoría de los encuestados eligieron el incremento en la remuneración. Otros factores mencionados en su estudio incluyen: entrenamiento adicional y una administración reducida.<sup>30</sup>

## 9. CONCLUSIÓN

Sobre la base de los hallazgos de este estudio, se pueden dar las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los encuestados, miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI), brindan atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales.
- La disposición a tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales por los encuestados fue significativamente mayor en nuestro estudio.
- La mayoría de los encuestados presentan conocimiento adquirido para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales y una cantidad no tan significativa presentó conocimiento parcial.
- Se constató que la gran mayoría de los encuestados tenían conocimiento referente a protocolos de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.
- Se comprobó que la mayoría de los encuestados conocían el protocolo de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales pautada por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).
- En su mayoría, se determinó que los encuestados, miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI), utilizan el Manual de Referencia para procedimientos en Odontopediatría de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP), seguido por el protocolo de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales pautada por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).

- Se determinó que la gran mayoría de los encuestados han recibido entrenamiento para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales.
- El entrenamiento recibido por la mayoría de los miembros encuestados de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) fue recibido durante sus estudios de posgrado seguido por estudios certificados de educación continua.
- Los procedimientos más frecuentes realizados en la consulta de estos profesionales para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales fueron los chequeos rutinarios (fases de mantenimiento, profilaxis, sellantes, aplicación tópica de flúor), seguido por la atención de emergencias.
- Se determinó que la técnica de manejo de la Guía Básica / Avanzada de Comportamiento descrita por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) más utilizada por los encuestados, para el tratamiento de los pacientes pediátricos con necesidades especiales, fue el manejo no farmacológico de la guía básica, seguido por la estabilización protectora de la guía avanzada.
- Se comprobó que la mayoría de los miembros encuestados de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI), siempre brinda asesoría a los padres respecto al estado de salud bucodental de estos pacientes.
- Las dificultades más frecuentes que enfrentan la mayoría de los encuestados en su práctica odontológica para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales fue: el comportamiento y la comunicación deficiente, seguido por malas experiencias previas.

- El factor predominante que podría motivar a los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI) a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales fue: el entrenamiento adicional seguido por una mejora en las instalaciones.

## 10. RECOMENDACIONES

- Realizar cursos certificados de entrenamiento adicional para el manejo de los pacientes pediátricos con necesidades especiales basados en la guía avanzada de comportamiento, descrita por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).
- Llevar a cabo prácticas odontológicas a 4 manos con asistencia adecuadamente capacitada en el manejo conductual de pacientes pediátricos con necesidades especiales.
- Desarrollar estudios periódicos acerca del manejo de las técnicas de conducta para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales en distintos centros odontológicos.

## 11. PROSPECTIVA

- En próximos estudios, incluir el tipo de discapacidad más frecuente en la práctica odontopediátrica y el tipo de práctica (consultorio, clínica, hospital) de los odontopediatras.
- Realizar el estudio incluyendo en la encuesta el uso de consentimiento informado antes de implementar las técnicas de manejo de la guía avanzada de comportamiento, pautada por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) en pacientes pediátricos con necesidades especiales.
- Realizar un estudio sobre la evolución de los fármacos utilizados para la sedación en el manejo de pacientes pediátricos con necesidades especiales.

## 12. ANEXOS

# CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN EL MANEJO CONDUCTUAL DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD DOMINICANA DE ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO (SODONI).

El presente estudio corresponde al trabajo final de grado para obtener el título de Doctor en Odontología. Realizado por las estudiantes de termino de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) Gabriela Castillo y Camila Luciano.

El objetivo general de este estudio es evaluar los conocimientos y actitudes en el manejo conductual de los pacientes pediátricos con necesidades especiales de los miembros de la Sociedad Dominicana de Odontología para el Niño (SODONI).

Su participación es completamente voluntaria. Si no desea participar puede retirarse y no habrá ningún inconveniente.

Los beneficios de responder la misma es su contribución a la investigación.

Este estudio no presenta ningún riesgo salvo el tiempo de su participación.

Toda la información obtenida será estrictamente confidencial. Para su participación en este cuestionario, no requiere de información personal, salvo la edad y sexo. Será realizada de forma anónima y consiste de 12 preguntas de selección múltiple.

Si presenta alguna duda, puede contactarnos vía correo electrónico: [gabycastillos@live.com](mailto:gabycastillos@live.com) y [camila.luciano4@gmail.com](mailto:camila.luciano4@gmail.com)

Al continuar con el llenado de la encuesta, acepta que ha leído y aceptado todo lo dicho.

