MADC
836
REG A9047
Z 35 N
2015

Universidad de Valparaíso
CHILE

ESCUELA DE GRADUADOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES DEL MINSAL EN ODONTÓLOGOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO, CHILE

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Especialista de
Periodoncia e Implantología

Residente: Dr. Carlos Zapata Montilla

Docente Guía Prof. Dr. Jorge Godoy Olave
Cátedra de Periodoncia

Valparaíso - Chile
2015

AGRADECIMIENTOS

En estas líneas quiero agradecer en primer lugar a mi pareja, la Doctora Olga Vivas y a mi bebé Natalia, por su amor y comprensión en este largo camino, donde su apoyo siempre ha sido fundamental para cumplir los objetivos trazados al inicio de esta etapa profesional.

A mi Madre, Ana Lucía, que siempre ha estado presente con su apoyo incondicional y con quien emprendí en un inicio el sueño de ser Odontólogo y a quien debo todo lo que soy como persona y como profesional.

Al cuerpo docente del postgrado de Periodoncia e Implantología de la Universidad de Valparaíso, por entregar lo mejor de sí para mi formación, especialmente a la Dra. Gianina Caneppa Martin por permitir integrarme a las filas de esta escuela de gran tradición y reconocimiento; Al Doctor Jorge Godoy por ser un excelente Docente y guía; Al Dr. Mauricio Embry por compartir su experiencia y conocimiento, por su ayuda y paciencia, pero especialmente por su amistad.

A todos los mencionados, muchas gracias, que Dios los bendiga.

Índice

Introducción. 1

Aspectos teóricos. 2

1. Epidemiología de las enfermedades periodontales en el mundo y en Chile. 2
2. Descripción de la Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales. 5
3. Atención primaria de salud y modelo promocional-preventivo. 8
4. Estructura y gestión de la atención primaria de salud de la quinta región. 10
5. Justificación de la investigación. 12

Objetivos. 16

Materiales y método. 18

1. Descripción general del diseño. 18
2. Definición del universo. 18
3. Variables. 19
4. Instrumento de medición. 24
5. Recolección de la información y aspectos éticos. 24
6. Análisis estadístico. 24

Resultados. 25

Discusión. 37

Conclusiones. 42

Sugerencias. 44

Resumen. 45

Referencias Bibliográficas. 46

Anexos. 49

Introducción

En 1998, el Departamento Odontológico de la División "Salud de las Personas" (DISAP) del Ministerio de Salud Chileno (MINSAL) desarrolló las "Normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales", una propuesta de enfoque preventivo dirigida al equipo de salud con el propósito de facilitar la provisión de servicios, reconociendo que no se estaba aprovechado el potencial de las medidas preventivas al nivel de atención primario.

Esta norma representó parte de una estrategia que se condecía con las declaraciones a nivel mundial que buscaban fomentar una cultura preventiva dentro de un contexto de atención a nivel primario que aprovechara los recursos eficiente y eficazmente.

Habiendo pasado 16 años de su creación, y sin existir una actualización a la fecha, advertimos una falta de implementación de la norma en el sistema público de atención sanitaria, en observaciones hechas por los especialistas en Periodoncia que trabajan en la atención secundaria, quienes reciben derivaciones que no competen a ese nivel asistencial y que debieron ser resueltas en la atención primaria, y aún más, debidamente prevenidas.

Es por esto que nacen las preguntas, ¿En qué grado son implementadas las normas de prevención a nivel primario en los establecimientos bajo la administración de las Corporaciones Municipales de la región de Valparaíso? ¿Este fenómeno se debe a un deficiente nivel de conocimiento de la norma? Para responder estas inquietudes, esta investigación explora respecto del nivel de implementación de las normas de prevención enfermedades gingivales y periodontales en la atención primaria de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué. Además, el estudio describe la naturaleza de las intervenciones ejecutadas, así como las condiciones en que dichas normas están siendo aplicadas.

Así, conocer esta realidad servirá como primera aproximación para orientar decisiones en salud pública, que pueden verse materializadas en la creación de una nueva norma, en su actualización o en la construcción de un programa de salud bucodental que sea más inclusivo y le dé mayor importancia a la salud periodontal tanto en su área preventiva-promocional como en la recuperativa-rehabilitadora, destinando los recursos materiales y humanos necesarios para aprovechar el potencial que tiene la atención primaria, al cubrir a una amplia mayoría de la población chilena.

Aspectos teóricos

1. Epidemiología de las enfermedades periodontales en el mundo y en Chile

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. El interés por las alteraciones gingivales se basa no tanto en su gravedad, sino en su enorme prevalencia en la población.

Por ejemplo, en 2002 se establece que es detectable en un rango de 20-50%, variando según la edad de los individuos, su sexo y su raza en un estudio realizado en Europa por Sheihamy Netuveli. En este, se describe que sólo el 15% de la población de más de19 años no presenta ningún tipo de alteración ni gingival ni periodontal, lo cual pone de manifiesto la trascendencia del problema ante el que nos hallamos (Sheihamy Netuveli, 2002).

La característica común a todas las enfermedades gingivales es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. De ahí que se sitúen en un grupo independiente al de las periodontitis.

La periodontitis crónica se define como una enfermedad infecciosa que conduce a una pérdida lenta y progresiva de la unión de los dientes (Armitage, 1999). Las características clínicas de la periodontitis incluyen pérdida de inserción clínica, la pérdida de hueso alveolar, bolsas periodontales, y la inflamación gingival, todos los cuales, sin el tratamiento adecuado, puede conducir a la pérdida de dientes (Gamonal y cols., 2010).

Los reportes que tratan la prevalencia de enfermedad periodontal en el mundo describen resultados de amplia variabilidad debido principalmente a las distintas metodologías utilizadas. Debido a esto, nos referiremos a dos revisiones sistemáticas que tratan de cuantificar la prevalencia de periodontitis crónica severa a nivel mundial.

La primera, publicada en 2014, revisó estudios entre 1990 y 2010, determinando que en 2010, la enfermedad periodontal severa fue la sexta condición más frecuente al afectar a un 10,8% (95% IU: 10,1-11,6%) o 743 millones de personas en el mundo, sin encontrar diferencias significativas en la prevalencia estandarizada por edad entre hombres y mujeres, pero reportando que varió según el país, desde el 3,6% (95% IU: 3,3-3,9%) en Fiji hasta el 18,7% (95% IU: 17.3-20,1%) en Chile. Además presentó un grupo de países donde la prevalencia de enfermedad periodontal severa reportada fue significativamente superior a la media mundial (Chile, Brasil, Kenia, Indonesia, Australia y Grecia) y varios países que tuvieron prevalencia estandarizada por edad significativamente por debajo de la media mundial (Kasebaum y cols., 2014) como se puede apreciar en la figura tomada de ese estudio, adjunta a continuación:

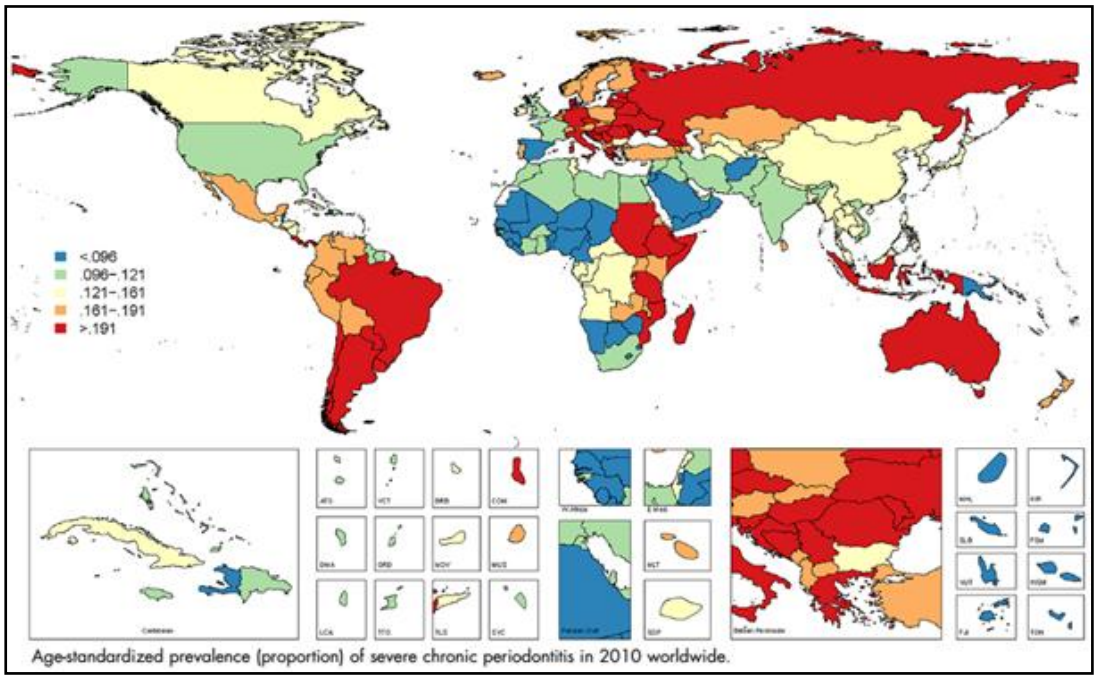

Figura 1, Tomada de: Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. (2014): Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. J Dent Res; 93(11): 1052.

La segunda, de Dyeen el 2012, declara que entre los seis estudios que utilizan la metodología de la Organización Mundial de la Salud para la recolección de datos, la prevalencia de una profundidad de sondaje mayor a 6 mm (puntuación del índice periodontal comunitario o IPC de 4) varía entre un 5 a 21% (Dye, 2012). En detalle, la prevalencia de una pérdida de inserción >4 mm en los adultos jóvenes, osciló entre un 18-20% en Dinamarca, China y los EE.UU. a más del 60% en países como Vietnam, Francia y Alemania, mientras que entre los adultos mayores, el 96% de las personas que viven en Pomerania, Alemania (edades 60-81), el 84% de los adultos franceses (edades 60-64), el 85% de los pacientes revisados en el Reino Unido (mayores de 65 años), el 81% de ancianos de Australia (75 años y más), el 65% de los adultos daneses (edades 65-74) y el 47% de estadounidenses (edades 65-74) (Dye, 2012).

Estos datos muestran cómo la prevalencia de pérdida de inserción universalmente aumenta con la edad, debido a un daño acumulado (Kinaney cols, 2007) y a la confluencia de una serie de factores de riesgo sistémicos y locales asociados a la patogénesis de las enfermedades periodontales (Genco y Borgnakke, 2013; Van Dyke y Dave, 2005). Los factores de riesgo sistémicos incluyen comportamientos, como el tabaquismo; condiciones médicas, como la diabetes mal controlada y, posiblemente, la obesidad, el estrés, la osteopenia y la dieta con consumo inadecuado de calcio y vitamina D. Otros factores de riesgo, tales como la raza o factores genéticos, no se pueden cambiar, sin embargo, la identificación de personas en riesgo de resultados adversos por estos motivos proporciona un medio para orientar las intervenciones preventivas (Genco y Borgnakke., 2013).

En Chile, la información de la prevalencia y la extensión de la enfermedad periodontal crónica que afecta a la población adulta es escasa y conjuntamente se basa en estudios previos de las condiciones periodontales entre la población adulta utilizando el Índice Periodontal

Comunitario de Necesidades de Tratamiento (CPITN) u otras medidas relacionadas, ninguno de los cuales ofrecen una buena descripción de la condición periodontal en la población (Gjermoy cols., 2002 citado en Gamonal y cols., 2010). Por ende, no hay registros que proporcionen una evaluación exhaustiva y completa del estado periodontal en la población adulta chilena y los indicadores de riesgo que pueden estar involucrados. Por otro lado, los indicadores de riesgo identificados en los estudios transversales no siempre se confirman en estudios longitudinales (Beck, 1994 citado en Gamonal y cols., 2010).

De todas formas, los reportes en Chile (López y cols. 2001-2002; Gamonal y cols, 2010), comprueban una alta prevalencia de pérdida de inserción periodontal. La Encuesta Nacional Dental chilena realizada en 2007 muestra que una pérdida de inserción periodontal mayor o igual a 5 mm afecta al 58,3% de los sujetos de 35 a 44 años de edad y al 81,4% de los sujetos de 65 a 74 años de edad, destacando que la media de pérdida de inserción periodontal fue sustancialmente mayor entre el grupo de mayor edad (Gamonal y cols, 2010). En población adulta joven, López y cols. en 2001 en Santiago de Chile, evaluaron 735 personas de 18-21 años de edad encontrando una prevalencia de pérdida de inserción periodontal mayor o igual a 3 mm del 8,2% y, en promedio, 3,4 dientes afectados, concluyendo que la prevalencia fue mayor en los varones mientras que la severidad fue mayor entre los sujetos femeninos (López y cols., 2001).

A nivel regional, se han reportado prevalencias de periodontitis del 29,7% en personas de 35 a 44 años y en el 52,8% del total de la muestra de las grandes comunas de la quinta región (Badenier y cols. 2007).

En otro reporte regional, al examinar 342 adultos mayores de 60 años, con remanencia de dientes, se encontró que sólo un 3,3% tenía periodonto sano y que el 43,1% de la muestra necesitaba terapia periodontal compleja (IPC= 3-4) (Mariño y cols. 2011).

Mientras que a nivel comunal, Lopetegui y cols., en 2003, encontró una prevalencia de 100% de periodontitis crónica en diversos grados en una muestra de 308 personas entre 65 y 89 años escogidos por demanda espontánea de los consultorios Plaza Justicia y Barón de la ciudad de Valparaíso (Lopetegui y cols., 2003). En otro estudio, Muñoz y cols., reportaron un estado periodontal altamente deteriorado en una muestra de 78 dismovilizados severos tomados de los registros de los centros municipales de saluden la comuna de Valparaíso donde un 78,8% de los dientes presentaba una pérdida de inserción clínica mayor a 3,5 mm, y al clasificar a esta muestra según índice PSR el 15,2% fue identificado como código 4, el 36,5% era código 3 y el 48,5% fue código 2,representando un daño acumulado reflejado en periodontos reducidos y destacando que ya se han perdido muchos dientes, muchos de ellos por enfermedad periodontal (Muñoz y cols., 2011).

Coincidentemente, en Viña del Mar, Lopetegui y cols. encontró que la totalidad de los 304 adultos mayores de 65 años seleccionados al azar de los consultorios municipalizados de esa comuna tenían al menos un diente con pérdida del nivel de inserción mayor a 3 mm y el 70,7% al menos un diente con pérdida del nivel de inserción clínica mayor a 7 mm (Lopetegui y cols., 2004).

En otro estudio, sobre una muestra de 124 adultos de 60 años de la comuna de Villa Alemana, perteneciente a la región de Valparaíso, se reportó que un 26,61% de los pacientes revisados tenían una pérdida de inserción de 1-2 mm, el 42,74% presentaba una pérdida de inserción de 3 a 4 mm y el 30,65% contaba con una pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm en al menos 1 diente (Lopetegui y cols., 2009).

Teniendo en cuenta estas estadísticas, los dentistas generales tienen que estar bien preparados para el tratamiento de enfermedades periodontales, y también tienen que estar bien informados sobre cómo hacer las interconsultas oportunas y apropiadas para la especialidad de Periodoncia cuando sea necesario (Lee y cols., 2009).

