



NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL DEL EQUIPO DE
SALUD EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE
VALPARAÍSO.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
Agosto de 2012

Profesor guía: Dra. Rosa Moya C.

Cristóbal Pizarro V.
Daniela Valenzuela A.

Agradecimientos.

A todos los médicos, enfermeros(as), matrones(as), nutricionistas y técnicos en enfermería nivel superior que tuvieron la cordialidad y disposición de ser partícipes de este estudio, sin su colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

Al Dr. Antonio Radich Michea, quien nos ayudó tremendamente en la coordinación para que saliera adelante nuestra tesis.

A la Sra. Maysa Sánchez, por su gran cooperación en los procesos administrativos para la realización de esta tesis.

A la Sra. Maritza Cofré Conejeros, quien nos colaboró inmensamente en los trámites administrativos y en la coordinación con los Servicios de Salud, Corporaciones Municipales y Centros de Atención durante la realización de este estudio.

A la Sra. Elizabeth Brahim, por su disposición para la aplicación de nuestro estudio en los centros de la Corporación Municipal de Valparaíso.

A la Dra. Mariana Cubillos Gómez, quien autorizó para que realizáramos el estudio en el CESFAM Jean y Marie Thierry y nos ofreció su ayuda cordialmente.

A la Dra. María Clara Jorquera Rojas, quien nos permitió realizar el estudio en el CESFAM Plaza Justicia.

A la Sra. Fernanda Bohle, por que accedió a que efectuáramos nuestro estudio en los centros de la Corporación Municipal de Viña del Mar.

Al Dr. Pablo Lira Mendiguren, quien dio su autorización para la realización de nuestro estudio en los distintos centros de Quillota.

Al Dr. Julio Agüero Hinojosa, quien nos permitió realizar el estudio en el Hospital Santo Tomás de Limache.

Al Sr. Julio Catalán Gonzales, quien coordinó los permisos para la realización de nuestro estudio en los distintos centros de San Antonio.

Finalmente, hacemos extensivos nuestros agradecimientos a todos aquellos directores y odontólogos de los centros de atención primaria de la zona de

Aconcagua, Santo Domingo y Cartagena que colaboraron en la realización de este estudio en sus respectivos establecimientos de salud.

A todos y cada uno

Muchísimas Gracias.

A mis seres queridos...

Mis padres, Pedro y Ana, quienes creyeron en mí dándome la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera, me apoyaron desde la distancia, y aunque tal vez no estuvieron y tampoco me vieron en los momentos más difíciles, siempre confiaron ciegamente en mí, seguros de que sería capaz de alcanzar mis metas... gracias.

Mis hermanos Pedro, Francisco y Belén, mi primo Nicolás y a mi tío Tulio, quienes me brindaron su apoyo y preocupación en los diferentes momentos de nuestra grata convivencia, por esas experiencias de vida, por su cercanía de siempre... gracias.

Y a quienes han estado conmigo a lo largo de todas mis etapas durante estos siete años y de alguna manera han hecho posible la finalización de este largo proceso... Daniela, Lorena, Milisette, Giannina, Lia, Marcelo, Sergio, Iván y Nicole... gracias a ustedes he aprendido a conocerme y a conocer la amistad y el amor, sin eso no estaría aquí, porque han sido lo más valioso que me ha dejado el paso por esta universidad, han marcado mi vida para siempre y no los olvidaré jamás... gracias.

Cristóbal Pizarro Vallejos.

No hay palabras que puedan alguna vez describir lo lleno que se siente mi corazón cuando miro hacia los años que han pasado en mi corta vida y veo las valiosas personas que Dios ha puesto en mi camino para hacer de cada minuto de ella algo inolvidable, a pesar de esto, es siempre importante tratar de hacerles saber lo mucho que significan, como se han anidado en mi y como espero nunca olvidarlos a Uds. Ni a los momentos compartidos.

Primero y siempre primero quiero agradecer a mi familia, mi pilar, el mejor obsequio que he tenido, no hay día en que no deje de sentirme feliz por haber nacido entre Uds. Entre esta pequeña, loca y hermosa familia.

A mis padres, gracias por siempre creer en mí, por nunca dudar de mis capacidades, por enseñarme todas las cosas que me hacen ser lo que hoy soy. A ti Rubén por enseñarme que en esta familia nadie se rinde, que debo saber llorar para mañana levantarme con más fuerza, gracias por tu amor infinito, y por incentivar me a ser siempre mejor. A ti madre mía, por siempre creer que tus hijas son las mejores, escucharme en cada momento y estar siempre con la palabra y el abrazo perfecto para salir de los malos momentos junto con tu apoyo y amor incondicional. A mi hermana, que serían de mis días sin ti, sin molestarnos todo el día, gracias por cada uno de tus consejos de día jueves, por ayudarme a crecer, por siempre cuidarme y apoyarme, por ser mi hermana grande y pequeña a la vez, te quiero muchísimo.

Al resto de mi familia, Tía Ana, Tío Claudio, Maquita, Tío Andrés y la gorda chica Arantzazu que nos dio una razón más de felicidad infinita. Gracias a todos Uds. Por acompañarme en cada paso importante y nunca dudar que lograré todo lo que me proponga. A mis abuelos y tías por acompañarme y guiar mis pasos desde las estrellas, los llevaré en mi corazón siempre.

A mis amigos, aquellos incondicionales que me han acompañado durante años. María, Pawi y Carla, son las mejores, gracias por sus tonteras, cariños, abrazos, consejos y por estar siempre, las quiero hasta el infinito y más allá. A ti Ale por tu paciencia compañía y comprensión, gracias por haber llegado.

A ti Cris agradezco siempre a Dios por haberte puesto a mi lado y no dejar que nunca te fueras, gracias por todos estos años de incondicionalidad, por ayudarme cada día, por tu abrazo cuando más lo necesite, por tu amistad sincera, y gracias por ayudar a que este proyecto llegara a un buen puerto, sin tu trabajo nada de esto hubiese sido lo mismo, gracias por confiar en mí. Te quiero mucho amigo mío.

A los amigos que conocí durante esta etapa, gracias a cada uno de Uds. Por compartir todos estos años y hacer que cada momento vivido valiera la pena.

Y a todas aquellas personas que ayudaron en mi formación de alguna y otra forma, estaré eternamente agradecida por su labor.

Daniela Valenzuela A.

Índice.

Introducción.....	7
Marco Teórico.....	9
La Salud Pública en Chile.....	9
La atención primaria.....	11
Control del niño sano.....	16
Conocimiento e indicaciones del equipo de salud con respecto a salud bucal.....	17
Situación actual de salud bucal en Chile.....	31
Material y Método.....	36
Objetivos.....	36
Objetivo general.....	36
Objetivos específicos.....	36
Variables.....	36
Diseño del estudio.....	47
Población.....	47
Muestra y unidad de estudio.....	47
Criterios de selección.....	48
Calibración.....	48
Procedimientos.....	48
Análisis estadísticos.....	49
Diagnóstico.....	49
Resultados.....	51
Características sociodemográficas.....	51
Resultados por estamentos.....	53
Resultados por centro de atención primaria.....	60
Resultados por red asistencial.....	72
Discusión.....	77
Limitaciones.....	82
Conclusiones.....	83
Sugerencias.....	84
Resumen.....	85
Referencias.....	86
Anexos.....	89

Introducción.

Una de las grandes preocupaciones del ser humano es el mantener el equilibrio entre su organismo y el ambiente por el cual se encuentra rodeado, por lo que dedica gran cantidad de recursos en lograr esta homeostásis de forma integral, con el fin de poder realizar sus objetivos en la vida. Dentro de este aspecto se hace relevante el conservar una buena salud bucal que le facilita las relaciones sociales y actividades del desempeño diario como las acciones deglutir, masticar, estudiar, trabajar, así como también mantener una autoestima favorable. (Minsal, 2007a)

Por esta razón, actualmente en Chile la salud bucal es una de las prioridades en salud debido a la gran prevalencia y severidad de las enfermedades orales, y además, por presentar una mayor percepción por parte de la población que ven afectados su salud general y con ello su calidad de vida. (Minsal, Año publicación sin especificar (SEa)

Dentro del componente de salud bucal, se encontraba anteriormente enfocado a la rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Hoy en día, gracias a la gran cantidad de conocimientos existentes en esta materia, se está priorizando y cambiando los objetivos hacia la promoción y prevención, con mayor énfasis, en los grupos más vulnerables, lo cual se traduce en la aplicación de medidas masivas e individuales, priorizando aquellas de mayor impacto y mejor costo–beneficio. (Minsal, 1999)

Basándose en lo anterior, si se quiere lograr una verdadera acción preventiva a nivel población, se debe partir desde el recién nacido, con el fin de evitar que pueda adquirir cualquier tipo de enfermedad, sobre todo a nivel bucal. Es debido a esto que el Ministerio de Salud (Minsal) ha establecido un programa de control de salud infantil denominado “Control de Niño Sano”, que es realizado gratuitamente en los consultorios hasta que el niño cumpla los 6 años y permite la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño.

Con el fin de establecer criterios unificados y conocimiento básico por parte del equipo de salud en contacto directo con el infante es que se creó la Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la Atención Odontológica infantil en 1998, la cual fue re-editada en la Pauta de Evaluación Buco-dentario en el año 2007. Dichos trabajos pretenden determinar tempranamente los riesgos individuales de salud bucal del niño, para adoptar estrategias y establecer los cuidados necesarios.

Estos documentos antes mencionados están inmersos y responden al actual modelo de atención centrado en la familia y en donde el equipo de salud es un componente que debe estar a la altura con respecto a competencias técnicas y relacionales. Desde ahí es que surge la interrogante sobre la disponibilidad y el conocimiento de los contenidos por parte del Médico, Enfermero(a), Nutricionista, Matrón(a) y Técnico Enfermería Nivel Superior (TENS), profesionales a quienes van dirigidos dichos documentos durante su actividad laboral.

Marco Teórico

1.- La Salud Pública en Chile

La misión institucional que el Minsal se ha dado para en la actualidad busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes. (Minsal, SEb)

El Minsal subdivide sus funciones en instituciones como el ISP, FONASA, CENABAST y los Servicios de Salud (SS). A éstos últimos les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas (Minsal, SEc).

La Red Asistencial de cada SS está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y establecimientos privados que mantengan convenios con el SS respectivo para ejecutar acciones de salud. (Minsal, SEc, Ley N°19.937)

Todos estos establecimientos están organizados en cuanto a cobertura y complejidad en:

El **nivel primario**, es aquel que posee la mayor cobertura, pero a su vez la menor complejidad en atención dentro del SS, realizando prestaciones de carácter ambulatorio. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. (PUCV, SE)

Estos centros de salud son administrados en su mayoría por las municipalidades, quedando todavía algunos pocos bajo la administración del SS correspondiente.

El objetivo de la atención primaria es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad.

El **nivel secundario** presenta una complejidad intermedia y de cobertura media. Se caracteriza por actuar por referencia y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo de dicho establecimiento. En este nivel existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario. (PUCV, SE)

El **nivel terciario** se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional. (PUCV, SE)

De esta manera los centros involucrados en este estudio se ubican en el nivel primario de atención, siendo la mayoría municipalizados, los que a su vez se encuentran sujetos a tres redes asistenciales que en la Quinta Región corresponde al Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio (SSVSA), Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ) y Servicio de Salud Aconcagua (SSA).

La distribución de los centros, tanto municipales como pertenecientes en forma directa al servicio de salud, es la siguiente:

- Dentro de la jurisdicción de la red asistencial de Valparaíso – San Antonio se encuentran: Santo Domingo, San Antonio, Cartagena, El Tabo, El Quisco, Algarrobo, Casablanca y Valparaíso.
- Dentro de la jurisdicción de la red asistencial Viña del Mar – Quillota se encuentran: Viña del Mar, Quilpué, Villa Alemana, Concón, Quintero, Olmué, Limache, Quillota, Hijuelas, La Cruz, Calera, Nogales, Puchuncavi, Zapallar, Papudo, La Ligua, Petorca y Cabildo.

- Dentro de la jurisdicción de la red asistencial Aconcagua se encuentra: Catemu, San Felipe, Panquehue, Llayllay, Putaendo, Santa María, Rinconada, San Esteban, Calle Larga y Los Andes.

1.1.- La Atención Primaria

En la atención primaria en Chile, hoy en día, se está llevando a cabo un proceso de transformación hacia un nuevo modelo de atención: la **Salud Familiar**. Surgió en 1993 como consecuencia de la publicación del documento “De Consultorio a Centro de Salud”, donde se plantean las bases del modelo. Es así que aparecen entonces en el nivel primario de atención, equipos de salud que lentamente muestran, en su diario quehacer, características propias del modelo que allí se describe. (Minsal, 2008)

A partir de 1998, se puso un mayor énfasis en la necesidad de poner a la familia como marco de referencia en el cuidado de la salud del individuo y también en considerar a la familia como unidad de cuidados. Desde ese momento surgen los primeros Centros de Salud Familiar. (Minsal, 2008)

Finalmente, en el año 2001, con la Reforma sectorial, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario es legalmente sancionado como la nueva manera de atender y se establecen las bases de una gestión en torno a redes asistenciales. (Minsal, 2008)

La salud familiar se explica sobre la base de un modelo biopsicosocial que considera las influencias de las variables psicosociales, es decir, las distintas dimensiones del ser humano que ayudarán a comprender la experiencias manifestadas en signos y síntomas induciendo la mirada sistémica. (Minsal, 2008)

Para esto hay que entender que las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. (Minsal, 2008)

La salud familiar puede considerarse entonces, como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar que incluye el estado de salud físico y mental individual, y el nivel de interacción entre los miembros de la familia. (Minsal, 2008)

La atención de salud se debe entender entonces como un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. (Minsal, 2008)

Dentro de esto, el equipo de salud es un componente más de las muchas interacciones que tiene la persona y el rol de los profesionales se amplía a la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias, asumiendo una función de facilitador, reconociendo a la familia como responsable y cuidadora de su salud, entendiéndose el compromiso multisectorial, incluida la comunidad que conlleva. (Minsal, 2008)

En la práctica clínica se recoge información sobre la estructura familiar, relaciones familiares, pautas de conducta relacionadas con la salud, conexiones emocionales y los recursos familiares, con el fin de entender al individuo inserto en su contexto. De esta manera el equipo se introduce en el contexto social, comunitario y familiar para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes a nivel familiar, comunitario y social. (Minsal, 2008)

La conformación de equipos de salud multidisciplinarios a cargo de poblaciones pequeñas facilita el acercamiento (sectorización). Se establece una relación equipo-comunidad que enfatiza una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno. Se trabaja de forma no jerarquizada de esta manera la confluencia de miradas desde diferentes disciplinas aporta a un análisis más integral de la situación de salud. (Minsal, 2008)

El equipo de salud se subdivide en **equipos de cabecera** que se hace cargo del cuidado continuo de una población específica y encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios y en **equipos transversales** cuya misión es el apoyo al cuidado continuo y la promoción de la salud de toda la población adscrita al Centro, sin estar adscritos a los equipos de cabecera. En general, los equipos de cabecera están conformados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales, y médicos. En los equipos transversales se consideran los psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, odontólogos, orientadores familiares, tecnólogos médicos, etc. (Minsal, 2008)

Se debe entender que la especificidad de cada disciplina es lo que enriquece la mirada del equipo y son las habilidades particulares de cada uno lo que ayudará a intervenir de manera más efectiva. Se constituirán espacios de mutuo crecimiento junto con áreas de traslape en las acciones. (Minsal, 2008)

El trabajo en equipo coordinado facilitará el diseño de estrategias coherentes con los principios fundamentales del Modelo de Salud Familiar, y que permitirá un desarrollo sustentable en el tiempo. La comunicación entre los equipos debe ser cercana, en función de dar respuestas concretas a las demandas de salud, de manera que no se produzca una superposición de roles, o multiplicación o descoordinación en las intervenciones. Los equipos transversales y los servicios de apoyo deben clarificar sus roles, funciones y responsabilidades, incorporar el enfoque familiar, promocional y preventivo, en su tarea diaria aunque no trabajen con población a cargo. (Minsal, 2008)

Por último, el equipo de salud debe desarrollar las competencias y habilidades que permitan a las personas, un desempeño acorde con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (Minsal, 2008)

A continuación se definirán brevemente los tipos de establecimientos que pertenecen a la atención primaria que aún es posible encontrar hoy en día indistintamente de la etapa en que se encuentran dentro del camino hacia la Salud Familiar a excepción de los servicios de urgencia propiamente tales:

Los centros de interés pertenecientes a estos servicios pueden ser Centros de Salud (CES) o Consultorios General Urbano y Rural (CGU y CGR), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rurales (PSR) y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), los que a continuación se desarrollarán brevemente:

- a) **Posta de Salud Rural (PSR):** Corresponde a un centro de atención ambulatoria, que se encuentra a cargo de un técnico paramédico el cual recibe apoyo del equipo profesional compuesto por un médico, una enfermera y una matrona que asisten en conjunto o en forma alternada. En este centro se realizan acciones de fomento, prevención y protección de la salud a través de visitas domiciliarias programadas o demanda espontánea, teniendo un importante papel en la promoción del desarrollo integral de la comunidad. (Mineduc, 2008)
- b) **Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):** establecimiento de salud perteneciente al nivel primario encargado de resolver demanda de

emergencia/urgencia médica de mediana y baja complejidad, generalmente en horario no hábil. (Mineduc, 2008)

- c) Consultorio General Rural (CGR):** Es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes. Las acciones del CGR comprenden tanto el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del medio ambiente, como la resolución de problemas de salud que pueda manejar el equipo de salud compuesto de un médico, un odontólogo, una enfermera, una matrona, y otros profesionales y técnicos apoyados por medios básicos de diagnósticos y tratamiento. (Mineduc, 2008)
- d) Consultorio General Urbano (CGU):** Es el establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20.000 habitantes y al servicio de un área de atracción, idealmente no superior a 50.000 habitantes. Sus acciones comprenden el fomento, la prevención, la protección de la salud de las personas y del ambiente de la localidad, la resolución de los problemas de salud de esa misma población y de aquella del área de atracción que llegue por referencia. La capacidad de resolución de salud ambulatoria estará determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo del CGU estará constituido por médicos y odontólogos generales, más los profesionales: enfermeras, matronas, nutricionistas y técnicos además se agregará el tecnólogo médico para el manejo del laboratorio básico que pueda poseer el establecimiento. (Mineduc, 2008).
- e) Centro de Salud Familiar (CESFAM):** Corresponden a los mismos establecimientos antes descritos que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas. Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias, con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales. Las acciones son participativas

en todas sus etapas, la atención se realiza mediante la medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo: agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, hospitalizaciones evitables, daños a las familias producidas por disfunciones tales como violencia intrafamiliar, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial (Minsal, 2008).

