MAK
835
REG. 19046

T
MP310
2015

Universidad de Valparaíso
CHILE

ESCUELA DE GRADUADOS

OPINIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN PERIODONCIA DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES DEL MINSAL POR LOS ODONTÓLOGOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, 2015

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

Residente: Dra. Daniela Muñoz Ávila

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

Valparaíso - Chile
2015

Agradecimientos

Terminando esta etapa, quisiera agradecer sinceramente...

En primer lugar, a mi madre, quien siempre ha sido el pilar fundamental de mi formación como ser humano. Con fuerza y alegría, ha facilitado de manera incondicional las decisiones de mi vida.

A mi pareja, Andrés, por la paciencia y el apoyo al emprender nuevamente otro camino de desarrollo profesional. Gracias por acompañarme, y contenerme, en las alegrías y tristezas.

A mi docente guía, colega y amigo, Dr. Jorge Godoy, a quien debo la oportunidad de especializarme en Periodoncia. Agradezco su constante motivación, sentido de la responsabilidad y disposición ante cualquier duda, los cuales propiciaron el cumplimiento de los desafíos de la especialización.

Al equipo docente de la cátedra de Periodoncia, Dra. Gianina Caneppa, Dra. Magdalena Pérez, Dra. Elina Caro, Dra. María Soledad Lopetegui, Dr. Mauricio Embry y Dr. Juan Carlos Vidal, quienes nos formaron con su experticia tanto en el saber, saber hacer y saber ser.

Índice

Introducción....1

Aspectos teóricos....2
1. Aspectos generales....2
1.1 Enfermedades gingivales y periodontales....2
1.2 Prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales en el mundo....3
1.3 Prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales en chile....4

2. Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales....5
2.1 Descripción de la norma....6
2.2 Estudios sobre la norma de enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en Chile....10

3. Estructura y organización del modelo de atención en salud en chile....11
3.1 Centros públicos de atención secundaria....11
3.2 Modelo de atención primaria en salud....11
3.3 Red de atención primaria....12
3.4 Atención en Periodoncia en clínicas privadas y Universidades....14

4. Sistema de referencia a Periodoncia....15
4.1 Protocolo de derivación odontológica de los Servicios de Salud....15
4.2 Estudios internacionales sobre las referencias en Odontología....17

Objetivos....19

Materiales y métodos....20
1. Descripción general del diseño....20
2. Definición del universo....20
3. Muestra....20
4. Variables....20
5. Instrumentos de medición: cuestionario encuesta....23
6. Recolección de la información....25
7. Análisis estadístico....25
8. Aspectos éticos....26

Resultados....27

Discusión....37

Conclusiones....44

Resumen....46

Bibliografía....47

Introducción

En 1998, el Departamento Odontológico de la División «Salud de las Personas» (DISAP) del Ministerio de Salud (MINSAL) conformaron las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales, una propuesta de enfoque preventivo creada con el propósito de facilitar la provisión de servicios, reconociendo que no se ha aprovechado el potencial de las medidas preventivas. Esta norma, que sigue vigente hasta la fecha, implica la colaboración de todos los participantes del equipo de salud en asociación con el paciente, determinando una lista de actividades específicas a realizar por cada uno, categorizadas según nivel de necesidad de tratamiento. Así tenemos que el nivel más alto corresponde a actividades de recuperación de la salud y de rehabilitación, que deberían ser realizadas exclusivamente por los especialistas mientras que las demás actividades podrían ser ejecutadas al nivel de atención primaria.

Aun así, encontramos una situación regional (y nacional) donde existe una alta prevalencia de enfermedades gingivales y periodontales, que actualmente no tienen el debido espacio en la atención primaria. Por otra parte, el hecho de que la norma no haya sido actualizada o modificada a la fecha, fundamenta la observación de su falta de implementación en el sistema público de atención sanitaria, obtenida de comentarios reiterados de los profesionales de la atención secundaria en Periodoncia quienes perciben un número considerable de derivaciones que no competen directamente a ese nivel asistencial sino que debieron ser resueltas anteriormente en la atención primaria, y aún más, debidamente prevenidas, las que al avanzar el tiempo perpetúan la situación bucodental deficiente siendo, además, factores de riesgo de condiciones sistémicas de importante prevalencia nacional como diabetes y enfermedad cardiovascular, y contribuyen a saturar el sistema de atención generando listas de espera que superan el año traduciéndose en insatisfacción de la población usuaria.

De este modo, esta realidad plantea la interrogante aún no estudiada ¿se estará aplicando adecuadamente la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL de 1998 en la red odontológica de la región de Valparaíso?.

Para responder estas inquietudes, esta investigación explora, mediante una encuesta, respecto del nivel de implementación de las normas de prevención enfermedades gingivales y periodontales en la atención primaria de la región de Valparaíso desde el punto de vista de los especialistas que trabajan en Periodoncia en la región de Valparaíso. El estudio describe además la valoración de la norma en los aspectos contenido teórico, aplicabilidad y facilidad de comprensión, así como las condiciones en que dichas normas están siendo aplicadas.

De esta manera, conocer la realidad de la implementación de la norma basándonos en la opinión de los profesionales especialistas servirá para levantar resultados que podrían orientar decisiones en salud pública que pueden verse materializadas en la creación de una nueva norma, en su actualización o en la instauración de una política pública de salud bucodental, que le dé una mayor cabida a la salud periodontal tanto en su área preventiva-promocional como en la recuperativa-rehabilitadora, proporcionando los recursos materiales y humanos para aprovechar el potencial que representa la atención primaria, sobretodo en el área pública al cubrir a una amplia mayoría de la población chilena.

Aspectos teóricos

1. Aspectos generales

1.1 Enfermedades gingivales y periodontales

La Periodoncia se ha definido como "esa especialidad de la odontología que incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan de los dientes o sus sustitutos; el mantenimiento de la salud, la función y la estética de estas estructuras y tejidos; y la sustitución de dientes perdidos y las estructuras de soporte por injertos o la implantación de dispositivos y materiales naturales y sintéticos" (AAP, 2001) y, al mismo tiempo, como "el estudio científico del periodonto en la salud y la enfermedad" (AAP, 2001). El periodonto incluye la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento de la raíz, es decir, los tejidos que soportan los dientes. La anatomía, la histología y la fisiología del periodonto normal, se han descrito en gran detalle en numerosos libros por lo que no se referirá a éstos en el contexto de la investigación.

Las personas que presentan anomalías periodontales, por ejemplo, deficiencias de integridad o la función del tejido, se dice que tienen enfermedades periodontales. Estas comprenden una variedad de fenotipos definidos por los signos clínicos y síntomas que constituyen el síndrome periodontal (Baelum y Lopez, 2003; Tonetti y Mombelli, 1999; van der Velden, 2005). El fenotipo más frecuentemente observado es la inflamación de la encía (gingivitis) inducida por la placa dental (biofilm), e incluye cambios en el color del tejido, el volumen, la temperatura, el fluido crevicular y sangrado al sondaje suave (Mariotti, 1999). Los signos clínicos de la gingivitis asociada a biofilm son reversibles con la aplicación de una higiene oral adecuada y el mantenimiento profesional (Löe y cols., 1965). Menos frecuentes que la gingivitis son los signos clínicos de la periodontitis asociada a biofilm que incluyen bolsas periodontales, pérdida de inserción, sangrado al sondaje y pérdida ósea radiográfica (Flemmig, 1999). Ante estas condiciones, los esfuerzos terapéuticos están dirigidos hacia la eliminación de la infección subyacente, lo que por lo general conduce a la resolución de los signos de inflamación, reparación de tejidos, y la restauración de la función y estética. Los resultados de la terapia periodontal pueden ser estables durante un largo período de tiempo, pero los signos de la enfermedad pueden reaparecer de manera impredecible en términos de ubicación, la frecuencia y severidad (Dentino y cols., 2013).

De igual manera, existen muchos otros fenotipos, con frecuencia formas de la enfermedad con signos y síntomas graves, los cuales se han descrito y clasificado (Hart y Atkinson, 2007; Kinane y cols., 2005). Estos son mucho menos frecuentes que la periodontitis o gingivitis asociada a biofilm. Algunas de las formas raras están relacionadas con enfermedades sistémicas mientras que otros son componentes de síndromes genéticos (Dentino y cols., 2013).

Nuevos informes que relacionan los indicadores de salud dental con un mayor riesgo para una variedad de enfermedades sistémicas surgieron en los años 1980 y 1990. Los ejemplos incluyen asociaciones con infarto de miocardio (Mattila y cols.,1989;

Simonka y cols., 1988 citado en Dentino y cols., 2013), accidente cerebrovascular (Syriänen y cols., 1989), enfermedad cardiovascular (De Stefano y cols., 1993), enfermedad vascular periférica (Mendez y cols., 1998), los resultados adversos del embarazo (Dasanayake, 1998; Mendez y cols., 1998) y la neumonía (Fourrier y cols., 1998; Scannapieco y cols., 1992; Scannapieco y Mylotte, 1996). La posibilidad de que las enfermedades periodontales y otras condiciones del cuerpo humano pudieran estar asociadas marcó el comienzo de la era de la medicina periodontal (Williams y Offenbacher, 2000). Como resultado, en todo el mundo se han realizado cientos de estudios clínicos y de laboratorio, lo que conduce a una comprensión más profunda de las enfermedades periodontales como parte de la salud general (Dentino y cols., 2013) y realza la importancia de la prevención de éstas, el diagnóstico adecuado y el tratamiento oportuno, etapas donde la atención de los sistemas públicos es fundamental debido a su cobertura.