2. Descripción de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), mediante Resolución Exenta N° 304 del 25 de Junio de 1998, citó a un grupo de odontólogos representativos de diferentes instituciones de la Odontología Chilena, con el objeto de hacer una propuesta de un cuerpo normativo sobre la Prevención de Enfermedades Gingivales y Periodontales. Así formado, el Departamento Odontológico de la División "Salud de las Personas" (DISAP) diseñó las "Normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales", una propuesta de enfoque preventivo dirigida al equipo de salud con el propósito de garantizar estándares de calidad en la provisión de servicios de salud, para lograr un mejoramiento continuo del nivel de salud de la población y para aumentar la cobertura y eficacia de los programas de atención odontológica, reconociendo que no se estaba aprovechado el potencial de las medidas preventivas al nivel de atención primaria.

Estas normas aparecen como una actualización de las orientaciones sobre actividades promocionales y preventivas específicas, contenidas en el Plan Nacional de Salud bucodental, regulando una actividad ausente hasta esa época.

Esta pauta de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales cuenta de 7 capítulos.

El primero, ***La Introducción***, da un marco conceptual donde presenta un glosario de términos afines a la enfermedad periodontal, presenta los datos epidemiológicos disponibles a la fecha, describe su etiología, analiza los factores que influyen en la prevalencia y severidad de las enfermedades periodontales como edad, género, patógenos periodontales, distribución geográfica, nivel socio-económico y educacional, tabaquismo y diabetes.

En el capítulo II, ***Prevención Primaria: Promoción de la Salud***, presenta una descripción de las características clínicas de las enfermedades gingivales y periodontales, y trata detalladamente distintas estrategias de promoción de la salud como motivación del paciente con especial énfasis en el desarrollo de su autoestima, técnicas de control del biofilm, dieta equilibrada, resaltando la importancia del control periódico por el profesional odontólogo y del auto examen bucal como terapia de mantención. Además, recomienda al dentista actividades como fomentar la participación comunitaria en la gestión de salud, formación y capacitación de monitores de salud, entregar conocimientos y motivación en la formación de pregrado y en la

capacitación posterior de los odontólogos y asimismo la coordinaci6n e integración de intervenciones con el sector Educación. Las comunidades motivadas en la prevención de enfermedades gingivales y periodontales pueden asumir funciones de educación y capacitación de niños, adolescentes y de embarazadas, en un programa de control de placa bacteriana supragingival. La norma manifiesta que para realizar las actividades de prevención es necesario disponer del material educativo de soporte para el programa de cuidados a realizar en casa, por parte de los pacientes.

En el capítulo III, ***Prevención Primaria: Protección Específica de la Salud Gingival y Periodontal***, se tratan tópicos de protección específica de la salud gingival y periodontal que comprenden las maniobras de profilaxis, destartraje y pulido radicular, más recomendaciones sobre control de malos hábitos como tabaquismo, bruxismo y respiración bucal.

El capítulo IV, ***Prevención Secundaria: Diagnóstico Precoz***, presenta actividades correspondientes a prevención secundaria de diagnóstico precoz mediante el examen periodontal básico en el cual se divide la cavidad bucal en seis sextantes. Se describe el procedimiento de sondaje periodontal con sonda OMS, determinándose los códigos y criterios para el diagnóstico mediante esta técnica.

A cada código determinado por este examen se le asociará y le corresponderá una determinada acción de tratamiento periodontal, como se describe:

Necesidad de tratamiento periodontal 0: Un registro de código 0 (periodontalmente sano) o X (ausente), indica que no es necesario tratamiento periodontal y se refuerza en el paciente las medidas de promoción y de fomento de la salud gingival y periodontal.

Necesidad de tratamiento periodontal 1: Un código 1 o mayor, indica necesidad de realizar instrucción de higiene bucal del individuo, por lo tanto, el tratamiento consistente en la enseñanza de técnicas de higiene bucal adecuadas.

Necesidad de tratamiento periodontal 2: La presencia de un código 2, indica la necesidad de realizar instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival, pulido coronario y la eliminación de las obturaciones con desajuste cervical o con rebalses proximales.

Necesidad de tratamiento periodontal 3: La presencia del código 3, indica la presencia de saco de 3,5 a 5,5 mm, por lo tanto, es necesario realizar además de la instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival y subgingival. En algunas situaciones cuando la banda negra de la sonda periodontal usada en el examen periodontal básico, está próxima a quedar oculta es imprescindible la realización de pulido radicular.

Un sextante con valor de código 4, es decir, con presencia de sacos periodontales mayores a 5,5 mm, debe ser derivado a especialista para realizar un tratamiento más complejo que consiste en instrucción de higiene bucal, destartraje supra y subgingival, pulido radicular y en ocasiones procedimientos de tipo quirúrgico (MINSAL, 1998).

En el capítulo V, llamado ***Prevención Secundaria: Tratamiento Oportuno***, se especifican los tratamientos a realizar según el código obtenido en el examen periodontal básico y el nivel de atención en el cual debieran realizarse. La base del tratamiento de la gingivitis como de la enfermedad periodontal consiste en las acciones de promoción, prevención y de intervención clínica por parte de los profesionales del equipo de salud odontológico. Así queda establecido que de acuerdo al código determinado por el examen básico periodontal se realizarán estrategias específicas y que implicarán tanto al profesional odontólogo, como a otros actores del equipo de salud y al propio paciente, como se resume a continuación:

CODIGO	TRATAMIENTO	NIVEL DE RESOLUCION
0	• PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD GINGIVAL Y PERIODONTAL	• PACIENTE • AUXILIAR PARAMEDICO EN ODONTOLOGIA. • ODONTOLOGO GENERAL
1	• PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD GINGIVAL Y PERIODONTAL • INSTRUCCION DE HIGIENE BUCAL	• AUXILIAR PARAMEDICO EN ODONTOLOGIA • ODONTOLOGO GENERAL
2	• PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD GINGIVAL Y PERIODONTAL • INSTRUCCION DE HIGIENE BUCAL • PULIDO CORONARIO • DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL • ELIMINACION DE OBTURACIONES DEFECTUOSAS	• AUXILIAR PARAMEDICO EN ODONTOLOGIA CAPACITADA Y SUPERVISADA POR EL ODONTOLOGO • ODONTOLOGO GENERAL
3	• PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD GINGIVAL Y PERIODONTAL • INSTRUCCION DE HIGIENE BUCAL • PULIDO CORONARIO • ELIMINACION DE OBTURACIONES DEFECTUOSAS • DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL • DESTARTRAJE SUBGINGIVAL • OBTURACIONES DEFECTUOSAS • PULIDO RADICULAR	• AUXILIAR PARAMEDICO EN ODONTOLOGIA CAPACITADA Y SUPERVISADA POR EL ODONTOLOGO • ODONTOLOGO GENERAL
4	• PROMOCION Y FOMENTO DE LA SALUD GINGIVAL Y PERIODONTAL • INSTRUCCION DE HIGIENE BUCAL • PULIDO CORONARIO • ELIMINACION DE OBTURACIONES DEFECTUOSAS • DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL • DESTARTRAJE SUBGINGIVAL • PULIDO RADICULAR • CIRUGIA PERIODONTAL	• PERIODONCISTA

Tabla I: Acciones de tratamiento según código del examen periodontal básico. Tomada de: MINSAL. (1998): Norma de Prevención de las Enfermedades Gingivales y Periodontales.

Ya en el sexto capítulo, ***Prevención Terciaria: Limitación del daño***, se describen actividades de prevención terciaria, sus objetivos y el instrumental requerido, correspondientes a limitación del daño como pulido y alisado radicular, tratamiento de abscesos gingivales y periodontales, extracción de dientes de mal pronóstico, re-evaluación post tratamiento periodontal y terapia de soporte periodontal.

En el capítulo VII, ***Prevención terciaria: Rehabilitación***, se nombran técnicas regenerativas y quirúrgicas a considerar en la preparación del terreno biológico para la rehabilitación bucodental incluyendo el uso de férulas.

Considerando la fecha de creación de la norma, ya hace más de 16 años, es necesario comentar que han ocurrido una serie de novedades en los conceptos periodontales, partiendo por la clasificación actual de las Enfermedades Gingivales y Periodontales internacionalmente aceptada, la cual fue producto de un congreso realizado el año posterior a la confección de la norma, entre Octubre y Noviembre de 1999 en el "International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions" (Armitage, 1999) y donde se aceptan una serie de condiciones y etiologías que no aparecen consideradas en la norma. Por otra parte, son notables las nuevas posibilidades de tratamiento con las que se cuenta, los cuales al ni siquiera ser considerados en la norma cierran la puerta a su aplicación en los sistemas públicos de salud, como son el láser, nuevos biomateriales y técnicas de regeneración periodontal, entre muchos otros.

El tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica dental general es una cuestión compleja en función de las interacciones entre los odontólogos generales y sus pacientes. No es sorprendente que exista una variación en la gestión periodontal, ya que hay varias maneras de tratar la enfermedad periodontal. Algunos dentistas optan por extraer dientes con compromiso periodontal, mientras que otros llevarán a cabo un amplio tratamiento periodontal. Las diferencias de enfoque dependerán de varios factores, incluyendo la detección de la enfermedad periodontal, una evaluación de la gravedad y la visión del dentista del probable resultado a largo plazo de la enfermedad. Si los dentistas no pueden tratar la enfermedad periodontal debido a su gravedad, una estrategia posible es derivar al paciente al especialista para asesoramiento periodontal y tratamiento (Linden, 1998).

3. Atención primaria en salud: Enfoque y financiamiento

En Chile, desde la Declaración de Alma Ata de 1978, el Estado asumió el compromiso de priorizar dentro del sistema público de atención en salud a la atención primaria, definida como: "El cuidado (o atención) esencial de la salud, basado en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, universalmente accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación. Es el primer nivel el contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y trae los cuidados de salud lo más cerca posible al lugar en que la gente reside y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud" (OMS, 1978 citado por Montoya-Aguilar, 2008).

Actualmente, el sistema público de salud atiende a un porcentaje mayoritario de la población y desde el año 2005, ha avanzado progresivamente hacia el "Modelo de Atención Integral de Salud", enmarcado en la Reforma de Salud, para lo cual en el año 2008, se publica el documento "En el camino a Centro de Salud Familiar y Comunitario", el cual insta a los equipos de salud a trabajar con las familias y a constituirse en eje de desarrollo social (MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012). Este modelo se rige bajo los siguientes principios:

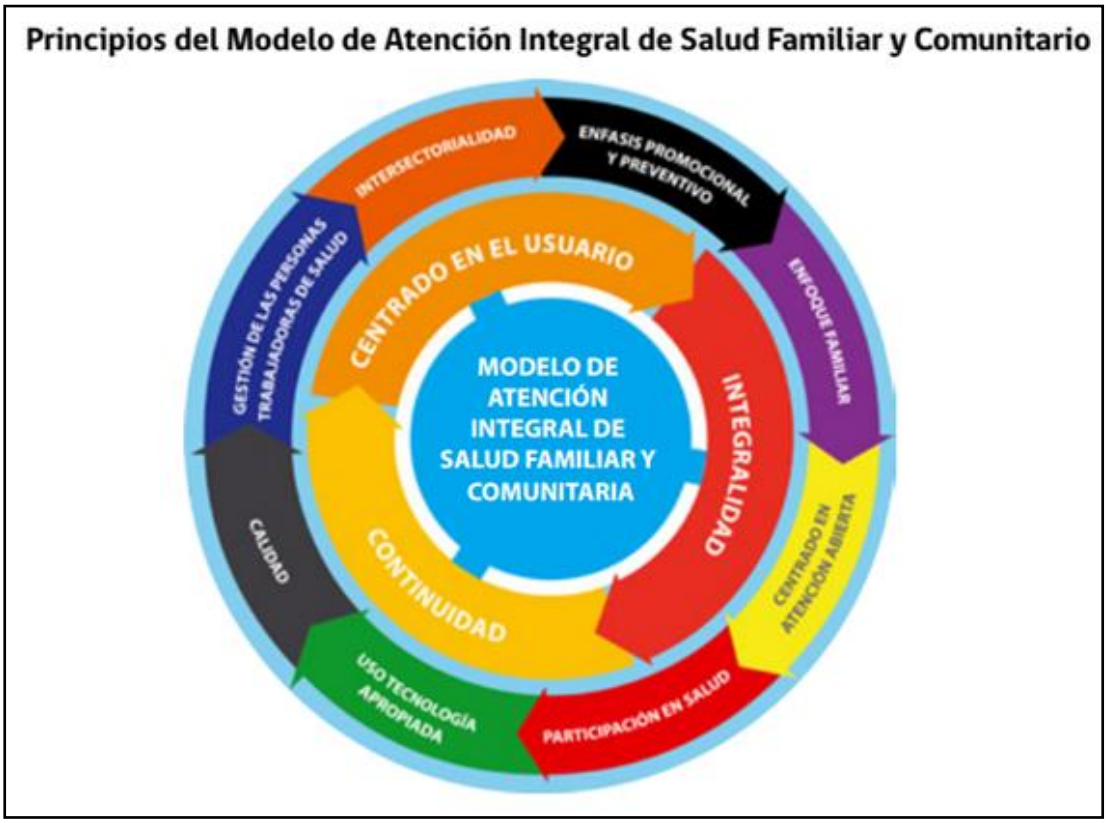

Figura 2: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Tomado de: MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales.(2012): Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud.

El marco jurídico vigente de la atención primaria de salud, se compone principalmente de dos leyes que contribuyen a la gestión de los centros de salud: el Estatuto de Atención Primaria (Ley 19.378) constituye un conjunto de normas, que regulan aspectos tales como; la administración, (las relaciones laborales, el sistema de remuneraciones, la carrera funcionaria, así como también normas relativas al quehacer en Atención Primaria creando incentivos a los trabajadores de la salud), el financiamiento, que regula el aporte estatal; y La ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937) la cual define a la atención primaria como el eje central del sistema de salud, señalando que "La red de cada Servicio, se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos"(MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales, 2012).

Sobre el financiamiento de la atención primaria, se entrega un aporte estatal mensual a cada comuna de acuerdo a la población potencialmente beneficiaria o la población inscrita en el sistema, cuyo monto se define basado en las características epidemiológicas, el nivel socioeconómico, índices de ruralidad y dificultad para acceder a la atención de la población; las barreras para la prestación de las atenciones de salud, el conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna y la cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos (MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales, 2012). Los servicios de atención primaria, son los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita, que se encuentran contenidos en el Plan de Salud Familiar, en el Régimen de Garantías Explicitas en Salud (GES) y en los programas de reforzamiento. A partir del año 2005 se inicia un proceso de medición del cumplimiento de las actividades del plan de Salud que financia el aporte estatal, para ello se definen los ámbitos a evaluar a través del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS). Este criterio es parte de otros, señalados en el artículo 49ª de la Ley 19.378 que permiten definir el aporte estatal de cada comuna, se consolida al aplicarse una serie de indicadores sujetos a evaluación cuyo cumplimiento va a dar lugar al otorgamiento del aporte estatal y/o al descuento de este (MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales, 2012), lo que genera esfuerzos adicionales por parte de los equipos de salud para cumplir las metas IAAPS y GES en detrimento de las actividades no priorizadas en estas normativas.

4. Estructura y gestión de la atención primaria de salud de la región de Valparaíso

En Chile, se han definido tres niveles de atención en la organización del sistema de salud: el primero correspondería a la puerta de entrada o "primer contacto", el segundo y tercer nivel complementan al primero resolviendo lo que no se puede resolver en dicho nivel (diagnósticos y tratamientos que requieren de manejo especializado). La definición de niveles de atención de la salud parte del supuesto de que la mayoría de las necesidades de la población se satisfacen en el nivel de menor complejidad. El nivel primario de atención es el de mayor cobertura poblacional y menor complejidad.