- f) Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF):** No son establecimientos por sí mismos, sino que son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo. (Minsal, 2008).

1.1.1.- Control del niño sano

En la contingencia del País se han implementado una importante cantidad de programas de salud que involucran a los distintos grupos etarios y estratos sociales, que tienen por objeto fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

Uno de los programas pertenecientes a la salud infantil en atención primaria es el llamado Control de Niño Sano. Este programa es una actividad periódica de supervisión de salud y desarrollo del menor desde que nace hasta que cumple los 6 años de edad. De esta manera pueden detectarse eventuales alteraciones y así prevenir y/o tratar a tiempo enfermedades y situaciones de riesgo (Educarchile, 2005).

El Control de Niño Sano tiene un calendario fijo en donde el niño es visto por distintos profesionales y en distintos momentos, los que se organizan en un equipo pediátrico alrededor del paciente entre los que se encuentran: médico, enfermero, matrán(a), nutricionista, odontólogo y técnico paramédico.

El calendario comienza con un primer control entre los 7 y 10 días de nacido el niño, luego un segundo control al mes de nacido el bebé. Después del segundo control siguen los siguientes controles en un periodo de un mes hasta cumplir 1 año de nacido. Se continúa después del año con controles cada 2 ó 3 meses hasta los 2 años y a partir de los 2 años se realiza un control cada 6 meses (Técnico en enfermería, SE).

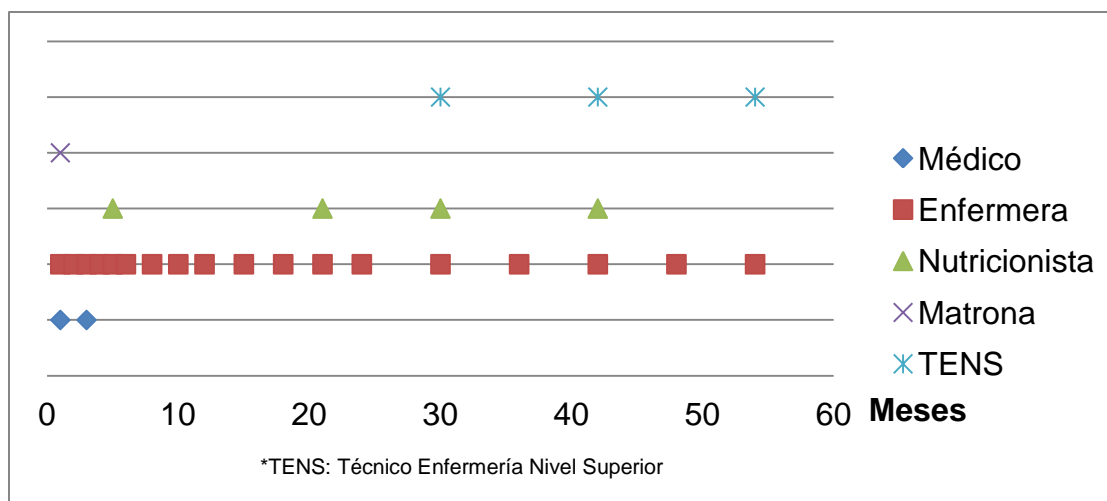


Figura I. Calendario del control de niño sano según profesional.

Además del pertinente examen físico realizado por el profesional correspondiente, el Control de Niño Sano también incluye otras actividades como: entrevista con los padres, evaluación del desarrollo psicomotor, antropometría, evaluación del estado nutricional, evaluación de visión – audición, entrega de contenidos educativos (alimentación, hábitos de higiene, vestuario, estimulación desarrollo psicomotor, prevención de accidentes y otros), vacunación, entrega mensual de leche y consulta de morbilidad (Técnico en enfermería, SE).

1.1.2.- Conocimiento e indicaciones del equipo de salud con respecto a Salud Bucal

Dentro de todos los ámbitos que abarca el Control del Niño Sano se destaca para este estudio la salud bucal, en la que se realiza un control periódico y programado del niño por parte del equipo de salud, con el fin de evaluar y controlar el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático. Dicho programa se encuentra estandarizado en cuanto a educación de malos hábitos, dieta e higiene y examen clínico en la *Pauta de Evaluación Buco-dental* basada en la *Norma de Actividades Promocionales y Específicas en la Atención Odontológica Infantil*, complementado además con el *Manual para el Promotor de Salud* existente por edad del niño.

La boca es la mayor puerta de entrada al organismo, y está equipada con mecanismos sensores y de defensa contra toxinas y agentes patógenos por lo que puede reflejar enfermedades virales, bacterianas, micóticas, estados nutricionales y exposición a factores de riesgo

La boca es una estructura compleja, que cumple funciones esenciales para la vida, como respirar, hablar correctamente, masticar los alimentos, tragar y verse bien. Entre las funciones sociales y de interacción de las personas, la boca y las estructuras que la forman, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa, y, además, complementa la apariencia. (Minsal, Manual del promotor de salud, SE)

Con respecto a la estructura de la boca, se encuentran los tejidos duros: dientes y huesos maxilares; y los tejidos blandos: mejillas, labios, encía y lengua. Durante los 6 primeros meses es esencial la observación de estas estructuras con el propósito de pesquisar posibles anomalías, por lo que se indica de parte del equipo pediátrico hacia los cuidadores del niño lo siguiente:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. En caso de utilizar sustitutos se debe indicar los cuidados pertinentes con el consumo de azúcar.
- Luego de cada comida se debe realizar la higiene correspondiente con una gasa envuelta en el dedo índice, con el fin de eliminar los restos alimenticios.
- En caso de uso de pacificador, este no debe ser untado en líquidos azucarados, y ser retirado cuando él bebe se ha dormido. El chupete es de uso exclusivo del niño, no debe contaminarse con otras salivas, con el fin de disminuir la transferencia de flora bacteriana. Este debe ser utilizado hasta las primeras manifestaciones de madurez funcional del niño. (Minsal, SEd)

Continuando con las estructuras orales, los dientes están ubicados en ambos huesos maxilares, y se alojan en unas cavidades llamadas alvéolos dentarios. Están formados por 2 partes: corona y raíz. El diente a su vez está formado por capas de tejido que protegen el núcleo central, la pulpa. Estas son:

- a) **Esmalte:** cubre sólo la corona, es un tejido muy duro y el más calcificado de todo el organismo. Está en permanente contacto con el medio bucal.
- b) **Dentina:** forma el cuerpo del diente, tanto al interior de la corona como de la raíz, es menos mineralizada que el esmalte, hecho que condiciona que la caries avance más rápidamente cuando llega a este nivel. Posee las terminaciones nerviosas provenientes de la pulpa, las que dan sensibilidad al diente.
- c) **Pulpa:** está conformada por vasos, nervios y tejido linfático, que otorgan sensibilidad y nutrición. En general, se le conoce como nervio.
- d) **Cemento:** protege la dentina de la raíz. Es delgado y poroso. Su superficie es irregular, en él se anclan las fibras del ligamento periodontal que sujetan el diente al hueso.

El diente, que es duro, se aloja en una cavidad del hueso que también es dura, por lo que, para que podamos comer y masticar el alimento, entre estas dos partes duras, se ubica un tejido de fibras que rodean la raíz del diente y lo sujetan

al hueso, permitiendo amortiguar las presiones que generamos al masticar, esta estructura se llama: ligamento periodontal.

Anatómicamente, la forma de la corona y la cantidad de raíces que posee el diente, depende de la función que le corresponda:

- a) **Incisivos:** poseen forma de paleta, sirven para cortar el alimento; constan de una sola raíz.
- b) **Caninos:** tienen forma de lanza, pues su función es desgarrar el alimento; poseen una sola raíz, la que suele ser bastante larga en comparación a la de los incisivos.
- c) **Premolares:** tienen forma de cubo, pues su función es triturar; pueden tener 1 o 2 raíces.
- d) **Molares:** su forma es de cuadrilátero, con una amplia superficie para realizar la molienda; según su ubicación en el hueso maxilar, ya sea en el superior o en el inferior, poseen 2 a 3 raíces. . (Minsal, SEd)

A partir de los 6 meses irán erupcionando los dientes en el niño por lo que se indica:

- El cambio progresivo de la alimentación pasando de colados a trozos blandos de alimentos. (Minsal, 2007b).
- En caso de tratamiento con medicamentos azucarados, se debe indicar técnica de higiene o limpieza con agua. Esta higiene debe ser realizado por un adulto desde que comienza la erupción dentaria con un cepillo que posea cabezal pequeño, filamentos suaves y sin pasta dental porque el niño aún no controla el reflejo de deglución (Minsal, 2007b; Minsal, SEd)
- Si ha adoptado el hábito de succión digital, intentar sustituirlo por un chupete.
- Además, promover el consumo de agua potable pura (Minsal, 2007b).
- Se le recomienda a los padres o cuidadores anotar las fechas de erupción dentaria con el fin de tomar conciencia sobre este proceso. (Minsal, SEd)

- Se debe tener especial consideración con algunas situaciones de riesgo, tales como ausencia de lactancia materna, alimentación con azúcar, y presencia de caries activas en la madre.

La erupción de los dientes es acompañada de algunas molestias tal como aumento de la cantidad de saliva, tendencia a morder objetos, inflamación y enrojecimiento de las encías, acompañado de pérdida del apetito, intranquilidad y sueño liviano. Para ayudar a reducir estas molestias se sugiere a los padres que el niño muerda elementos de consistencia dura.

Con respecto a la higiene bucal en el caso de los bebés, ésta se realiza con un trozo de gasa desde que nacen hasta la primera aparición de los dientes. Luego se utiliza un cepillo dental de cabeza pequeña, filamentos suaves, de extremo redondeado y corte recto, con un mango recto de tamaño adecuado para la mano del infante. Este acto es difícil para un niño pequeño por lo que debe ser realizada por sus cuidadores luego de cada comida, con el objetivo de que el infante adquiera el hábito tempranamente y lo incorpore como un quehacer cotidiano. Otros elementos que se utilizan como complemento son el hilo o seda dental, pasta de dientes y pastillas reveladoras de placa.

Se recomienda realizar la higiene bucal al menos dos veces al día, especialmente en la noche, luego de la última comida del día, ya que disminuye la salivación durante la noche por lo que no existe una protección tan efectiva. Su objetivo es remover la placa bacteriana que se esta formando constantemente sobre dientes y encías, para impedir que se produzcan ácidos que dañan las capas externas de los dientes e inflaman las encías.

El cepillado requiere de movimientos y secuencias que aseguren la limpieza de todas las superficies dentarias. En niños la técnica aplicada es la de Fones, en la cual se coloca el cepillo perpendicular a la cara visible de los dientes, y se realizan movimientos de rotación sobre estas superficies, avanzando de derecha a izquierda por segmentos.

Durante los 12 meses siguientes el equipo pediátrico debe realizar una observación de la cavidad bucal y existencia de riesgo, colocando énfasis en hábitos nocivos tales como respiración bucal, incompetencia labial, labio corto y disfunción lingual; observar además la función labial de cierre, mordida anterior, la simetría de línea media, profundidad del paladar y oclusión. (Minsal, 2007b; Minsal, SEd)

Existen dos tipos de denticiones, la primera de ella se denomina dentición temporal que comienza a formarse en la tercera semana del embarazo, encontrándose al momento del nacimiento los brotes de estos 20 dientes y los esbozos de lo que será la segunda dentición o permanente.

Los dientes temporales le servirán al infante para masticar los alimentos, aprender a hablar ya que ayudan a la formación de los sonidos y como mantenedores de espacio para los dientes definitivos. Estos dientes se ubican simétricamente, 10 en el maxilar superior y 10 en el inferior según su función. (Minsal, SEd)

Los dientes temporales empezarán su recambio aproximadamente a los 6 años con la erupción del primer molar definitivo, proceso que dura hasta los 12 años de edad, con la erupción del segundo molar definitivo, encontrándose en esta dentición permanente dientes que no estaban presentes en la dentición temporal, correspondientes a los premolares, ubicándose 4 en el maxilar superior y 4 en el inferior, para aumentar la eficiencia masticatoria. (Minsal, 2007b; Minsal, SEd)

Por lo tanto el equipo pediátrico indicará:

- A los 18 meses se debe dejar el biberón nocturno, de ser necesario se debe indicar la correspondiente higiene posterior a su consumo. No se recomienda biberón nocturno luego de los dos años, como tampoco lactancia materna.
- Si hay consumo de golosinas y líquidos azucarados, ésta debe ser en las comidas y no entre ellas, seguido de cepillado, debido a que aumentan el riesgo de caries.
- Se debe cambiar el hábito de consumo de líquidos en biberón por el uso de vasos entre los 12 y 14 meses.
- Se debe reforzar el consumo de alimentos que permitan la práctica de la masticación, consumo de agua potable y líquidos sin azúcar.
- Reforzar importancia de los dientes temporales ya que éstos serán indicadores de futuras caries en dientes definitivos.

- Prevención de accidentes que generen algún tipo de traumatismo a nivel bucal.
- Detectar riesgo de maloclusión por hábitos nocivos, tal como succión digital o de chupete y respiración bucal.

Cuando el niño ha cumplido los dos años de edad, es derivado al odontólogo para el primer Control Odontológico del Niño Sano (CONS). Además el niño debe eliminar el biberón diurno.

Entre los 2 y 3 años es primordial la observación de la boca y caries cavitadas que permita dar las indicaciones necesarias e identificar factores de riesgo de la salud bucal. (Minsal, 2007b)

A los 3 años se puede incluir el uso de pasta de dientes con el fin de proteger contra las caries. A los 6 años aproximadamente ya es capaz de cepillarse por si solo, siendo solo supervisado por un adulto. Adicionalmente al cepillado se pueden utilizar pastillas reveladoras las que al diluirse en la boca muestran la ubicación de la placa bacteriana tiñéndola de un color rosa fuerte, su fin es didáctico al ayudar a visualizar donde no se está realizando el cepillado de forma correcta.

Según las tendencias de alimentación del último tiempo, el desarrollo de caries se ha visto favorecido debido a la presencia de carbohidratos fermentables. Sin embargo, se pretende que la alimentación sea balanceada, con predominio de frutas, verduras, agua potable que permita aprovechar el beneficio del agua fluorada.

Es necesario enfatizar en la necesidad de acostumbrarse a consumir alimentos sólo a las horas de las comidas principales, evitando la ingesta de golosinas y/o bebidas gaseosas entre ellas, ya que de este modo, se favorece la protección de la saliva a la pérdida de minerales provocada por los ácidos, manteniendo un ambiente bucal estable.

En odontología se encuentra definida la dieta cariogénica, que se refiere a una alimentación rica en hidratos de carbono fermentables, los cuales colaboran en la producción de caries, tal como azúcares y harinas blancas, alimentos que son de consistencia blanda y pegajosa, por lo que se dificulta su remoción de las superficies dentarias por la saliva, y los movimientos musculares de la lengua.

Dentro de la alimentación de los infantes es recomendable que estos lleven como colación productos lácteos, frutas, cereales, frutos secos, y como líquidos se debe enfatizar el consumo de agua potable.

Un tercer factor relevante para el cuidado de los dientes es el uso de fluoruros como medida de prevención contra caries. Su uso hace la capa de esmalte más resistente al ataque ácido de las bacterias, inhibiendo la desmineralización. En Chile se usa por vía general a través del consumo de agua potable fluorurada, actuando de esta manera, en el proceso de formación de los dientes, y a lo largo de la vida del individuo por el contacto permanente. Otra vía de uso es por aplicación tópica directa sobre las superficies dentarias, por el equipo odontológico o bien por la pasta dental o enjuagues fluorurados. (Minsal, SEd)

El equipo pediátrico debe:

- Observar que la fórmula dentaria temporal esté completa y la mordida, la respiración bucal, la deglución, el cierre labial en reposo y en actividad estén normales. Observar además la normalidad o alteración de la respiración, masticación y función lingual.
- Alrededor de los 3 años de edad, si se mantiene el hábito, el niño debe suprimir el uso del chupete de entretenimiento, para evitar posibles alteraciones en las estructuras cráneo-faciales.
- En el caso que la succión digital o de chupete persista, eliminar el hábito.
- Beber líquidos en vaso y en caso de beber en mamadera, debe recomendarse su suspensión.
- Promover colaciones no cariogénicas durante jornadas en jardines infantiles y escuelas. Acostumbrar al niño a la fruta natural, agua potable sin agregados y, en lo posible, consumir leche con poca azúcar.
- Evaluar hábitos de higiene y hábitos alimentarios.
- Se debe poner especial cuidado al cepillado realizado antes de acostarse.

- Enseñar a hacer enjuagatorios con agua sin agregados y escupir el líquido al finalizar. (Minsal, 2007b)

Se debe considerar que entre los 2,5 y 3 años se completa la fórmula dentaria temporal, con la erupción de los segundos molares. El niño está en condiciones de masticar trozos de alimentos más consistentes, así mismo la lengua toma una posición retro-dentaria, participando como órgano deglutorio, es decir, se establece una deglución somática o deglución adulta y el lenguaje llega a ser fluido.

Para niños entre 3 y 6 años utilizar pastas fluoradas de 500 ppm, supervisado por un adulto. La cantidad a usar es de 0.5 g. que corresponde al tamaño de una lenteja, esto se debe a que los niños pequeños no controlan lo que tragan, y el flúor en altas concentraciones puede provocar problemas de malformación de la estructura y forma del diente, afectando su apariencia estética, por esto la importancia de realizar un cepillado supervisado por un adulto.

A partir de los seis años, se espera que el niño haya adquirido madurez y sea capaz de realizar actos que involucren motricidad fina, por lo que puede cepillarse solo y utilizar pastas con una concentración de flúor de 1500 ppm.

El consumo de flúor de manera inadecuada se traduce en fluorosis dental, la que se observa como manchas moteadas en la superficie del tejido dentario. Este cuadro se desarrolla exclusivamente durante la formación de las piezas dentarias y el mayor impacto se encuentra en la formación de los dientes definitivos del sector anterior, periodo que va desde los 2 a 4 años de edad. (Minsal, 2007b; Minsal, SEd)

En esta etapa es muy importante observar la cavidad bucal, evaluar riesgos de caries, hábitos de alimentación e higiene.

Se debe indicar por parte del equipo pediátrico a los cuidadores:

- Enseñar el cepillado en forma práctica, tomando la mano del niño para guiar los movimientos.
- Si el niño se cepilla solo, debe ser supervisado por un adulto, hacer especial énfasis en el cepillado antes acostarse.