1.2 Prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales en el mundo

Uno de los motivos principales que hacen relevante esta investigación, es la alta prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales reportadas en el mundo. Entre los seis estudios que utilizan la metodología de la Organización Mundial de la Salud para la recolección de datos en Periodoncia, la prevalencia de una profundidad de los sacos mayor o igual 6 mm (o código del CPI=4) entre los adultos de 35-44 años osciló entre 21% en Alemania (Micheelis y Schiffner, 2006) y Quebec, Canadá (Brodeur y cols., 2001) hasta 5% en Hungría (Hermann y cols., 2009), China (Wang y cols., 2002), Reino Unido (Morris y cols., 2001) y Zimbabwe (Frencken y cols., 1999), mientras que la prevalencia de una profundidad de sacos de 4 a 6 mm (CPI=3) se reportó entre el 12% (China) a aproximadamente el 55% (Alemania, Reino Unido y Quebec, Canadá) (Dye, 2012).

En los adultos jóvenes, la prevalencia de una pérdida de inserción >4 mm fluctuó entre 18-20% en Dinamarca (Krustrup y Petersen, 2006), China (Wang y cols., 2002) y Estados Unidos (Dye y cols., 2007) a más del 60% en Vietnam (Do y cols., 2006), Francia (Bourgeois y cols., 2007) y Pomerania, Alemania (Holtfreter y cols., 2009).

Además de esto, se observó que la prevalencia de pérdida de inserción universalmente aumentaba con la edad. Entre los adultos mayores, el 96% de las personas que viven en Pomerania, Alemania (de 60-81 años de edad), 84% de los franceses (edades entre 60-64), 85% de los adultos en el Reino Unido (mayores de 65 años), 81% de australianos (de 75 años y más) (Slade y cols., 2007), el 65% de los adultos daneses (edades entre 65-74) y el 47% de estadounidenses (de 65-74 años) registraron una pérdida de inserción >4 mm (Bourgeois y cols., 2007; Dye y cols., 2007; Holtfreter y cols., 2009; Morris y cols., 2001; Slade y cols., 2007). Pero curiosamente, la relación entre la pérdida de inserción y la profundidad de sondaje >4 mm no fue consistente entre los adultos más jóvenes a través de las naciones (Dye, 2012).

Las diferencias entre los datos obtenidos se pueden deber a que el estudio australiano utilizó un examen de toda la boca en seis sitios por diente, mientras que los

estudios alemanes y americanos utilizaron exámenes parciales de la boca con solo 2 sitios por diente los cuales subestiman la prevalencia de enfermedades periodontales (Dye, 2012). Aun así, queda en evidencia que estas condiciones bucales son notablemente prevalentes.

1.3 Prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales en Chile

Recientemente se publicó una revisión bibliográfica que trata sobre la epidemiología periodontal en latinoamérica (Oppermann y cols., 2015). En ésta, para Chile se hace referencia a tres publicaciones de la década 2001 a 2010.

La primera, reportada como Encuesta-Examen Dental Nacional realizada en 2007 en una muestra representativa nacional mostró una frecuencia significativamente alta de los participantes con 3 mm de pérdida de inserción clínica en 1 sitio (97% en los adultos mayores y el 93% en los adultos más jóvenes) y observó una alta prevalencia de pérdida de inserción periodontal severa ≥5 mm afectaba al 58,3% (desviación estándar = 49,3) de los sujetos de 35 a 44 años y al 81,4% (desviación estándar = 38,9) de los individuos de 65 a 74 años de edad. La media de pérdida de inserción periodontal fue sustancialmente mayor entre el grupo de mayor edad; Sin embargo, no se observaron diferencias de media en las profundidades de sondaje periodontal (Gamonal y cols., 2010). Sus resultados además muestran que la extensión de los sitios afectados con pérdida de inserción clínica, la prevalencia de los dientes perdidos y el sangrado al sondaje aumenta significativamente con la edad realizando análisis multivariados que mostraron que la edad es un indicador de riesgo para pérdida de inserción clínica ≥6 mm (Gamonal y cols., 2010).

Dentro del perfil chileno informado, encontramos que los hombres muestran un aumento de la destrucción periodontal con un mayor porcentaje de pérdida de inserción en comparación con las mujeres, hallazgos que coinciden con otros estudios (Susin y cols., 2004; Bouchard y cols., 2006 citados en Gamonal y cols., 2010) que reportan información de que los varones tienen una mayor prevalencia, extensión y riesgo de pérdida de inserción clínica que las mujeres. Las razones para estas diferencias de género no se han estudiado en detalle, pero probablemente están más relacionadas con hábitos de higiene bucal pobre, menos actitudes positivas hacia la salud oral y menores visitas al dentista por parte de los hombres que a algún factor genético específico (Gamonal y cols., 2010).

Además de la edad y el género, el análisis multivariado de ese estudio demostró que un nivel de educación menor a 12 años y el tabaquismo fueron los indicadores de riesgo significativos para una pérdida de inserción clínica ≥6 mm (Gamonal y cols., 2010).

El segundo estudio tratado data de 2001, donde López y colaboradores evaluaron una amplia muestra de adolescentes y adultos jóvenes en Santiago de Chile, incluyendo 735 personas de 18-21 años de edad (López y cols., 2001). Ellos reportaron una prevalencia de la pérdida de inserción periodontal ≥3mm entre estos individuos del

8,2% y que, en promedio, 3,4 dientes se vieron afectados. La prevalencia fue mayor en los varones, mientras que las medidas fueron mayor entre los sujetos femeninos (López y cols., 2001).

Aparte de éstos artículos, en la revisión bibliográfica de Oppermann se discute sobre la evidencia clínica temprana en relación con el efecto del tratamiento periodontal en la incidencia de parto prematuro/ bajo peso al nacer mediante dos ensayos clínicos aleatorios chilenos. El primer estudio demostró, en 351 mujeres embarazadas con periodontitis, que el tratamiento periodontal antes de las 28 semanas de gestación redujo la incidencia de parto prematuro / bajo peso al nacer de 10,11% a 1,63% (López y cols., 2002). El segundo estudio evaluó el efecto del tratamiento gingivitis en 834 mujeres y demostró una reducción de 6,71% a 2,14% en la incidencia de parto prematuro / bajo peso al nacer (López y cols., 2005). Todas estas publicaciones instauran en el país una corriente de investigación en cuanto a enfermedad periodontal que va poniendo a estas condiciones en la palestra y que motivan la realización de nuevos estudios que abarquen otras áreas, como este.

Por otra parte, al revisar la literatura en busca de las prevalencias a nivel regional se encontró el estudio de Badenier y cols., 2007 quienes reportaron que el 29,7% y el 31% de la población regional de 35 a 44 años y de 65 a 74 años, respectivamente, tenía presencia de sacos periodontales, estimando que la enfermedad habría evolucionado a periodontitis (Badenier y cols., 2007). Anteriormente, y en una muestra más acotada, Lopetegui y cols., en 2003, encontró una prevalencia de 100% de periodontitis crónica en diversos grados en 308 adultos mayores entre 65 y 89 años provenientes de los consultorios Plaza Justicia y Barón de la ciudad de Valparaíso escogidos por demanda espontánea (Lopetegui y cols., 2003), posteriormente en 2004, declaró que la totalidad de los 304 adultos mayores de 65 años seleccionados al azar de los consultorios municipalizados de Viña del Mar examinados presentaron al menos un diente con nivel de inserción mayor a 3 mm y el 70,7% al menos un diente con pérdida del nivel de inserción clínica mayor a 7 mm. Al evaluar la situación por sitios, declararon que del total de dientes examinados sólo el 9,3% se encontraba sin pérdida de inserción, el 32,4% presentaban una pérdida de inserción moderada y el 21,6% presentaban una pérdida de inserción avanzada (Lopetegui y cols., 2004) y finalmente en 2009, al estudiar una muestra de 124 adultos mayores que tenían 60 años de la comuna de Villa Alemana describieron que un 26,61% de los pacientes revisados tenían una pérdida de inserción de 1-2 mm, el 42,74% presentaba una pérdida de inserción de 3 a 4 mm y el 30,65% contaba con una pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm en al menos 1 diente (Lopetegui y cols., 2009).

2. Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales MINSAL, 1998

Con respecto a las patologías antes descritas y considerando las altas prevalencias reportadas, el Ministerio de Salud chileno formalizó la constitución de un grupo de odontólogos representativos de diferentes instituciones de la Odontología Chilena por Resolución Exenta N° 304 del 25 de Junio de 1998, con el objeto de hacer

una propuesta de un cuerpo normativo sobre la Prevención de Enfermedades Gingivales y Periodontales. Así, el Departamento Odontológico de la División "Salud de las Personas" (DISAP) del Ministerio de Salud Chileno (MINSAL) conformó las "Normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales", una propuesta de enfoque preventivo dirigida al equipo de salud con el propósito de garantizar estándares de calidad en la provisión de servicios de salud, para lograr un mejoramiento continuo del nivel de salud de la población y para aumentar la cobertura y eficacia de los programas de atención odontológica, reconociendo que no se estaba aprovechado el potencial de las medidas preventivas al nivel de atención primario.