Comuna de Valparaíso: Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile y lo reportado en el plan comunal 2013 de la Corporación Municipal de Valparaíso, la población de la quinta región sería 1.723.547 personas, de las cuales 292.510 habitarían en la comuna de Valparaíso (CORMUVAL, 2013). Durante el año 2012, se reportaron 226.654 personas debidamente inscritas y validadas en la atención primaria de la corporación municipal de Valparaíso (CORMUVAL, 2013).

En la comuna de Valparaíso existen un total de 14 establecimientos de salud destinados a la atención en el nivel primario de Salud. El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, administra dos centros, en tanto la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Valparaíso, administra 12 Centros de Salud Familiar (CESFAM), una Posta rural (PSR) y un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF).

La red de Urgencia Atención primaria de la comuna de Valparaíso, cuenta con cinco establecimientos que tienen Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Uno de ellos, adosado al CESFAM Quebrada Verde, ubicado en el sector de Playa Ancha que cubre el sector poniente de la comuna, abarcando las áreas de influencia de los centros de salud de Puertas Negras; Cordillera pertenecientes a administración municipal y parte del área correspondiente al Centro de salud Plaza Justicia perteneciente a administración directa del Servicio de Salud. El segundo SAPU se encuentra adosado al consultorio Placeres, ubicado en el cerro del mismo nombre que atiende el sector Oriente y cubre además su área de influencia, la correspondiente al centro de salud Padre Damián de Molokai. El SAPU Placilla, cubre las necesidades de Placilla, Peñuelas y Curauma. En Octubre del 2009 comenzó el funcionamiento del SAPU Reina Isabel II para el sector de San Roque, Ramaditas y Rocuant mientras que en Junio del 2012 se abrió el SAPU Mena (CORMUVAL, 2013).

La población usuaria de otros consultorios del área central de la comuna, es derivada o concurre directamente al Servicio de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren. En este servicio se reportan 1614 horas de odontología en la dotación de recursos humanos del año 2013 (CORMUVAL, 2013). Desde estos centros, se deriva al nivel secundario para su atención por especialistas al Centro de Referencia de Salud Odontológica ubicado en Valparaíso mediante interconsultas (sistema de referencia y contra-referencia).

Comuna de Viña del Mar: La Corporación Municipal de Viña del Mar, esta se encuentra compuesta por los CESFAM Amigable Las Torres, del cual dependen el CECOSF Las Palmas Chilenas Parcela 11 y el SAPU Las Torres, CESFAM Brígida Zavala, CESFAM Dr. Juan C. Baeza Bustos del cual depende el CECOSF Villa Hermosa, CESFAM Dr. Marco Maldonado A., CESFAM Dr.J.Kaplan anexo al SAPU Reñaca Alto, CESFAM Gómez Carreño, CECOSF Santa Julia, CESFAM Lusitania, CESFAM Miraflores del cual dependen el CECOSF Achupallas y el SAPU Miraflores, CESFAM Nueva Aurora anexo a SAPU Nueva Aurora, y el CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos.(http://www.cmvm.cl/salud/index.php?nombre=Consultorios).

Estos centros de Salud se relacionan mediante interconsultas con la atención secundaria y terciaria del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, el cual cuenta con la Especialidad de Periodoncia.

***Comuna de Quilpué*:** La Atención Primaria de Salud en la Comuna de Quilpué es Municipalizada, administrada por la Corporación de Educación, Salud y Atención al Menor de Quilpué, a través de una Dirección del Área de Salud. La Corporación Municipal administra los 6 establecimientos de salud que corresponden al Consultorio Quilpué, Consultorio Belloto Sur, CESFAM Alcalde Iván Manríquez, CESFAM Aviador Acevedo, CECOF El Retiro, dependiente de CESFAM Aviador Acevedo, Consultorio Pompeya y Posta Rural de Colliguay.

El Sistema Público además está constituido por el Hospital de Quilpué de Mediana Complejidad (tipo 2), dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Este Hospital cuenta con las Especialidades básicas, Unidad de Emergencia y un Consultorio de Especialidades, mientras que el hospital de referencia del nivel terciario es también el Hospital Dr. Gustavo Fricke. (http://www.gobernacionvalparaiso.gov.cl/filesapp/ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD.pdf).

5. Sistema de interconsultas

En relación a la red descrita anteriormente, la articulación entre el nivel primario de atención y los niveles superiores se conoce actualmente como "Sistema de referencia y contrarreferencia" y ha sido definido como "el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud" (MINSAL, subsecretaría de redes asistenciales, 2012), entendiendo que la referencia es sinónimo de derivación o interconsulta que busca la evaluación diagnóstica y/o tratamiento por personal mejor capacitado o con mejores recursos entre establecimientos de la red asistencial.

El éxito de un proceso de referencia y contrarreferencia adecuado, está definido por la correcta comunicación entre los establecimientos de la red. Para esto, se diseñan periódicamente protocolos materializados en un documento del proceso de referencia y contrarreferencia para una patología específica, en el cual participan distintas especialidades y la atención primaria. Las Orientaciones técnicas del MINSAL solicitan elaborar este documento de manera participativa, donde la Atención Primaria tiene un rol fundamental en la elaboración de estos procesos y sus protocolos, ya que serán los principales usuarios de estos (MINSAL, subsecretaría de redes asistenciales, 2012).

Para elaborarlo, las orientaciones técnicas del MINSAL proponen los siguientes pasos (MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales, 2012):

1. Establecer un responsable del tema a nivel de Servicio de Salud.
2. Conformar un equipo de profesionales de Atención Primaria en salud (APS), con experiencia de al menos 1 año, con competencias para desarrollar protocolos en Red, para aportar los conocimientos en relación al manejo de patologías en APS, medicamentos y exámenes presentes.
3. Convocar a especialistas del nivel secundario con competencias para desarrollar protocolos en Red, en conjunto con el equipo de APS.
4. Definir un formato único para el Servicio que responda a los requerimientos de la Red, adaptado de las orientaciones técnicas del compromiso de gestión, consensuado entre los distintos actores involucrados.
5. Validarlo en Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA).
6. Elaboración o revisión conjunta de procesos y protocolos de referencia y contrarreferencia (RCR) para patologías específicas, por profesionales de APS y del nivel secundario.
7. Revisión y validación de protocolo en CIRA.
8. Difusión de protocolos elaborados: resolución aprobatoria de protocolos, difusión por medios electrónicos (página web, correos electrónicos, carpetas digitales entre otros).
9. Evaluación y mejora continua del proceso de RCR vinculado a dicho protocolo.

El profesional encargado es el responsable de planificar y programar el trabajo, funciona como canal de comunicación entre el especialista encargado del documento y el equipo de médicos (u odontólogos) de Atención Primaria, además es el encargado de la confección final del documento y su difusión a los equipos (MINSAL, subsecretaría de redes asistenciales, 2012).

El especialista del tema elabora el documento preliminar, según formato, lo envía al profesional encargado, y posteriormente recibe los aportes del equipo de médicos (o dentistas) de APS y responde dudas en caso necesario. Según su experticia el tiempo necesario es de 4 horas (MINSAL, subsecretaría de redes asistenciales, 2012).

El equipo de médicos (u odontólogos) de APS, realiza una revisión bibliográfica previa, requiriendo horas dentro de su jornada para ello (no más de 2 horas en la semana previa a la reunión) y las de la reunión misma, habitualmente una reunión de 4 horas al mes. En una reunión se pueden trabajar uno o 2 protocolos, dependiendo del documento enviado por el especialista (MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales, 2012).

En el área bucodental, en todos los servicios de salud del país existe un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Especialidades Odontológicas, el cual busca "mejorar la eficiencia y eficacia en la atención de los usuarios, optimizando el recurso profesional de especialistas, mejorar la pertinencia en la derivación, otorgando prioridad a los pacientes de más riesgo y aumentar la calidad medida en el grado de satisfacción en la atención de los usuarios"(http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_ odontologicaRev_270711.pdf).

A modo de ejemplo, el protocolo de Especialidades Odontológicas del Servicio de Salud de Viña del Mar- Quillota define que los pacientes que pueden ser derivados desde la atención primaria de salud, desde Hospitales de menor complejidad o desde otras especialidades del Hospital (Gustavo Fricke) al Hospital Fricke, son los que presenten: (http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_odontologicaRev_270711.pdf):

- Gingivitis asociada o no a biofilm bacteriano, que no ceden al tratamiento etiológico (instrucción de higiene oral y destartraje) realizado en el consultorio.
- Periodontitis crónica, agresiva o asociada a manifestaciones sistémicas en cualquiera de sus severidades, con el tratamiento etiológico básico (instrucción de higiene oral y destartraje) realizado.
- Agrandamiento gingival asociado al embarazo o consumo de medicamentos.
- Lesiones mucogingivales, por ejemplo recesiones, ausencia de encía adherida, compromisos de furcas, frenillos aberrantes, etc.

Según este protocolo, en caso de requerir la derivación, se empieza por referir a todos los pacientes al Servicio de Orientación Médico y Estadístico (SOME) Dental con una interconsulta e ingresados en el Sistema de Información para la gestión de Garantías Explicitas en Salud (SIGGES) previamente. En cuanto a la contrarreferencia, las interconsultas deben ser respondidas por el tratante en el formulario que corresponde, al momento del alta del paciente para que los profesionales que lo refirieron tomen conocimiento del diagnóstico, tratamiento efectuado y las indicaciones entregadas. El paciente dado de alta en el centro de referencia debe continuar con su seguimiento y mantención periodontal en el consultorio de atención primaria una vez sea dado de alta de la especialidad. (http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_ odontologicaRev_270711.pdf).

Al revisar la literatura sobre estos sistemas de derivación, encontramos publicaciones que apoyan la existencia de un documento oficial para estos fines, encontrando que esto favorece la uniformidad en la información que debe ser emitida hacia cualquier nivel de atención, y con ello se evita la omisión de datos que pueden resultar de interés en la valoración del paciente (Sansó Soberats, 1999), pero también reconocen que existen distintos factores que influyen en la calidad y la cantidad de las interconsultas, y que la relevancia de cada uno de ellos no está suficientemente estudiada (Franquelo y cols., 2008).

Al respecto, para la especialidad de Periodoncia, Cobb y cols., en 2003, indicaron que los pacientes periodontales se derivan en etapas más tardías del proceso de la enfermedad en la década de 2000 versus la del 1980 (Cobb y cols., 2003). Esto se debería a una combinación de varias posibilidades: 1) los dentistas generales tratan los casos menos graves y se remiten sólo los casos más graves; 2) retraso en el diagnóstico de la enfermedad periodontal; 3) falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad; 4) falta de remisión oportuna para el tratamiento; 5) tratamiento inadecuado o la falta de tratamiento; 6) uso inadecuado de los sistemas de administración de fármacos locales que puede enmascarar la enfermedad; 7) la ansiedad o el miedo al tratamiento del paciente y, por lo tanto, rechazo del tratamiento o derivación; 8) aumento de la extracción de dientes con pronóstico cuestionable y su reemplazo con implantes dentales; o 9) consideraciones financieras de los pacientes que dictan el rechazo de un plan de tratamiento periodontal y/o derivación a un especialista. A pesar de que estaba más allá del alcance de ese estudio el aclarar cuál de estos factores puede tener forma individual o colectiva efectuado las tendencias observadas, los hallazgos de otros estudios pueden ofrecer una visión" (Cobb y cols., 2003).

En esta línea, Dockter y cols., 2006 investiga la relación entre la atención periodontal antes de la interconsulta y el estado periodontal en el momento de la remisión. Con base en los resultados de su estudio, que muestran un alto nivel de enfermedad periodontal, los autores concluyeron que "la Odontología puede estar fallando al abordar las cuestiones del diagnóstico oportuno de la enfermedad periodontal, el tratamiento apropiado y/o la referencia adecuada para el tratamiento" (Dockter y cols., 2006).

Buscando responder esa inquietud, se identifican una serie de estudios que analizan las acciones de la práctica clínica de los dentistas generales norteamericanos en relación a Periodoncia.

Así, Betof y cols. en 1985 (citado en Lanning y cols., 2007) informó que los dentistas menores de 30 años de edad con conocimiento presumiblemente más actual de la Periodoncia eran más propensos a tratar la enfermedad periodontal en sus prácticas, mientras que los dentistas 31 a 45 años de edad eran más propensos a remitir a los pacientes a un periodoncista para el tratamiento. Sin embargo, entre los dentistas que tenían más de 65 años de edad el 60% informaron que prestaban servicios periodontales en sus prácticas (Betof y cols., 1985 citado en Lanning y cols., 2007). Posteriormente, Zemanovich y cols., 2006 en un estudio similar, no encontró diferencias en la remisión periodontal según la edad o años de práctica de los dentistas (Zemanovich y cols., 2006).

Al evaluar el tratamiento periodontal entregado por dentistas generales en el Estado de Virginia, EE.UU., el trabajo de Lanning y cols., 2007 plantea que "la razón más común para la

remisión a un periodoncista fue el tratamiento quirúrgico para la reducción de sacos (90%). Más de 50% de los dentistas generales indicó que refieren para algún tipo de tratamiento quirúrgico, mientras que 34% refieren a la terapia no quirúrgica. El 4% de los dentistas refieren para terapias oclusales. La derivación a la terapia periodontal no quirúrgica estuvo relacionada negativamente con el año de graduación de la escuela dental (p = 0,0138). Los dentistas que se graduaron en la década de 1970 tenían una probabilidad de referencia del 44%, mientras que los graduados en los 1990 fue del 29%" (Lanning y cols., 2007).

Otro artículo, Park y cols., 2011, busca conocer los factores relevantes que determinan la toma de decisiones de un grupo de odontólogos generales que atienden en la región sureste de los Estados Unidos para el tratamiento de los pacientes o su remisión a un periodoncista. En este, la habilidad clínica del especialista fue identificada como el factor más importante que influye en la referencia por los dentistas, mientras que los periodoncistas identificaron el tener una experiencia positiva anterior entre el odontólogo general y el especialista como el factor más importante y concluye que se requieren más estudios para obtener mayor conocimiento en el proceso de referencia (Park y cols., 2011).

Objetivos

Principal:

Determinar el grado de conocimiento e implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria bajo la administración de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué de la región de Valparaíso, Chile.

Específicos:

- Describir las características de los profesionales que trabajan en atención primaria en los centros de salud pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ.

- Determinar el conocimiento de la existencia de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL de los odontólogos de atención primaria de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué.

- Determinar la disponibilidad de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria de las corporaciones municipales pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ.

- Indagar sobre el tipo de formato de la norma con que cuentan los profesionales de APS de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué.

- Establecer la aplicación de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ.

- Precisar las causas de la no aplicación de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ.

- Conocer la opinión de los dentistas de atención primaria sobre la necesidad de la norma.

- Observar qué aspectos se deben mejorar de la implementación de la norma según los odontólogos.

- Evaluar la norma en contenido, aplicabilidad y facilidad de comprensión según los profesionales encuestados.

- Conocer los criterios en los cuales se basan los odontólogos de atención primaria de los centros de salud para emitir una interconsulta.

- Identificar las medidas de prevención asociadas a la salud gingival y periodontal que se realizan en la atención primaria.

- Evaluar el grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL.