- Controlar el consumo de alimentos azucarados. Evitar el libre y frecuente consumo de golosinas, dulces y bebidas.
- Detectar disfunciones de respiración, masticación, deglución y lenguaje.
- Reforzar el concepto que los dientes temporales son tan importantes como los definitivos. Los dientes temporales con caries nos indican altas probabilidades de dientes permanentes con caries.
- Detectar erupción precoz del molar de 6 años.

Se debe considerar en este período que las funciones de masticación, respiración, deglución y cierre labial anterior están claramente definidas. Y no olvidar referir a niños de 4 años que acudan al Control de Niño Sano al odontólogo de atención infantil u odontopediatra, según riesgo pesquisado y disponibilidad de recursos odontológicos. (Minsal, 2007b)

Dientes y encías sanos son fundamentales dentro de la salud. Los cuidadores tienen un rol esencial en la salud bucal de los niños, ya que son ellos los responsables de despertar la motivación por el cuidado de los dientes, enseñándoles conductas de higiene, hábitos, dieta y otros factores que determinan el nivel de salud.

Dentro de las patologías que deben ser conocidas por el equipo pediátrico se encuentra:

- a) **Caries dental:** enfermedad más común en la población, afecta a los dientes temporales y definitivos sin distinción. Es una enfermedad infecciosa y transmisible, pudiendo traspasarse bacterias del cuidador al niño en las etapas que aparecen los primeros dientes, produciéndose el contagio antes del año de vida. El proceso que lleva a la formación de caries se inicia con el consumo de azúcares en la dieta, con lo cual las bacterias que conforman la placa bacteriana producen ácidos, los que atacan los dientes de no realizar ninguna acción que contrarreste su efecto. Resultando en una lesión que es irreversible, es decir, no mejora una vez que se ha iniciado su proceso. Mientras más alimentos cariogénicos se consuman entre comidas, mayores serán las posibilidades de que las bacterias produzcan ácidos que debiliten los dientes.

La caries en su inicio no duele, pero a medida que avanza la destrucción dentaria comienza la sintomatología. Mientras progresa la

lesión se complica su tratamiento, requiriendo un procedimiento de especialidad o la extracción del diente.

- b) **Traumatismo dento-alveolar (TDA):** corresponden a lesiones de los dientes y/o de las partes blandas de la boca, producidas por agentes mecánicos. El tratamiento depende de varios factores tal como la edad del paciente, intensidad del golpe, zona afectada y tiempo transcurrido desde el evento que lo ocasionó.

Los dientes más frecuentemente afectados son los antero-superiores, alterándose la masticación y estética, a largo plazo estas lesiones pueden generar cambios de color en el diente afectado, malformación del diente permanente sucesor, o bien pérdida del diente.

Las lesiones traumáticas en dientes tienen la siguiente clasificación:

- **Concusión:** el golpe no ha producido daño dentario visible, el diente está sensible al tacto. No hay movilidad.
- **Subluxación:** posterior al golpe, el diente está móvil, pero no se ha desplazado de su posición original en el alvéolo dentario. Hay presencia de sangramiento a nivel del surco gingival.
- **Luxación:** el diente se suelta y/o desplaza sin salirse del alvéolo.
- **Extrusión:** el diente está móvil y sobresale del alvéolo.
- **Intrusión:** el diente está incrustado en el interior del alvéolo
- **Avulsión:** el diente está fuera del alvéolo.
- **Fractura dentaria:** separación del diente en 2 o más fragmentos, que puede ocurrir a nivel de la corona o de la raíz de una pieza dentaria.

La conducta a seguir frente a un traumatismo es la siguiente:

- Mantener la calma
- Tranquilizar al niño, controlar su estado general.

- Revisar cuidadosamente la boca, si hay sangramiento secar con gasa comprimiendo la zona de sangrado. En caso de heridas contaminadas estas deben ser lavadas con abundante agua.
- Verificar presencia de cuerpos extraños.
- Aplicar compresas frías en la zona de inflamación.
- En el caso de una luxación se debe comprimir con el índice y el pulgar tratando de alinear el diente con los otros.
- En caso de avulsión se debe recoger el diente tomándolo por la corona, sin tocar la raíz, lavar con agua y transportarlo en un vaso con agua, leche o en la boca del niño, al centro de urgencias antes de 30 min para intentar reimplantarlo.
- Suspender el uso de mamadera o chupete.
- Cepillar los dientes suavemente luego de cada comida.
- Alimentación blanda.
- Los dientes temporales no deben reimplantarse.

Para prevenir estos traumatismos se debe eliminar ciertos factores de riesgo tales como:

- Pisos resbaladizos o con desniveles.
- Objetos en el piso.
- Bebederos no apropiados
- Lugares de juegos no apropiados
- Mesas bajas
- Uso de andador
- Maltrato infantil

Además evitar acciones inseguras como:

- Juegos sin vigilancia

- Mal uso de los dientes
- Carreras en las escaleras. (Minsal, SEd)

c) **Maloclusiones:** La oclusión es el alineamiento y contacto que existe entre los dientes superiores e inferiores. Es considerada normal cuando todos los dientes están bien alineados, al juntar ambas arcadas, los superiores cubren ligeramente los inferiores, contactando cada diente con su homólogo. La oclusión se revela al mirar las características de la cara, ya que será proporcionada y simétrica con un perfil armónico donde los labios se juntan sin esfuerzo.

La maloclusión es una alteración de la correcta posición de los dientes y los huesos maxilares, dentro de sus características es posible encontrar dientes mal alineados, alteración de perfil y al juntar los dientes no hay correcto contacto.

Algunas de las causas de maloclusión son hereditarias, congénitas, adquiridas al tiempo del nacimiento, generalmente asociadas a malos hábitos (succión digital, uso de chupete y/o mamadera por un tiempo muy prolongado, interposición de objetos, respiración bucal, etc.).

Además del problema estético, se ve afectada la autoestima y valoración de niño, así como también la masticación, el habla y el control de placa bacteriana.

Para prevenir este tipo de patologías se recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, masticación bilateral, mantener dientes temporales sanos ya que guardan el espacio para los permanentes y detectar malos hábitos en cuanto se inician para lograr su corrección. (Minsal, SEd)

d) **Anquiloglosia:** El frenillo sublingual se define como una membrana mucosa situada bajo la lengua. Si dificulta o impide el movimiento normal de ésta, se dice que hay anquiloglosia o frenillo sublingual corto.

El frenillo sublingual se halla en la cara posterior de la lengua. Forma parte de la mucosa oral y está poco vascularizado e inervado, por lo que, si es necesario cortarlo, ofrece poca resistencia, apenas sangra y no duele. (Minsal, SEd)

El frenillo puede ser flexible o inflexible, de tejido blando o fibroso, largo o corto, lo que influirá en el grado de restricción de los movimientos linguales. Asimismo, el punto de inserción del frenillo en la lengua puede variar considerablemente (posterior o anterior).

Existen ciertos malos hábitos que deben ser de conocimiento del equipo pediátrico, con el objetivo de ser detectados tempranamente y lograr su corrección.

Un hábito es la costumbre adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente. Este tipo de prácticas pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, ocasionadas al no ejercer su presión normal por parte de una, permitiendo que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea (Agurto, 1999).

La deformación provocada por un mal hábito dependerá básicamente de tres factores:

- La edad en que se inicia.
- El tiempo (min-hrs) que dura el hábito.
- Número de veces al día, es decir, su frecuencia. (Más, 2009)

Dentro de este tipo de hábitos deletéreos para el correcto desarrollo del sistema estomatognático que deben ser reconocidos por el equipo pediátrico se encuentran:

- a) **Respiración bucal:** Se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria en las vías aéreas nasales (Cepero, 2007) Es considerado un mal hábito cuando se presenta una vez superado el problema de obstrucción nasal.

Es posible identificar a un niño con este tipo de hábito por ciertas características faciales, por ejemplo pasa la mayor parte del tiempo con la boca abierta, muestra gran parte de la superficie dentaria constantemente debido al labio superior corto, el cierre labial es a expensas del labio inferior, este se presenta tenso, grueso y evertido, aletas nasales aplanadas, y al pedir sellar sus labios la respiración se acelera o se hace insuficiente (Agurto, 1999), lengua en posición de descanso en el piso de

boca, tendencia a adelantar la cabeza y cuello, omoplatos prominentes, piernas arqueadas en forma de X y presencia de pie plano. (Minsal, SEd)

- b) Succión digital:** Consiste en la introducción de uno o mas dedos de la mano del niño dentro de la cavidad oral, se realiza generalmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, proceso alveolar incisivo y cara palatina de los incisivos superiores. Esta acción mantiene las arcadas separadas y la lengua en contacto presionando durante la succión. (Colectivo de autores, 2003; Cabaña, 1996; Medina, 2001).

Es posible reconocer a un niño con este mal hábito al observar sus manos y presentar dedos con callosidades y limpios.

- c) Interposición lingual:** Acción de proyectar la lengua hacia delante, ubicándose entre las piezas dentarias, ya sea a nivel de incisivos o entre los sectores laterales, que se produce en el momento de realizar funciones de deglución y fonarticulación. Este mal hábito es causante de deformaciones a nivel óseo y mal posición dentaria (Agurto, 1999; Cepero 2007).

Se puede reconocer al hacer tragar saliva al niño, y al momento de separar los labios observar la lengua entre ambas arcadas dentarias (Agurto, 1999).

- d) Queilofagia:** Costumbre de mordisquear o succionar el labio, por lo general inferior. Este acto produce una retracción mandibular, linguoversión de los incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores (Colectivo de autores, 2003; Diccionario terminológico de Ciencias Médicas, 1984)
- e) Onicofagia:** Hábito de morderse las uñas. Puede producir desviación dentaria, desgaste localizado y afectación localizada del tejido periodontal (Colectivo de autores, 2003; Diccionario terminológico de Ciencias Médicas, 1984; Fariñas, 2001).
- f) Hábitos posturales:** Aquellas posiciones que adopta el niño durante las actividades diurnas y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, y originar asimetrías faciales, lateromentonismo, así como trastornos de la Articulación (Colectivo de autores, 2003; Aznar, 2005)

- g) **Bricofagia:** También conocido como dermatofagia, es una forma de trastornos del control de impulsos, relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo, en el que una persona compulsivamente se muerde su propia piel. Los afectados suelen morderse la piel alrededor de las uñas, dando lugar a enrojecimiento sanguinolento y despigmentación con el tiempo (Scott, 1997).

El control odontológico de niño sano, es derivado por el profesional del equipo de salud que realice el control del infante a los 2 y 4 años de edad respectivamente. En este control se pretende evaluar el desarrollo del sistema estomatognático, dar indicaciones para la formación de hábitos saludables y la planificación de actividades preventivas o recuperativas con el odontólogo en un ambiente clínico.

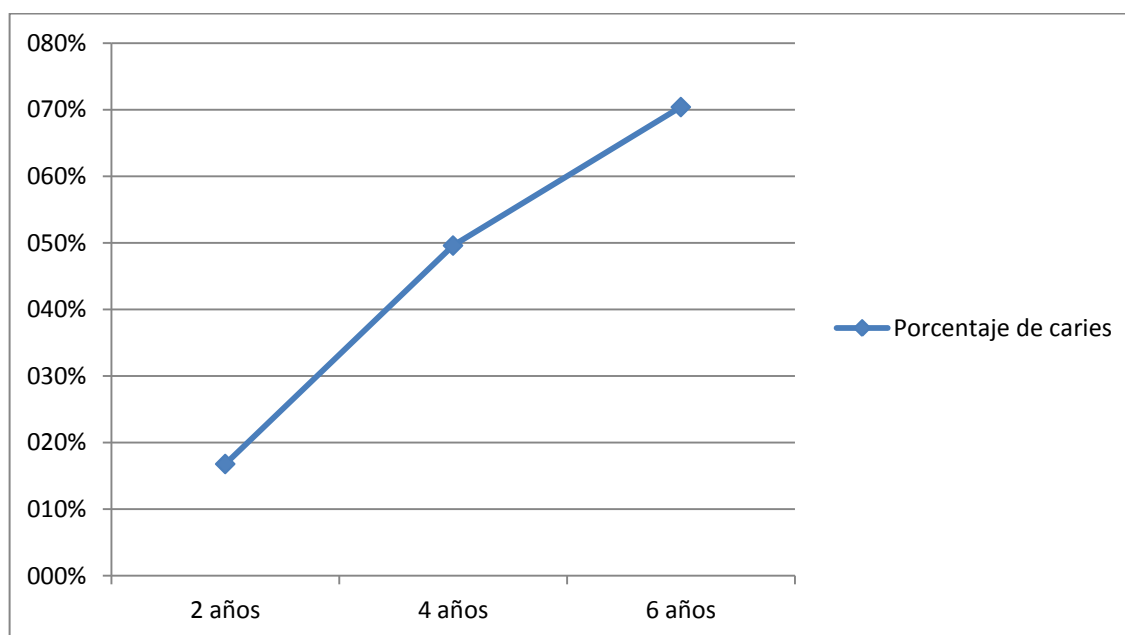
Este control consta de:

- a) **Tratamiento preventivo:** la primera consulta es para ambientar al niño, evaluar la madurez y prepararlo para recibir adecuadamente los procedimientos clínicos en una sesión siguiente. De aplicar sellantes estos serán en los puntos y fisuras de molares sanos según riesgo calificado, al igual que el barniz de flúor.
- b) **Tratamiento restaurador:** restauración de molares, solo se realizarán cuando se pueda asegurar un buen resultado clínico, en caso contrario se hará inactivación de caries con uso de carioestáticos o ionómeros.
- c) **Alta de tratamiento preventivo:** Se considera que el niño está de alta cuando se ha hecho la aplicación de sellantes según riesgo y se ha realizado aplicación tópica de flúor.

2.- Situación actual de salud bucal en Chile

En las últimas dos décadas la salud oral ha tomado una gran relevancia dentro de las prioridades de salud nacional, lo que se ha traducido en una gran cantidad de campañas, programas y metas en la atención primaria. A pesar de todos estos esfuerzos, aún existe una gran prevalencia de patologías orales en la población, y específicamente de caries dental, lo que queda demostrado en los estudios de diagnóstico en Salud Bucal de niños, observándose a los 2 años un 83% de niños sin historia de caries, a los 4 años un 51,98% de niños sin historia de caries (Ceballos et al., 2007) y a los 6 años un 29,64% de niños sin historia de

caries (Soto et al., 2007). Por lo tanto se registra un aumento progresivo de la patología.



.Figura II. Prevalencia (%) de caries en población Chilena, 2007

Fuente: Minsal 2007.

Los datos anteriores confirman la falta de efectividad en los programas propuestos evidenciando un incremento progresivo de la historia de caries en etapas muy tempranas de la infancia. (Minsal, SEe)

Este incremento en la historia de caries del infante no sólo se ve reflejado en la prevalencia, sino también en la severidad de la misma, medido a través de índices internacionales tal como el ceo en dentición temporal y CEOP en denticiones mixtas y permanente (6 años). El índice ceo es una adaptación de Gruebbel realizada en 1944 para dientes temporales, a partir del índice CEOP creado por Klein y Palmer en el año 1935 para dientes definitivos.

El índice CEOP corresponde al total de dientes cariados, extraídos, obturados y perdidos por caries en la dentición definitiva. A su vez el ceo es la sumatoria de los dientes cariados, extraídos y obturados por caries en dentición temporal. Según los criterios de la OMS, se determinaron distintos intervalos para el índice ceo y CEOP, y de esta manera discriminar diferentes niveles de Índice de caries: (Loaiza, 2009)

Índice de caries	Nivel
0.0 – 1.1	Muy Bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
Mayor de 6.6	Muy Alto

Tabla I. Clasificación de índice de caries según OMS

Según los criterios anteriores, Chile queda establecido con un riesgo moderado de caries a nivel mundial, ya que presenta un ceo de 0.54+- 1,53 a los dos años, (Ceballos et al, 2007) 2,32+- 3,27 a los 4 años (Ceballos et al, 2007) y 3,71 a los 6 años. (Soto et al, 2007)

En un estudio más reciente se estableció el Índice ceo en 2.7 en niños con piezas temporales. (Cereceda et al, 2010)

En base a estos datos se ve reflejado una severidad importante y con un crecimiento muy rápido de los índices en muy poco tiempo. A pesar de que los valores no demuestran una severidad alta, si nos comparamos a nivel internacional con los países más desarrollados, que tienen índices bajos de severidad, aún estamos muy lejos de ellos.

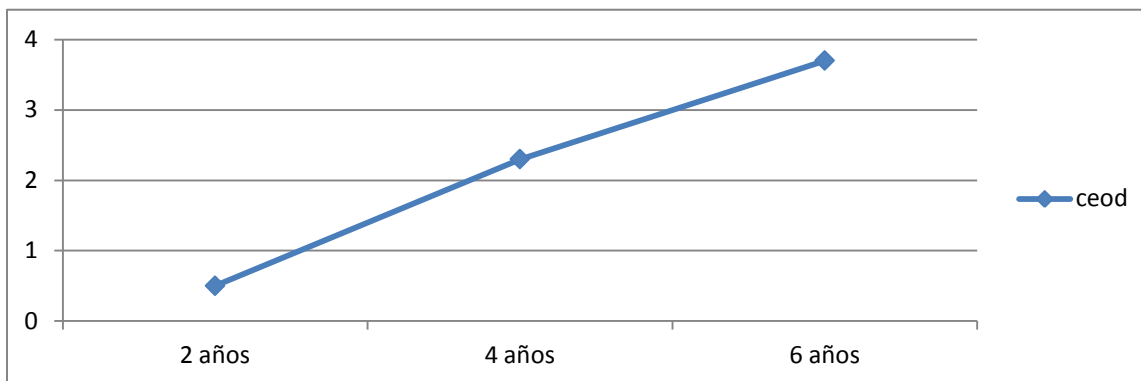


Figura III. Índice ceo en niños chilenos hasta 6 años.

Fuente: Minsal 2007, Minsal 2009.

Además de la caries dental, las maloclusiones se posicionan como la tercera enfermedad bucal más prevalente en Chile y tiene como principal factor causal a los malos hábitos.

Según un estudio realizado en 1999 en Santiago en niños entre 3 y 6 años la prevalencia de los malos hábitos fue de un 66%, correspondiendo a un 62% al mal hábito de succión, luego respiración bucal con un 23% y un 15% con interposición lingual (Agurto, 1999).