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

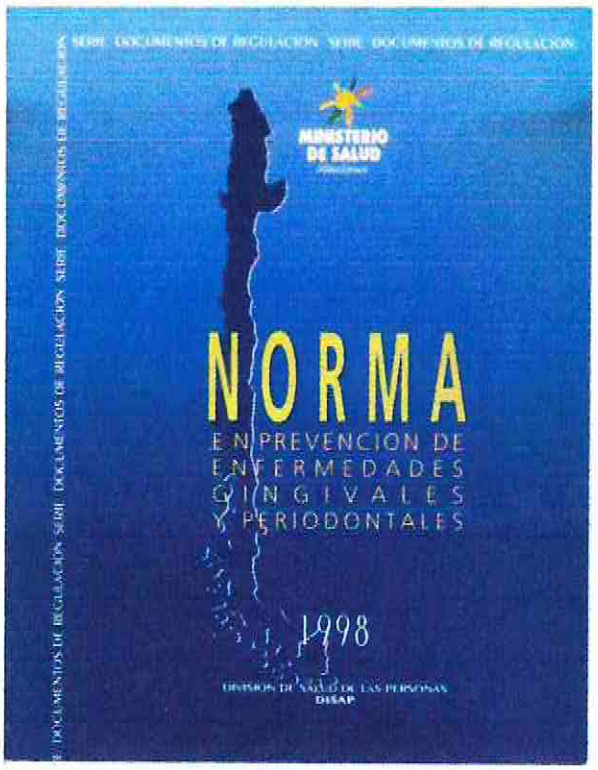

Figura 1: Portada de la Norma. Tomado de: Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales. MINSAL, 1998.

2.1 Descripción de la norma

El documento que respalda a esta pauta de prevención tiene 7 capítulos.

En el primero, a modo de introducción se da un marco conceptual basado en un glosario de términos afines a la enfermedad periodontal, los datos epidemiológicos disponibles a la fecha, una somera descripción de la etiología analizando brevemente los factores que influyen en la prevalencia y severidad de las enfermedades

periodontales como edad, género, patógenos periodontales, distribución geográfica, nivel socio-económico y educacional, tabaquismo y diabetes (MINSAL, 1998).

En el capítulo II se definen los niveles de prevención, se describen las características clínicas de las enfermedades gingivales y periodontales, y se tratan distintas estrategias de promoción de la salud como motivación del paciente con especial énfasis en el desarrollo de su autoestima, técnicas de control del biofilm, dieta equilibrada, la importancia del control periódico por un odontólogo y del auto examen bucal como estrategia preventiva y de mantención. Además en éste se recomienda realizar actividades de fomento de la participación comunitaria en la gestión en salud, formación y capacitación de monitores de salud, entrega de conocimientos y motivación en la formación del pregrado y en las capacitaciones posteriores de odontólogos y la coordinación e integración de intervenciones con el sector Educación. Entre otras cosas, la norma declara que para realizar las actividades de prevención es necesario disponer del material educativo de soporte para el programa de cuidados a realizar en casa, por parte de los pacientes (MINSAL, 1998).

En el capítulo III se comenta la protección específica de la salud gingival y periodontal que comprende las maniobras de profilaxis, destartraje y pulido radicular, más recomendaciones sobre el control de malos hábitos como tabaquismo, bruxismo y respiración bucal (MINSAL, 1998).

Mientras que el capítulo IV presenta actividades correspondientes a la prevención secundaria de diagnóstico precoz, mediante la explicación del examen periodontal básico en el cual se divide la cavidad bucal en seis sextantes y se hace sondaje periodontal con sonda OMS, determinándose los códigos y criterios para el diagnóstico mediante esta técnica (MINSAL, 1998). A cada código determinado por este examen le corresponderá una determinada acción de tratamiento periodontal, como se describe:

Necesidad de tratamiento periodontal 0:

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

Necesidad de tratamiento periodontal 1:

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

Necesidad de tratamiento periodontal 2:

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

Necesidad de tratamiento periodontal 3:

La presencia del código 3, indica la presencia de saco de 3.5 a 5.5 mm, por lo tanto, es necesario realizar además de la instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival y subgingival.

En algunas situaciones cuando la banda negra de la sonda periodontal usada en el examen periodontal básico, está próxima a quedar oculta es imprescindible la realización de pulido radicular.

Necesidad de tratamiento periodontal 4:

Un sextante con valor de código 4, es decir, con presencia de sacos periodontales mayores a 5.5 mm, debe ser derivado a especialista para realizar un tratamiento más complejo que consiste en instrucción de higiene bucal, destartraje supra y subgingival, pulido radicular y en ocasiones procedimientos de tipo quirúrgico (MINSAL, 1998).

La base del tratamiento de la gingivitis como de la enfermedad periodontal consiste en las acciones de promoción, prevención y de intervención clínica por parte de los profesionales del equipo de salud odontológico. Asimismo se definen las acciones que realizarán los distintos personajes del equipo de salud:

I. Acciones de tratamiento realizadas por el odontólogo de práctica general

- Medidas de promoción
- Instrucción de higiene bucal
- Pulido coronario
- Destartraje supra y subgingival
- Pulido y alisado radicular.

II. Acciones realizadas por la auxiliar paramédico de odontología, complementarias a la del Odontólogo General y supervisadas por este:

- Medidas de promoción
- Instrucción de higiene bucal
- Pulido coronario
- Destartraje supragingival.

III. Acciones de autocuidado realizadas por los pacientes

- Autoexamen
- Técnica de cepillado correcto
- Limpieza interproximal.

Las comunidades motivadas en la prevención de enfermedades gingivales y periodontales pueden asumir funciones de educación y capacitación de niños, adolescentes y de embarazadas, en un programa de control de placa bacteriana supragingival. Al igual que los niveles anteriores de prevención es necesario disponer del material educativo de soporte para el programa de cuidados a realizar en casa, por parte de los pacientes.

Así queda establecido que de acuerdo al código determinado por el examen básico periodontal se realizarán estrategias específicas y que implicarán tanto al profesional odontólogo, como a otros actores del equipo de salud y al propio paciente, como se resume a continuación:

RESUMEN:

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

Figura 2: Tabla resumen de tratamientos según código y nivel de resolución. Tomado de: Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales. MINSAL, 1998.

De acuerdo a esto, correspondería que los especialistas en Periodoncia priorizaran las actividades del nivel más complejo, resolutivo- rehabilitador, apoyándose en la atención primaria para los demás niveles de prevención. Estas acciones, según la norma, incluirían procedimientos quirúrgicos como técnicas regenerativas de los tejidos periodontales y reemplazo de dientes por implantes (MINSAL, 1998).

Ya en el sexto capítulo se describen actividades de prevención terciaria, sus objetivos y el instrumental requerido, correspondientes a limitación del daño como pulido y alisado radicular, tratamiento de abscesos gingivales y periodontales, extracción de dientes de mal pronóstico, re-evaluación post tratamiento periodontal y terapia de soporte periodontal (MINSAL, 1998).

Por último, en el capítulo VII, de actividades de prevención terciaria enfocadas en la rehabilitación, se nombran técnicas regenerativas y quirúrgicas a considerar en la preparación del terreno biológico para la rehabilitación bucodental incluyendo el uso de férulas (MINSAL, 1998).

2.2 Estudios sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales en Chile

Al revisar la bibliografía, no encontramos estudios que se refieran a la implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria en Chile. Lo más semejante fueron tesis de pregrado que, en base a encuestas presenciales u online, evaluaban aspectos de implementación y conocimientos de las otras normas relacionadas a lo odontológico creadas por el MINSAL en 1998, estas son las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares, de las cuales el trabajo de Calderón y cols (2009) reportó que: "En los centros de salud de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Oriente en Santiago 12 centros no tienen implementada las "Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares" del total de los 16 centros de salud de esa comuna (Calderón y cols., 2009) mientras que el estudio de Couve y cols., 2012 obtuvo sólo 2 de 22 centros pertenecientes a CORMUVAL y CORMUVIÑA la implementan en la región de Valparaíso (Couve y cols., 2012).

En cuanto a otros aspectos, por ejemplo al averiguar sobre las variables de conocimiento de la norma, en MINSAL, 2008 se enunció que "prácticamente un 96% de los profesionales de Santiago ha leído y conoce la Guía Clínica en Salud Oral GES 3" (MINSAL, 2008). Por otro lado, al cuantificar en notas el grado de conocimiento de los odontólogos de atención primaria sobre la norma GNPCO en Valparaíso, este fue superior o igual a 4,0 en el 31,82% de los casos (Weiss y cols., 2010) y en las GCSOGES3 para niños de 6 años en Santiago obtuvo un 52,8% de respuestas acertadas (MINSAL, 2008), lo que puede deberse a diferencias en el proceso evaluativo relacionadas con el instrumento de medición y la escala aprobatoria (con preguntas abiertas y de alternativas, escala al 60% en el trabajo de Weiss y cols., 2010 y en MINSAL, 2008 se elaboró un índice para categorizar el nivel de conocimientos de los odontólogos(as) definiendo que tener 10 o más respuestas correctas (77% del total) es un buen indicador y si se define que 6 o menos respuestas correctas (47% del total) es malo (MINSAL, 2008).

Al calificar la derivación al nivel secundario a la especialidad de ortodoncia en el área oriente de Santiago, siete centros la consideran regular, cinco buena y cuatro mala (Calderón y cols., 2009). En base a esto creemos que en nuestro estudio se evidenciará una falta de recursos humanos y físicos para dedicar a la norma.

Por otra parte, encontramos otra tesis que concluye que "el nivel de conocimiento del equipo de salud de los centros de atención primaria estatal de la quinta región es insuficiente. La disponibilidad de la norma es escasa" al evaluar esta variable en la región de Valparaíso en el personal no dental (Moya y cols., 2012).

Todos estos datos explican la aplicación de algunas normas ministeriales en la atención primaria, pero ninguno que evalúe la percepción de los profesionales de los otros niveles de atención, siendo éste la primera aproximación.

3. Estructura y organización del modelo de atención en salud en Chile

Según acuerdos internacionales, los niveles de atención en salud se han dividido en tres: el primero correspondería a la puerta de entrada o "primer contacto", el segundo y tercer nivel complementan al primero resolviendo lo que no se puede solucionar en dicho nivel (diagnósticos y tratamientos que requieren de manejo especializado). La definición de niveles de atención de la salud parte del supuesto de que la mayoría de las necesidades de la población se satisfacen en el nivel de menor complejidad (Montoya-Aguilar, 2008).