Materiales y método

1.- **Diseño del estudio:**

El estudio realizado es de tipo descriptivo, transversal, de encuesta, ya que el tema abordado ha sido poco investigado. Se estima el nivel de conocimiento y aplicación de la norma entre los profesionales que trabajan en atención primaria en los centros de salud pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ., durante los años 2014-2015.

2.- **Universo:**

El universo de esta investigación corresponde a los odontólogos que trabajan en atención primaria bajo la administración de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué (CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ) y bajo la administración del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio en la ciudad de Valparaíso.

En la tesis de Weiss, Cifuentes y Hernández, 2010, se determinó un universo de 188 profesionales odontólogos de atención primaria de la quinta región (Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Corporación Municipal de Valparaíso y Corporación Municipal de Viña del Mar).

De acuerdo a los datos obtenidos de la tesis de Duarte, 2013 el total de odontólogos de la atención primaria de los 14 centros de salud de la comuna de Valparaíso son 74 (Duarte, 2013; http://cmvalpo.cl/transparencia/?wpfb_dl=95).

Así, en promedio y considerando que existen odontólogos que trabajan en más de un centro de salud dentro de la región, como población en estudio se consideraron arbitrariamente 160 dentistas que trabajarían en los centros de atención primaria de SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ.

Muestra:

Muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia. Una muestra de conveniencia es o bien una selección de sujetos que son accesibles para el investigador o una selección de personas que deseen participar como voluntarios.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{Z^2} \cdot \boldsymbol{N} \cdot \mathbf{p} \cdot (\mathbf{1} - \mathbf{p})}{(\boldsymbol{N} - \mathbf{1}) \cdot \boldsymbol{e^2} + \mathbf{p} \cdot (\mathbf{1} - \mathbf{p})}$$

Z: Intervalo de confianza de 95% (1,96)
N: Universo aproximado de 160 Odontólogos que trabajan en las corporaciones municipales CMV, CMQ y CMVM de la Región de Valparaíso.
p: 0,5, al tomar como referencia un 50% de probabilidad de que los profesionales apliquen la norma.
e: 0,05; 5% valor de error muestral.

Se reemplaza la fórmula, quedando:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 160 \cdot 0,5 \cdot (1- 0,5)}{(160 - 1)\cdot 0,05^2 + 0,5 \cdot (1 - 0,5)} = 113$$

***Sujetos del estudio**:*

Odontólogos que trabajan en atención primaria bajo la administración de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué, más los 2 centros de salud del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio de la comuna de Valparaíso. El muestreo fue de tipo no probabilístico, de tipo intencional. Las muestras intencionales son el producto de una selección de casos según un criterio específico. Por medio de esto se seleccionan algunos casos que resultan ser «típicos». Estas muestras no permiten generalizar, pero resultan de importancia en las etapas exploratorias de la investigación, sobre todo si se utiliza a estos casos como «informantes claves» sobre situaciones específicas (López Schwerter, 2006).

Se escogieron 9 consultorios de la CORMUVAL (Barón, Cordillera, Marcelo Mena, Padre Damián, Placilla, Puertas Negras, Quebrada Verde, Reina Isabel II, Rodelillo), los 2 que existen del SSVSA (Jean- Marie Thierry y Plaza Justicia), 8 de la CORMUVIÑA (Eugenio Cienfuegos, Forestal, Las Torres, Lusitania, Miraflores, Marcelo Maldonado, Nueva Aurora, Reñaca Alto), 5 Consultorios de la Corporación Municipal de Quilpué (Alcalde Iván Manríquez, Aviador Acevedo, Belloto Sur, Pompeya, Quilpué).

4.- Variables:

La variable correspondiente al grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria bajo la administración de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué fue tratada como variable cuantitativa continua. Para calcularla, se debía promediar el porcentaje de cumplimiento de tres criterios (subcomponentes):

Tabla II: **Subcomponentes de la variable**: grado de implementación de la norma.

Variable	**Definición operacional**	**Tipo variable**	**Escala medición**
Uso de la norma	Ejercicio o práctica general de la norma.	Cualitativa dicotómica nominal	No Si
Acceso a la norma	Condición de disponible en cualquier formato.	Cualitativa dicotómica nominal	No Si
Aplicabilidad en atención primaria	Capacidad de implementarse en atención primaria.	Cuantitativa discreta de razón	1 2 3 4 5 6 7

La segunda variable es el grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL, la cual fue tratada como variable cuantitativa continua. Para obtenerla, se le asignó un total de 1 punto a cada una de las preguntas: 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29, descritos en detalle en los anexos. Ese punto fue dividido en el total de alternativas correctas y se contabilizó el total de puntaje de las 7 preguntas por encuesta obteniéndose la suma del total de puntaje considerada como una nota en una escala de 0 a 7, siendo 7 la representación de un 100% de conocimiento donde el Puntaje Requerido Exigible Mínimo para Aprobar (PREMA) estuvo en el 60%.

Tabla III: Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala medición
Socio-demográficas				
Edad	Intervalo de tiempo entre el día, mes y año del nacimiento y el día, mes y año del acaecimiento del suceso expresado en la unidad más completa posible de tiempo solar como años. (RAE).	Años y meses desde cuando nació hasta la fecha de la medición	Cualitativa dicotómica nominal	Años: [1-n[
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes (RAE).	Género (según inscripción en carnet de identidad).	Cualitativa dicotómica nominal	Hombre Mujer
Nacionalidad	Estado propio de la persona nacida o naturalizada en una nación. (RAE).	Según inscripción	Cualitativa Nominal	Países
Características del encuestado				
Universidad de egreso	Establecimiento docente donde culminan los estudios (RAE).	Universidad que otorgó el título profesional de cirujano dentista	Cualitativa Nominal	Nombres de Universidades
Año de egreso	Año en el que una persona sale de un establecimiento docente después de haber terminado sus estudios. (RAE).	Años del título de cirujano dentista	Cuantitativa Continua de razón	Años : [0-n[
Años de trabajo en Atención 1aria	Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo (RAE).	Número de años que lleva desempeñándose en at. 1aria	Cuantitativa Discreta de razón.	Años : [0-n[
Lugar de trabajo	Lugar donde desarrolla actividad laboral. (RAE).	Lugar geográfico donde se ubica su lugar de desempeño	Cualitativa nominal	Localidad/ Centro de salud
De la norma				
Conocimiento de la existencia de la norma	Acción y efecto de conocer, noción. (RAE)	Conocimiento de la existencia de la norma	Cualitativa dicotómica nominal	Si No

Disponibilidad de la norma	Cualidad o condición de disponible (RAE).	Cualidad o condición de disponibilidad en el centro de salud.	Cualitativa nominal	Impresa: Presencia física de la norma dentro del consultorio accesible al encuestado. Online: Presencia de computador con conexión a internet. No.
Razón de la no implementación de la norma	Causa que mueve para algo (RAE), en este caso la no implementación.	Motivos(s) por los que el encuestado considera que no se está aplicando la norma.	Cualitativa nominal	Falta conocimiento No es GES Falta horas odontólogo Falta recursos físicos Falta recursos humanos Falta capacitación Falta interés
Percepción de necesidad de la norma	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. (RAE).	Creencia de la necesidad de implementar la norma	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Motivo(s) por el cual no cree necesaria la norma	Causa, motivo o razón que justifica. (RAE).	Motivo(s) de no percibir necesaria la norma	Cualitativa Nominal	Existe Derivación Otras prioridades
¿Qué aspectos mejoraría de la implementación del programa?	Adelantar, acrecentar algo, haciéndolo pasar a un estado mejor. (RAE).	Qué aspectos considera el encuestado que podrían mejorarse	Cualitativa Nominal	Aumentan RR.HH. Considerar el rendimiento en estas acciones.
Fundamentos para derivar	Encaminar, conducir algo de una parte a otra. (RAE).	Motivos(s) por los que el encuestado considera no aplicar la norma y derivar al paciente	Cualitativa nominal	Falta conocimiento No es GES Falta horas odontólogo Falta recursos físicos Falta recursos humanos Falta capacitación Falta de interés
Necesidades no resueltas para aplicar la norma	Aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir. (RAE).	Creencia de necesidad es para implementar la norma	Cualitativa nominal	Recursos humanos Recursos materiales Capacitación

Aplicabilidad en atención primaria	Cualidad de aplicable. (RAE)	Capacidad de implementarse en atención primaria.	Cuantitativa discreta de razón	1 2 3 4 5 6 7
Cantidad del contenido teórico	Porción de una magnitud.	Información suficiente.	Cuantitativa discreta de razón	1 2 3 4 5 6 7
Calidad del contenido teórico	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.	Contenido teórico pertinente y correctamente descrito	Cuantitativa discreta de razón	1 2 3 4 5 6 7
Facilidad en la comprensión	Facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas.	Texto amigable y comprensible al lector.	Cuantitativa discreta de razón	1 2 3 4 5 6 7

5.- Instrumento de medición:

Se utilizó una encuesta, la cual se adjunta en los anexos. Esta consistió en una primera parte de preguntas abiertas sobre la descripción personal del encuestado, seguida por preguntas de alternativas sobre la norma y finaliza con una pregunta abierta para comentarios.

Calibración y estandarización:

El instrumento de medición utilizado en esta investigación no fue sometido a estudio piloto con el fin de detectar posibles errores de estructura, problemas al momento de ser aplicada y tiempos de trabajo, ni se buscó estandarizar el instrumento de medición. Sólo contó con la aprobación de expertos (docente guía, especialista en Periodoncia y profesor universitario de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso).

6.- Recolección de la información y aspectos éticos:

Se solicitó aprobación por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso del protocolo de la investigación.

Se solicitaron cartas de presentación al Dr. Miguel Miranda Garcés, Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que avalaba la tesis con las que se contactó presencialmente a la administración de las Corporaciones Municipales para solicitar un listado de los odontólogos contratados y autorización para realizar las encuestas.

Se visitó 3 centros de salud por día, todos los martes y viernes en la mañana por el periodo de 1 año y medio comprendidos entre Mayo del 2014 y Julio de 2015. En cada visita, se conversó personalmente con el jefe del área dental quien autorizó la realización de la encuesta en el momento. Luego de esto se habló personalmente con cada profesional odontólogo presente en el centro de salud en ese horario y se les solicitó completar la encuesta la cual fue recogida inmediatamente después. Cada participante (previa lectura de consentimiento informado) aceptó las condiciones de la encuesta, donde fueron informados que los resultados serían mantenidos en anonimato y utilizados con fines de investigación.

7.- Análisis estadístico:

Considerando la naturaleza del estudio de tipo descriptivo, las variables se tabularon en tablas de distribución de frecuencia (usando el programa Microsoft Excel 2013©) con el objetivo de mostrar los detalles y facilitar el análisis de cada una de ellas, complementando con texto. Algunas variables se presentaron también en gráficos usando el programa Microsoft Excel 2013©.

Se realizó un análisis descriptivo según tipo de variable de estudio cualitativa-cuantitativa (distribución de frecuencias y medidas de tendencia central).

Resultados

Describir las características de los profesionales que trabajan en atención primaria en los centros de salud pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ.

Del total de la población, se obtuvo 113 encuestas, donde un 38,94% (n=44) fueron mujeres mientras que el 61,06% (n=69) resultaron hombres. Las características generales de la muestra se evidencian en las siguientes tablas y gráficos:

La distribución por edades de la muestra se describe agrupados en rangos de 5 años (gráfico 1), comenzando la gráfica en 25 años siendo la edad más extrema inferior encontrada y cerrando en 70 años, donde la edad más extrema encontrada fueron 66 años.

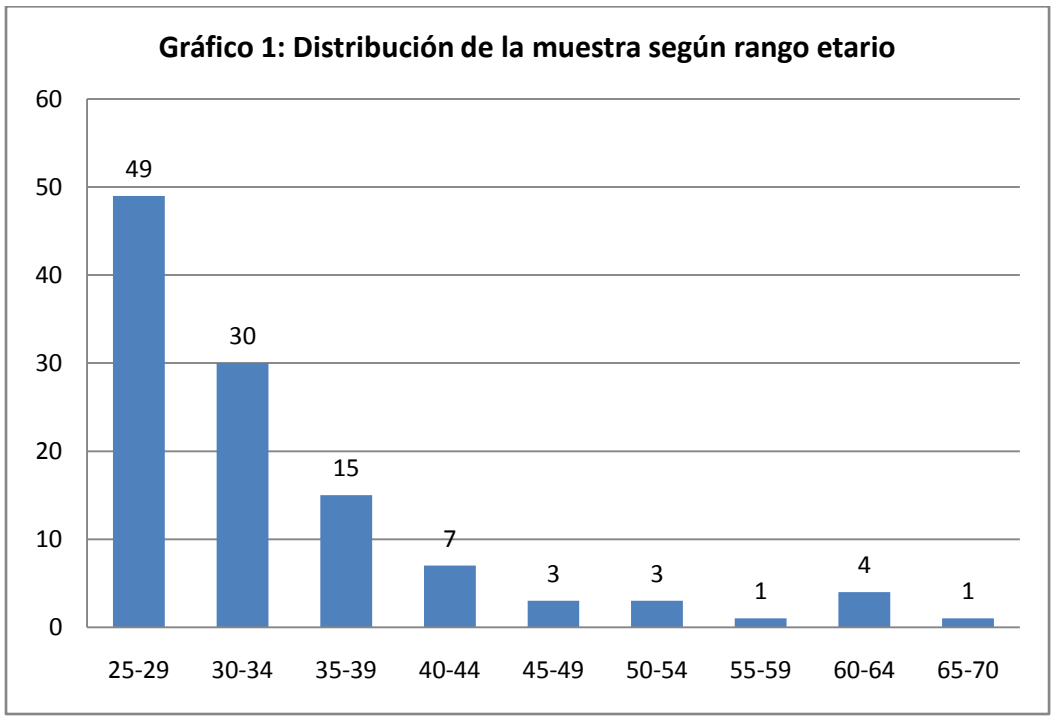

Gráfico 1: De las 113 personas encuestadas la mayoria se encontraban agrupadas en el rango de los 25 a 29 años (49) y solo una persona en el rango de 65 a 70 años.

La distribución de las Universidades de egreso de la muestra, se describe a continuación:

Universidad de egreso	n
COLEGIO ODONTOLOGICO	2
U. ANDRES BELLO	17
U. DE CHILE	7
U. DE CONCEPCION	2
U. GUAYAQUIL	1
U. DE VALPARAISO	84
Total general	**113**

Tabla IV: Universidades de egreso. Número de odontólogos encuestados que trabajan en atención primaria en los centros de salud pertenecientes a la CORMUVAL, atención primaria del SSVSA, CORMUVIÑA y CMQ por universidad de egreso.

Grafico 2: Se encontró que la mayoría de los odontólogos encuestados que trabajan en atención primaria en los centros de salud pertenecientes a la CORMUVAL, atención primaria del SSVSA, CORMUVIÑA y CMQ, son chilenos.

La distribución de los encuestados según centro de salud en el que trabajan, se describe a continuación (tabla V).

Comuna	Centro de salud donde trabaja	n
Quilpué	C. ALCALDE IVAN MANRIQUEZ	4
	C. AVIADOR ACEVEDO	4
	C. BELLOTO SUR	3
	C. POMPEYA	4
	C. QUILPUE	4
Viña del Mar	C. NUEVA AURORA	6
	C. LAS TORRES	6
	C. EUGENIO CIENFUEGOS	5
	C. JUAN C. BAEZA	5
	C. Dr. MARCELO MALDONADO	4
	C. LUSITANIA	4
	C. FORESTAL	4
	C. MIRAFLORES	3
Valparaíso	C. QUEBRADA VERDE	10
	C. PADRE DAMIAN	6
	C. PLACILLA	5
	C. PLACERES	4
	C. CERRO BARON	4
	C. PUERTAS NEGRAS	4
	C. MENA	4
	C. REINA ISABEL	4
	C. RODELILLO	4
SSVSA Valparaíso	C. PLAZA JUSTICIA	9
	C. JEAN Y MARIE THIERRY	3
	Total general	**113**

Tabla V: Distribución de los encuestados según centro de salud.