Las principales anomalías dentomaxilares producto de los malos hábitos detectados a tiempo fueron la mordida abierta anterior con un 38%, mordida cruzada con un 28% y en tercer lugar la distoclusión canina con un 16% (Agurto, 1999)

Para reducir estos indicadores de la salud bucal chilena se hace hincapié al enfoque preventivo en la salud pública, comprometiéndose el gobierno con políticas de salud buco-dental. Éstas señalan que las principales estrategias para controlar las patologías bucales más prevalentes, son las acciones de promoción, educación y prevención, dirigidas preferentemente a los grupos más susceptibles (Minsal, 1999).

Es por esto que se genera en 1990 un Plan Nacional de Salud Buco-dental formulado por el Ministerio de Salud y reeditado en 1993 como una manera de orientar las actividades promocionales y preventivas específicas (Minsal, 1999). Estos documentos fueron actualizados en la Norma de Actividades promocionales y Preventivas Específicas en la Atención Odontológica Infantil en 1998, reconociendo ya en ese entonces, que aún no se había aprovechado totalmente el potencial de las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Minsal, 1999).

Esta última norma se creó con el propósito de reforzar actividades odontológicas promocionales y preventivas individuales como: regulación de la entrega del componente de salud bucal en el Control del Salud del Niño, Control Odontológico del Niño Sano, examen de salud, profilaxis, aplicación de sellantes y pulpotomías. (Minsal, 1999).

Debido a la inclusión del Control Odontológico del Niño Sano, y la labor compartida que existe en este es que se necesita la correcta integración del equipo pediátrico para su realización.

Para continuar con la estrategia, en la actualidad, se genera una segunda división del documento mediante la Pauta de evaluación buco-dentaria emitida por Minsal en el año 2007.

Material y Método.

1.- Objetivos:

1.1.- Objetivo general.

El objetivo general de este estudio es diagnosticar el nivel de conocimiento del equipo de salud que se encuentra en contacto directo con el infante, en los centros de atención primaria estatal de la Región de Valparaíso, basado en la Pauta de evaluación buco-dentaria del 2007 establecida por MINSAL.

1.2.- Objetivos específicos.

1. Determinar disponibilidad de la Pauta de evaluación buco-dentaria de Minsal 2007, en los centros de salud de la región de Valparaíso.
2. Describir el conocimiento de salud oral que poseen los estamentos correspondientes a Médico, Enfermero, Matrón, Nutricionista y TENS en los centro de atención primaria estatal inmerso de las redes asistenciales de la Quinta Región.
3. Determinar áreas de debilidad de los distintos estamentos del equipo de salud sometidos al estudio.
4. Determinar diferencias en el nivel de conocimiento de salud oral basado en la Pauta de evaluación buco-dentaria del 2007, entre los centros de atención primaria estatal.
5. Determinar diferencias entre redes asistenciales a las que pertenecen los centros de atención primaria estatal de la región de Valparaíso, basado en la Pauta de evaluación buco-dentaria del 2007.

2.- Variables:

A.- Sociodemográficas

A.1.- Género:

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Categorías: 1= Femenino

2= Masculino

A.2.- Edad:

Tipo: Cuantitativa continua.

Escala: La variable edad será medida en años.

A.3.- Profesión

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Formación académica que el profesional registra tener.

Categorías: 1= Médico

2= Enfermera

3= Matrona

4= Nutricionista

5= Técnico paramédico

A.4.-Establecimiento de estudio:

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Establecimiento educacional en el que el profesional registra haberse titulado.

Categorías: 1= Universidad del Consejo de Rectores

2= Universidad Privada

3= Instituto profesional

4= Otro

5= Omite

A.5.- Año de titulación:

Tipo: Cuantitativa continua.

Definición conceptual: Año en el cual el profesional recibe la certificación del establecimiento educacional en cual realizó sus estudios.

Escala: Esta variable será medida por año.

A.6.- Postgrado:

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional ha tenido algún tipo de estudio en forma posterior a la obtención del título de grado.

Categorías: 1= Si posee estudios posteriores

2= No posee estudios posteriores

A.7.- Años de servicios.

Tipo: Cuantitativa continua.

Definición operacional: Cantidad de tiempo que el profesional registra haber trabajado en el establecimiento que actualmente se encuentra contratado.

Escala: Esta variable será medida en años.

B.- Acceso

B.1.- Conocimiento de la Pauta del 2007

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Definición: El profesional posee conocimiento de la Pauta de Evaluación buco-dental entregada por el Ministerio de Salud el año 2007.

Categorías: 1= Si tiene conocimiento
2= No tiene conocimiento

B.2.- Conocimiento de la Norma de 1998

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Definición: El profesional posee conocimiento de la Norma de las Actividades Promocionales y Preventivas Especificas de la Atención Odontológica infantil entregada por el Ministerio de Salud el año 1998.

Categorías: 1= Si tiene conocimiento
2= No tiene conocimiento

B.3.- Acceso a los documentos: Pauta del 2007 y/o Norma de 1998

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Definición: El profesional dispone en el lugar de trabajo alguno de los documentos Pauta del 2007 y/o Norma de 1998.

Categorías: 1= Si tiene acceso
2= No tiene acceso

B.4.- Autoevaluación del conocimiento bucal básico para el CNS

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Definición: El profesional es capaz de determinar su nivel de conocimiento oral para la aplicación en el Control del Niño Sano.

Categorías: 1= Si posee los conocimientos básicos
2= No posee los conocimientos básicos

B.5.- Frecuencia controles.

Tipo: Cuantitativa discreta.

Definición conceptual: Frecuencia con que el profesional debe realizar los correspondientes controles al infante según lo establecido por MINSAL.

C.- Anatomía básica.

C.1.- Número de dientes en la dentición primaria

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: La fórmula dentaria temporal posee la cantidad de 20 dientes

Escala: 1= 12 dientes

2= 16 dientes

3= 20 dientes

4= 24 dientes

5= Omite

C.2.- Edad erupción del primer diente

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El promedio de aparición del primer diente temporal es a los 6 meses

Escala: 1= 4 meses

2= 6 meses

3= 8 meses

4= 10 meses

5= Omite

C.3.- Primer diente

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El primer diente en erupcionar según la norma corresponde a un incisivo central inferior.

Escala: 1= Incisivo

2= Canino

3= 1° Molar

4= 1° Premolar

5= Omite

D.- Higiene bucal.

D.1.- Comienzo de la Higiene Bucal infantil

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: La higiene bucal debe partir desde el nacimiento del niño.

Escala: 1= Si se realiza higiene

2= No se realiza higiene

D.2.- Instrumento de higiene oral hasta los 6 meses.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El instrumento de higiene oral hasta los 6 meses es el dedo envuelto en una gasa.

Categoría: 1= Gasa

2= Pañal

3= Otro

4= Omite

D.3.- Instrumentos de higiene oral en niños.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Dentro de los instrumentos de higiene en niños se encuentran el cepillo, pasta dental, seda dental, enjuague bucal y pastillas reveladoras.

Escala: 1= Cepillo

2= Seda dental

3= Pasta dental

4= Enjuague bucal

5= Pastillas reveladoras

D.4.- Técnica de cepillado infantil.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: La técnica de cepillados en niños corresponde a la técnica circular de Fones.

Categorías 1= Si la reconoce

2= No la reconoce

D.5.-Uso pasta dental en niños.

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Definición: Es posible el uso de pasta dental fluorada en niños.

Categorías: 1= Si se utiliza

2= No se utiliza

D.6.- Edad uso de pasta dental.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El uso de pastas dentales fluorada es posible en niños a partir de los tres años.

Escala: 1= 6 meses

2= 1 año

3= 2 años

4= 3 años

5= Omite

D.7.- Cantidad de pasta dental en niños.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: La cantidad de pasta dental indicada en niños corresponde al tamaño de una lenteja, 0,5 g.

Escala: 1= Tamaño de una arveja

2= Otro

3= Omite

D.8.- Momento del día en que debe realizar cepillado.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El cepillado debe ser realizado luego de cada comida y antes de dormir.

Escala: 1= Luego de cada comida y antes de dormir

2= Otro

3= Omite

D.9.-Quién debe hacer el cepillado.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El cepillado en niños debe ser realizado por el niño supervisado por un adulto, hasta que este aprenda a realizar dicha acción correctamente.

Escala: 1= Sólo en niño

2= Sólo el cuidador

3= El niño supervisado por un adulto

4= Es preferible que no se los lave hasta que salgan los

definitivos

5= Omite

D.10.- Concentración de flúor en pasta dental infantil.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: La concentración de flúor adecuada en una pasta dental infantil es de 500 ppm.

Escala: 1= 500 ppm

2= 1500 ppm

3= 2500 ppm

4= 850 ppm

5= Omite

E.- Alimentación.

E.1.- Uso de azúcar en el biberón:

Tipo: Cualitativa dicotómica.

Definición: No está indicado el uso de azúcar en la formula láctea.

Categorías: 1= Si se indica azúcar

2= No se indica azúcar

3= Omite

E.2.- Lactancia materna exclusiva.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: La lactancia materna exclusiva es recomendada hasta los seis meses de edad.

Escala: 1= 6 meses

2= 8 meses

3= 10 meses

4= Posterior al año

5= Omite

E.3.- Biberón nocturno.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El biberón nocturno solo debe ser mantenido hasta los 18 meses de edad.

Escala: 1= 1 año

2= 1 ½ años

3= 2 años

4 = Cuando se estime conveniente

5= Omite

E.4.- Líquidos en vaso.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El consumo de líquidos en biberón será remplazado por el uso de vaso entre los 12-14 meses.

Escala: 1= 6 meses

2= 1 año

3= 2 años

4= 3 años

5= Omite

E.5.- Dieta cariogénica.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Corresponde a el consumo de una alta cantidad de hidratos de carbono fermentables

Escala: 1= Aquella rica en carbohidratos fermentables

2= Dieta rica en grasas

3= Alto consumo de lácteos y sus derivados

4= Alto consumo de frutas

5= Omite

E.6.- Consumo alimentos sólidos.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Debe haber un cambio en el consumo de alimentos blandos a duros a los 2 ½ a 3 años.

Escala: 1= 1 año

2= 2 ½ años

3= 3 ½ años

4= 4 años

5= Omite

F.- Patología, Malos hábitos y TDA

F.1.- Reconocimiento de malos hábitos.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Existen distintos malos hábitos bucales existentes, tales como respiración bucal, interposición lingual, succión digital, onicofagia, bricofagia, queilofagia y mala posición postural.

Escala: 1= Succión digital

2= Onicofagia

- 3= Bricofagia
- 4= Respiración bucal
- 5= Combinación de las alternativas anteriores
- 6= Omite

F.2.- Patologías bucales.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Las patologías más prevalentes a nivel bucal correspondientes a Caries, Maloclusión, periodonciopatias y frenillo lingual corto.

- Escala:*
- 1= Frenillo lingual corto
 - 2= Deglución atípica
 - 3= Maloclusión
 - 4= Labio incompetente
 - 5= Combinación de las alternativas anteriores
 - 6= Omite

F.3.- Consecuencia traumatismo dentario.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Las principales consecuencias de un trauma dental en dientes temporales, tal como malformación del diente definitivo, cambio de coloración, pérdida dentaria, entre otras.

- Escala:*
- 1= Sólo pérdida del afectado
 - 2= Cambio de color
 - 3= Malformación del diente definitivo
 - 4= Todas las anteriores
 - 5= Combinación de las alternativas anteriores
 - 6= Omite

F.4.- Conductas a seguir en traumatismo dentoalveolar.

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: Al momento de recibir un niño con TDA, se debe realizar y/o indicar derivación al odontólogo, verificación presencia cuerpo extraños, cepillar diente suavemente y alimentación blanda, entre otras.

- Escala:*
- 1= Verificar presencia de cuerpos extraños
 - 2= Cepillar los dientes suavemente
 - 3= Alimentación blanda
 - 4= Derivar al odontólogo
 - 5= Combinación de las alternativas anteriores

6= Omite

G.- Reconocimiento.

G1.- Discriminación Imagen 1

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para discriminar entre una situación normal o anormal.

Categorías: 1= Normal

2= Anormal

G2.- Identificación Imagen 1

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para reconocer patologías tal como caries, maloclusión, gingivitis, y mal hábito.

Categorías: 1= Caries

2= Maloclusión

3= Hipoplasia

4= Gingivitis

G3.- Discriminación Imagen 2

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para discriminar entre una situación normal o anormal.

Categorías: 1= Normal

2= Anormal

G4.- Identificación Imagen 2

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para reconocer patologías tal como caries, maloclusión, gingivitis, y mal hábito.

Categorías: 1= Deglución atípica

2= Maloclusión

3= Dentición mixta

4= Gingivitis

G5.- Discriminación Imagen 3

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para discriminar entre una situación normal o anormal.

Categorías: 1= Normal
2= Anormal

G6.- Identificación Imagen 3

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para reconocer presencia de anquiloglosia.

Categorías: 1= Frenillo lingual corto
2= Otro
3= Omite

G7.- Discriminación Imagen 4

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para discriminar entre una situación normal o anormal.

Categorías: 1= Normal
2= Anormal

G8.- Identificación Imagen 4

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para reconocer mal hábito de succión digital.

Categorías: 1= Succión digital
2= Otro
3= Omite

G9.- Discriminación Imagen 5

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para discriminar entre una situación normal o anormal.

Categorías: 1= Normal
2= Anormal

G10.- Identificación Imagen 5

Tipo: Cualitativa nominal.

Definición: El profesional está capacitado para reconocer mal hábito de onicofagia.

Categorías: 1= Onicofagia
 2= Otro
 3= Omite

3.- Diseño del estudio:

Este estudio corresponde a uno de tipo descriptivo de corte transversal.

4.- Población:

Total de los equipos pediátricos de los centros de atención de salud primaria estatal de la región de Valparaíso.

5.- Muestra y Unidad de estudio:

De la población constituida por 26 centros de atención primaria estatal en la red asistencial de Valparaíso – San Antonio, 36 en la red asistencial Viña del Mar – Quillota y 15 en la red asistencial de Aconcagua, se encuentra un total de 77 centros de atención primaria en la V región; de los que se seleccionó un equipo por establecimiento.

La selección de los equipos de salud se llevara a cabo mediante un muestreo probabilístico de tipo conglomerado de asignación proporcional, de esta manera se cautela la representatividad de la muestra.

Para el cálculo de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot ee^2 + p \cdot (1 - p)}$$

N: El universo, 77 consultorios

P: 0.5, por asumir una prevalencia desconocida de cuantos profesionales de los centros asistenciales conocen la Pauta de Evaluación buco-dentaria.

ee²: 0.06, el mínimo valor de error muestral.

Se reemplaza la fórmula:

$$n = \frac{77 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{(77 - 1) \cdot 0.06 \cdot 0.06 + 0.5 \cdot (1 - 0.5)}$$

$$n = 36$$

La unidad de estudio corresponde a un equipo de salud constituido por médico, enfermera, matrona, nutricionista y TENS, por lo que los 36 centros de salud equivalen a 36 equipos de salud.

Conociendo el número total de la muestra se sacó una distribución proporcional de consultorios por zona, calculando: 13 consultorios de SSVSA, 16 de SSVQ y 7 de la SSA.

6.- Criterios de selección:

- Se incluyeron todos los centros de salud de atención primaria que cuentan con un equipo de salud constituido por médico, enfermera, matrona, nutricionista y TENS.
- Los centros de atención que además de ejercer en el nivel primario de atención funcionen también como nivel secundario o terciario de atención, no fueron incluidos.
- Los centros de atención que funcionan con el mismo equipo de salud, son validos como una única unidad de estudio.

7.- Calibración:

El instrumento de medición que se ocupó en este trabajo fue sometido a un estudio piloto; con el fin de detectar posibles errores de estructura, problemas al momento de ser aplicado y tiempos de trabajo. De esta manera se buscó estandarizar el instrumento de medición.

Para llevar a cabo este estudio piloto se aplicó dicho instrumento a 18 estudiantes de las carreras de Odontología, Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Dietética, y TENS de la Universidad de Valparaíso.

8.- Procedimientos:

Para la obtención de la información de parte del equipo de salud, éste fue sometido a un instrumento que permitió medir su nivel de conocimiento para llegar

a un diagnóstico inicial. El instrumento de medición (Anexo N°3) consistió en una encuesta guiada de 30 preguntas, en donde se tocaron las siguientes variables: Sociodemográficas, Acceso, Anatomía, Higiene y Uso de Flúor, Alimentación, Patología, Malos hábitos y TDA y Reconocimiento.

Se seleccionó una mayor cantidad de centros de salud que lo indicado en el cálculo de la muestra con el fin de prever la posible negativa a participar de este estudio, manteniendo el azar en las unidades de reemplazo.

Cada participante de la investigación, previa explicación verbal, leyó y firmó el consentimiento informado (Anexo N°1), seguido de esto le fue entregado un instructivo (Anexo N°2) que explicaba cómo responder la encuesta.

9.- Análisis Estadístico:

Para el análisis de los datos se realizaron los siguientes procedimientos.

- a) El registro de los datos se realizó a través del programa Microsoft Excel 2010.
- b) Análisis descriptivo de las variables cuantitativas, mediante promedios, medianas, desviación estándar e intervalo de confianza; en tanto que las variables cualitativas fueron descritas por frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de datos se realizaron múltiples combinaciones de variables a través del programa estadístico *SPSS 15.0 para Windows*, las cuales correspondieron al cruce de profesión, centro donde trabaja y red asistencial a la que pertenece, con el resto de variables establecidas en este estudio. A estos resultados se les aplicó el test estadístico de chi – cuadrado, Para todos los test estadísticos se fijó el nivel de significancia en 0.05 (5%), con una confianza del 95%. Cabe destacar que este estudio no tiene por objeto encontrar relación de dependencia entre las variables a estudiar, por lo que no son parte de los resultados presentados.