3.1 Centros públicos de atención secundaria en Periodoncia de la quinta región

Según los datos recopilados, para la quinta región existen dos Periodoncistas para atención pública a nivel secundario en el Hospital San Camilo de San Felipe (22 hrs) correspondiente al Servicio de Salud Aconcagua, uno en el Hospital de Quilpué (44 hrs) y dos en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar (11 hrs y 22 hrs) para el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, y dos en el Centro de Referencia de Salud Odontológico de Valparaíso (11 hrs) para el Servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio, quienes reciben las derivaciones de los centros de atención primaria en salud (APS) de sus territorios correspondientes.

3.2 Atención primaria y enfoque promocional-preventivo

La Organización Mundial de la Salud establece en 1981 que "La estrategia global para la salud de todos está basada en el concepto de sistemas nacionales de salud centrados en la atención primaria de salud (APS)" (OMS, 1981 citado por Montoya-Aguilar, 2008).

Este nivel se define como: "el cuidado (o atención) esencial de la salud, basado en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, universalmente

accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación. Forma parte integral, tanto del sistema nacional de salud, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico total de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y trae los cuidados de salud lo más cerca posible al lugar en que la gente reside y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud" (OMS, 1978 citado por Montoya-Aguilar, 2008).

En la historia propia de cada nación, van cambiando los sistemas; la APS se va precisando como concepto y como práctica. Como parte de estos procesos, debemos "corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS" y reconocer que "la APS es una estrategia para reducir las inequidades en salud" (Montoya-Aguilar, 2008).

3.3 Red de atención primaria de salud de la quinta región

La Atención Primaria de Salud se financia principalmente a través del aporte que hace el MINSAL por cada usuario inscrito en el Centro de Salud, proceso cuya validación realiza FONASA, donde se acredita la condición de beneficiario de un establecimiento y/o comuna en particular, lo que determina el consiguiente financiamiento (CORMUVAL, 2013).

En la comuna de Valparaíso existe un total de 14 establecimientos de salud destinados a la atención en el nivel primario de Salud. El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, administra dos centros, en tanto la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Valparaíso, administra 12 Centros de Salud Familiar, una Posta rural y un Centro Comunitario Familiar. La red de Urgencia Atención primaria de la comuna de Valparaíso, cuenta con cinco establecimientos que tienen Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Uno adosado al Consultorio Quebrada Verde, ubicado en el sector de Playa Ancha que cubre el sector poniente de la comuna, abarcando las áreas de influencia de los centros de salud de Puertas Negras; Cordillera y parte del área correspondiente al Centro de salud Plaza Justicia. El segundo SAPU se encuentra adosado al consultorio Placeres, ubicado en el cerro del mismo nombre que atiende el sector Oriente y cubre además su área de influencia, la correspondiente al centro de salud Padre Damián de Molokai. El SAPU Placilla que cubre las necesidades de Placilla, Peñuelas y Curauma. En Octubre del 2009 comienza el funcionamiento del SAPU Reina Isabel II y en Junio del 2012 comienza el SAPU Mena. La población usuaria de otros consultorios del área central de la comuna, es derivada o concurre directamente al Servicio de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren. En este servicio se reportan 1614 horas de odontología en la dotación de recursos humanos del año 2013 (CORMUVAL, 2013).

En cuanto a la red de atención primaria de la Corporación Municipal de Viña del Mar, esta se encuentra compuesta por los CESFAM Amigable Las Torres, del cual

dependen el CECOSF Las Palmas Chilenas Parcela 11 y el SAPU Las Torres, CESFAM Brígida Zavala, Cesfam Dr. Juan C. Baeza Bustos del cual depende el CECOSF Villa Hermosa, CESFAM Dr. Marco Maldonado A., CESFAM Dr. J. Kaplan anexo al SAPU Reñaca Alto, CESFAM Gómez Carreño, CECOSF Santa Julia, CESFAM Lusitania, CESFAM Miraflores del cual dependen el CESFAM Nueva Aurora anexo a SAPU Nueva Aurora, y el CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos (http://www.cmvm.cl/salud/ index. php?Nombre=Consultorios).

En cuanto al sector geográfico dependiente del servicio de Salud Aconcagua tenemos Centros de Salud Familiar (CESFAM) que son establecimientos dependientes de un consultorio, insertos en el nivel local, con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, orientados a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgarán, pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo. En este sector están los CESFAM San Felipe El Real, Curimón, Centenario, Cordillera Andina, Rinconada, San Esteban, Valle Los Libertadores de Putaendo, Dr. Eduardo Raggio de Catemu, Santa María, Dr. Segismundo Iturra, Panquehue, Calle Larga y Llay Llay. Además cuenta con Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): establecimientos dependientes de un Centro de Salud de Atención Primaria, insertos en el nivel local; con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, que atienden una parte de la población inscrita en el Centro del cual dependen, trabajando de manera complementaria, que resuelven de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y que, en un trabajo conjunto con ésta en las tareas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, generan las condiciones propicias para impactar positivamente en la salud de la población. Entre estos se encuentran el CECOSF Juan Pablo II de Los Andes, Las Cadenas Santa María, Lo Calvo de San Esteban, Quebrada de Herrera y Cerrillos Catemu. En un nivel más simple de complejidad encontramos Postas Salud Rurales (PSR) que cubren las necesidades de salud de sectores de población rural, preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad. Cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata, y con un sistema de comunicación radial con su centro de referencia. Estos son 10: Cariño Botado, Quebrada de Herrera, Río Blanco, Campos de Ahumada, San Vicente, Río Colorado, Piguchén, Santa Filomena, Los Guzmanes y La Orilla (http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/index.php?option=com_content&view=article&id= 47&Itemid=64).

Cabe mencionar que no todos los centros antes nombrados cuentan con atención odontológica para sus beneficiarios, por lo que la población debe acudir a centros específicos para acceder a prestaciones odontológicas y a la posibilidad de ser derivados a la atención secundaria en Odontología, lo cual esboza un problema de cobertura que se ve reflejado en las estadísticas en salud bucodental y donde el

sistema establecido no da abasto para el nivel de daño de la población. Por ejemplo, según lo reportado en el plan comunal 2013 de la Corporación Municipal de Valparaíso, la población de la quinta región sería 1.723.547 personas, de las cuales 292.510 habitarían en la comuna de Valparaíso (CORMUVAL, 2013), de estas durante el año 2012, se reportaron 226.654 personas debidamente inscritas y validadas en la atención primaria de la corporación municipal de Valparaíso (CORMUVAL, 2013) que tendrían que ser controladas y, considerando el estado de salud bucodental de la población chilena, tratadas por un número insuficiente de profesionales y con poca capacidad de ampliación de la oferta por limitaciones de espacio físico, entre otras.

3.4 Atención en Periodoncia en clínicas privadas y Universidades

La atención odontológica en Periodoncia fuera del área pública es comúnmente entregada en clínicas particulares, las cuales incluyen las prácticas individuales, las de grupos o sociedades de profesionales del área y las impartidas por instituciones como Isapres y la Central odontológica de la Armada de Chile, en las cuales los pacientes cancelan un arancel por las prestaciones recibidas.

En la región de Valparaíso, existen 3 universidades que imparten la carrera de Odontología, en orden de apertura, la Universidad de Valparaíso, la Universidad Andrés Bello y la Universidad Viña del Mar, las cuales entregan atención odontológica de manera particular. Dentro de su plan de formación, estas universidades contratan dentistas para impartir las asignaturas tanto teórica como clínicamente, donde la cualidad de especialista es promovida en la docencia. Así tenemos que un cúmulo de profesionales con grado de especialista o magíster ejerce como docente y forma a las futuras generaciones de odontólogos en el área de la Periodoncia.

Por otra parte, existe a nivel nacional la Sociedad de Periodoncia de Chile, la cual es una asociación científica de profesionales del área que buscan el progreso, difusión y perfeccionamiento de la Periodoncia, mediante la realización de congresos, cursos nacionales e internacionales, seminarios y conferencias, además de contar con una revista científica junto a la Sociedad de Implantología Oral de Chile y la Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral. Al mismo tiempo, supervisa las actividades públicas y privadas en relación con el ejercicio y desarrollo de la especialidad otorgando al socio activo una cualidad que respalda ante la comunidad su nivel profesional. De la misma manera, la Sociedad cuenta con sedes regionales donde realiza actividades mensuales de difusión del conocimiento científico.

4. Sistema de Referencia a Periodoncia

4.1 Protocolo de derivación odontológica de los Servicios de Salud

El proceso de referencia y contrarreferencia representa la transferencia de pacientes entre los distintos establecimientos de una red asistencial, actuando como un sistema integrador de la atención médica enfocada a la demanda. Constituye, por sí mismo, un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a los pacientes e influye en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y, con ello, en la satisfacción de los usuarios que requieren de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz (MINSAL- Teleduc, 2004 citado en Duarte, 2012).

Así tenemos que la referencia se define como "el proceso de derivación de los pacientes que requieren de atención por una determinada especialidad, desde un establecimiento de salud de menor complejidad a otro de mayor complejidad y capacidad resolutiva, que permita dar respuesta a las necesidades específicas de cada caso clínico" y la contrarreferencia se concibe como "el proceso de derivación de los pacientes al establecimiento de origen, con la información de las prestaciones otorgadas y las respuestas e indicaciones relacionadas con las solicitudes de apoyo asistencial" (Duarte, 2012).