Se obtuvo que el promedio de los años de trabajo en atención primaria de los profesionales encuestados fue de 6,38 años con una desviación estándar de 7,75 años, con un amplio rango donde el mínimo encontrado fue de 1 año y el máximo llegó a 45 años de vida laboral en ese nivel asistencial.

Determinar el conocimiento de la existencia de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL de los odontólogos de atención primaria de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué.

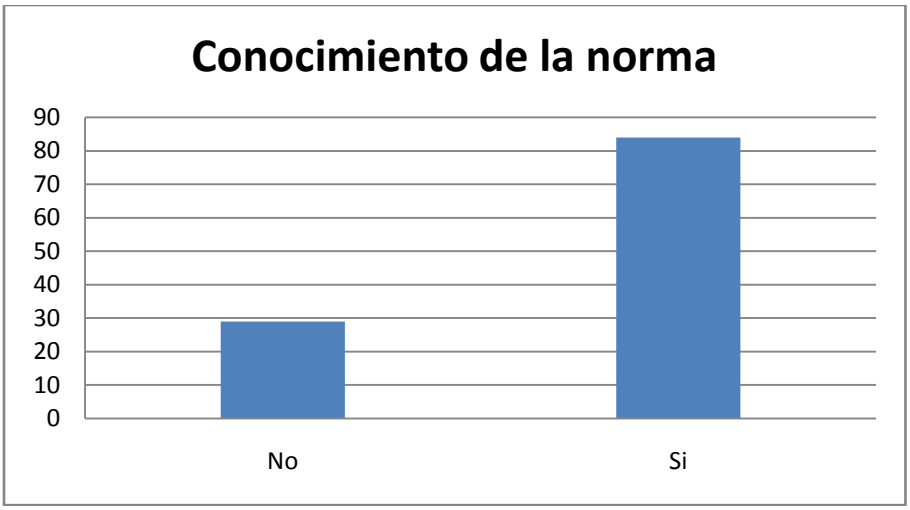

Grafico 3: De los 113 encuestados se observó que 84 de ellos tenían conocimiento de la norma y 29 declararon no saber de ella.

Determinar la disponibilidad de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria de las corporaciones municipales de la región de Valparaíso.

Al consultar a los encuestados sobre el acceso a la norma, se obtuvieron los siguientes resultados:

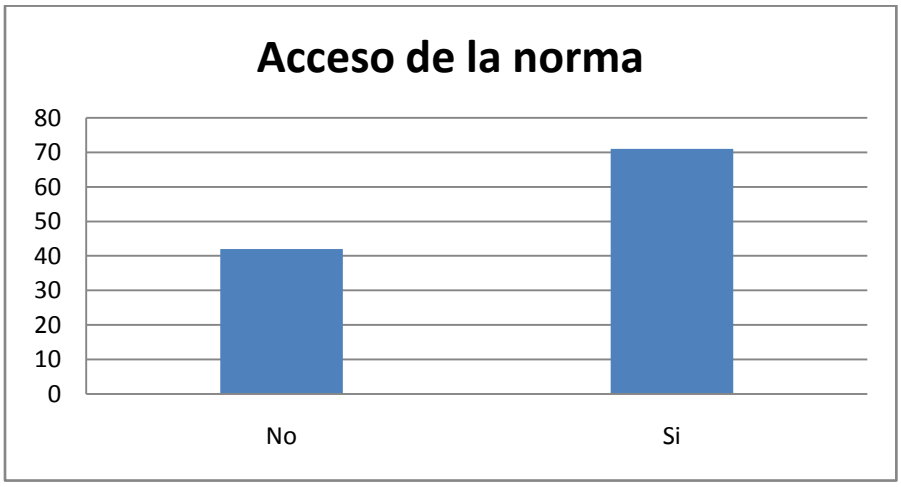

Grafico 4: De los 84 encuestados que conocen la norma, 71 tiene acceso a la norma.

Indagar sobre el tipo de formato de la norma con que cuentan los profesionales de APS de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué.

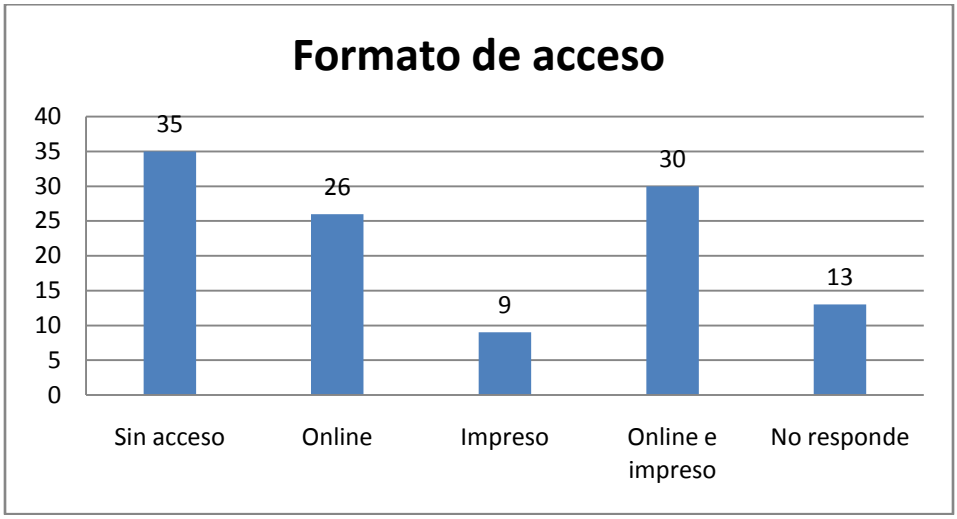

Grafico 5: Entre quienes si la conocen, la mayoría accede a ella en formato tanto online como impreso, seguido por el formato sólo online.

Establecer la aplicación de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria de las corporaciones municipales de la región de Valparaíso.

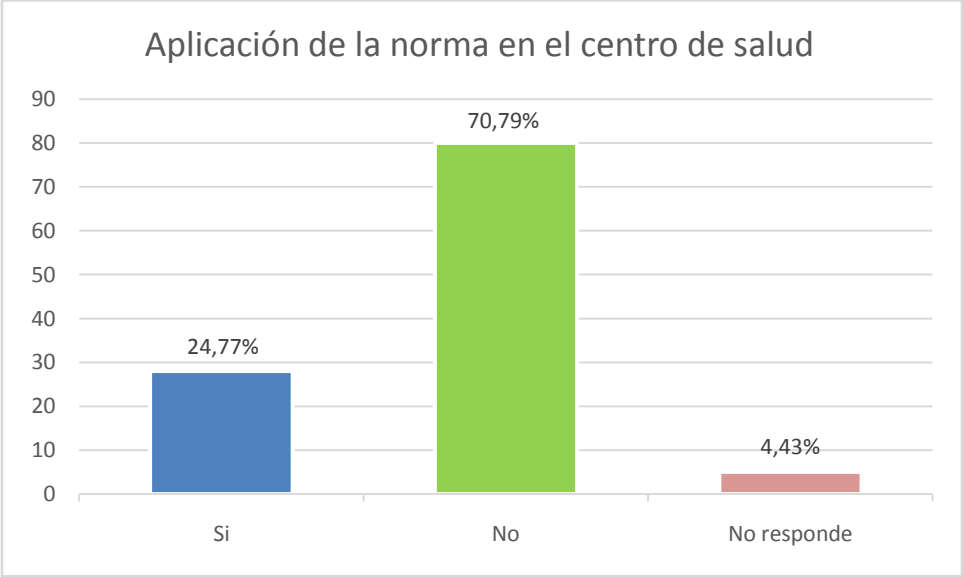

Grafico 6: Un alto porcentaje (70%) de los encuestados considera que no se está aplicando la norma en su centro de salud.

Precisar las causas de la no aplicación de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria de la región de Valparaíso.

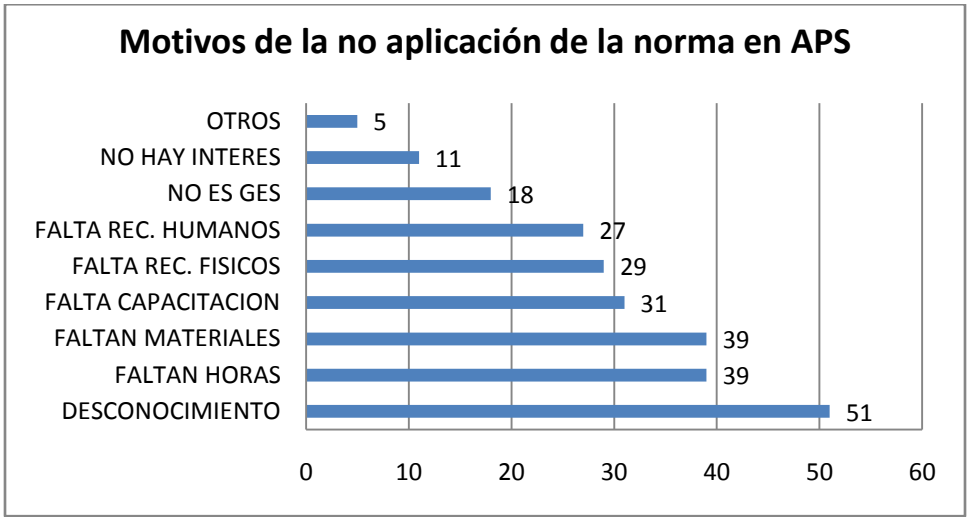

Grafico 7: Dentro de los "otros" motivos se declaró en cuatro casos "falta de formación en el pregrado" y en una opor
tunidad "porque la norma no está actualizada".

Conocer la opinión de los dentistas de atención primaria sobre la necesidad de la norma.

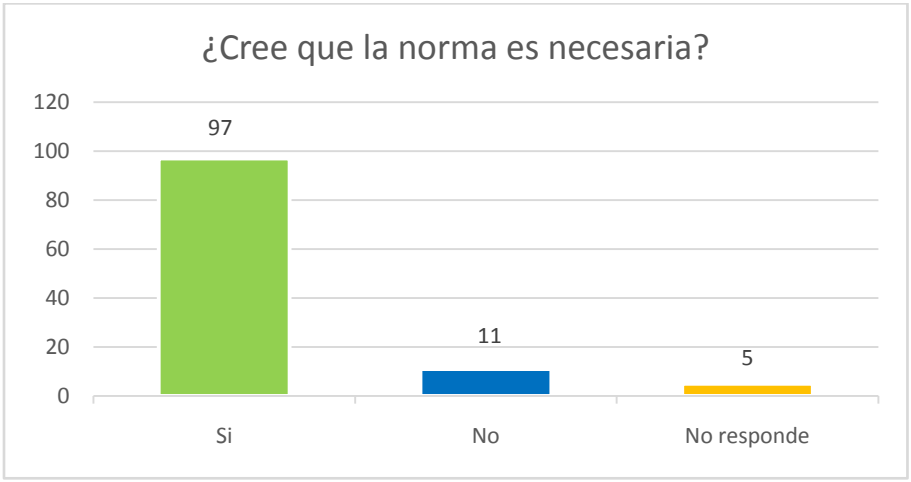

Grafico 8: Según la opinión de los profesionales encuestados es necesaria la norma de enfermedades gingivales y periodontales.

De los encuestados, la mayoría considera necesaria a la norma. Al consultar los motivos de esto, sólo 60 dentistas respondieron teniendo la posibilidad de escoger más de una alternativa. Los resultados se aprecian a continuación (gráfico 9):

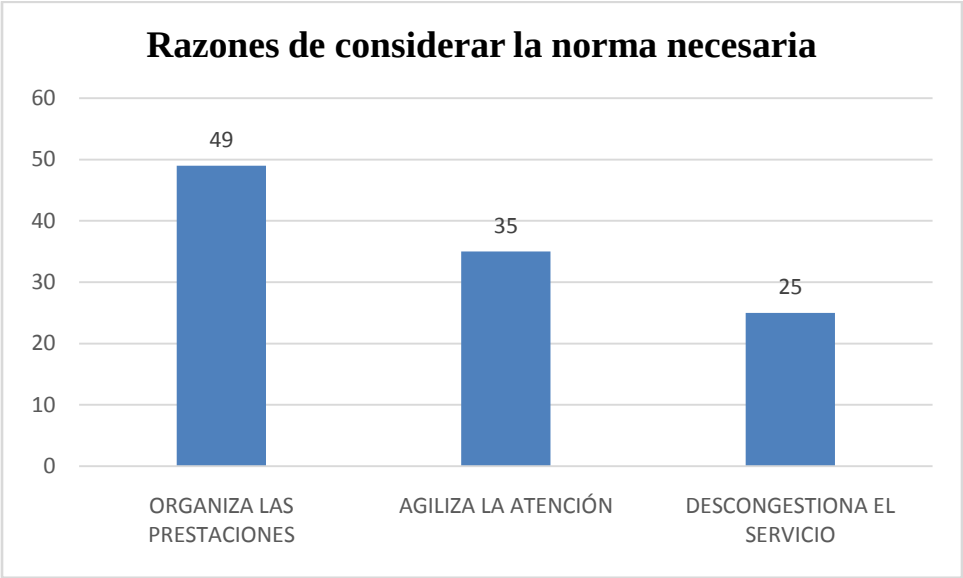

Grafico 9: Se aprecia que es vista como una normativa eficiente entre el bajo porcentaje de respuestas a esta pregunta.

Al consultar sobre los motivos de considerar a la norma como **no** necesaria, 6 encuestados declararon debido a que "existen otras prioridades", 5 porque "existe derivación" y 4 porque "no aplica en atención primaria".

Observar qué aspectos se deben mejorar de la implementación de la norma según los odontólogos.

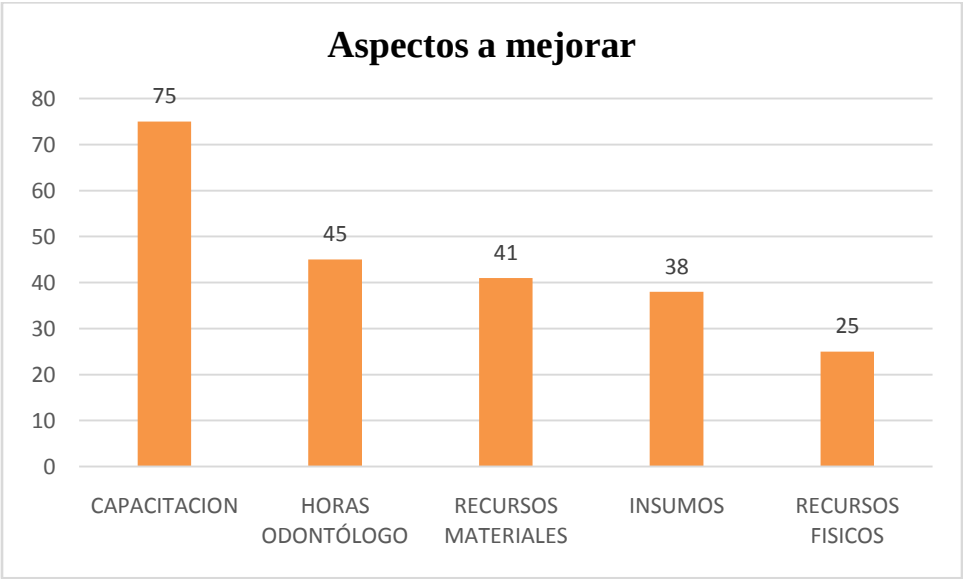

Grafico 10: Aspectos a mejorar de la norma.8

Las principales condiciones a mejorar implican a los recursos humanos en capacitación del personal existente y en aumento de horas odontólogo.