Edad \*

- 21-30 años
  - 31-40 años
  - 41-50 años
  - 51-60 años
  - 61-70 años
- 

Sexo \*

- Femenino
- Masculino

¿Es usted especialista en Odontopediatría? \*

- Sí
- No

Años de práctica odontológica \*

- 1-10 años
- 11-20 años
- 21-30 años
- 31+ años

¿Trata usted pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Sí
- No

¿Estaría dispuesto a proporcionar tratamiento odontológico a pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Sí
- No

¿Tiene conocimiento adquirido para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Sí
- No
- Parcial

¿Conoce usted protocolos de manejo para el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Sí
- No

¿Conoce usted los protocolos de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD)? \*

- Sí
- No

¿Conoce usted los protocolos de manejo para pacientes pediátricos con necesidades especiales pautadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD)? \*

- Sí
- No

¿Cuál protocolo de manejo utiliza en pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Guía avanzada de comportamiento/Guía básica de comportamiento- Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD)
- Manual de Referencia para Procedimientos en Odontopediatría- Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP)
- Ninguno
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido entrenamiento para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Sí
- No

¿En qué momento ha recibido dicho entrenamiento? Puede escoger mas de una. \*

- Estudios de grado
- Posgrado
- Certificación (educación continua)
- Ninguno
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los procedimientos más frecuentes en su consulta para tratar pacientes pediátricos con necesidades especiales? Puede escoger más de una. \*

- Emergencia
- Tratamientos restauradores
- Tratamientos periodontales
- Exodoncias
- Chequeos rutinarios (fases de mantenimiento, profilaxis, sellantes, aplicación tópica de flúor)
- No atiendo pacientes pediátricos con necesidades especiales

¿Cuál es la técnica de manejo de la guía avanzada de comportamiento descrita por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) que más utiliza en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales? \*

- Estabilización protectora
- Sedación
- Anestesia General
- Guía básica de comportamiento/no farmacológico
- No atiendo pacientes pediátricos con necesidades especiales
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Asesora usted a los padres acerca del estado de salud del paciente? \*

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

¿Cuáles son las dificultades más frecuentes en el tratamiento de pacientes pediátricos con necesidades especiales que se presentan en su consulta? Puede escoger más de una. \*

- Perturbación de otros pacientes
- Falta de asistentes capacitados
- Preocupación por el historial médico
- Mala experiencia previa
- Comportamiento y comunicación deficiente
- No tener la infraestructura necesaria
- Menores beneficios financieros
- Consumo de tiempo
- Falta de entrenamiento especializado
- No atiendo pacientes pediátricos con necesidades especiales

¿Cuáles factores podrían motivarle a brindar una mejor atención odontológica a pacientes pediátricos con necesidades especiales? Puede escoger más de una. \*

- Entrenamiento adicional
- Mejorar las instalaciones
- Aumento de remuneración
- Otros: \_\_\_\_\_

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera, S. Salud Bucal en infantes especiales. [internet] Santo Domingo: Listín Diario; 29 de marzo de 2016 [consultado el 3 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://listindiario.com/la-vida/2016/03/29/413246/salud-bucal-en-infantes-especiales>
2. Marulanda, J., Betancur, J. D., Espinosa, S., Gómez, J. L., & Tapias, A. Salud oral en discapacitados/Oral health for the disabled. 2010: CES Odontología; Medellín Vol. 23, Iss. 2 p.71-76.
3. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. [internet] The Reference Manual of Pediatric Dentistry. 2016; 249-254. [consultado el 5 de marzo de 2020] Disponible en: [https://www.aapd.org/media/Polices\\_Guidelines/BP\\_SHCN.pdf](https://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/BP_SHCN.pdf)
4. Cáceres, F., Estévez, G. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. [internet] Santo Domingo: Informe General ENHOGAR; 2014. [Consultado el 5 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.one.gob.do/encuestas/enhogar/enhogar-2013>
5. Boj Quesada JR. Actualización en odontopediatría 1989. Archivos de Odontoestomatología, 1989, vol. 6, num. 3, p. 163-173.
6. Nathan JE. Management of the difficult child: a survey of pediatric dentists' use of restraints, sedation, and general anesthesia. 1989: J Dent Child, 56: 293-301