En el área bucodental, si los dentistas no pueden tratar la enfermedad periodontal debido a su gravedad, una estrategia posible es referirlo al especialista para asesoramiento periodontal y tratamiento (Linden, 1998). Por ende, en todos los servicios de salud existe un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Especialidades Odontológicas, el cual es confeccionado por la Subdirección de Gestión Asistencial y un grupo selecto de profesionales, el cual busca mejorar la eficiencia y eficacia en la atención de los usuarios, optimizando el recurso profesional de especialistas, mejorar la pertinencia en la derivación, otorgando prioridad a los pacientes de más riesgo y aumentar la calidad medida en el grado de satisfacción en la atención de los usuarios (http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_odontologicaRev_270711.pdf).

A modo de ejemplo, el protocolo del Servicio de Salud de Viña del Mar- Quillota incluye una sección de definiciones conceptuales y definen la prioridad de la derivación en 3 niveles:

- Alta, comprendido por pacientes con garantía AUGE, pacientes con enfermedad periodontal que van a ser sometidos a trasplantes, pacientes con enfermedades sistémicas complicadas, pacientes pediátricos o adolescentes con pérdida de inserción u ósea.
- Mediana, que incluye a pacientes con GUNA ya tratada la urgencia, pacientes con Periodontitis crónica severa o agravada sistémicamente, pacientes con periodontitis agresiva o de avance rápido.

- Baja, abarca todas las Periodontitis de características leves y moderadas, pacientes con agrandamientos gingivales por tratamientos inmunosupresores, por alteraciones hormonales e idiopáticos, presencia de recesiones gingivales.

Además, los pacientes pueden ser derivados desde Atención Primaria de Salud, desde Hospitales de la Red de menor complejidad o desde otras especialidades del Hospital (Gustavo Fricke) son los que presenten lo siguiente:

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

Conjuntamente, explicitan los procedimientos administrativos para la referencia y contrarreferencia. Según el protocolo del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, en caso de requerir la derivación, se empieza por referir a todos los pacientes al SOME Dental con Interconsulta e ingresados en el SIGGES previamente. Al remitir a los pacientes se deben considerar los siguientes aspectos:

- No derivar pacientes con Gingivitis asociada a biofilm bacteriano, sin compromiso sistémico.
- No derivar pacientes con Periodontitis leve (incipiente), sin compromisos sistémico.
- Eliminar Iatrogenia en Obturaciones cervicales (hombros).
- Los pacientes del Nodo APS, deben venir con destartraje, obturaciones y exodoncias simples realizadas.
- Diagnóstico claro, con letra legible.
- Interconsulta de referencia con datos completos y con apoyo diagnóstico.
- Datos administrativos completos.
- Diagnóstico o sospecha diagnóstica de patología GES claro y legible.
- Antecedentes médicos y sistémicos actualizados.
- Examen periodontal: consignar movilidad y otros signos clínicos de la enfermedad periodontal.
- Examen radiológico: en aquellos dientes con movilidad, en embarazadas después de los 3 meses de gestación, con las medidas de precaución tomadas. Indicación de radiografías periapicales en caso de sospechar periodontitis moderada o severa.

En cuanto a la contrareferencia, las interconsultas deben ser respondidas por el tratante en el formulario que corresponde, al momento del alta del paciente para que los profesionales que lo refirieron tomen conocimiento del diagnóstico, tratamiento efectuado y las indicaciones entregadas. El paciente dado de alta en el centro de referencia debe continuar con su seguimiento y mantención periodontal en el

consultorio de atención primaria una vez sea dado de alta de la especialidad (http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_odontologicaRev_270711.pdf).

4.2 Estudios sobre las referencias entre especialidades odontológicas con énfasis en Periodoncia

Dentro de los reportes internacionales que estudian las características de las referencias y sus sistemas en Odontología, el método más utilizado son las encuestas (Brown y cols., 1994; Cobb y cols., 2003; Dockter y cols., 2006; Lanning y cols., 2007; Zemanovich y cols., 2006).

A pesar del avance significativo en el conocimiento científico de las enfermedades periodontales durante las últimas décadas, los resultados de Cobb y cols., 2003, indicaron que los patrones en el año 2000 mostraron un aumento en el número de dientes perdidos, de la gravedad de la enfermedad, y la necesidad de la extracción de dientes en comparación con 1980 demostrando que los pacientes periodontales se refieren en etapas más tardías del proceso de la enfermedad (Cobb y cols., 2003). En conjunto, declara el autor "estas tendencias parecen indicar una combinación de varias posibilidades: 1) dentistas generales tratan los casos menos graves y se refieren sólo los casos más graves; 2) retraso en el diagnóstico de la enfermedad periodontal; 3) la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad; 4) la falta de remisión oportuna para el tratamiento; 5) un tratamiento inadecuado o la falta de tratamiento; 6) uso inadecuado de los sistemas de administración de fármacos locales que puede enmascarar la enfermedad; 7) la ansiedad o el miedo al tratamiento del paciente y, por lo tanto, rechazo del tratamiento o derivación; 8) aumento de la extracción de dientes con pronóstico cuestionable y su reemplazo con implantes dentales; o 9) consideraciones financieras de los pacientes que dictan el rechazo de un plan de tratamiento periodontal y/o derivación a un especialista. A pesar de que estaba más allá del alcance de este estudio el aclarar cuál de estos factores puede tener forma individual o colectiva efectuado las tendencias observadas, los hallazgos de otros estudios pueden ofrecer una visión" (Cobb y cols., 2003). Buscando responder estas inquietudes se identifican una serie de estudios que analizan las acciones de la práctica clínica de los dentistas generales norteamericanos en relación a Periodoncia. Así, Betof y cols en 1985 (citado en Lanning y cols., 2007) informó que los dentistas menores de 30 años de edad con conocimiento presumiblemente más actual de la periodoncia eran más propensos a tratar la enfermedad periodontal en sus prácticas, mientras que los dentistas 31 a 45 años de edad eran más propensos a remitir a los pacientes a un periodoncista para el tratamiento. Sin embargo, entre los dentistas que tenían más de 65 años de edad el 60% informaron que prestaban servicios periodontales en sus prácticas (Betof y cols., 1985 citado en Lanning y cols., 2007). Posteriormente, Zemanovich y cols., 2006 en un estudio similar, no encontró diferencias en la remisión periodontal según la edad o años de práctica de los dentistas (Zemanovich y cols., 2006).

Estudiando otras áreas, Brown y cols. 1994 informaron que las clínicas que emplean a higienistas dentales proveían significativamente más servicios periodontales que las prácticas que no disponen de higienistas dentales. La eliminación del cálculo subgingival consistió en casi el 60% de todos los procedimientos realizados por los higienistas. Además de esto, los autores de ese trabajo proponen que la administración de agentes quimioterapéuticos puede ser otro ámbito en el que los higienistas dentales jugarán un papel clave" (Brown y cols. 1994 citado en Lanning y cols., 2007), lo que está en directa relación con lo que expone la norma de prevención de enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL chileno.

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

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

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

Objetivos

Principal:

Conocer la opinión de los especialistas en Periodoncia sobre la implementación de las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL por los odontólogos de la atención primaria de la región de Valparaíso.

Específicos:

- Describir el perfil de los profesionales que se desempeñan en Periodoncia en el servicio público, Universidades y ejercicio privado miembros activos de la Sociedad de Periodoncia filial Valparaíso.

- Cuantificar el conocimiento de la existencia de la norma por los profesionales que ejercen como especialistas en Periodoncia en la región de Valparaíso.

- Determinar la disponibilidad de la norma de los dentistas que se desempeñan en Periodoncia en la región de Valparaíso.

- Determinar el grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención pública de la región de Valparaíso según los especialistas en Periodoncia.

- Conocer las razones por los que no se estaría aplicando la norma en los centros de atención primaria según la opinión de los especialistas.

- Establecer la necesidad de la norma según la valoración de los especialistas de la región de Valparaíso.

- Conocer los aspectos a mejorar de la implementación de la norma en los centros de atención primaria según los especialistas de la región de Valparaíso.

- Establecer la conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma.

- Conocer la percepción de los especialistas en Periodoncia de la región de Valparaíso respecto a la norma y su utilización.

Materiales y métodos

1.- Diseño del estudio: Descriptivo, transversal, de encuesta, debido a las características en estudio y basado en la bibliografía revisada.

2.- Universo: Odontólogos que trabajan en atención secundaria desempeñándose en la Especialidad de Periodoncia en los Servicios de Salud de la región de Valparaíso y/o que se desempeñen como docentes en las asignaturas de Periodoncia en pregrado de las Universidades de la región y profesionales especialistas en Periodoncia que ejerzan en la región, estén inscritos y asistan a las reuniones científicas de la Sociedad de Periodoncia de Chile, filial Valparaíso.

3.- Muestra: Censo, que se efectúa a todos y cada uno de los caracteres componentes de una población. Se utilizó el censo dado que la población es pequeña para obtener una muestra.

Sujetos del estudio: Odontólogos contratados en los servicios de salud de la región de Valparaíso para atención a nivel secundario y terciario en Periodoncia. Dentistas que se desempeñen como docentes en las asignaturas de Periodoncia en pregrado de las Universidades de la región. Profesionales especialistas en Periodoncia que ejerzan en la región y estén inscritos asistiendo a las reuniones científicas de la Sociedad de Periodoncia de Chile, filial Valparaíso.

Criterios de inclusión: Para dentistas que trabajen en la Especialidad de Periodoncia en las dependencias de los Servicios de Salud de la región de Valparaíso, que tengan un mínimo de antigüedad en el cargo de 6 meses a Julio de 2014.