Evaluar la norma en contenido, aplicabilidad y facilidad de comprensión según los profesionales encuestados.

Ante esta interrogante, sólo 84 profesionales respondieron (74,34% de respuesta).

Ítem	Promedio
Aplicabilidad en atención primaria	4,16
Cantidad de contenido teórico	5,17
Calidad de contenido teórico	5,26
Facilidad de comprensión	5,24

Tabla VI: Promedio de calificaciones de contenido de la norma dadas por los encuestados.

La conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma se midió teniendo en cuenta las variables aplicabilidad en atención primaria, cantidad y calidad de contenido teórico y facilidad de comprensión, obteniéndose un promedio de 4,96.

Conocer los criterios en los cuales se basan los odontólogos de atención primaria de los centros de salud para emitir una interconsulta.

Se consultó si los odontólogos consideran que saben cuándo derivar a la atención secundaria en Periodoncia, encontrándose:

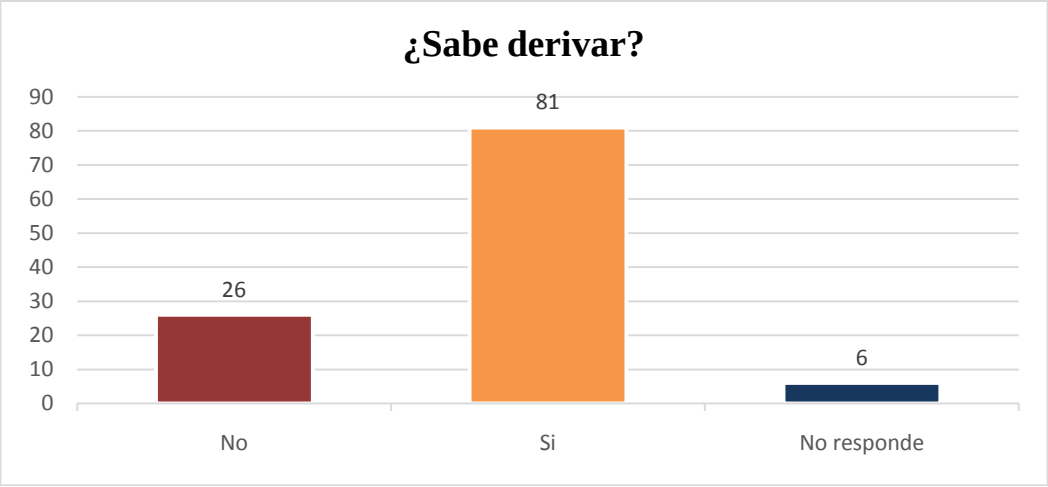

Grafico 11: Destaca que un porcentaje no menor cree no saber derivar (23,01%).

Se indagó los fundamentos que se utilizan para derivar los pacientes a la atencion seundaria en Periodoncia, encontrándose que la mayoria lo hace por falta de recursos humanos, fisicos y por falta de capacitacion.

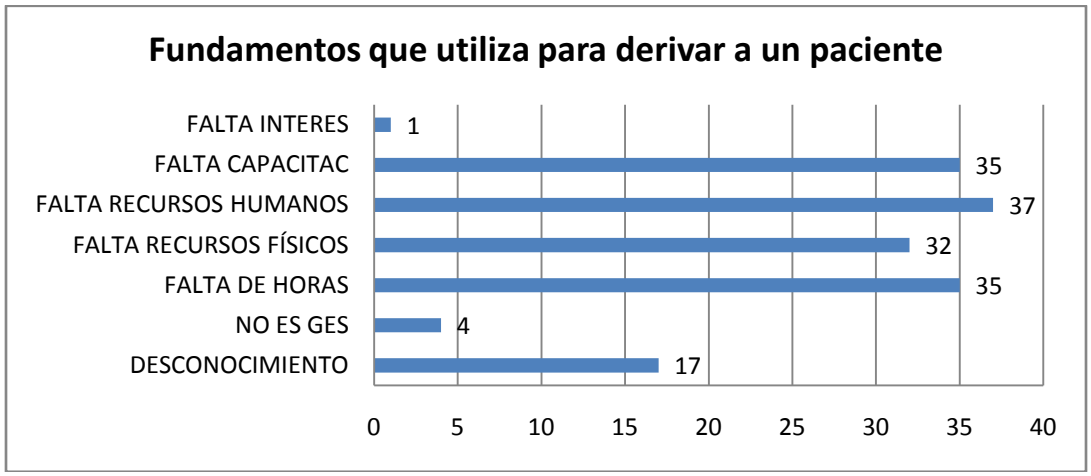

Grafico 12: Fundamentos utilizados por los profesionales para derivación de pacientes**.**

Identificar las medidas de prevención asociadas a la salud gingival y periodontal que se realizan en la atención primaria.

Al consultar sobre las actividades que realiza el dentista como parte de su trabajo en atención primaria, los encuestados declararon realizar:

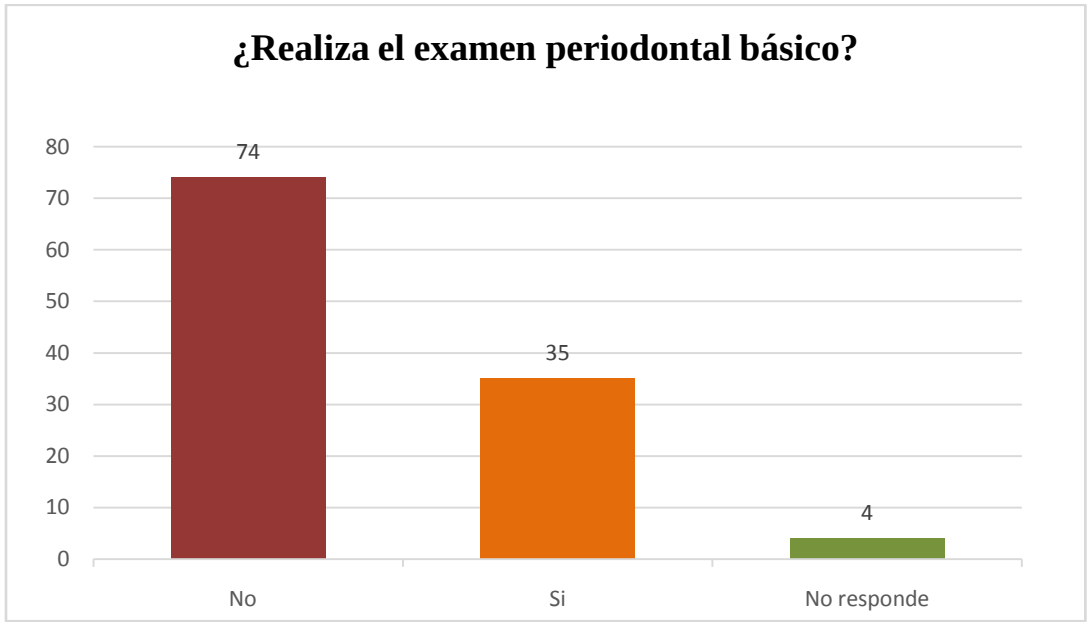

Grafico 13: Número de Profesionales que realizan examen periodontal básico.

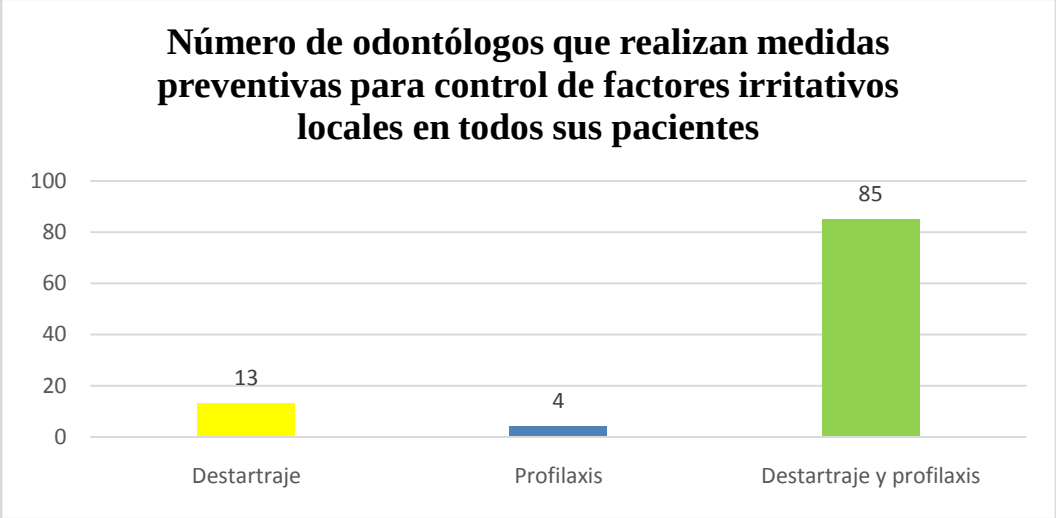

Grafico 14: Medidas preventivas realizadas por los Odontólogos encuestados de atención primaria.

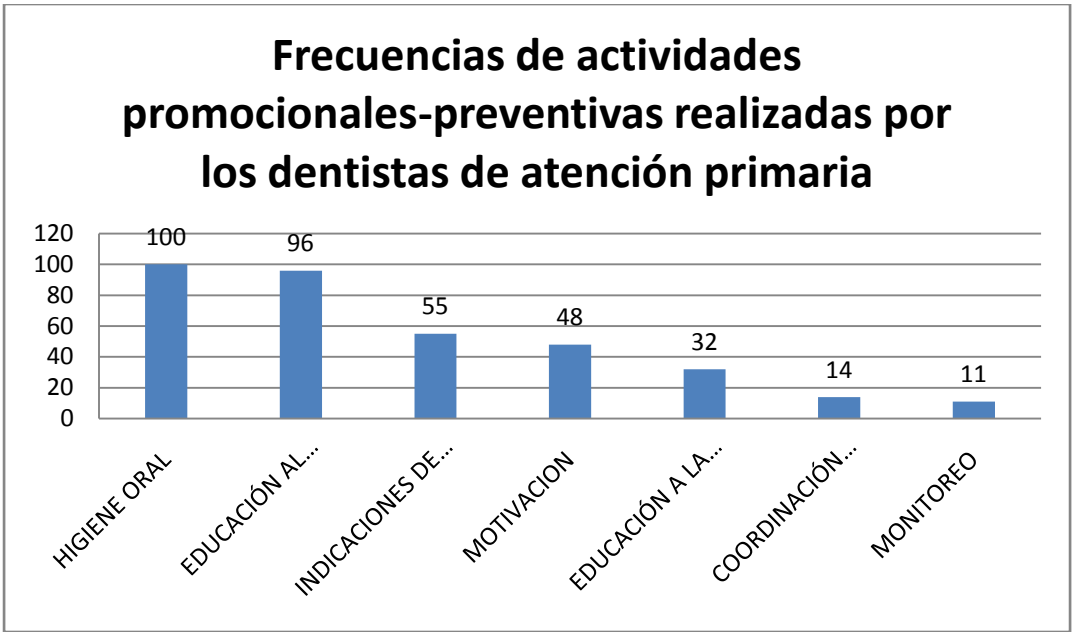

Grafico 15: Actividades promocionales – preventivas realizadas por los profesionales de atención primaria.

En base a estos datos se observa que la mayor cantidad de actividades promocionales-preventivas incluyen la educación individual de los pacientes mientras que las menores frecuencias se dan en las actividades comunitarias y que implican acciones fuera del centro de salud.

Evaluar el grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL.

Pregunta	Cantidad de respuestas	Promedio de puntaje	Puntaje total	Nota a PREMA 60
Signos clínicos de enfermedad periodontal	108 de 113	0,61	4,75	4,60
Actividades promocionales en atención primaria	107 de 113	0,45		
Diferencia encía sana de encía con gingivitis	108 de 113	0,88		
Detección visual de destrucción periodontal	106 de 113	0,69		
Factores locales que favorecen acumulación de placa bacteriana	107 de 113	0,81		
Recomendación de técnicas de cepillado	106 de 113	0,44		
Realiza destartraje y/o profilaxis como medida preventiva	102 de 113	0,89		

Tabla VII: Grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL.

La nota obtenida por los odontólogos encuestados en conocimientos alcanzó un 4,60.En base a esto, tenemos que el nivel de conocimiento sería intermedio, representando un 65,71% de total de respuestas correctas.

Determinar el grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria bajo la administración SSVSA en Valparaíso y de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué de la región de Valparaíso, Chile.

Esta variable se calcula al promediar el porcentaje de cumplimiento de tres subcomponentes:

Variable	**Porcentaje promedio**	Porcentaje total
Aplicación de la norma	24,77%	49,01%
Acceso a la norma	62,83%	
Aplicabilidad en atención primaria	59,43%	

Tabla VIII: Subcomponentes de la variable implementación de la norma.

Se determina que la implementación de la norma en los centros de salud primaria pertenecientes a SSVSA (comuna de Valparaíso), CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ es de un 49,01%.

Discusión

El resultado principal de este estudio muestra que el grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria bajo la administración del SSVSA en Valparaíso y de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué de la V región, Chile es bajo, alcanzando sólo al 49,01%, es más, un 70,79% opina que no se está aplicando en su centro de salud. Estos resultados son mejores que los reportados en el estudio similar de Calderón y cols. (2009) donde se encontró que: "En los centros de salud de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Oriente se observó que 12 centros (75%), no tienen implementada las "Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares" del total de los 16 centros de salud santiaguinos (Calderón y cols., 2009) y que los resultados obtenidos en la región de Valparaíso respecto a las mismas normas de anomalías dentomaxilares de sólo un 9,1% de implementación (2 de 22 centros pertenecientes a CORMUVAL y CORMUVIÑA) (Couvé y cols., 2012).

Los profesionales que trabajan en atención primaria en los centros de salud pertenecientes a la CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ son principalmente hombres (61,06%), en un rango de edad de 25 a 66 años, de nacionalidad chilena (90,276%) y que egresaron, en su mayoría, de la Universidad de Valparaíso. La muestra lleva en promedio 6,38 años de trabajo en la atención primaria. Esto es similar al perfil encontrado en trabajos de investigación anteriores en la misma población (Weiss y cols., 2010) donde se decía como justificación que la Universidad de Valparaíso tiene la facultad de Odontología más antigua en la región y por ende, mayor cantidad de egresados que las otras dos universidades locales, Andrés Bello y Viña del Mar.

Con respecto a las variables de conocimiento de la norma, sólo 74,34% declaró que conocía la norma, lo cual es menor a lo descrito en MINSAL, 2008 donde se enunció que "prácticamente un 96% de los profesionales ha leído y conoce la Guía Clínica de Salud Oral Integral Niños de 6 años GES (GCSOGES)" (MINSAL, 2008).