10.- Diagnóstico:

Para la calificación del diagnóstico en el nivel de conocimiento en salud oral de la unidad de estudio se utilizó la conversión de los porcentajes de respuestas correctas obtenidos a la escala de 1.0 a 7.0 utilizada en Chile. Donde 7.0 equivale a Sobresaliente, 6.0 a Muy Bueno, 5.0 a Bueno, 4.0 a Suficiente, 3.0 a Menos que Suficiente, 2.0 a Deficiente y 1.0 Malo. (PUC, 2008)

Conversión Escala		Conversión Escala	
1 -100	1-7	1-100	1-7
2	1.00	51	3.54
3	1.05	52	3.59
4	1.10	53	3.64
5	1.15	54	3.69
6	1.20	55	3.74
7	1.25	56	3.79
8	1.30	57	3.84
9	1.40	58	3.89
10	1.45	59	3.94
11	1.50	60	4.00
12	1.56	61	4.07
13	1.61	62	4.15
14	1.66	63	4.22
15	1.71	64	4.30
16	1.76	65	4.37
17	1.81	66	4.45
18	1.86	67	4.52
19	1.91	68	4.60
20	1.96	69	4.67
21	2.01	70	4.75
22	2.06	71	4.82
23	2.11	72	4.90
24	2.17	73	4.97
25	2.22	74	5.05
26	2.27	75	5.12
27	2.32	76	5.20
28	2.37	77	5.27
29	2.42	78	5.35
30	2.47	79	5.42
31	2.52	80	5.50
32	2.57	81	5.57
33	2.62	82	5.65
34	2.67	83	5.72
35	2.72	84	5.80
36	2.78	85	5.87
37	2.83	86	5.95
38	2.88	87	6.02
39	2.93	88	6.10
40	2.98	89	6.17
41	3.03	90	6.25
42	3.08	91	6.32
43	3.13	92	6.40
44	3.18	93	6.47
45	3.23	94	6.55
46	3.28	95	6.62
47	3.33	96	6.70
48	3.39	97	6.77
49	3.44	97	6.85
50	3.49	99	6.92
		100	7.00

Tabla II. Escala de conversión de porcentaje a nota de 1 a 7
Universidad del Bio-Bio, SE

Resultados.

Los resultados expuestos corresponden a personas que responden afirmativa y/o correctamente las preguntas de la encuesta, del cruce de variables.

1.- Características sociodemográficas.

Se realizó durante los meses de Mayo a Julio del año 2012 una encuesta a 35 centros de atención primaria estatal. Se obtuvo un total de 172 encuestados en este estudio, de los cuales 34 correspondieron a Médicos, 35 Enfermeros(as), 34 Matrones(as), 34 Nutricionistas y 35 TENS. De ellos 142 participantes son de género femenino, correspondiendo al 82,6% y 30 participantes equivalentes al 17,4% son de género masculino.

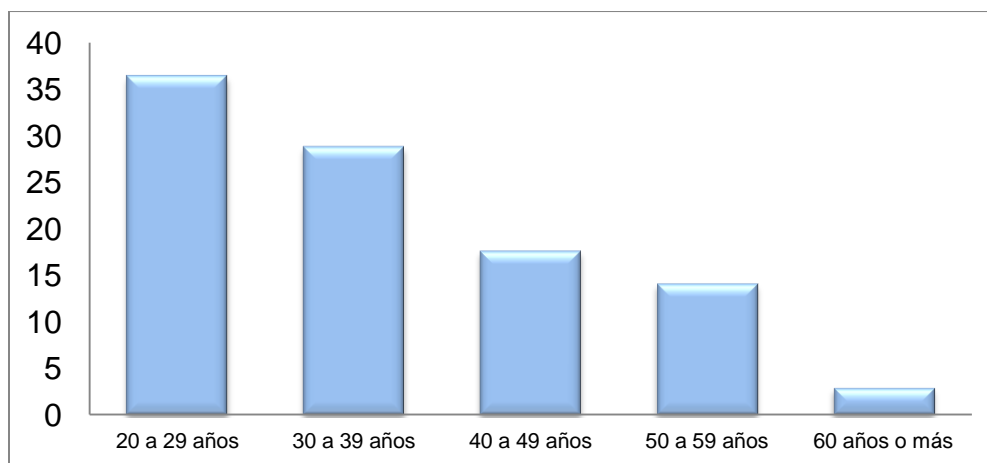


Figura IV. Distribución (%) según de edad.

Con respecto a la edad de los participantes del estudio, el grupo más grande de edad es el de 20 a 29 años, representado por el 36,4% correspondiente a 62 personas, seguido del 28,8% que equivalen a 49 personas que integran el grupo entre los 30 y 39 años. El porcentaje restante que es el 34,6% de los participantes se encuentran sobre los 40 años de edad (59 personas). El promedio de edad de la muestra corresponde a 36,7 años, y mediana de 33,5 años. Por último, cabe consignar que 2 personas no respondieron su edad.

Establecimiento de estudio	Estamento					
	Médico	Enfermero(a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS	Total
Universidad perteneciente al CRUCH	17	26	29	26	0	98
	9,9%	15,1%	16,9%	15,1%	0%	57%
Universidad no perteneciente al CRUCH	5	5	1	3	3	17
	2,9%	2,9%	0,6%	1,7%	1,7%	9,9%
Instituto Profesional o Centro de Formación Técnica	0	0	0	0	22	22
	0%	0%	0%	0%	12,8%	12,8%
Universidad extranjera	7	0	0	0	0	7
	4,1%	0%	0%	0%	0%	4,1%
Otra respuesta	4	4	4	5	5	22
	2,3%	2,30%	2,3%	2,9%	2,9%	12,8%
Servicio de Salud	0	0	0	0	3	3
	0%	0,00%	0,00%	0,00%	1,7%	1,7%
Armada de Chile	0	0	0	0	1	1
	0%	0%	0%	0%	0,6%	0,6%
Omite	1	0	0	0	1	2
	0,6%	0%	0%	0,6%	0,6%	1,2%
Total	34	35	34	34	35	172
	19,8%	20,3%	19,8%	19,80%	20,3%	100%

Tabla III. Distribución de los establecimientos de titulación, según estamento.

Referente al establecimiento de estudio donde los participantes obtuvieron su título académico, la mayoría de los encuestados (98 personas); se tituló en una Universidad perteneciente al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) lo que equivale a un 57% le siguen de manera decreciente aquellos que estudiaron en un Instituto Profesional o Centro de Formación Técnica y los que respondieron incorrectamente con información que no se solicitaba corresponden a un 12,8% (22 personas) ambos grupos. Seguido por los titulados de una Universidad no perteneciente al CRUCH con un 9.9% (17 personas) y los que provienen de una Universidad extranjera con un 4,1% (7 personas).

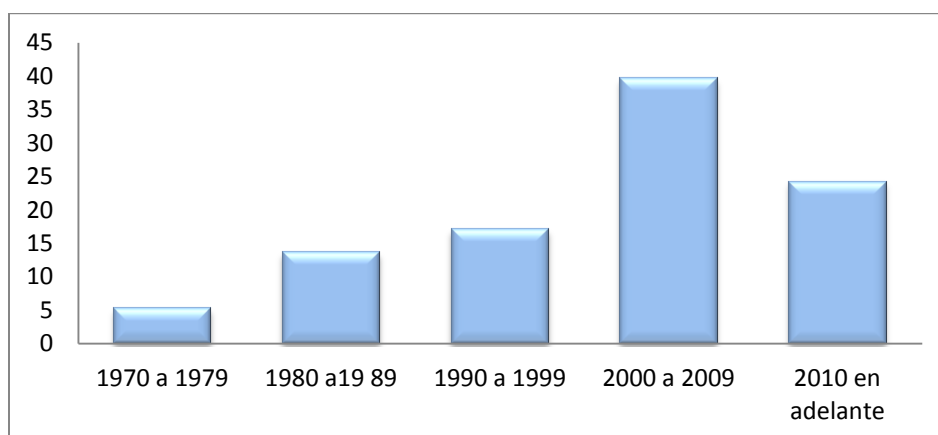


Figura V. Distribución (%) de los años de titulación.

Con respecto al año en que los encuestados recibieron su título, el 39,6% (67 personas) de ellos lo obtuvo entre los años 2000 y 2009, le siguen en porcentaje los que recibieron su título desde el 2010 en adelante con un 24,2% (41 personas), luego con un 17,1% (29 Personas) los que se titularon entre los años 1990 y 1999, después aquellos titulados entre los años 1980 y 1989 con un 13,6% (23 personas) y por último con un 5,3% (9 personas) los que se recibieron entre los años 1970 y 1979. Por último 3 funcionarios no respondieron a esta pregunta.

Para un mejor entendimiento de los resultados, estos serán analizados bajo tres criterios, el primero de ellos según su estamento, seguido por centro donde trabaja, y finalmente por red asistencial a la que pertenece. A su vez las variables serán agrupadas en 6 tópicos correspondientes a acceso a los documentos, anatomía, higiene, alimentación, malos hábitos - patología - TDA y el último grupo de reconocimiento.

2.- Resultados por estamentos.

Variables de Acceso	Estamento				
	Médico	Enfermero (a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS
Pauta 2007	11,8	37,1	2,9	20,6	11,4
Norma 1998	5,9	14,3	2,9	14,7	11,4
Disposición documentos	26,5	31,4	2,9	35,3	14,3
Promedio	14,7	27,6	2,9	23,7	12,3
Autoevaluación	52,9	91,4	32,4	52,9	57,1

Tabla IV. Distribución (%) de respuestas positivas al acceso a los documentos y autoevaluación.

Dentro de las preguntas correspondientes al ítem de acceso, la primera de ellas es referente al conocimiento de la Pauta de evaluación buco-dentaria emitida por Minsal el año 2007, se continuo preguntando por el conocimiento de la Norma de Actividades Promocionales y Preventivas específicas en la atención odontológica infantil realizada por el Minsal el año 1998, junto con esto se pregunto sobre su disponibilidad en el lugar de trabajo. En las preguntas anteriores fue posible evidenciar que el 2,9% de los matrones (1 persona), responde afirmativamente a lo solicitado, así como también se evalúa positivamente en el porcentaje más bajo.

Variables de Anatomía	Estamento				
	Médico	Enfermero (a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS
Cantidad dientes temporales	38,2	68,6	29,4	26,5	25,7
Edad erupción primer diente	64,7	77,1	61,8	73,5	57,1
Tipo de diente	88,2	97,1	97,1	97,1	68,6
Promedio	63,7	80,93	62,76	65,7	50,46

Tabla V. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a anatomía dentaria por estamento.

En el ítem de anatomía, debían responder tres preguntas, en la primera de ellas se solicitaba identificar la cantidad de dientes presentes en la dentición primaria (20 dientes), luego a qué edad en teoría o comúnmente erupcionan los primeros dientes temporales, y relacionado con la pregunta anterior, se les preguntó qué tipo de dientes eran los primeros en aparecer. En estas tres preguntas es el estamento correspondiente a TENS que se presenta como más débil, obteniendo en todas las preguntas los porcentajes más bajos de respuestas acertadas promediando un 50,46%. Además es posible observar que la pregunta referente a la cantidad de dientes que posee la formula temporal, es donde todos los estamentos tienen mayor porcentaje de error.

Variables de Higiene	Estamento				
	Médico	Enfermero (a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS
Higiene antes 6 meses	64,7	94,3	82,4	70,6	85,7
Instrumento higiene antes 6 meses	29,4	82,9	67,6	44,1	54,3
Materiales de higiene en niños	85,1	88,7	90,9	72,8	82,9
Técnica de Fones	41,2	28,6	29,4	47,1	40
Uso pasta en niños	85,3	62,9	85,3	67,6	51,4
Edad comienzo uso pasta	32,4	54,3	38,2	38,2	45,7
Cantidad de pasta	47,1	62,9	55,9	50	48,6
Momento de cepillado	17,6	20	23,5	5,9	20
Quién debe cepillar	76,5	85,7	79,4	85,3	77,1
Concentración de flúor	23,5	22,9	20,6	44,1	22,9
Promedio	50,28	60,32	57,32	52,57	52,87

Tabla VI. Distribución (%) de respuestas correctas correspondientes a Higiene bucal y uso de flúor por estamento.

Con respecto al ítem de higiene bucal y uso de flúor, se les preguntó a los encuestados, si está indicado realizar higiene antes de los seis meses de edad, junto con el instrumento a utilizar para esta actividad, a lo cual el estamento que presento el menor porcentaje de respuestas correctas correspondió a médicos (64,7% y 29,4% respectivamente).

Se preguntó también a los participantes, con qué tipo de instrumentos se puede realizar higiene oral en niños, posterior a los seis meses de edad, donde fue posible encontrar que nutricionistas presentaron un mayor porcentaje de error con un 27,2%.

Luego se preguntó si los encuestados conocían la técnica de cepillado de Fones o circular, donde sólo el 28,6% (10 profesionales) de las enfermeras dice conocer dicha técnica.

Otra de las preguntas incluidas en este ítem correspondió a si se indica el uso de pasta dental en niños, a lo solo el 51,4% de TENS responde correctamente.

En referencia a lo anterior, se les solicitó a los encuestados identificar desde que edad es apropiado indicar el uso de pasta en niños junto con la cantidad necesaria, tal como lo establece la Pauta entregada por el Minsal el año 2007 (a partir de los 3 años y cantidad de una arveja) donde fue posible encontrar

que sólo el 32,4% y 47,6% respectivamente, de los médicos demostró conocer estas indicaciones.

Posteriormente, se continuó preguntando en qué momento del día debe realizarse el cepillado, a lo que sólo 2 de los nutricionistas (5,9%) respondió que debía ser después de cada comida y antes de acostarse.

Como última pregunta referente al cepillado se pidió identificar quién debe realizar esta acción, donde sólo 76,5% de los médicos coinciden en que el cepillado debe ser realizado por el niño supervisado por el cuidador.

Finalizando este ítem se preguntó por la concentración de flúor en pastas dentales infantiles, siendo esta la pregunta con mayor porcentaje de error a nivel de todos los estamentos, destacándose por mayor su desconocimiento los matrones.

El estamento que promedia un mayor porcentaje de respuestas incorrectas en este ítem corresponde a médicos.

Variables de Alimentación	Estamento				
	Médico	Enfermero (a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS
Uso azúcar en el biberón	82,4	80	92,2	76,2	100
Termino lactancia materna exclusiva	64,7	65,7	85,3	88,2	77,1
Retiro biberón nocturno	14,7	25,7	17,6	8,8	11,4
Edad uso de líquidos en vaso	41,2	25,7	44,1	35,7	40
Definición dieta cariogénica	79,4	80	81,4	88,2	45,7
Consumo alimentos sólidos	35,3	11,4	11,8	20,6	8,6
Promedio	52,9	48	55,4	52,8	47,1

Tabla VII. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a Alimentación por estamento.

Al inicio de este ítem se les preguntó a los participantes de este estudio si está indicado el uso de azúcar en el biberón a lo cual el 76,2% de nutricionistas responde correctamente con esta indicación.

Continuando con este tópico, se preguntó por la edad en la que se indica el término de la lactancia materna exclusiva, en la cual sólo el 64,7% de médicos responde adecuadamente.

Se le preguntó a los encuestados a qué edad indicaban el retiro del biberón nocturno, donde sólo 3 de los nutricionistas (8,8%) realiza esta indicación a los 18 meses.

Posteriormente, se preguntó a qué edad aconsejaban cambiar el consumo de líquidos en biberón por el uso de vaso, fue posible evidenciar que sólo el 25,7% de los enfermeros(as) indica este cambio al año de edad (9 enfermeras).

Seguido de esto, se consultó por el significado del concepto de dieta cariogénica, allí fue posible observar que sólo se el 45,7% de TENS demuestra conocimientos al respecto. Así mismo en la pregunta referente a la edad de consumo de alimentos en presentación sólida, nuevamente el estamento de TENS demostró menor conocimiento, con un 8,6% de personas que respondieron correctamente.

El promedio de respuesta correctas más bajas en este ítem corresponde al estamento de TENS (47,1%).

Variables de Patología, Malos Hábitos y TDA	Estamento				
	Médico	Enfermero (a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS
Reconocimiento de mal hábito	41,1	31,4	41,1	17,6	14,3
Reconocimiento de patología oral	50,1	48,5	26,4	61,8	57,1
Consecuencia de TDA	50	60	32,4	41,2	62,9
Conducta frente a TDA	32,3	34,3	23,5	17,5	28,6
Promedio	43,3	43,5	30,8	34,5	40,7

Tabla VIII. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a Patología, Malos Hábitos y TDA por estamento.

En esta categoría se incluyeron 4 preguntas de las cuales la primera correspondía en reconocer malos hábitos orales. Aquí fue posible encontrar sólo el 14,3% de los TENS equivalente a 5 personas reconocen 3 o 4 malos hábitos de las opciones: succión digital, onicofagia, bricofagia y respiración bucal.

En las preguntas siguientes se solicitó identificar patologías orales como frenillo lingual corto y/o maloclusión; posteriormente reconocer 3 o 4 consecuencias de traumatismo dento-alveolar, de las alternativas presentadas. Donde sólo 11 y 9 de los matrones(as) respectivamente, demostraron conocimiento del tema.

En la última pregunta de este tópico, se solicitó determinar la conducta frente a traumatismo dento-alveolar, donde sólo el 17,5% de nutricionistas indicó la misma lo solicitado (6 nutricionistas).

En este ítem fue posible observar que los matrones(as) presentan el menor porcentaje de respuestas correctas con un 30,8%.

Variables de Reconocimiento	Estamento				
	Médico	Enfermero (a)	Matrón(a)	Nutricionista	TENS
Discriminación imagen 1	100	100	97,1	100	94,3
Que reconoce imagen 1	20,5	11,5	8,7	5,8	5,8
Discriminación imagen 2	91,2	97,1	94,1	100	91,4
Que reconoce imagen 2	0	0	0	2,9	0
Discriminación imagen 3	94,1	88,6	91,2	82,4	71,4
Que reconoce imagen 3	91,2	94,3	85,3	76,5	62,9
Discriminación imagen 4	94,1	91,4	94,1	97,1	94,3
Que reconoce imagen 4	91,2	97,1	85,3	88,2	82,9
Discriminación imagen 5	100	97,1	88,2	100	94,3
Que reconoce imagen 5	82,4	82,9	61,8	73,5	62,9
Promedio	76,5	76	70,5	72,6	66

Tabla IX. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a Reconocimiento de Imágenes por estamento.

Para finalizar esta encuesta se les pidió a los participantes discriminar normalidad o anormalidad y reconocimiento de 5 imágenes.

En la primera imagen (Anexo N°4), el 94,3% de TENS discrimino esta figura como anormal. Referente a la misma imagen sólo 2 de los nutricionistas y TENS identificaron 3 o 4 de las anomalías presentes (Caries, maloclusión, hipoplasia y gingivitis).

Respecto a la segunda imagen, el 91,2% de Médicos fue capaz de discriminar la situación presentada como anormal. En la misma imagen ninguna de las personas pertenecientes a los estamentos de médicos, enfermeros(as), matrones(as) y TENS, reconoció 3 o 4 de las anomalías presentes (Maloclusión, interposición lingual, dentición mixta y gingivitis).

En la tercera imagen, el 71,4% de TENS (25 personas) reconoce esta imagen como anormal. Así mismo, siguiendo con el reconocimiento, identifica el frenillo lingual corto sólo el 62,9% de TENS.