4.- Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición
SOCIO-DEMOGRÁFICAS				
Edad	Intervalo de tiempo entre el día, mes y año del nacimiento y el día, mes y año del acaecimiento del suceso expresado en la unidad más completa posible de tiempo solar como años.	Años desde cuando nació hasta la fecha de la medición	Cuantitativa discreta de razón	Años: [1-n[

Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes (RAE).	Género (según inscripción en carnet de identidad).	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer
Nacionalidad	Estado propio de la persona nacida o naturalizada en una nación. (RAE).	Según inscripción	Cualitativa nominal politómica	Países
CARACTERÍSTICAS DEL ENCUESTADO				
Universidad de egreso	Establecimiento docente donde culmina los estudios. (RAE).	Universidad que otorgó el título profesional de CD	Cualitativa nominal politómica	Nombres de las Universidades
Nivel de especialización	Categoría, rango. Ciclo de estudios de especialización posterior a la graduación o licenciatura (RAE).	Ciclo de estudios de especialización posterior a la graduación o licenciatura.	Cualitativa ordinal	Cirujano dentista Diplomado en Periodoncia Especialista en Periodoncia Magister en periodoncia Doctor (PhD) en Periodoncia
Año de egreso de la especialidad en Periodoncia	Año en el que una Persona sale de un establecimiento docente después de haber terminado sus estudios. (RAE).	Años del título de cirujano dentista	Cuantitativa discreta de razón	Años : [0-n[
Años de trabajo como Periodoncista	Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo. (RAE).	Número de años que lleva desempeñándose en at. 1aria	Cuantitativa discreta de razón	Años : [0-n[
Lugar de trabajo	Lugar donde desarrolla actividad laboral. (RAE).	Tipo de establecimiento donde se desempeña	Cualitativa nominal	Servicio de salud Universidad Clínica privada Otros
GENERALES DE LA NORMA				

Conocimiento de la existencia de la norma	Acción y efecto de conocer, noción. (RAE)	Conocimiento de la existencia de la norma	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Disponibilidad de la norma	Cualidad o condición de disponible (RAE).	Impresa: Presencia física de la norma dentro del consultorio accesible al encuestado. Online: Presencia de computador con conexión a internet. No	Cualitativa nominal tricotómica	Impresa Online No
Razón de la no implementación de la norma	Causa o razón que mueve para algo. (RAE).	Motivos(s) por los que el encuestado considera que no se está aplicando la norma (RAE).	Cualitativa nominal politómica	Falta conocimiento No es GES Falta de horas Odontólogo Falta de recursos físicos. Falta de recursos humanos Falta capacitación Falta interés Otros
Percepción de necesidad de la norma	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. (RAE).	Creencia de la necesidad de implementar la norma	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Motivo(s) por el cual cree necesaria la norma	Causa, motivo o razón que justifica. (RAE).	Motivo(s) de percibir necesaria la norma	Cualitativa nominal politómica	Descongestiona el centro de salud Agiliza la atención Organiza la prestación de servicios
Motivo(s) por el cual no cree necesaria la norma	Causa, motivo o razón que justifica. (RAE).	Motivo(s) de no percibir necesaria la norma	Cualitativa nominal politómica	No aplica en la atención primaria Existe Derivación Existen otras prioridades
¿Qué aspectos mejoraría de la	Adelantar, acrecentar algo, haciéndolo pasar a un estado mejor. (RAE).	Qué aspectos considera el	Cualitativa nominal politómica	Recursos humanos Horas odontólogo

implementación del programa?		encuestado que podrían mejorarse		Capacitación Recursos físicos Insumos materiales
EVALUACIÓN DE LA NORMA				
Aplicabilidad en atención primaria	Cualidad de aplicable. (RAE)	Capacidad de implementarse en atención primaria.	Cuantitativa discreta de razón	Likert: 1 a 7 (siendo 7 la máxima aplicabilidad = 100%)
Cantidad del contenido teórico	Porción de una magnitud.	Información suficiente.	Cuantitativa discreta de razón	Likert: 1 a 7 (siendo 7 la máxima aplicabilidad = 100%)
Calidad del contenido teórico	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.	Contenido teórico pertinente y correctamente descrito	Cuantitativa discreta de razón	Likert: 1 a 7 (siendo 7 la máxima aplicabilidad = 100%)
Facilidad en la comprensión	Facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas.	Texto amigable y comprensible al lector.	Cuantitativa discreta de razón	Likert: 1 a 7 (siendo 7 la máxima aplicabilidad = 100%)
EVALUACIÓN DE LAS DERIVACIONES				
Signos y síntomas clínicos recibidos como diagnóstico al derivar desde atención primaria	Signos: Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. Síntoma: referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.	Signos y síntomas clínicos recibidos como diagnóstico al derivar desde atención primaria.	Cualitativa nominal politómica	Movilidad Recesión Dolor Absceso Necesidades especiales Sangrado Pérdida ósea radiográfica Halitosis Agrandamientos gingivales Cálculo dental

Tabla I: Variables de estudio.

5.- Instrumento de medición: Para la encuesta se utilizó el siguiente cuestionario.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la respuesta de esta encuesta, Usted entrega su expresa autorización para usar los datos en la difusión de los resultados de la investigación, entendiendo que se asegurará la confidencialidad en el

manejo de la información a través del resguardo de la identidad de las personas en la base de datos y en la presentación de los resultados.

Se agradece la cooperación.

DESCRIPCIÓN PERSONAL

1 Edad: ____

2 Sexo: ☐ 1 Masc.

3 Nacionalidad ☐ Chilena

4 Nivel de especialización: _____

5 Universidad de Egreso:

6 Año de Egreso Especialidad: _____

7 Años de trabajo en atención secundaria: ____

8 Lugar de trabajo:

SOBRE LA NORMA

9 ¿Sabe Usted que existe la norma en prevención de enfermedades gingivales y periodontales de 1998?:

☐ No

10 ¿Tiene Usted acceso a la norma?:

☐ No ☐ Impreso

11 ¿Cree Ud que actualmente se aplica la norma en los centros de salud de atención primaria?:

☐ No ☐ Incorrecta

Si contestó **no** en la pregunta 11:

12 ¿Por qué cree Usted que **no** se está aplicando correctamente la norma en esos centros de salud?:

☐ 1 Falta conocimiento.

☐ 2 No es garantía explicita en salud.

☐ 3 Falta de horas Odontólogo.

☐ 4 Falta de recursos físicos.

☐ 5 Falta de recursos materiales.

13 ¿Cree Usted que la norma es necesaria?

☐ No

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

14 ¿Por qué cree que la norma **no** es necesaria?

☐ No aplica en la atención primaria.

☐ Existe derivación.

15 ¿Por qué cree que es necesaria la norma?

☐ Descongestiona el centro de salud.

☐ Agiliza la atención.

[16]¿Qué aspectos mejoraría de la implementación de la norma?

- [ ] Recursos humanos.
- [ ] Horas Odontólogo.
- [ ] Capacitación.
- [ ] Recursos físicos

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

[17] Aplicabilidad en atención primaria	1	2	3	4	5	6	7
[18] Cantidad del contenido teórico	1	2	3	4	5	6	7
[19] Calidad del contenido teórico	1	2	3	4	5	6	7

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

- [ ] Movilidad
- [ ] Recesión
- [ ] Dolor
- [ ] Absceso
- [ ] Necesidades especiales
- [ ] Sangrado
- [ ] Pérdida ósea radiográfica

[22]¿Desea hacer algún comentario sobre la norma y su utilización? Expréselo aquí.

6.- Recolección de la información:

Los datos fueron obtenidos en su totalidad por una sola investigadora.

Calibración y estandarización: El instrumento de medición utilizado en esta investigación fue sometido a un estudio piloto en Abril del año 2013; con el fin de detectar posibles errores de estructura, problemas al momento de ser aplicada y tiempos de trabajo. De esta manera se buscó estandarizar el instrumento de medición.

La encuesta fue aplicada a un total de 4 Odontólogos de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso durante una reunión de la Sociedad de Periodoncia, sede Valparaíso y al mes siguiente nuevamente a los mismos para verificar la consistencia y recabar comentarios. La consistencia fue de un 100% entre la primera aplicación y la segunda. Las sugerencias obtenidas de este estudio piloto fueron incorporadas y adaptadas a la encuesta final y posteriormente revisadas por el docente guía.

Se solicitaron cartas de presentación al Dr. Miguel Miranda Cortés, Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que avalaban la tesis con las que se contactó presencialmente a los odontólogos especialistas contratados para realizar las encuestas.

Se visitó 1 centro de salud por día, Martes o Viernes en la mañana por el periodo de 2 meses y medio comprendidos entre Mayo y Julio del 2014, por disponibilidad horaria. En cada visita, se conversó personalmente con los especialistas en el box dental quienes autorizaron la realización de la encuesta en el momento. Cada participante (previa lectura de consentimiento informado) aceptó las condiciones de la encuesta, donde fueron informados que los resultados serían mantenidos en anonimato y utilizados con fines de investigación.

Se acudió a las Facultades de Odontología de la región, Miércoles en la tarde y Jueves en la mañana a la Universidad de Valparaíso, Lunes y Jueves en la tarde a la Universidad Nacional Andrés Bello durante Mayo de 2015 y a la reunión científica mensual de la Sociedad de Periodoncia Chilena filial Valparaíso llevada a cabo el último Miércoles del mes de Mayo del año 2015 donde se encuestó a los docentes de las asignaturas de Periodoncia y a profesionales Periodoncistas inscritos en la Sociedad que se encontraban presentes en la reunión y que se desempeñan dentro de la región de Valparaíso. No fue posible visitar a una profesional especialista en Periodoncia que se desempeña como docente de la Universidad Viña del Mar debido a que la Institución Universitaria negó la autorización para la encuesta, por lo que se contactó por mail enviándole la encuesta la que respondió por la misma vía en un plazo de una semana.