El acceso a la norma es sólo de un 62,83%por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria del SSVSA en Valparaíso y de las corporaciones municipales de la región de Valparaíso. Esto contrasta con lo encontrado en reportes similares donde se alcanza un acceso a las guías y normas de práctica clínica odontológicas del MINSAL del 84,13% (Weiss y cols., 2010) y un 86,7% señala que tiene disponible la guía GES de 6 años (GCSOGES) para consulta en el establecimiento (MINSAL, 2008), lo que demuestra una política de difusión más efectiva en los últimos años probablemente ayudada por la masificación de las redes informáticas y el acceso a la información vía internet.

En cuanto a la valoración que los dentistas dan a la norma el 85,84% la considera necesaria, principalmente porque organiza la prestación de los servicios, agiliza la atención y descongestiona el centro de salud. Al consultar sobre los motivos de considerar a la norma como no necesaria, 6 encuestados declararon debido a que "existen otras prioridades", 5 porque "existe derivación" y 4 porque "no aplica en atención primaria". Estos resultados son similares a los reportados anteriormente donde la norma de prevención e intercepción de anomalías

dentomaxilares (OPI), era considerada necesaria por el 81,8% de los encuestados en la región de Valparaíso (Couve y cols., 2012) y en los centros del Servicio Metropolitano Oriente de Santiago, solamente 1 de 12 centros opinó que la norma OPI no era necesaria, debido a que había derivación a otros centros, prioridad de otras patologías orales y a que la atención es sólo de 6 años (Calderón y cols., 2009), y en otro trabajo, donde los profesionales consultados consideraron útil el documento GCSOGES para la atención de niños y niñas de 6 años en una proporción elevada(82,5% para el sector público) (MINSAL, 2008). Aún así, Weiss y cols., 2010 declaran que "los profesionales no demostraron valorar ampliamente los contenidos de las guías y normas de práctica clínica odontológica del MINSAL, a pesar del esfuerzo evidente de las autoridades por desarrollar documentos completos y con la mejor evidencia disponible puesto que es diferente sólo leerlas que analizarlas y comprenderlas a cabalidad", a lo que se puede sumar la falta de interés declarada y a la presión que significa cumplir con el rendimiento.

Sobre esto, podemos citar a Palavecino, 2014 quien se refiere a que "el abuso del concepto de "rendimiento" ha dado origen a que las prestaciones realizadas por los dentistas tengan que estar obligadamente centradas en "actividades recuperativas" cuando son atendidos pacientes que no pertenecen al programa (edades distintas a dos, cuatro, seis, 12, 60 años o no estar embarazada); es decir que se obliga a los dentistas a centrar sus prestaciones en obturaciones y extracciones dentarias porque en base a ellas se mide su rendimiento. Por lo tanto el sistema primario de atención de salud pública asume que no es bueno que el dentista se tome el tiempo en enseñarle a los pacientes cómo lavarse bien los dientes, realizarle una profilaxis, aconsejarle respecto al consumo de tabaco y dieta o responder sus dudas, etc. Solamente es bueno limitan el daño y no le enseñar a cómo prevenirlo". Estos vicios del sistema se suman a que, dependiendo de la magnitud del daño, académica y éticamente puede llegar a ser una aberración que el dentista realice una obturación en 15 minutos o menos, o dos extracciones dentarias en el mismo tiempo. Y éticamente sí es una aberración que el dentista no eduque, no prevenga y no responda a las dudas de sus usuarios. Paradojalmente, el sistema de salud declara como política fundamental la promoción y prevención de la salud".

Por otro lado, "actualmente en el sistema público de salud trabajan aproximadamente 4.200 dentistas, muchos de ellos con contratos a plazo fijo o a honorarios y sin estabilidad laboral, para dar cobertura al 76,5% de la población (aprox. 13,4 millones de personas). Sin embargo, para cumplir con la recomendación de la OMS (OPS, 2007), se requiere contratar a más de 2.800 dentistas, lo que arroja un déficit de un 40% de odontólogos en el sector público. En Chile y el mundo en general, la salud bucal es un índice objetivo que se relaciona con la desigualdad. Hoy, la prevalencia de patologías bucales como la caries y enfermedades periodontales es superior al 90% en los estratos sociales más vulnerables, la cual se ha mantenido sin variación en el tiempo, permaneciendo como un problema latente. Sin duda los grupos etarios y las embarazadas que hoy tienen atención integral en el sistema público, particularmente en la Atención Primaria de Salud (APS), sugieren un avance, sin embargo las deficientes condiciones de atención y la falta de odontólogos en esta área ha impedido que se logre cambiar los índices de enfermedades orales más prevalentes, lo que claramente es muestra del injusto trato que sufren los deciles socioeconómicos más bajos, en donde se concentran los problemas del área bucal, y que trae consigo problemas de discriminación laboral y psicológicos, consecuencia de la baja inversión del Estado en cobertura y en implementación de políticas efectivas de prevención y promoción" (Palavecino, 2014).

Las causas de la no aplicación de la norma de prevención de enfermedades gingivales y periodontales por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria de la región de Valparaíso se deben, en orden de frecuencia, a desconocimiento, falta de recursos materiales, falta de horas odontólogo, falta de capacitación, insuficientes recursos humanos y, en último lugar, por desinterés, recursos físicos, que esas actividades no son garantías explícitas de salud. Esto se parece a lo observado en Calderón y cols, 2009 donde la "falta de capacitación" fue la causa más frecuente a la cual los dentistas atribuyen que el programa no se siga aplicando (en 8 de 12 centros), y en segundo lugar que "no hay asignación de horas odontológicas" (7 de 12 centros) (Calderón y cols, 2009) y a lo encontrado en Couve y cols., 2012 donde las principales razones fueron "la falta de recursos humanos" y "por falta de asignación de horas odontológicas para el programa OPI" (según 13 de los 22 centros encuestados), esto último se asoció a que "las acciones presentes en las normas OPI no están contenidas dentro del AUGE ni de las metas sanitarias de cada servicio, por lo que no son obligatorias" (Couve y cols., 2012).

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como: "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural". Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma: Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros) (MINSAL, subsecretaria de redes asistenciales, 2011).

Al consultar sobre las principales condiciones a mejorar para la implementación de la norma sobre Periodoncia, los encuestados opinaron que estas implican a los recursos humanos en capacitación del personal existente (n=75) y en aumento de horas odontólogo (n=45) junto a los recursos materiales (n=41), aumento de los insumos (n=38) y, por último, un aumento de los recursos físicos (n=25) lo cual coincide plenamente con lo demostrado por Calderón y cols, 2009, donde las mejoras que sus encuestados realizarían serían" aumentar el número de profesionales destinados al programa y creen necesario considerar el rendimiento de las intervenciones interceptivas" (Calderón y cols., 2009) y con Couve y cols., 2012 donde el "100% de los encuestados consideraba necesario el aumento de profesionales que realicen tratamientos basados en el programa OPI (ortodoncia preventiva e interceptiva)" (Couve y cols., 2012).

La conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma se midió teniendo en cuenta las variables aplicabilidad en atención primaria (nota= 4,16), cantidad y calidad de contenido teórico (nota= 5,17 y 5,26, respectivamente) y facilidad de comprensión (nota= 5,24), obteniéndose un promedio de 4,96.Cabe mencionar que el porcentaje de respuesta fue de 74,34%. No se encontró en la literatura revisada una evaluación de las normas respecto a estos aspectos.

Las medidas de prevención de la salud gingival y periodontal que se están realizando en la atención primaria comprenden principalmente acciones educativas individuales en base a higiene bucal y técnicas de control de biofilm, lo que es semejante a lo encontrado en el registro de tratamiento GES recibido por el niño(a) considerando las distintas formas registradas de refuerzo del cepillado, tales como: educación a la madre, entrega de kit de higiene y refuerzo de técnicas de cepillado declarado en MINSAL, 2008. En este, "diecisiete de cada cien niños, según el registro en ficha, no recibieron ninguna sesión de refuerzo del cepillado, además existe una proporción importante sin registro en esta variable. Si se consideran estos casos y se asume que corresponden en alguna medida a ninguna sesión de cepillado, se tiene que entre un 17,2% y un 48,3% de las fichas revisadas darían cuenta de un déficit en las sesiones de refuerzo del cepillado" (MINSAL, 2008). A nivel local, en el plan comunal 2014 de la Corporación Municipal de Quilpué se describe que en uno de sus centros, Consultorio El Belloto, entre Septiembre 2012 y Agosto 2013, el 39,5% de las actividades realizadas en el área odontológica en el programa modelo que cubre a un 21,4% de la población inscrita corresponderían a actividades preventivas (Corporación Municipal de Quilpué, 2014). Esta situación pone de manifiesto nuevamente una contradicción entre las actividades sugeridas y lo realmente realizado en la práctica diaria, donde se priorizan las actividades resolutivas de tratamiento y limitación del daño.

El grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL alcanzó una nota promedio mínimamente aprobatoria de 4,60, representando el 65,71% de respuestas correctas. Estos resultados son superiores a lo reportado en la literatura donde el nivel de conocimiento de las guías y normas de práctica clínica Odontológica (GNPCO) fue en superior o igual a 4,0 en el 31,82% de los casos (Weiss y cols., 2010) y en las GCSOGES para niños de 6 años obtuvo un 52,8% de respuestas acertadas (MINSAL, 2008), lo que puede deberse a diferencias en el proceso evaluativo relacionadas con el instrumento de medición y la escala aprobatoria (con preguntas abiertas y de alternativas, escala al 60% en el trabajo de Weiss y cols., 2010 yen MINSAL, 2008 se elaboró un índice para categorizar el nivel de conocimientos de los

odontólogos(as) definiendo que tener 10 o más respuestas correctas (77% del total) es un buen indicador y si se define que 6 o menos respuestas correctas (47% del total) es malo (MINSAL, 2008).

Los criterios para emitir una remisión en los cuales se basan los odontólogos de la atención primaria de los centros de salud son principalmente por falta de recursos humanos, falta de capacitación y falta de horas odontólogo.

Como limitaciones de este estudio, la principal tiene que ver con el tipo de muestreo utilizado ya que los resultados obtenidos mediante muestreo por conveniencia, no son representativos de la opinión de toda la población, sino que el resultado es orientativo. Este tipo de muestreo coarta los análisis estadísticos a realizar. Se efectuó un análisis exploratorio de las variables relacionadas con odontólogos de atención primaria consideradas como posibles factores que determinarían una derivación pertinente. Sin embargo, la respuesta de los profesionales fue baja determinando que los resultados del estudio no sean fácilmente extrapolables, ya que pudiera existir un sesgo de selección.

En base a esto, constructivamente se propone, en sintonía con las actuales demandas de los sectores gremiales de la salud, el fortalecimiento del sector público como una necesidad imperiosa a través del acceso universal y un giro efectivo hacia la promoción y prevención acompañado de solucionar el déficit de dentistas en el Sector Primario de Atención de Salud. Por otro lado, coincido con el autor Palavecino (2014) en que “es necesario coordinar el sistema de salud con las instituciones de Educación Superior, pues lo que académicamente se enseña es contradictorio respecto a lo que muchas veces los dentistas están obligados a realizar (Palavecino, 2014).

Conclusiones

El grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria bajo la administración del SSVSA en Valparaíso y de las corporaciones municipales de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué de la V región, Chile es bajo, alcanzando sólo al 49,01%.

El grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL alcanzó una nota promedio mínimamente aprobatoria de 4,60, representando el 65,71% de respuestas correctas.

Los profesionales que trabajan en atención primaria en los centros de salud son principalmente hombres (61,06%), en un rango de edad de 25 a 66 años, de nacionalidad chilena (90,276%) y que egresaron, en su mayoría, de la Universidad de Valparaíso. La muestra lleva en promedio 6,38 años de trabajo en la atención primaria.

Sólo el 74,34% de la muestra declaró que conocía la norma. El acceso a la norma es sólo de un 62,83%por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria del SSVSA en Valparaíso y de las corporaciones municipales de la región de Valparaíso.

Al indagar sobre el tipo de formato de la norma con que cuentan los profesionales de APS de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué, la mayoría accede a ella en formato tanto online como impreso.

Un alto porcentaje de los encuestados considera que no se está aplicando la norma en su centro de salud.

Las causas de la no aplicación de la norma de prevención de enfermedades gingivales y periodontales por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria de la región se deben, en orden de frecuencia, a desconocimiento, falta de recursos materiales, falta de horas odontólogo, falta de capacitación, insuficientes recursos humanos y, en último lugar, por desinterés, recursos físicos, que esas actividades no son garantías explícitas de salud.

En cuanto a la valoración que los dentistas dan a la norma el 85,84% la considera necesaria. Las condiciones a mejorar para la implementación de la norma sobre Periodoncia implican principalmente a los recursos humanos en capacitación del personal existente y en aumento de horas odontólogo.

La conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma se midió teniendo en cuenta las variables aplicabilidad en atención primaria (nota= 4,16), cantidad y calidad de contenido teórico (nota= 5,17 y 5,26, respectivamente) y facilidad de comprensión (nota= 5,24), obteniéndose un promedio de 4,96.

Los criterios para emitir una remisión en los cuales se basan los odontólogos de la atención primaria de los centros de salud son principalmente por falta de recursos humanos, falta de capacitación y falta de horas odontólogo.

La mayor cantidad de actividades promocionales-preventivas incluyen la educación individual de los pacientes mientras que las menores frecuencias se dan en las actividades comunitarias y que implican acciones fuera del centro de salud.

El bajo grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué se debe principalmente a condiciones relacionadas con el recurso humano que podrían representar la base de una política pública de mejora de la capacidad preventiva y resolutiva en todos los niveles de atención del sistema público.

Sugerencias

Mejorar la representatividad al aplicar muestreo aleatorio, ampliando el tamaño muestral, tal vez incluyendo más comunas de la región de Valparaíso para mitigar un poco la falta de colaboración por parte de las entidades y de los mismos profesionales.

Incluir en lo posible la totalidad o la mayoría de los odontólogos que trabajan en atención primaria de los centros de salud de la región de Valparaíso.

Realizar un estudio que indague en el conocimiento y opinión del personal directivo administrador de los centros de salud de atención primaria sobre las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en la región de Valparaíso.

Resumen

Introducción: En 1998, el Departamento Odontológico del DISAP del MINSAL conformó las "Normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales", un enfoque preventivo dirigido al equipo de salud para facilitar la provisión de servicios, reconociendo el potencial del nivel de atención primario.

Objetivo: Determinar el grado de implementación de las normas en la atención primaria de la CORMUVAL, CORMUVIÑA y CMQ. Además, describir las condiciones de su aplicación y el nivel de conocimiento de los profesionales sobre éstas.

Metodología: Estudio descriptivo exploratorio, de encuesta. Muestreo no probabilístico de tipo casual o accidental. Análisis descriptivo en MS Excel© 2013.

Resultados: El grado de implementación es bajo, alcanzando al 49,01%, determinado por acceso a la norma (62,83%), aplicabilidad (59,43%) y uso autoreportado (24,77%). Las causas de la no aplicación fueron, en orden de frecuencia, desconocimiento, recursos materiales, horas odontólogo, capacitación, recursos humanos, desinterés, recursos físicos, que esas actividades no son GES, falta de formación en el pregrado y desactualización. El grado de conocimiento de los odontólogos del servicio de atención primaria alcanzó una nota de 4,60.

Conclusiones: El bajo grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en Valparaíso, Viña del Mar y Quilpué se debe principalmente a condiciones relacionadas con el recurso humano que podrían representar la base de una política pública de mejora de la capacidad preventiva y resolutiva en todos los niveles de atención del sistema público.