En la imagen número 4, el 91,4% de enfermeros(as) reconoce la situación presentada como anormal. Respecto al reconocimiento de la anomalía presente en la imagen el 82,9% de TENS establece que corresponde a succión digital.

En la última imagen de esta sección, el 88,2% de matrones(as) es capaz de discriminar la imagen como anormal. Así como también al reconocer la situación que la establece como anormal sólo el 61,8% de ellos identifica la presencia de onicofagia.

El promedio de personas con el menor porcentaje de respuestas correctas en este ítem corresponde a TENS con un 66%.

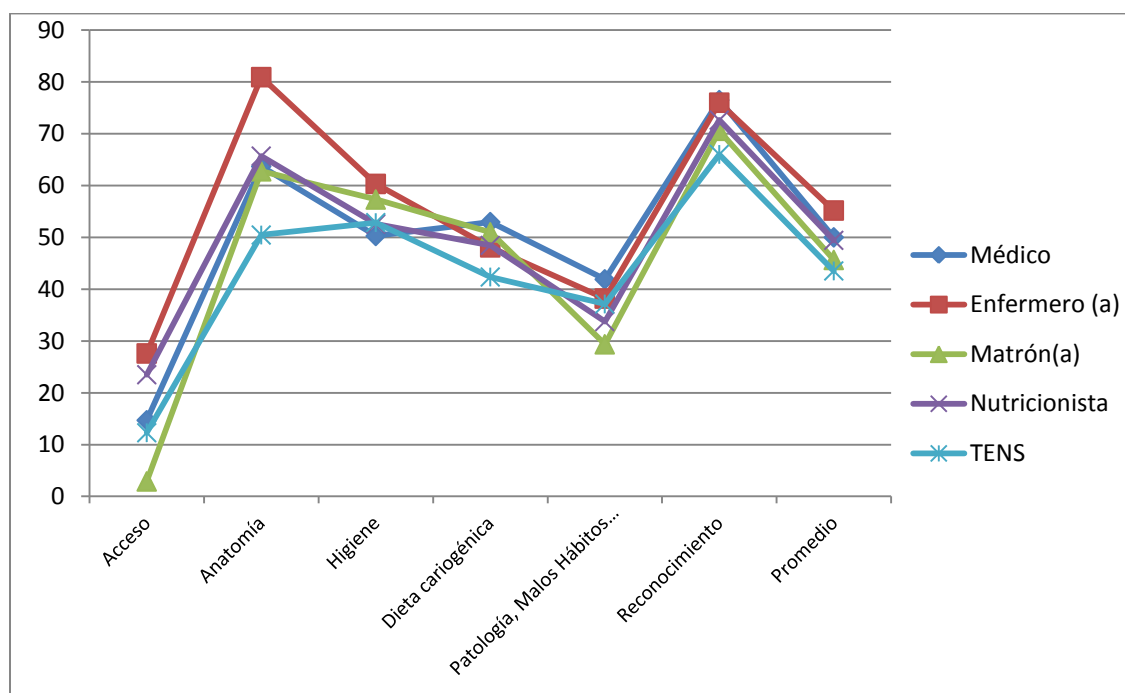


Figura VI. Resumen variables por estamento.

Al observar los resultados en forma general, es posible evidenciar, que todos los estamentos presentan los porcentajes más bajos de respuestas correctas en los mismos tópicos, sin embargo, se encuentra por sobre los valores promedios el estamento correspondientes a los enfermeros(as), destacándose notoriamente en los ítems de anatomía y reconocimiento de imágenes.

3.- Resultados por centros de salud de atención primaria.

Centro de Salud	Pauta 2007	Norma 1998	Documentos	Promedio	Autoevaluación
Hospital San José	0	20	20	20	20
CESFAM Jean y Marie Thierry	20	0	20	13	60
Consultorio Cordillera	20	0	20	13	60
Consultorio Quebrada Verde	20	20	40	26	40
Consultorio Plaza Justicia	20	0	20	13	40
Consultorio Rodelillo	0	20	40	20	60
CESFAM Placeres	0	0	0	0	20
CESFAM Padre Damián Molokai	40	0	20	20	20
CESFAM Reina Isabel II	0	0	0	0	60
Consultorio Cartagena	0	0	0	0	60
Centro de Salud Rural Rocas de Santo Domingo	0	20	20	13	60
CESFAM 30 de Marzo	20	0	20	13	80
CESFAM Barrancas	0	0	0	0	40
CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta	20	20	60	33	80
Hospital Santo Tomás	40	0	20	20	60
CESFAM Ventanas	60	40	40	46	80
CESFAM Zapallar	0	20	20	13	80
CESFAM Papudo	25	50	50	41	50
CESFAM Miraflores	20	0	20	13	20
CESFAM Las Torres	0	20	20	13	40
CESFAM Con Con	33	0	66	33	100
CESFAM Brígida Zavala	0	0	20	6	80
CESFAM Gómez Carreño	20	20	40	26	20
CESFAM Lusitania	0	0	0	0	60
CESFAM Cienfuegos	0	0	20	6	60
CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza	40	0	20	20	60
CESFAM Nueva Aurora	0	0	20	6	40
CESFAM Reñaca Alto	60	20	40	40	100
CESFAM Manuel Lucero. Olmué	20	0	20	13	80
Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez	40	20	0	20	60
CESFAM San Pedro	0	0	0	0	40
CESFAM LlayLlay	20	20	60	33	60
CESFAM Panquehue	40	20	40	33	80
CESFAM Centenario	20	20	0	13	100
CESFAM Pedro Aguirre Cerda	0	0	0	0	60

Tabla X. Distribución (%) de respuestas afirmativas referentes al acceso a documentos del Minsal por centro de atención primaria.

Dentro de las preguntas correspondientes al ítem de acceso, en la primera de ellas, los equipos de salud de los centros Hospital San José, Rodelillo, Placeres, Reina Isabel II, Cartagena, Santo Domingo, Barrancas, Zapallar, Las Torres, Brígida Zavala, Lusitania, Cienfuegos, Nueva Aurora, San Pedro y Pedro Aguirre Cerda, no conocen la Pauta de evaluación buco-dentaria del año 2007.

En la segunda pregunta, referente al conocimiento de la Norma de 1998, en los centros de salud Jean y Marie Thierry, Cordillera, Plaza Justicia, Placeres, Padre Damián Molokai, Reina Isabel II, Cartagena, 30 de Marzo, Barrancas, Hospital Santo Tomás, Miraflores, Concón, Brígida Zavala, Lusitania, Cienfuegos, Nueva Aurora, Juan Carlos Baeza, Manuel Lucero, San Pedro y Pedro Aguirre Cerda, no hay conocimiento respecto a ella.

Referente a la disponibilidad, los documentos no se encuentran en el lugar de trabajo en los centros de salud Placeres, Reina Isabel II, Cartagena, Barrancas, Lusitania, Raúl Silva Henríquez, San Pedro, Centenario y Pedro Aguirre Cerda.

Con respecto a la autoevaluación, el porcentaje más bajo corresponde a los centros Hospital San José, Placeres, Padre Damián Molokai, Miraflores y Gómez Carreño con un 20%, donde este dato correspondería a una persona por centro de salud.

Los centros de salud Placeres, Reina Isabel II, Cartagena, Barrancas, Lusitania, San Pedro y Pedro Aguirre Cerda, no conocen ni disponen de ninguno de los documentos mencionados en la encuesta realizada.

Centro de Salud	Cantidad dientes temporales	Edad erupción primer diente	Tipo de diente	Promedio
Hospital San José	60	80	80	73
CESFAM Jean y Marie Thierry	80	80	100	86
Consultorio Cordillera	0	60	100	53
Consultorio Quebrada Verde	20	40	80	46
Consultorio Plaza Justicia	20	100	100	73
Consultorio Rodelillo	20	40	60	40
CESFAM Placeres	40	20	100	53
CESFAM Padre Damián Molokai	40	40	80	53
CESFAM Reina Isabel II	20	60	80	53
Consultorio Cartagena	60	60	80	66
Centro de Salud Rural Rocas de Santo Domingo	20	80	100	66
CESFAM 30 de Marzo	20	80	100	66
CESFAM Barrancas	20	60	100	60
CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta	40	40	100	60
Hospital Santo Tomás	20	40	80	46
CESFAM Ventanas	20	80	80	60
CESFAM Zapallar	40	100	80	73
CESFAM Papudo	25	75	100	66
CESFAM Miraflores	60	60	100	73
CESFAM Las Torres	0	80	100	60
CESFAM Con Con	66	100	100	88
CESFAM Brígida Zavala	20	80	100	66
CESFAM Gómez Carreño	60	40	60	53
CESFAM Lusitania	60	80	80	73
CESFAM Cienfuegos	80	80	100	86
CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza	40	60	100	66
CESFAM Nueva Aurora	80	80	80	80
CESFAM Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	20	100	100	73
CESFAM Manuel Lucero. Olmué	40	60	80	60
Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez	60	60	80	66
CESFAM San Pedro	60	60	80	66
CESFAM LlayLlay	0	40	100	46
CESFAM Panquehue	40	80	100	73
CESFAM Centenario	20	80	80	60
CESFAM Pedro Aguirre Cerda	60	80	100	80

Tabla XI. Distribución (%) de respuestas correctas referente a anatomía dentaria por centros de atención primaria.

En la primera pregunta del ítem de anatomía, los funcionarios de los centros Cordillera, Las Torres y Llay Llay, no reconocieron que la fórmula dentaria temporal tiene 20 dientes.

En la pregunta de edad de erupción dentaria, sólo el 20% (1 persona) de los funcionarios del centro de salud Placeres responde que este hecho sucede a los 6 meses de edad.

En la siguiente pregunta referida a tipo de diente, los centros de salud que se encontraron más débiles corresponden a Rodelillo y Gómez Carreño con un 60% de respuestas correctas respectivamente.

El centro con mayor desconocimiento referente a anatomía es Rodelillo con un 40% de los funcionarios que responden correctamente.

Centro de Salud	Higiene antes de 6 meses	Instrumento higiene antes	Materiales de higiene en	Técnica de Fones	Uso pasta en niños	Edad comienzo	Cantidad de pasta	Momento cepillado	Quien debe cepillar	Concentración de flúor	Promedio
Hospital San José	60	40	80	40	60	20	80	0	100	20	50
Jean y Marie Thierry	100	80	80	40	60	60	40	0	80	0	54
Consultorio Cordillera	80	60	100	20	80	60	60	0	100	60	62
Quebrada Verde	80	80	80	0	100	40	20	0	80	0	48
Plaza Justicia	80	60	80	40	60	80	80	0	80	60	62
Rodelillo	80	40	100	40	80	0	40	0	80	20	48
Placeres	80	60	60	20	60	20	0	0	100	20	42
Padre Damián	100	40	60	40	60	40	20	20	80	20	48
Reina Isabel II	60	40	80	20	100	0	40	0	100	20	46
Cartagena	80	40	80	20	60	40	20	20	100	40	50
Santo Domingo	80	60	80	20	80	20	40	0	100	0	48
30 de Marzo	60	0	100	60	80	20	100	40	80	0	54
Barrancas	80	40	100	40	100	20	100	40	60	40	62
Manuel Bustos	100	20	100	60	80	40	60	20	80	20	58
Hospital Santo Tomás	40	40	80	20	80	60	20	0	100	40	48
Ventanas	80	40	100	60	80	100	80	0	100	60	70
Zapallar	80	80	100	40	60	40	80	0	80	40	60
Papudo	75	25	75	0	75	25	75	25	100	25	50
Miraflores	100	80	80	60	80	80	60	60	20	60	68
Las Torres	60	40	100	20	20	80	40	0	100	0	46
Con Con	66	66	100	66	66	33	100	0	66	33	60
Brígida Zavala	60	40	100	60	20	60	60	20	60	60	54
Gómez Carreño	100	100	80	20	60	80	80	40	100	20	68
Lusitania	60	40	80	20	40	20	80	0	80	0	42
Cienfuegos	80	40	100	20	40	40	0	0	60	0	38

Dr. Juan.Carlos Baeza	80	80	100	40	80	60	80	40	80	0	64
Nueva Aurora	100	60	100	60	20	40	40	40	60	40	56
Reñaca Alto	80	60	80	60	60	20	20	40	60	0	48
Manuel Lucero	80	60	100	60	80	20	40	20	100	20	58
Raúl Silva Henríquez	80	80	80	60	80	40	40	20	100	60	64
San Pedro	80	60	100	40	80	60	40	0	60	20	54
LlayLlay	80	80	100	20	100	40	80	80	60	20	66
Panquehue	100	80	80	80	100	40	20	40	60	40	64
Centenario	100	60	80	20	100	40	80	0	80	40	60
Pedro Aguirre Cerda	80	80	80	20	80	20	60	40	80	40	58

Tabla XII. Distribución (%) de respuestas correctas y afirmativas correspondientes a Higiene bucal y uso de flúor por centro de salud.

Con respecto al ítem de higiene bucal y uso de flúor, se les preguntó a los encuestados, si se indica realizar higiene bucal antes de los seis meses de edad, donde el establecimiento con menor número de funcionarios que responde correctamente es el Hospital Santo Tomás con un 40%.

En la pregunta referente al instrumento con el que indicaban realizar la higiene bucal de los bebés, no conocen ningún instrumento el equipo de salud perteneciente al centro 30 de Marzo.

Con respecto a los instrumentos de higiene en niños fue posible encontrar que solo el 60% de los centros de salud Placeres y Padre Damián Molokai responden adecuadamente, siendo los establecimientos más bajos.

Referente a la técnica de cepillado de Fones, no es conocida en los centros de salud de Quebrada Verde y Papudo.

En la pregunta siguiente, referida al uso de pasta fluorada, solo el 20% de los centros de salud Las Torres, Brígida Zavala y Nueva Aurora saben si se puede usar pasta fluorada en niños.

Al momento de identificar desde que edad es apropiado indicar el uso de pasta en niños, no responde correctamente ninguno de los funcionarios de los consultorios de Rodelillo y Reina Isabel II.

En la pregunta en relación a la cantidad de pasta que deberían utilizar los niños, los CESFAM Placeres y Cienfuegos no poseen los conocimientos solicitados.

En la pregunta posterior, que alude al momento del cepillado durante el día, no responden correctamente los equipos de salud pertenecientes a el Hospital San José, Jean y Marie Thierry, Cordillera, Quebrada Verde, Plaza Justicia, Rodelillo, Placeres, Reina Isabel II, Santo Domingo, Hospital Santo Tomás, Ventanas, Zapallar, Las Torres, Concón, Lusitania, Cienfuegos, San Pedro y Centenario.

En la última pregunta referente a cepillado, el 20% del CESFAM Miraflores como porcentaje más bajo establece que el cepillado debe ser realizado por el niño supervisado por el cuidador.

En la concentración de flúor en pastas dentales infantiles, no conocen la cantidad indicada los centros Jean y Marie Thierry, Quebrada Verde, Santo Domingo, 30 de Marzo, Las Torres, Lusitania, Cienfuegos, Juan Carlos Baeza y Reñaca Alto.

Centro de Salud	Uso de azúcar en biberón	Termino de lactancia materna	Retiro biberón nocturno	Edad uso de líquidos en vaso	Definición dieta cariogénica	Consumo de alimentos sólidos	Promedio
Hospital San José	100	80	20	40	80	20	56
CESFAM Jean y Marie Thierry	40	60	20	40	60	0	36
Consultorio Cordillera	100	100	0	40	60	40	56
Consultorio Quebrada Verde	100	80	0	20	60	0	43
Consultorio Plaza Justicia	100	100	20	20	100	20	60
Consultorio Rodelillo	40	100	20	40	80	0	46
CESFAM Placeres	100	80	0	60	80	0	53
CESFAM Padre Damián Molokai	80	60	0	40	60	0	40
CESFAM Reina Isabel II	100	100	20	0	80	40	56
Consultorio Cartagena	40	60	20	20	60	20	36
CES Rocas de Sto. Domingo	100	60	40	20	60	20	50
CESFAM 30 de Marzo	100	100	0	40	80	20	56
CESFAM Barrancas	80	80	20	80	80	40	63
CESFAM Manuel Bustos Huerta	80	80	20	20	80	40	53
Hospital Santo Tomás	100	80	40	60	60	60	66
CESFAM Ventanas	100	20	20	60	80	0	46
CESFAM Zapallar	60	100	20	0	100	20	50
CESFAM Papudo	75	100	0	0	100	0	45
CESFAM Miraflores	100	60	0	40	60	40	50
CESFAM Las Torres	40	60	40	80	80	0	50
CESFAM Con Con	100	33	33	66	100	33	61
CESFAM Brígida Zavala	80	80	20	40	80	20	53
CESFAM Gómez Carreño	80	60	20	20	40	0	36
CESFAM Lusitania	100	80	0	40	60	20	50

CESFAM Cienfuegos	100	80	20	60	100	20	63
CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza	100	100	40	40	100	0	63
CESFAM Nueva Aurora	80	60	20	60	80	0	50
CESFAM Reñaca Alto	80	100	0	40	80	60	60
CESFAM Manuel Lucero. Olmué	80	60	0	40	100	20	50
CES Raúl Silva Henríquez	100	20	0	20	60	20	36
CESFAM San Pedro	80	80	20	20	80	0	46
CESFAM LlayLlay	100	100	0	0	60	40	50
CESFAM Panquehue	100	100	20	20	20	0	43
CESFAM Centenario	100	60	20	60	80	0	53
CESFAM Pedro Aguirre Cerda	100	80	20	60	100	0	60

Tabla XIII. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a Alimentación por centro de atención primaria.

Respecto al uso de azúcar en el biberón, sólo el 40% del equipo de los centros de atención Jean y Marie Thierry, Rodelillo, Cartagena y Las Torres coincide en que no deben realizar esta indicación, siendo los establecimientos con el porcentaje más bajo.

Continuando con este tópico, se preguntó por la edad en la que se indica el término de la lactancia materna exclusiva, a lo que solo el 20% del equipo de los centros de atención primaria correspondientes a Ventanas y Raúl Silva Henríquez responde que debe realizarse a los 6 meses, correspondientes a los centros más débiles en esta pregunta.

Referente al retiro del biberón nocturno, no responden correctamente los siguientes centros de salud: Cordillera, Quebrada Verde, Placeres, Padre Damián, 30 de Marzo, Papudo, Miraflores, Lusitania, Reñaca Alto, Manuel Lucero, Raúl Silva Henríquez y Llay Llay.

En la pregunta siguiente sobre el uso de vaso los centros de atención primaria Reina Isabel II, Zapallar, Papudo y Llay Llay, no poseen los conocimientos necesarios frente a esta pregunta.