7.- Análisis estadístico:

Considerando la naturaleza del estudio, se realizó un análisis descriptivo según tipo de variable de estudio cualitativa-cuantitativa (distribución de frecuencias y medidas de tendencia central) usando el programa Microsoft Excel 2013©. Algunas variables se presentaron también en gráficos, complementando con texto.

8.- Aspectos éticos:

Se solicitó aprobación por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso del protocolo de la investigación en Enero de 2014 y nuevamente en Marzo de 2014 vía correo electrónico siguiendo el conducto regular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Por motivos de reestructuración interna del comité, donde éste no se reunió a sesionar en meses, la solicitud no obtuvo respuesta en ambas ocasiones.

Aspectos teóricos

1. Aspectos generales

1.1 Enfermedades gingivales y periodontales

La Periodoncia se ha definido como "esa especialidad de la odontología que incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan de los dientes o sus sustitutos; el mantenimiento de la salud, la función y la estética de estas estructuras y tejidos; y la sustitución de dientes perdidos y las estructuras de soporte por injertos o la implantación de dispositivos y materiales naturales y sintéticos" (AAP, 2001) y, al mismo tiempo, como "el estudio científico del periodonto en la salud y la enfermedad" (AAP, 2001). El periodonto incluye la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento de la raíz, es decir, los tejidos que soportan los dientes. La anatomía, la histología y la fisiología del periodonto normal, se han descrito en gran detalle en numerosos libros por lo que no se referirá a éstos en el contexto de la investigación.

Las personas que presentan anomalías periodontales, por ejemplo, deficiencias de integridad o la función del tejido, se dice que tienen enfermedades periodontales. Estas comprenden una variedad de fenotipos definidos por los signos clínicos y síntomas que constituyen el síndrome periodontal (Baelum y Lopez, 2003; Tonetti y Mombelli, 1999; van der Velden, 2005). El fenotipo más frecuentemente observado es la inflamación de la encía (gingivitis) inducida por la placa dental (biofilm), e incluye cambios en el color del tejido, el volumen, la temperatura, el fluido crevicular y sangrado al sondaje suave (Mariotti, 1999). Los signos clínicos de la gingivitis asociada a biofilm son reversibles con la aplicación de una higiene oral adecuada y el mantenimiento profesional (Löe y cols., 1965). Menos frecuentes que la gingivitis son los signos clínicos de la periodontitis asociada a biofilm que incluyen bolsas periodontales, pérdida de inserción, sangrado al sondaje y pérdida ósea radiográfica (Flemmig, 1999). Ante estas condiciones, los esfuerzos terapéuticos están dirigidos hacia la eliminación de la infección subyacente, lo que por lo general conduce a la resolución de los signos de inflamación, reparación de tejidos, y la restauración de la función y estética. Los resultados de la terapia periodontal pueden ser estables durante un largo período de tiempo, pero los signos de la enfermedad pueden reaparecer de manera impredecible en términos de ubicación, la frecuencia y severidad (Dentino y cols., 2013).

De igual manera, existen muchos otros fenotipos, con frecuencia formas de la enfermedad con signos y síntomas graves, los cuales se han descrito y clasificado (Hart y Atkinson, 2007; Kinane y cols., 2005). Estos son mucho menos frecuentes que la periodontitis o gingivitis asociada a biofilm. Algunas de las formas raras están relacionadas con enfermedades sistémicas mientras que otros son componentes de síndromes genéticos (Dentino y cols., 2013).

Nuevos informes que relacionan los indicadores de salud dental con un mayor riesgo para una variedad de enfermedades sistémicas surgieron en los años 1980 y 1990. Los ejemplos incluyen asociaciones con infarto de miocardio (Mattila y cols.,1989;

Simonka y cols., 1988 citado en Dentino y cols., 2013), accidente cerebrovascular (Syriänen y cols., 1989), enfermedad cardiovascular (De Stefano y cols., 1993), enfermedad vascular periférica (Mendez y cols., 1998), los resultados adversos del embarazo (Dasanayake, 1998; Mendez y cols., 1998) y la neumonía (Fourrier y cols., 1998; Scannapieco y cols., 1992; Scannapieco y Mylotte, 1996). La posibilidad de que las enfermedades periodontales y otras condiciones del cuerpo humano pudieran estar asociadas marcó el comienzo de la era de la medicina periodontal (Williams y Offenbacher, 2000). Como resultado, en todo el mundo se han realizado cientos de estudios clínicos y de laboratorio, lo que conduce a una comprensión más profunda de las enfermedades periodontales como parte de la salud general (Dentino y cols., 2013) y realza la importancia de la prevención de éstas, el diagnóstico adecuado y el tratamiento oportuno, etapas donde la atención de los sistemas públicos es fundamental debido a su cobertura.

1.2 Prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales en el mundo

Uno de los motivos principales que hacen relevante esta investigación, es la alta prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales reportadas en el mundo. Entre los seis estudios que utilizan la metodología de la Organización Mundial de la Salud para la recolección de datos en Periodoncia, la prevalencia de una profundidad de los sacos mayor o igual 6 mm (o código del CPI=4) entre los adultos de 35-44 años osciló entre 21% en Alemania (Micheelis y Schiffner, 2006) y Quebec, Canadá (Brodeur y cols., 2001) hasta 5% en Hungría (Hermann y cols., 2009), China (Wang y cols., 2002), Reino Unido (Morris y cols., 2001) y Zimbabwe (Frencken y cols., 1999), mientras que la prevalencia de una profundidad de sacos de 4 a 6 mm (CPI=3) se reportó entre el 12% (China) a aproximadamente el 55% (Alemania, Reino Unido y Quebec, Canadá) (Dye, 2012).

En los adultos jóvenes, la prevalencia de una pérdida de inserción >4 mm fluctuó entre 18-20% en Dinamarca (Krustrup y Petersen, 2006), China (Wang y cols., 2002) y Estados Unidos (Dye y cols., 2007) a más del 60% en Vietnam (Do y cols., 2006), Francia (Bourgeois y cols., 2007) y Pomerania, Alemania (Holtfreter y cols., 2009).

Además de esto, se observó que la prevalencia de pérdida de inserción universalmente aumentaba con la edad. Entre los adultos mayores, el 96% de las personas que viven en Pomerania, Alemania (de 60-81 años de edad), 84% de los franceses (edades entre 60-64), 85% de los adultos en el Reino Unido (mayores de 65 años), 81% de australianos (de 75 años y más) (Slade y cols., 2007), el 65% de los adultos daneses (edades entre 65-74) y el 47% de estadounidenses (de 65-74 años) registraron una pérdida de inserción >4 mm (Bourgeois y cols., 2007; Dye y cols., 2007; Holtfreter y cols., 2009; Morris y cols., 2001; Slade y cols., 2007). Pero curiosamente, la relación entre la pérdida de inserción y la profundidad de sondaje >4 mm no fue consistente entre los adultos más jóvenes a través de las naciones (Dye, 2012).

Las diferencias entre los datos obtenidos se pueden deber a que el estudio australiano utilizó un examen de toda la boca en seis sitios por diente, mientras que los

estudios alemanes y americanos utilizaron exámenes parciales de la boca con solo 2 sitios por diente los cuales subestiman la prevalencia de enfermedades periodontales (Dye, 2012). Aun así, queda en evidencia que estas condiciones bucales son notablemente prevalentes.

1.3 Prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales en Chile

Recientemente se publicó una revisión bibliográfica que trata sobre la epidemiología periodontal en latinoamérica (Oppermann y cols., 2015). En ésta, para Chile se hace referencia a tres publicaciones de la década 2001 a 2010.

La primera, reportada como Encuesta-Examen Dental Nacional realizada en 2007 en una muestra representativa nacional mostró una frecuencia significativamente alta de los participantes con 3 mm de pérdida de inserción clínica en 1 sitio (97% en los adultos mayores y el 93% en los adultos más jóvenes) y observó una alta prevalencia de pérdida de inserción periodontal severa ≥5 mm afectaba al 58,3% (desviación estándar = 49,3) de los sujetos de 35 a 44 años y al 81,4% (desviación estándar = 38,9) de los individuos de 65 a 74 años de edad. La media de pérdida de inserción periodontal fue sustancialmente mayor entre el grupo de mayor edad; Sin embargo, no se observaron diferencias de media en las profundidades de sondaje periodontal (Gamonal y cols., 2010). Sus resultados además muestran que la extensión de los sitios afectados con pérdida de inserción clínica, la prevalencia de los dientes perdidos y el sangrado al sondaje aumenta significativamente con la edad realizando análisis multivariados que mostraron que la edad es un indicador de riesgo para pérdida de inserción clínica ≥6 mm (Gamonal y cols., 2010).

Dentro del perfil chileno informado, encontramos que los hombres muestran un aumento de la destrucción periodontal con un mayor porcentaje de pérdida de inserción en comparación con las mujeres, hallazgos que coinciden con otros estudios (Susin y cols., 2004; Bouchard y cols., 2006 citados en Gamonal y cols., 2010) que reportan información de que los varones tienen una mayor prevalencia, extensión y riesgo de pérdida de inserción clínica que las mujeres. Las razones para estas diferencias de género no se han estudiado en detalle, pero probablemente están más relacionadas con hábitos de higiene bucal pobre, menos actitudes positivas hacia la salud oral y menores visitas al dentista por parte de los hombres que a algún factor genético específico (Gamonal y cols., 2010).

Además de la edad y el género, el análisis multivariado de ese estudio demostró que un nivel de educación menor a 12 años y el tabaquismo fueron los indicadores de riesgo significativos para una pérdida de inserción clínica ≥6 mm (Gamonal y cols., 2010).