Referencias Bibliográficas

Armitage GC. (1999): Development of a classification for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol; 4:1-6.

Calderón N, Cerna, Escudero D, Guzmán C, Leppe J, Álvarez E. (2009): Descripción de la implementación de las normas de prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares a nivel primario del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Rev. Chil. Ortod. 26(2); 54-62.

Clark WB, Löe H. (1993): Mechanisms of initiation and progression of periodontal disease. Periodontol 2000; 2:72-82.

Cobb CM, Carrara A, El-Annan E, Youngblood LA, Becker BE, Becker W, Oxford GE, Williams KB. (2003): Periodontal referral patterns, 1980 versus 2000: A preliminary study. J Periodontol, 74: 1470-1474.

CORMUVAL (2013): Plan de Salud Comunal Valparaíso PSC 2013. Revisado en: http://www.cmvalpo.cl/v2/wp-content/uploads/2012/12/plansalud2013.pdf

Couve F., Gutierrez I., Verdugo S. (2012): Descripción de la implementación de las normas de prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares en los centros de salud de atención primaria adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso. Tesis de pregrado. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

Dye, BA. (2012): Global periodontal disease epidemiology. Periodontol 2000, 58: 10–25.

Franquelo Morales P, García Mateosa D, Moya Martínez P, Lema Bartolomé J, Buendía Bermejo J, Sáiz Santos S. (2008): Tasa de Derivación y factores asociados a la Calidad de la Hoja de Derivación en Atención Primaria. Rev Clín Med Fam; 2(5): 199-205.

Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Munoz A, Urzua I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. (2010): Clinical attachment loss in Chilean adult population: first Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol:81: 1403–1410.

Genco R J, Borgnakke WS. (2013):Risk factors for periodontal disease. Periodontol 2000. Jun;62(1):59-94. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x.

Gjermo P, Rösing CK, Susin C, Oppermann R. (2002): Periodontal diseases in Central and South America. Periodontol 2000; 29:70-78.

Gobernación de Valparaíso (2012): Disponible online en: http://www.gobernacionvalparaiso.gov.cl/filesapp/ESTABLECIMIENTOS%20DE%20SALUD.pdf

Gobierno de Chile. (2014): Nómina personal a contrata Valparaíso. Acceso 20 Diciembre, 2014, disponible online en: http://cmvalpo.cl/transparencia/?wpfb_dl=95.

Haffajee AD, Socransky SS. (1994): Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases.Periodontol 2000; 5:78-111.

Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. (2014): Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. J Dent Res; 93(11): 1045-53.

Kinane DF, Peterson M, Stathopoulou P. (2007): Factores ambientales y otros factores que modifican las enfermedades periodontales. Periodontol 2000 (Ed Esp), 16:107-119.

Lee JH, Bennett DE, Richards PS, Inglehart MR. (2009): Periodontal Referral Patterns of General Dentists: Lessons for Dental Education. J Dent Educ; Volume 73, Number 2: 199-210.

Linden GJ. (1998): Variation in periodontal referral by general dental practitioners. J ClinPeriodontol 25:655-661.

Lopetegui MS, Godoy J, Alvarado R, Vásquez P. (2003): Estado de salud periodontal en pacientes de la tercera edad de Valparaíso. Tesis de pregrado. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso: 45.

Lopetegui MS, Godoy J, Pinto C, Vergara L. (2004): Estado periodontal de los adultos mayores y su necesidad de tratamiento en los consultorios municipalizados de la ciudad de viña del mar. Tesis de pregrado. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

Lopetegui MS, Godoy J, Raccoussier V, Rojas C, Segovia J. (2009): Estado periodontal y necesidad de tratamiento en adultos mayores de 60 años pertenecientes a los consultorios de Villa Alemana. Tesis de pregrado. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso: 78.

López R, Fernandez O, Jara G, Baelum V. (2001): Epidemiology of clinical attachment loss in adolescents. J Periodontol72: 1666–1674.

López R, Oyarzun M, Naranjo C, Cumsille F, Ortiz M, Baelum V. (2002): Coronary heart disease and periodontitis –a case control study in Chilean adults.J ClinPeriodontol 29: 468–473.

López SchwerterAM. (2006): Metodología de la investigación. Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, Valparaíso, Chile. 10ma reinmpresión: 135.

Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. (2008): Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av PeriodonImplantol. 20, 1: 11-25.

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Bucal (2008): Resumen ejecutivo estudiosde difusión e implementación de la Garantía Explícita: Salud Oral Integral para niños de 6 años. Santiago: MINSAL. Disponible online en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/a14bd85994322821e04001011e01257d.pdf

MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2012): Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud. Acceso en Julio, 2015. Disponible online en:http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2011): Marco jurídico de la atención primaria municipal; compilación de leyes y reglamentos. Serie de cuadernos de redes Nº 37.Acceso en Julio, 2015. Disponible online en :http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline /0/8/380Cuaderno_de_Redes_N_37_Marco_Juridico_de_la_Atencion_Primaria_de_Salud_Municipal.pdf

MINSAL (1998): Norma en prevención de enfermedades gingivales y periodontales. 1998.

Montoya-Aguilar C. (2008): Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. CuadMédSoc (Chile) 48 (3): 147-154.

Organización Panamericana de la Salud. (2007): La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas., Washington D.C.

Palavecino González P. (2014): Crisis del sistema sanitario, un ejemplo desde la odontología en Chile. Acceso online 28 de Enero, 2015 en: http://www.elquintopoder.cl/salud/crisis-del-sistema-sanitario-un-ejemplo-desde-la-odontologia-en-chile/

Park CH, Thomas MV, Branscum AJ, Harrison H, Al-Sabbagh M. (2011):Factors Influencing the Periodontal Referral Process. J Periodontol 82:9: 1288-1294.

SansóSoberats FJ. (1999): Propuesta de modelo de referencia ycontrarreferencia en el sistema de salud cubano. Rev Cubana Med Gen Integr;15(6):613-620.

Van Dyke TE, Dave S. (2005): Risk Factors for Periodontitis. J IntAcadPeriodontol. 7(1): 3–7.

Weiss F, Cifuentes C, Hernández J. (2010): Grado de conocimiento de los odontólogos de la red de atención primaria sobre las guías y normas de práctica clínica del MINSAL, en la quinta región, Chile. Tesis de pregrado. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

Anexos

Se anexa primero la tabla de puntajes utilizados para calificar las preguntas de conocimiento sobre la norma y a continuación la ficha utilizada como instrumento de medición.

Pregunta	Alternativa	Puntaje asignado
23. ¿Cuál(es) de los siguiente(s) signo(s) clínico(s) han sido utilizados como diagnóstico al derivar a un paciente a la atención secundaria?:	Movilidad	0,33
	Recesión	0
	Dolor	0
	Absceso	0
	Necesidades especiales	0
	Sangrado	0
	Pérdida ósea radiográfica	0,33
	Halitosis	0
	Agrandamientos gingivales	0,33
	Cálculo dental	0
24. ¿Qué medidas de promoción y protección específica de la salud gingival realiza usted en la atención primaria?	No sabe o no responde	0
	Educación de salud gingival a cada paciente	0,14
	Educación de salud gingival a comunidades	0,14
	Motivación y fomento de la autoestima	0,14
	Educación para una dieta sana	0,14
	Autocuidado higiene oral y control	0,14
	Formación y capacitación de monitores de salud	0,14
	Coordinación e integración de intervenciones con el sector educacional	0,14
25. Como diferencia una encía sana de una con gingivitis?	No sabe, no responde	0
	Color	0,33
	Tamaño	0,33
	Sangrado	0,33
26. Que signos clínicos conoce para la detección visual de la destrucción de tejido periodontal?	No sabe o no conoce	0
	Recesión gingival	0,25
	Migración patológica de dientes y movilidad dentaria	0,25
	Presencia de saco periodontal	0,25
	Pérdida de tejido de inserción	0,25
	Presencia de placa bacteriana y/o tártaro	0
27. ¿Cuáles factores locales considera usted que favorecen la acumulación de placa?	Restauraciones con hombros	0,14
	Restauraciones con desajustes	0,14
	Falta de encía adherida funcional	0,14
	Alteraciones en la anatomía normal de los dientes	0,14
	Brackets y bandas de ortodoncia	0,14
	Mal posición dentaria	0,14

	Presencia de depósitos de tártaro	0,14
28. ¿Qué técnica (s) de cepillado recomienda a sus pacientes para la promoción y protección específica de la salud gingival?	No sabe o no recomienda.	0
	Técnica de cepillado de Fones.	0,33
	Técnica de cepillado Charters.	0,33
	Técnica de cepillado Bass.	0,33
29. ¿Realiza usted destartraje supragingival y/o profilaxis a todos los pacientes como una medida preventiva para el control de los factores irritativos locales?	No se realizan	0
	Destartraje	0,50
	Profilaxis	0,50
	Destartraje y profilaxis.	1
Puntaje total		**7,00**

Tabla IX: Tabla de puntaje de las preguntas de conocimiento.

Los puntajes se aproximaron hacia arriba. No se aplicó descuentos. La pregunta 29 aceptaba como respuestas correctas parciales (0,5 puntos) las alternativas “destartraje” y “profilaxis” y como punto completo (1,0) si respondía “destartraje y profilaxis” sola o acompañada de alguna o ambas alternativas anteriores, teniendo como puntaje total máximo 1,0 punto.

Encuesta:

Mediante la respuesta de esta encuesta, Usted entrega su expresa autorización para usar los datos en la difusión de los resultados de la investigación, entendiendo que se asegurará la confidencialidad en el manejo de la información a través del resguardo de la identidad de las personas en la base de datos y en la presentación de los resultados.

Se agradece la cooperación.

DESCRIPCION PERSONAL

1. Edad: _____

2. Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

3. Nacionalidad ☐ Chilena ☐ Extranjera: _____

Características del encuestado

4. Universidad de egreso: _____

5. Año de egreso: _____

6. Años de trabajo en atención primaria: ____

7. Lugar de trabajo: _____

SOBRE LA NORMA

8. ¿Sabe usted que existe la norma en prevención de enfermedades gingivales y periodontales de 1998?:

☐ No
☐ Si

9. ¿Tiene usted acceso a la norma?:

☐ No
☐ Si

10. ¿En qué formato?

Impreso ☐
Online ☐

11. ¿Cree usted que actualmente se aplica la norma en este centro de salud?:

☐ No
☐ Si

Si contestó **No** en la pregunta 10:

12. ¿Por qué cree usted que no se está aplicando correctamente la norma en este centro de salud? :

☐ Falta conocimiento.
☐ No es garantía explicita en salud.
☐ Falta de horas Odontólogo.
☐ Falta de recursos físicos.
☐ Falta de recursos materiales.
☐ Falta de recursos humanos.
☐ Falta de capacitación.
☐ Falta de interés.
☐ Otros:_____

13. ¿Cree usted que la norma es necesaria?

☐ No
☐ Si

Si contesta no, por favor responda la pregunta 14 y no la 15, en caso contrario pase directamente a la pregunta 15

14. ¿Por qué cree que la norma No es necesaria? :

☐ No aplica en la atención primaria.
☐ Existe derivación.
☐ Existen otras prioridades.

15. ¿Por qué cree que es necesaria la norma? :

☐ Descongestiona el centro de salud.
☐ Agiliza la atención.
☐ Organiza la prestación de los servicios.

16. ¿Qué aspectos mejoraría para la implementación de la norma? :

☐ Aumento de recursos humanos.
☐ Horas Odontólogo.
☐ Capacitación.
☐ Recursos físicos.
☐ Insumos materiales.

¿Con qué nota calificaría a la norma en los siguientes aspectos?

17 Aplicabilidad en atención primaria	1	2	3	4	5	6	7
18 Cantidad del contenido teórico	1	2	3	4	5	6	7
19 Calidad del contenido teórico	1	2	3	4	5	6	7
20 Facilidad de comprensión	1	2	3	4	5	6	7

21. ¿Qué fundamentos usa usted para derivar un paciente?

☐ Falta de conocimiento.
☐ No es GES.
☐ Falta horas Odontólogo.
☐ Faltan recursos físicos.
☐ Faltan recursos humanos.
☐ Falta de capacitación.
☐ Falta de interés.

22. ¿Realiza usted el examen periodontal básico en la primera consulta? :

☐ No
☐ Si

23. ¿Sabe usted cuando se debe derivar a un paciente al servicio secundario según la norma?:

☐ No
☐ Si

24. ¿Cuál(es) de los siguiente(s) signo(s) clínico(s) han sido utilizados como diagnóstico al derivar a un paciente a la atención secundaria?:

☐ Movilidad.
☐ Recesión.
☐ Dolor.
☐ Absceso.
☐ Necesidades especiales.
☐ Sangrado.
☐ Pérdida ósea radiográfica
☐ Halitosis.
☐ Agrandamientos gingivales.
☐ Calculo dental.

25. ¿Qué medidas de promoción y protección específica de la salud gingival realiza usted en la atención primaria?

- [ ] No sabe o no responde.
- [ ] Educación de salud gingival a cada paciente.
- [ ] Educación de salud gingival a comunidades.
- [ ] Motivación y fomento de la autoestima
- [ ] Educación para una dieta sana.
- [ ] Autocuidado higiene oral y control.
- [ ] Formación y capacitación de monitores de salud
- [ ] Coordinación e integración de intervenciones con el sector educacional

26. Como diferencia una encía sana de una con gingivitis?

- [ ] No sabe no responde
- [ ] Color
- [ ] Tamaño
- [ ] Sangrado

27. Que signos clínicos conoce para la detección visual de la destrucción de tejido periodontal?

- [ ] No sabe o no conoce
- [ ] Recesión gingival
- [ ] Migración patológica de dientes y movilidad dentaria
- [ ] Presencia de saco periodontal
- [ ] Perdida de tejido de inserción
- [ ] Presencia de placa bacteriana y/o tartaro.

28. ¿Qué factores locales considera usted que favorecen la acumulación de placa?

- [ ] Restauraciones con hombros
- [ ] Restauraciones con desajustes
- [ ] Falta de encía adherida funcional
- [ ] Alteraciones en la anatomía normal de los dientes
- [ ] Brackets y bandas de ortodoncia
- [ ] Mal posición dentaria
- [ ] Presencia de depósitos de tártaro

29. ¿Qué técnica (s) de cepillado recomienda a sus pacientes para la promoción y protección específica de la salud gingival?

- [ ] No sabe o no recomienda.
- [ ] Técnica de cepillado de Fones.
- [ ] Técnica de cepillado Charters.
- [ ] Técnica de cepillado Bass.

30. ¿Realiza usted Detartraje supragingival y/o profilaxis a todos los pacientes, como una medida preventiva para el control de los factores irritativos locales?

- [ ] No se realizan
- [ ] Detartraje
- [ ] Profilaxis
- [ ] Detartraje y profilaxis.

31. ¿Por qué razón (es) no se realizan Detartraje supragingival y /o profilaxis a todos los pacientes, como una medida preventiva para el control de los factores irritativos locales?

- ☐ Falta conocimiento.
- ☐ Falta de horas Odontólogo.
- ☐ Falta de recursos físicos.
- ☐ Falta de recursos materiales.
- ☐ Falta de recursos humanos.
- ☐ Falta de capacitación.
- ☐ Falta de interés.
- ☐ Otros: _____

32. ¿Desea hacer algún comentario sobre la norma y su utilización? Expréselo aquí.