Seguido de esto se consultó por el significado del concepto de dieta cariogénica, donde sólo el 20% del personal del CESFAM Panquehue responde correctamente, siendo el más bajo de los centros en esta pregunta.

En la última pregunta referente a la edad de consumo de alimentos en presentación sólida no responden correctamente los centros Jean y Marie Thierry, Quebrada Verde, Rodelillo, Placeres, Padre Damián, Ventanas, Papudo, Gómez

Carreño, Juan Carlos Baeza, Nueva Aurora, San Pedro, Panquehue, Centenario, Pedro Aguirre Cerda y Las Torres.

Los centros que se presentan como más débiles en esta categoría son Cartagena, Gómez Carreño y Cardenal Raúl Silva Henríquez, con un 36% de funcionarios que responde adecuadamente por cada uno de ellos.

Centro de Salud	Reconocimiento de mal hábito	Reconocimiento de patología oral	Consecuencia de TDA	Conducta frente TDA	Promedio
Hospital San José	0	40	80	40	40
CESFAM Jean y Marie Thierry	20	40	80	20	40
Consultorio Cordillera	40	60	60	40	50
Consultorio Quebrada Verde	20	40	40	40	35
Consultorio Plaza Justicia	60	0	20	80	40
Consultorio Rodelillo	20	60	20	40	35
CESFAM Placeres	20	60	80	20	45
CESFAM Padre Damián Molokai	20	40	80	40	45
CESFAM Reina Isabel II	40	40	80	20	45
Consultorio Cartagena	40	40	40	20	35
Centro de Salud Rural Sto Domingo	20	20	60	0	25
CESFAM 30 de Marzo	40	40	40	20	35
CESFAM Barrancas	40	60	40	80	55
CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta	40	60	20	60	45
Hospital Santo Tomás	20	40	80	20	40
CESFAM Ventanas	20	20	40	20	25
CESFAM Zapallar	0	60	40	0	25
CESFAM Papudo	25	50	75	0	37
CESFAM Miraflores	40	60	60	0	40
CESFAM Las Torres	0	60	40	20	30
CESFAM Con Con	33	66	66	66	58
CESFAM Brígida Zavala	60	60	40	20	45
CESFAM Gómez Carreño	20	60	0	0	20
CESFAM Lusitania	40	80	0	20	35
CESFAM Cienfuegos	20	100	80	20	55
CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza	40	40	80	40	50
CESFAM Nueva Aurora	40	0	60	0	25
CESFAM Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	0	80	20	20	30
CESFAM Manuel Lucero. Olmué	40	80	60	40	55
Centro de Salud Cardenal R. S. Henríquez	60	60	40	20	45
CESFAM San Pedro	0	80	80	20	45
CESFAM LlayLlay	40	40	20	40	35
CESFAM Panquehue	20	60	20	40	35

30 de Marzo	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	80
Barrancas	100	0	80	0	100	100	100	100	100	80	76
Manuel Bustos Huerta	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	80
Hospital Santo Tomás	100	0	100	0	80	80	100	100	100	100	76
Ventanas	100	20	100	0	100	100	100	100	100	80	80
Zapallar	100	40	60	0	100	100	60	80	100	100	74
Papudo	100	25	100	0	75	75	100	50	100	50	67
Miraflores	100	0	100	0	100	80	80	80	100	60	70
Las Torres	100	0	100	0	80	60	100	100	100	100	74
Con Con	100	0	100	0	66	66	100	100	100	100	73
Brígida Zavala	100	0	100	0	100	80	100	100	100	60	74
Gómez Carreño	100	0	100	0	60	80	100	100	100	20	66
Lusitania	100	0	100	0	100	100	100	100	100	60	76
Cienfuegos	100	0	100	0	80	60	100	100	80	100	72
Dr. Juan Carlos Baeza	100	0	100	0	100	80	100	100	100	100	78
Nueva Aurora	80	20	100	0	80	60	100	80	100	80	70
Reñaca Alto	100	20	100	0	80	80	100	100	100	80	76
Manuel Lucero	100	20	100	0	100	100	80	80	100	100	78
Raúl Silva Henríquez	100	20	100	0	80	80	100	100	100	60	74
San Pedro	100	20	80	0	100	100	80	80	100	100	76
LlayLlay	100	80	80	20	60	80	80	100	100	80	78
Panquehue	100	20	100	0	100	80	100	100	100	80	78
Centenario	100	0	100	0	100	100	100	100	80	60	74
Pedro Aguirre Cerda	100	0	100	0	100	100	80	100	100	80	76

Tabla XV. Distribución (%) de respuestas correctas referentes al Reconocimiento de Imágenes por centro de salud.

En la primera imagen de esta última sección el 80% de los centros de atención primaria Plaza Justicia, Padre Damián Molokai y Nueva Aurora discriminaron la imagen como anormal siendo estos los porcentajes más bajos. Referente a la misma imagen, no reconocen todas las anomalías presentes los centros de atención primaria Hospital San José, Jean y Marie Thierry, Quebrada Verde, Plaza Justicia, Padre Damián Molokai, Reina Isabel II, Cartagena, 30 de Marzo, Barrancas, Manuel Bustos, Hospital Santo Tomás, Miraflores, Las Torres, Concón, Brígida Zavala, Gómez Carreño, Lusitania, Cienfuegos, Juan Carlos Baeza, Centenario y Pedro Aguirre Cerda.

Respecto a la segunda imagen, el 60% del CESFAM Zapallar es capaz de identificar la situación anormal, siendo el centro más débil en esta discriminación. En la misma situación ningún establecimiento es capaz de reconocer 3 o 4 de las siguientes anomalías presentes: maloclusión, interposición lingual, dentición mixta y gingivitis.

En la tercera imagen, solo el 60% de los centros de atención primaria Jean y Marie Thierry, Quebrada Verde, Plaza Justicia, Rodelillo, Reina Isabel II, Gómez Carreño y Llay Llay son capaces de discriminar si la situación presentada es anormal o normal en forma correcta. Siguiendo con el reconocimiento, identifica el frenillo lingual corto el 40% el CESFAM Jean y Marie Thierry, presentándose con el porcentaje más bajo en este reconocimiento.

En la imagen número 4, sólo el 60% del CESFAM Zapallar logra discriminar como anormal la imagen presentada. Respecto al reconocimiento de la situación presente el 40% de los CESFAM Plaza Justicia y Padre Damián Molokai, reconoce la succión digital como el mal hábito que se encuentra en la figura señalada.

En la última imagen de esta sección, el 80% del equipo de los centros correspondientes al Hospital San José, Rodelillo, Plaza Justicia, Padre Damián, Cartagena, Cienfuegos y Centenario no reconocen la imagen presentada. Referente al reconocimiento de la misma sólo el 20% de los CESFAM Jean y Marie Thierry, Placeres, Reina Isabel II y Gómez Carreño, reconoce el mal hábito de onicofagia.

El establecimiento con menor conocimiento en este ítem corresponde al Cefsam Plaza Justicia con un 54% de sus funcionarios que responde adecuadamente a lo solicitado.

Al observar los resultados en la totalidad de los establecimientos encuestados, es posible observar que los porcentajes de respuestas correctas en cada uno de ellos es distinto, siendo más uniforme en el ítem de reconocimiento de imágenes. A su vez queda evidenciado que dentro de un mismo establecimiento se encuentran distinta cantidad de respuestas correctas por cada ítem, presentándose más débiles en los tópicos de acceso a los documentos y en patología – malos hábitos y TDA.

4.- Resultados por red asistencial.

Variables de Acceso	Red Asistencial		
	SSVSA	SSVMQ	SSA
Pauta 2007	11,4	20,7	20
Norma 1998	7,1	11	15
Disposición documentos	20	23,2	25
Promedio	12,8	18,3	20
Autoevaluación	50	59	75

Tabla XVI. Distribución (%) de respuestas afirmativas referentes al acceso a documentos del Minsal según red asistencial.

En las preguntas del ítem de acceso, al hacer referencia al conocimiento de la Pauta del 2007, la Norma del 1998 y la disposición de dichos documentos los funcionarios del SSVSA conocían y disponían en menor porcentaje aquellos documentos. Así mismo fueron los que se autoevaluaron más bajo.

Variables de Anatomía	Red Asistencial		
	SSVSA	SSVMQ	SSA
Cantidad dientes temporales	32,9	43,9	30
Edad erupción primer diente	60	72	70
Tipo de diente	90	87,8	95
Promedio	60,9	67,9	65

Tabla XVII. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a anatomía dentaria según red asistencial.

La primera pregunta de anatomía solicitaba identificar la cantidad de dientes presentes en la dentición primaria, a lo que el 30% (6 funcionarios) de los funcionarios del SSA responde correctamente.

En la pregunta posterior el 60% de los funcionarios del SSVSA responden que a los 6 meses deberían erupcionar los primeros dientes de leche, siendo éste el más bajo.

En la siguiente pregunta los funcionarios del SSVMQ con un 87,8% identificaron en menor porcentaje a los incisivos como los primeros dientes en erupcionar.

Variables de Higiene	Red Asistencial		
	SSVSA	SSVMQ	SSA
Higiene antes de 6 meses	80	76,8	90
Instrumento higiene antes 6 meses	47,1	58,5	75
Materiales de higiene en niños	84,3	89	80
Técnica de Fones	32,9	41,5	35
Uso pasta en niños	75,7	59,8	95
Edad comienzo uso pasta	32,9	51,2	35
Cantidad de pasta	50	53,5	60
Momento de cepillado	10	18,3	40
Quien debe cepillar	87,1	78	70
Concentración de flúor	22,9	28	35
Promedio	52,2	55,4	61,5

Tabla XVIII. Distribución (%) de preguntas correctas y afirmativas correspondientes a Higiene bucal y uso de flúor según red asistencial.

En el ítem de higiene bucal y uso de flúor, fueron los funcionarios del SSVMQ los que indica higiene bucal antes de los seis meses con un menor porcentaje con un 76,8% del total.

Seguido de lo anterior se pregunto respecto al conocimiento de materiales de higiene en niños antes de los 6 meses y posterior, a lo que los funcionarios del SSVSA fueron los que tuvieron más desconocimiento con un 47,1% y 84,3% respectivamente. Así mismo en referencia a la técnica de cepillado de Fones o circular con un 32,9% demostraron el menor porcentaje de conocimiento.

Otra de las preguntas incluidas en este ítem corresponde a si se indica el uso de pasta dental en niños, en donde el porcentaje más bajo de indicación fue el de los funcionarios del SSVMQ con un 59,8%

Continuando con esta tópico, los funcionarios del SSVSA demostraron un mayor desconocimiento en las preguntas respecto a edad de comienzo de uso de pasta (3 años), cantidad de pasta (tamaño de una arveja) y momento de cepillado (después de cada comida y antes de acostarse) con una 32,9%, 50% y un 10% respectivamente.

Como última pregunta referente a cepillado se pidió identificar quién debe realizar esta acción, donde el 70% de los funcionarios del SSA como porcentaje más bajo coinciden en que el cepillado debe ser realizado por el niño supervisado por el cuidador.

Finalmente el 22,9% de los funcionarios del SSVSA respondió que las pastas de niños deben tener 500 ppm, siendo los de menor porcentaje correcto, evidenciando lo mismo en el promedio del ítem.

Variables de Alimentación	Red Asistencial		
	SSVSA	SSVMQ	SSA
Uso de azúcar en biberón	82,9	85,4	100
Termino de lactancia materna	81,4	69,5	85
Retiro biberón nocturno	14,3	17,1	15
Edad uso de líquidos en vaso	34,3	40,2	35
Definición dieta cariogénica	72,9	79,3	65
Consumo de alimentos sólidos	18,6	18,3	10
Promedio	50,7	51,6	51,6

Tabla XIX. Distribución (%) de preguntas correctas y afirmativas referentes a Alimentación según red asistencial.

Al inicio de este ítem se preguntó a los participantes de este estudio sobre si se indica el uso de azúcar en el biberón, en donde el porcentaje más bajo de las 3 redes que no indicaba corresponde a los funcionarios del SSVSA con 82,9%.

En la pregunta donde se consulta por la edad en la que se debería terminar la lactancia materna exclusiva, el 69,5% del SSVMQ responde que debía ser a los 6 meses, resultando el más bajo porcentaje.

En las 2 siguientes preguntas, respecto a la edad del retiro del biberón nocturno y cambio por uso de líquidos en vaso la red asistencial más débil fue SSVSA con un 14,3% y 34,3% respectivamente.

En cuanto al concepto de dieta cariogénica, es posible observar que el menor porcentaje de respuestas correctas es un 65% de los funcionarios del SSA.

La última pregunta se refirió a la edad de consumo de alimentos en presentación sólida, a lo cual solo el 10% de los funcionarios (2 funcionarios) del SSA considera que debe ser a los 2 años y medio de edad del infante.

En resumen del ítem de alimentación, la red SSVSA fue levemente más débil.

Variables de Patología, Malos Hábitos y TDA	Red Asistencial		
	SSVSA	SSVMQ	SSA
Reconocimiento de mal hábito	30	26,8	35
Reconocimiento de patología oral	42,9	58,6	30
Consecuencia de TDA	52,9	50	35
Conducta frente TDA	37,2	18,3	30
Promedio	44,3	42,3	31,6

Tabla XX. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a Patología, Malos Hábitos y TDA según red asistencial.

En la primera pregunta referente a malos hábitos fue posible encontrar que el 26,8% de los equipos de salud que pertenecen a la red asistencial del SSVMQ son capaces de reconocer 3 o 4 malos hábitos correspondientes a succión digital, onicofagia, bricofagia y respiración bucal; siendo el porcentaje más bajo de las tres redes asistenciales

En la identificación de patologías orales y consecuencias frente a un traumatismo dento-alveolar, la red asistencial Aconcagua presenta los porcentajes más bajos de nivel de conocimiento de estos temas.

En la última pregunta de este tópico referente a la conducta frente a un traumatismo dento-alveolar, sólo el 18,3% del SSVMQ indica 3 o 4 de las siguientes opciones: alimentación blanda, verificar presencia de cuerpos extraños, cepillado suave y derivar al odontólogo (15 funcionarios).

La red asistencial que se encuentra con el menor porcentaje de nivel de conocimiento en este ítem es el SSA con un 31,6% de sus funcionarios que responden adecuadamente lo solicitado.

Variables de Reconocimiento	Red Asistencial		
	SSVSA	SSVMQ	SSA
Discriminación imagen 1	97,1	98,8	100
Que reconoce imagen 1	5,8	10,9	25
Discriminación imagen 2	92,9	96,3	95
Que reconoce imagen 2	0	0	5
Discriminación imagen 3	81,4	87,8	90
Que reconoce imagen 3	80	81,7	90
Discriminación imagen 4	95,7	93,9	90
Que reconoce imagen 4	82,9	91,5	100

Discriminación imagen 5	92,9	98,8	95
Que reconoce imagen 5	64,3	79,3	75
Promedio	69,3	73,9	76,5

Tabla XXI. Distribución (%) de respuestas correctas referentes a Reconocimiento de Imágenes según red asistencial.

Como fue explicado anteriormente para finalizar esta encuesta se les pidió a los participantes discriminar normalidad o anormalidad y reconocimiento de 5 imágenes. En las imágenes 1, 2, 3 y 5, los funcionarios pertenecientes a la red asistencial Valparaíso – San Antonio, presentan menor conocimiento para discriminar y reconocer lo presente en dichas imágenes. Así como también en la situación 4 los equipos de salud pertenecientes a la red asistencial de Aconcagua, presentan el porcentaje más bajo respecto a la discriminación de normalidad o anormalidad descrita en la imagen.

La red asistencial de Valparaíso – San Antonio se presenta como la más débil al momento de discriminar y poder establecer las patologías presentes en las imágenes descritas con anterioridad.

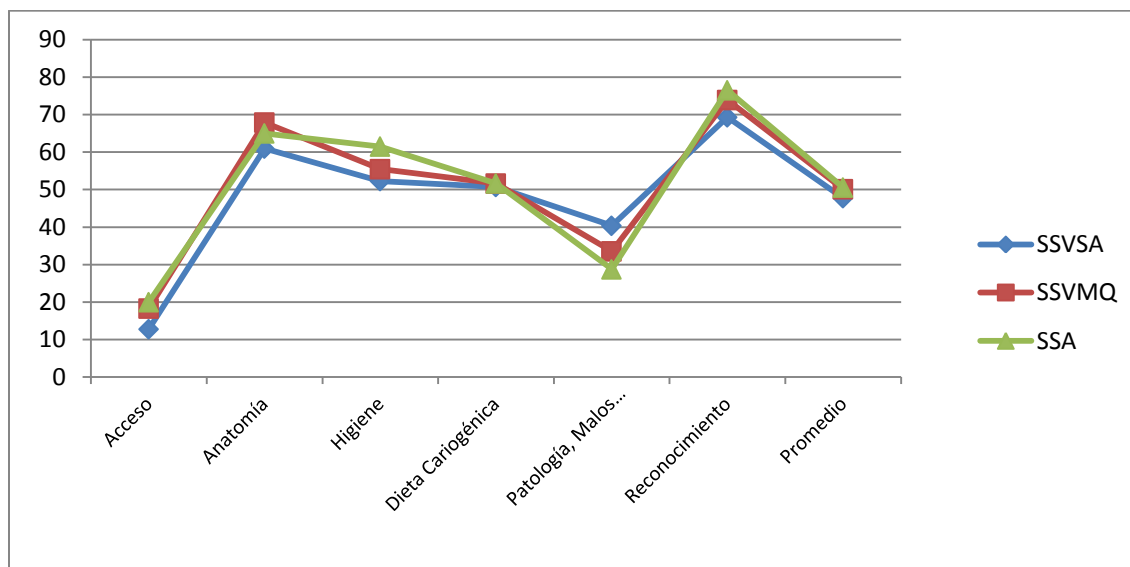


Figura VIII. Resumen Variables según red asistencial.

Al observar los resultados por red asistencial se puede evidenciar que las tres redes presentan porcentajes similares de funcionarios que responden correctamente a lo solicitado, encontrándose más débiles en los mismos ítems, que corresponden al acceso a los documentos y Patología – Malos hábitos y TDA.

Discusión.

Luego del análisis de resultados obtenidos a partir de la encuesta realizada a los distintos equipos de salud pertenecientes a centros de atención primaria estatal de la Región de Valparaíso, es posible observar, a nivel de muestra global, que existe una predominancia de funcionarias que pertenecen al del género femenino en el área de salud, lo cual asciende a un 82,6% del total de trabajadores del servicio

Junto con esto se pudo evidenciar que más de un tercio de los trabajadores tiene menos de 30 años, lo que está demostrando que existe una tendencia a la contratación de personal recientemente titulado, ya que casi el 25% de la muestra recibió su título a partir del año 2010.