7. Xalabardé Guàrdia A, Espasa Suárez de Deza JE, Fernández Bozal J, Llorc Farré B, García AM, Boj Quesada JR. Actualización en Odontopediatría 1996. Anales de Odontoestomatología, 1997, núm. 4, p. 145-160. 1997.
8. Folayan M, Ufomata D, Adekoya-Sofowora C, Otuyemi O, Idehen E. The effect of psychological management on dental anxiety in children. Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2003 Jul 1;27(4):365-70.
9. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. 2015;37(6):180-93.
10. Guinot F, Mayné R, Barbero V, Sáez S, Martínez P, Bellet L. Manejo de la conducta mediante medios audiovisuales. Odont Pediatr 2004; 12 (2): 88-92.
11. Muñiz M. El niño de conducta muy difícil en el consultorio dental. La causa. Rev Asoc Odontológica Argentina 1973; 61: 429-433.
12. Ascenção D. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. Manual de referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría. 2014: Capítulo 6 p 42-59.
13. Tiol Carrillo, A. and Martínez, A., 2018. Manejo De Conducta En Odontología Pediátrica. [internet] revistadentistaypaciente. [consultado el 3 de agosto de 2020] Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
14. Butz CL. La sedación por inhalación de oxígeno y óxido nitroso en odontología pediátrica. Quintessence: Publicación internacional de odontología. 2007;20(8):513-7.

15. Baker, S., Thomas, M. Pediatric Dental Residents Education on Children with Special Health Care Needs in the United States. *Journal of Dentistry for Children* 2017; 84(3): 120-124.
16. Morales C. M.; Abordaje Conductual del Paciente Autista en la Consulta Estomatopediátrica; [Internet] *Revista europea de odontoestomatología*. mayo del 2006. [consultado el 10 de mayo de 2020] Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=37>
17. s.a. Pacientes especiales y salud bucal. [Internet] *Dentaid*. 24 de enero de 2016. [consultado el 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.saludbucaldentaid.com/es/pacientes-especiales-y-salud-bucal/326>
18. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez- Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo- Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *Rev. CES Odont* 2017; 30(2): 23-36.
19. Damon. IV Sedation for your Dental Procedure. [Internet] Texas: Denture Clinic and Implant Center of Amarillo. 2020 [consultado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.amarillodentureclinic.com/blog/2015/07/02/iv-sedation-for-your-dental-160321>
20. Ruiz Mitjana L. Investigación cuasi experimental: ¿qué es y cómo está diseñada? [Internet]. *Psicologiyamente.com*. 2018 [consultado el 20 de julio 2020]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/miscelanea/investigacion-cuasi-experimental>
21. Ruiz Mitjana L. Investigación cuasi experimental: ¿qué es y cómo está diseñada? [Internet]. *Psicologiyamente.com*. 2018 [consultado el 20 de julio 2020]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/miscelanea/investigacion-cuasi-experimental>

22. Universidad Dr. Rafael Beloso: Metodología de la investigación. Capítulo 3. Virtual.urbe.edu. 2015 [consultado el 20 de julio 2020]. Disponible en: <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0104638/cap03.pdf>
23. Calduch D. [Internet]. Ucm.es. 2014 [consultado el 20 de julio 2020]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/835-2018-03-01-Metodos%20y%20Tecnicas%20de%20Investigacion%20Internacional%20v2.pdf>
24. Bedoya J. Métodos y Técnicas de Investigación. Escuela Superior de Administración Pública. 2008: Bogotá
25. Ganem I. Odontología para Niños con necesidades especiales. Crest Oral-B at dentalcare.com Continuing Education Course. 2011:4-6.
26. Oredugba FA, Sanu OO. Knowledge and behavior of Nigerian dentists concerning the treatment of children with special needs. BMC Oral Health. 2006 Dec 1;6(1):9.
27. Abraham S, Yeroshalmi F, Margulis KS, Badner V. Attitude and willingness of pediatric dentists regarding dental care for children with developmental and intellectual disabilities. Special Care in Dentistry. 2019 Jan;39(1):20-7.
28. Rajan, S., Kuriakose, S. Knowledge, Attitude, and Practices of Dental Practitioners in Thiruvananthapuram on Oral Health Care for Children with Special Needs. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2019; 12(4): 251-254.
29. Doichinova L, Peneva M. Awareness of dentists about oral health of children with disabilities. Journal of IMAB—Annual Proceeding Scientific Papers. 2014 Dec 4;20(5):661-3.

30. Loeppky WP, Sigal MJ. Patients with Special Health Care Needs in General and Pediatric Dental Practices in Ontario. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2006 Dec 1;72(10).

31. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S, Raheema M. Barriers to dental care for children with special needs: general dentists' perception in Kerala, India. *Journal of Indian society of pedodontics and preventive dentistry*. 2017 Jul 1;35(3):216.