De los contratados para ejercer su labor en los centros de atención primaria estatal, la mayor parte de estos (57%) obtuvo su título académico de una Universidad perteneciente CRUCH. Cabe destacar la presencia de profesionales que recibieron su título académico en una Universidad extranjera, siendo estos en un 100% médicos, lo que podría indicar que el médico titulado en Chile busca trabajar en la atención primaria en un menor grado.

Algunos de los objetivos trazados en este estudio se pueden resumir en determinar la disponibilidad de los documentos: Pauta evaluación buco-dentaria entregada por Minsal el año 2007 y Norma de 1998. Dichos documentos fueron emitidos para el equipo de salud hace un tiempo razonable, para que pudiesen utilizarlo en sus actividades diarias, por lo que se esperaría que esté disponible en su totalidad en los distintos centros de salud en forma transversal en la región, muy por el contrario se encontró que más del 65% de los trabajadores de los distintos estamentos no dispone del documento mencionado anteriormente en su lugar de trabajo. Si se observan estos datos a nivel de centro de atención se encontró que sólo 2 de los 35 Centros de Salud estudiados, presentaron 3 de 5 funcionarios que afirman tener a su disposición este documento, lo que evidencia aún más la baja disposición. Al ver estos mismos resultados en forma más global, agrupándolos por red asistencial a la que pertenecen, se continúa reflejando esta falta de disposición siendo similar en las tres redes, alcanzando sólo un 25 % del total, el valor más alto.

Los objetivos restantes pretendían describir el conocimiento de salud oral basado en la Pauta de evaluación buco-dentaria, por lo que primero se preguntó si conocían dicho documento, para luego enfocar el resto de preguntas en el contenido de la misma.

Referente al conocimiento de la Pauta según estamento, los resultados son similares a lo encontrado frente a la disposición de este documento, ya que más del 60% de ellos no la conoce. Así mismo también concuerdan los resultados a nivel de centro de salud, encontrándose nuevamente sólo 2 centros que tienen 3 funcionarios, de 5, que conocen este documento; sin embargo, no son los mismos centros con trabajadores que dicen disponer la pauta en un mayor porcentaje. Este resultado a nivel de red asistencial permite evidenciar aún más esta falta de conocimiento de la misma, con apenas un 20% como valor más alto de los centros de salud que pertenecen a las redes asistenciales SSVMQ y SSA.

Es importante recalcar la falta de conocimiento y disposición que existe de los documentos mencionados con anterioridad, aún cuando ambos se encuentran disponibles a través de la pagina web de Minsal, donde están al alcance de todos los funcionarios de estos establecimientos, pero pareciera ser que no es un método de difusión efectivo, ya que a pesar de ser de fácil acceso para todos, no ha alcanzado un nivel de difusión importante entre sus usuarios.

Posterior a esto se les pregunto a cada uno de los participantes si creían poseer los conocimientos básicos de salud oral, que les permitiese hacer un control de niño en forma integral, donde fue posible observar que estos niveles de autoevaluación eran considerablemente elevados en todos los estamentos que conforman el equipo de salud, lo que demuestra una inconsistencia con los pobres resultados alcanzados en el resto de las preguntas que ponen a prueba lo que realmente conocen del sistema buco-dentario.

Para medir de mejor forma el conocimiento del contenido de la pauta, esta fue dividida en 5 tópicos, de los cuales se promediaron los porcentajes de respuestas correctas de cada uno de los funcionarios, en las distintas preguntas incluidas en los temas siguientes.

Se comenzó con anatomía, donde el estamento correspondiente a TENS está bajo el promedio del resto de los profesionales, con solo el 50% de personas que pertenecen a este estamento que responden correctamente. Al observar estos datos a nivel de centros de salud se puede ver enmascarada la debilidad de este estamento en el ítem de anatomía, ya que solo tres centros promedian bajo el 50% de preguntas correctas. A nivel de red asistencial se puede ver como estas tres se encuentran con resultados similares de conocimiento de anatomía, bajando levemente el promedio el SSVSA con un 60%.

El segundo tópico se refería a higiene oral y uso de flúor, donde se esperaba muy buenos resultados debido a que el objetivo de la atención primaria

es la promoción y prevención de la salud de la comunidad, sin embargo es posible observar en todos los estamentos debilidad en las preguntas de esta sección, ya que ninguno sobrepasa el 60% de respuestas correctas. De los centros de salud de la región, sólo dos de ellos se alejan positivamente del promedio de los centros de salud. Con respecto a lo observado en las redes asistenciales, se sigue la tendencia de bajos resultados, destacándose el SSA con un promedio de 7% de diferencia por sobre el SSVMQ y SSVSA.

Referente a las preguntas de alimentación, se encontró que a nivel de los distintos estamentos, todos están alrededor del 50% de personas que responden correctamente. Debido a que este apartado se relaciona con los contenidos de dieta, se esperaría que los nutricionistas se destacaran en sus respuestas, sin embargo esto no sucede. Además se debe mencionar que estos profesionales tienen información discrepante con respecto al uso de azúcar en el biberón, ya que existe la Guía de Alimentación del Niño(a) menor de 2 años (Minsal, 2005) que da la posibilidad de complementar calorías en el niño mediante el uso de azúcar. A nivel de centros de atención, los resultados obtenidos se corresponden en su mayoría con los promedios por estamento. Si se mira de modo global, según red asistencial, es posible aseverar una vez más lo dicho anteriormente, donde los promedios de las tres redes se encuentran nivelados en torno al 50%.

Como otro tópico fueron agrupados los temas sobre malos hábitos, patologías y TDA, en donde se evidenciaron los resultados más bajos de todas las categorías, en los estamentos en forma transversal con un promedio de 38% funcionarios que respondieron correctamente. Una forma de destacar aún más los bajos resultados fue identificando los centros individualmente, ya que de esta manera hizo posible el observar centros que llegaron a obtener sólo un 20% de funcionarios que respondió adecuadamente. Al comparar estos mismos resultados por red asistencial, se sigue el perfil de este ítem con reiteración del bajo porcentaje de personas que respondieron correctamente, sin embargo se debe destacar las diferencias entre las redes, rescatando a la red SSVSA por sobre los otros dos servicios con un 44,3% de funcionarios que responde adecuadamente.

En el ítem de reconocimiento, muy por el contrario de los resultados obtenidos en la sección anterior, los distintos estamentos lograron destacar con la aplicación de sus conocimientos de patologías y malos hábitos al identificar y discriminar correctamente la mayoría de las imágenes. Esto mismo se repitió a nivel de centro de salud individual reflejado en el 72% de personas que respondió adecuadamente tanto por estamento como por centro. Al hacer esta observación

de los datos por servicio de salud se evidenció que el 73% de personas se encontró en la misma situación, corroborando lo analizado anteriormente.

Si se mira la totalidad de los resultados del equipo de salud a nivel regional, es posible establecer que los promedian un 49% de respuestas correctas, que en una escala de notas de 1 a 7, es equivalente a nota 3.4; si el 60% se equivale a nota 4.0 que es la mínima aprobatoria, el equipo de salud reprueba sus conocimientos de salud oral, obteniendo un resultado menos que suficiente.

Al mirar los resultados en forma general de los centros de atención primaria, fue posible observar que la gran mayoría se encuentra alrededor del promedio de nivel de conocimiento (56%), con solo tres centros que se alejan notoriamente de la media en forma positiva, así como cuatro centros se alejan negativamente de este promedio en forma importante.

Al intentar explicar los bajos resultados obtenidos es necesario mencionar que en el transcurso de la realización del trabajo de investigación, muchos funcionarios evidenciaron la falta de conocimiento en salud oral, reflejando en la encuesta la realidad de los conocimientos del personal. Además se puede señalar que ellos mismos han manifestado la necesidad de aprender más conocimientos sobre la salud oral sobre todo después de realizar la encuesta.

Basándose en lo anterior se puede deducir que los métodos actuales utilizados por el Minsal para hacer llegar estos conocimientos al personal de atención primaria no han sido del todo efectivos.

Con el fin de revertir los resultados observados en este estudio es que se propone a nivel local, dentro de cada centro de salud, la realización de capacitaciones dirigidas al equipo de salud por parte del odontólogo que involucren todos los tópicos contenidos en la Pauta del 2007.

También es necesario mencionar, que durante el proceso de recolección de datos fue posible percibir, por parte del equipo de salud encuestado, que el odontólogo se encontraba alejado de la multidisciplinariedad que promueve la salud familiar. De esta manera se presume una falta de entrega de conocimientos básicos para la promoción y prevención por parte del mismo profesional hacia el equipo de salud; ésto se podría deber a que el conocimiento genera poder y el transferir conocimiento provocaría miedo a ser prescindible.

Los conocimientos de promoción y prevención respecto a salud oral que puede entregar el odontólogo al resto del equipo de salud corresponde a una

pequeña parte dentro de la enorme cantidad de conocimientos que poseen, aunque no por ello menos importante, por lo que sigue siendo un pilar fundamental dentro del equipo de salud.

Por lo anterior es que se debe hacer hincapié en la participación del equipo odontológico en la capacitación del resto del equipo de salud, dada la necesidad real, y el desafío que implica hacerse cargo de la implementación de las nuevas y actuales políticas de salud en esta área. Este enfoque de trabajo integral también debería venir desde las bases de formación universitaria odontológica; de esta manera al integrarse el odontólogo al equipo de salud se entregarían los conocimientos a los demás profesionales, para mejorar el nivel de salud. Así mismo los distintos estamentos que conforman este equipo, que se encuentran en íntimo contacto con el infante durante sus dos primeros años de vida antes de la visita al odontólogo, debiesen entregar educación oportuna, tanto al infante como cuidadores, con conocimientos apropiados, que puedan contribuir de manera significativa en la mejora de la salud oral.

Limitaciones y dificultades

- La gran limitante de la realización de este estudio fue la burocracia para obtener la autorización y acceder a los distintos centros de atención primaria estatal de la quinta región y realizar la encuesta pertinente, aun cuando los centros de salud son todos estatales, existen diferencias organizacionales para otorgar el acceso lo que retraso el desarrollo del seminario de tesis. Por esta situación se debió eliminar algunos centros y utilizar los de reemplazo.
- Otra limitante fue la negación de algunos funcionarios a participar en el estudio.
- El tiempo y costo que requiere el traslado a las distintas ubicaciones de los centros de salud, ofreció una dificultad adicional.
- La disponibilidad de los funcionarios de los distintos centros de atención, durante su jornada de trabajo, generó dificultades en el desarrollo de la investigación, lo que obligo en algunas ocasiones a asistir más de una vez al centro o bien dejar la encuesta para su posterior realización.

Conclusiones.

1. A través del instrumento de medición creado para este trabajo de investigación que se basa en la Pauta de evaluación buco-dentaria entregada por Minsal el año 2007, es posible diagnosticar que el nivel de conocimiento del equipo de salud de los centros de atención primaria estatal de la quinta región es menos que suficiente
2. La disponibilidad de la Pauta de evaluación buco-dentaria emitida por Minsal el año 2007 para el equipo de salud, a nivel regional en los centros de atención primaria estatal, es escasa a la fecha.
3. Tomando como referencia el diagnóstico general anteriormente mencionado, destaca levemente el grupo de los Enfermeros(as), seguido por Médicos, Nutricionistas, Matrones(as) y TENS de manera decreciente, referente a su nivel de conocimiento.
4. Todas las áreas evaluadas en este estudio están por bajo de los resultados óptimos, siendo el área de mayor debilidad en los distintos estamentos que conforman el equipo de salud es el de Patología, Malos hábitos y Traumatismo dento- alveolar, sin discriminar el centro de salud o red asistencial a la que pertenece.
5. El nivel de conocimiento de los equipos de salud a nivel es similar en todos los centros de atención primaria estudiados.
6. Al comparar el nivel de conocimiento de salud oral en las distintas redes asistenciales de la quinta región la diferencia encontrada entre ellos es despreciable.
7. El equipo de salud sobre estima el nivel de sus conocimientos en salud oral respecto a lo que demuestra saber.

Sugerencias.

- Para estudios posteriores se sugiere llevar esta investigación a una escala mayor en distintas regiones con el fin de tener un diagnóstico de salud oral a nivel país.
- Se sugiere realizar los trámites burocráticos que permitan el acceso a los centros a investigar en forma expedita.
- Se sugiere planificar según ubicación geográfica para optimizar tiempo y recursos.
- Se sugiere contar con una mayor cantidad de recursos tanto humano como económico para realizar estudios posteriores de esta índole.
- Se sugiere utilizar este mismo instrumento de medición para que los estudios posteriores sean comparables con lo obtenido en esta investigación.
- Dar mayor difusión de las normas y pautas contenidas en la página web de Minsal.
- Elaborar un programa de capacitación según áreas débiles detectadas.

Resumen

Objetivo del estudio:

El objetivo general de este estudio es diagnosticar el nivel de conocimiento del equipo de salud en los centros de atención primaria en la región de Valparaíso mediante un instrumento de evaluación basado en la Pauta de evaluación buco-dentaria del 2007 establecida por MINSAL.

Diseño del estudio:

Estudio de tipo descriptivo, transversal.

Materiales y Método:

La muestra se obtuvo de todos los centros de salud que ejercen atención primaria en la V región, de un total de 77 consultorios, se seleccionaron aleatoriamente 36 de una manera proporcional entre los 3 redes asistenciales de los cuales 13 pertenecen al SSVA, 16 al SSVQ y 7 al SSA. Cada centro equivale a un equipo de salud seleccionado dentro de la muestra, al cual se le aplicó una encuesta para la obtención de la información.

Resultados

Es posible establecer que los funcionarios del nivel primario de atención en salud de la región de Valparaíso respondieron en forma adecuada en promedio un 49% de la encuesta.

Conclusión:

Es posible diagnosticar que el nivel de conocimiento del equipo de salud de los centros de atención primaria estatal de la quinta región es menos que suficiente.

Palabras claves:

Centro de Salud, Control del Niño Sano, equipo de salud, Minsal, Norma de 1998, Pauta del 2007.

Referencias.

Agurto P.; Díaz R.; Cádiz O.; Bobenrieth F. (1999): Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. v.70 n.6. Santiago nov.

Aznar, T.; Galán, A.; Martín, I.; Domínguez, A. (2005): Dental Arch Diameters and relationship to oral habits. Angle Orthodontist ;76(3).

Cabaña, C. et al. (1996) Temas de Ortodoncia. Estomatología Infantil. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; pp. 130-8.

Ceballos M; Acevedo C; Corsini; G., Jans A (2007): Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar

Cepero Z.; Hidalgo-Gato I.; Johany Duque de Estrada Riverón J.; Pérez J. (2007): Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes, Rev Cubana Estomatol v.44 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic.

Cereceda, M.A; Faleiros, S.; Ormeño, A.; Pinto, M.; Tapia, R.; Díaz, C.; García, H. (2010): Prevalencia de Caries en Alumnos de Educación Básica y su Asociación con el Estado Nutricional. Revista Chilena de Pediatría. 81: 28-36

Colectivo de Autores, (2003): Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 248-89.

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. T II. 11 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. pp. 722-840.

Fariñas, M.; Díaz, J. (2001) Algunos criterios sobre mordida cruzada en nuestra área de salud. Correo Científico Médico de Holguín;4(2).

Educarchile (2005) "Para qué sirve el control de niño sano". Enero 04, 2012 de: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=77020>.

Ley 19.937, Autoridad Sanitaria.

Loaiza, V.J., (2009): Estudio epidemiológico del Índice de Caries en escolares de 6 a 11 años de edad de las I.E. Estatales y particulares de la Pampa Inalámbrica del distrito de Ilo

Más M.; Dra. Mora .C, López R.; Apolinaire J. (2009): Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. Medisur; 7(1) Especial

Medina E.; Rosado, A. (2001) Malos hábitos orales en infantes de guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Instituto Mexicano de Seguro Social; 39(5):435-40.

Ministerio de Salud (2007a). Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares. Chile Crece Contigo. pag 9.

Ministerio de Salud (2007b). Pauta de evaluación buco-dental. 2da edición. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Bucal. pag. 13-24

Ministerio de Salud (2005). Guía de alimentación del niño(a) menor de dos años. Guía de alimentación hasta la adolescencia. Departamento nutrición y ciclo vital. anexo 25

Ministerio de Salud (1999). "Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la Atención Odontológica Infantil". Departamento Odontológico. División de Salud de las Personas. pag 9 pag 7.

Ministerio de Salud (Año publicación sin especificar (SEa)). Protección de la Salud." Salud Bucal". Enero 02, 2012 de:http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_bucal/saludmigrantespresentacion.html

Ministerio de Salud (SEb). Conózcenos. Misión y Visión. Enero 02, 2012 de:http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/presentacion_mision_vision.html

Ministerio de Salud (SEc). Conózcenos. "Servicio de Salud". Enero 02, 2012 de:http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/servicios%20-%20funciones.html

Ministerio de Salud (SEd). "Plan de Actividades Promocionales en Salud Bucal". Manual para el Promotor de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de prevención y control de enfermedades. Departamento de Salud Bucal. pag. 11-28; 32-37

Ministerio de Salud (SEe): Diagnostico de Salud Bucal

Ministerio de Educación (2008). "Glosario de Términos". Unidad de Información Municipal. Departamento de Finanzas Municipal. División de Municipalidades. SUBDERE. pag. 1, 2, 13, 15

Ministerio de Salud (2008). "En el Camino a Centro de Salud Familiar". Subsecretaría de Redes Asistenciales

Pontificia Universidad Católica de Chile (2008). Reglamento del Alumno de Pregrado. Registros Académicos, Art.26. pag. 6.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (Fecha actualización sin especificar (SE)). "El Sistema de Salud Chileno". Enero 03, 2012 de:
http://wiki.ead.pucv.cl/images/d/d5/Sistema_de_Salud_Chileno.pdf. pag. 9

Scott MJ Jr.; Scott Mj 3rd. (1997). Dermatophagia: "Wolf-biter". Jan;59(1):19-20.

Soto, L; Tapia, R.; Jara, G.; Rodríguez, G., (2007): Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Niño de 6 años.

Técnico en enfermería (Fecha actualización sin especificar (SE)). Salud del niño y adolescente. "Control del niño sano". Enero 04, 2012 de:
<http://www.tecnicoenfermeria.com/2009/09/control-de-nino-sano.php>.

Universidad del Bío-Bío (SE). Tabla de Equivalencia. Dirección de Admisión y Registro Académico. Pag.1.

Zurro, M. (1999). Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace.

ANEXOS.