El segundo estudio tratado data de 2001, donde López y colaboradores evaluaron una amplia muestra de adolescentes y adultos jóvenes en Santiago de Chile, incluyendo 735 personas de 18-21 años de edad (López y cols., 2001). Ellos reportaron una prevalencia de la pérdida de inserción periodontal ≥3mm entre estos individuos del 8,2% y que, en promedio, 3,4 dientes se vieron afectados. La prevalencia fue mayor en los

varones, mientras que las medidas fueron mayor entre los sujetos femeninos (López y cols., 2001).

Aparte de éstos artículos, en la revisión bibliográfica de Oppermann se discute sobre la evidencia clínica temprana en relación con el efecto del tratamiento periodontal en la incidencia de parto prematuro/ bajo peso al nacer mediante dos ensayos clínicos aleatorios chilenos. El primer estudio demostró, en 351 mujeres embarazadas con periodontitis, que el tratamiento periodontal antes de las 28 semanas de gestación redujo la incidencia de parto prematuro / bajo peso al nacer de 10,11% a 1,63% (López y cols., 2002). El segundo estudio evaluó el efecto del tratamiento gingivitis en 834 mujeres y demostró una reducción de 6,71% a 2,14% en la incidencia de parto prematuro / bajo peso al nacer (López y cols., 2005). Todas estas publicaciones instauran en el país una corriente de investigación en cuanto a enfermedad periodontal que va poniendo a estas condiciones en la palestra y que motivan la realización de nuevos estudios que abarquen otras áreas, como este.

Por otra parte, al revisar la literatura en busca de las prevalencias a nivel regional se encontró el estudio de Badenier y cols., 2007 quienes reportaron que el 29,7% y el 31% de la población regional de 35 a 44 años y de 65 a 74 años, respectivamente, tenía presencia de sacos periodontales, estimando que la enfermedad habría evolucionado a periodontitis (Badenier y cols., 2007). Anteriormente, y en una muestra más acotada, Lopetegui y cols., en 2003, encontró una prevalencia de 100% de periodontitis crónica en diversos grados en 308 adultos mayores entre 65 y 89 años provenientes de los consultorios Plaza Justicia y Barón de la ciudad de Valparaíso escogidos por demanda espontánea (Lopetegui y cols., 2003), posteriormente en 2004, declaró que la totalidad de los 304 adultos mayores de 65 años seleccionados al azar de los consultorios municipalizados de Viña del Mar examinados presentaron al menos un diente con nivel de inserción mayor a 3 mm y el 70,7% al menos un diente con pérdida del nivel de inserción clínica mayor a 7 mm. Al evaluar la situación por sitios, declararon que del total de dientes examinados sólo el 9,3% se encontraba sin pérdida de inserción, el 32,4% presentaban una pérdida de inserción moderada y el 21,6% presentaban una pérdida de inserción avanzada (Lopetegui y cols., 2004) y finalmente en 2009, al estudiar una muestra de 124 adultos mayores que tenían 60 años de la comuna de Villa Alemana describieron que un 26,61% de los pacientes revisados tenían una pérdida de inserción de 1-2 mm, el 42,74% presentaba una pérdida de inserción de 3 a 4 mm y el 30,65% contaba con una pérdida de inserción clínica mayor o igual a 5 mm en al menos 1 diente (Lopetegui y cols., 2009).

2. Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales MINSAL, 1998

Con respecto a las patologías antes descritas y considerando las altas prevalencias reportadas, el Ministerio de Salud chileno formalizó la constitución de un grupo de odontólogos representativos de diferentes instituciones de la Odontología Chilena por Resolución Exenta N° 304 del 25 de Junio de 1998, con el objeto de hacer una propuesta de un cuerpo normativo sobre la Prevención de Enfermedades Gingivales

y Periodontales. Así, el Departamento Odontológico de la División “Salud de las Personas” (DISAP) del Ministerio de Salud Chileno (MINSAL) conformó las “Normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales”, una propuesta de enfoque preventivo dirigida al equipo de salud con el propósito de garantizar estándares de calidad en la provisión de servicios de salud, para lograr un mejoramiento continuo del nivel de salud de la población y para aumentar la cobertura y eficacia de los programas de atención odontológica, reconociendo que no se estaba aprovechado el potencial de las medidas preventivas al nivel de atención primario.

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

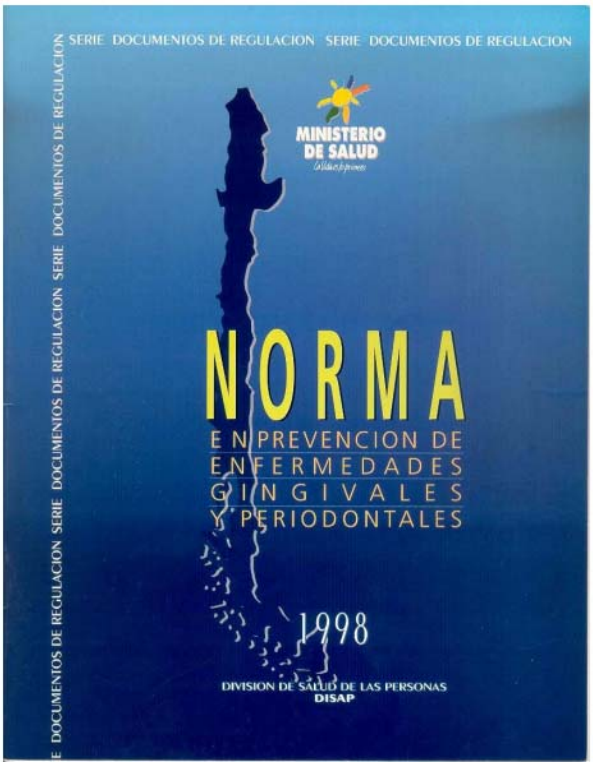

Figura 1: Portada de la Norma. Tomado de: Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales. MINSAL, 1998.

2.1 Descripción de la norma

El documento que respalda a esta pauta de prevención tiene 7 capítulos.

En el primero, a modo de introducción se da un marco conceptual basado en un glosario de términos afines a la enfermedad periodontal, los datos epidemiológicos disponibles a la fecha, una somera descripción de la etiología analizando brevemente los factores que influyen en la prevalencia y severidad de las enfermedades periodontales como edad, género, patógenos periodontales, distribución geográfica, nivel socio-económico y educacional, tabaquismo y diabetes (MINSAL, 1998).

En el capítulo II se definen los niveles de prevención, se describen las características clínicas de las enfermedades gingivales y periodontales, y se tratan distintas estrategias de promoción de la salud como motivación del paciente con especial énfasis en el desarrollo de su autoestima, técnicas de control del biofilm, dieta equilibrada, la importancia del control periódico por un odontólogo y del auto examen bucal como estrategia preventiva y de mantención. Además en éste se recomienda realizar actividades de fomento de la participación comunitaria en la gestión en salud, formación y capacitación de monitores de salud, entrega de conocimientos y motivación en la formación del pregrado y en las capacitaciones posteriores de odontólogos y la coordinación e integración de intervenciones con el sector Educación. Entre otras cosas, la norma declara que para realizar las actividades de prevención es necesario disponer del material educativo de soporte para el programa de cuidados a realizar en casa, por parte de los pacientes (MINSAL, 1998).

En el capítulo III se comenta la protección específica de la salud gingival y periodontal que comprende las maniobras de profilaxis, destartraje y pulido radicular, más recomendaciones sobre el control de malos hábitos como tabaquismo, bruxismo y respiración bucal (MINSAL, 1998).

Mientras que el capítulo IV presenta actividades correspondientes a la prevención secundaria de diagnóstico precoz, mediante la explicación del examen periodontal básico en el cual se divide la cavidad bucal en seis sextantes y se hace sondaje periodontal con sonda OMS, determinándose los códigos y criterios para el diagnóstico mediante esta técnica (MINSAL, 1998). A cada código determinado por este examen le corresponderá una determinada acción de tratamiento periodontal, como se describe:

Necesidad de tratamiento periodontal 0:

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

Necesidad de tratamiento periodontal 1:

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

Necesidad de tratamiento periodontal 2:

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

Necesidad de tratamiento periodontal 3:

La presencia del código 3, indica la presencia de saco de 3.5 a 5.5 mm, por lo tanto, es necesario realizar además de la instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival y subgingival.

En algunas situaciones cuando la banda negra de la sonda periodontal usada en el examen periodontal básico, está próxima a quedar oculta es imprescindible la realización de pulido radicular.

Necesidad de tratamiento periodontal 4:

Un sextante con valor de código 4, es decir, con presencia de sacos periodontales mayores a 5.5 mm, debe ser derivado a especialista para realizar un tratamiento más complejo que consiste en instrucción de higiene bucal, destartraje supra y subgingival, pulido radicular y en ocasiones procedimientos de tipo quirúrgico (MINSAL, 1998).

La base del tratamiento de la gingivitis como de la enfermedad periodontal consiste en las acciones de promoción, prevención y de intervención clínica por parte de los profesionales del equipo de salud odontológico. Asimismo se definen las acciones que realizarán los distintos personajes del equipo de salud:

I. Acciones de tratamiento realizadas por el odontólogo de práctica general

- Medidas de promoción
- Instrucción de higiene bucal
- Pulido coronario
- Destartraje supra y subgingival
- Pulido y alisado radicular.

II. **Acciones realizadas por la auxiliar paramédico de odontología, complementarias a la del Odontólogo General y supervisadas por este:**

- Medidas de promoción
- Instrucción de higiene bucal
- Pulido coronario
- Destartraje supragingival.

III. **Acciones de autocuidado realizadas por los pacientes**

- Autoexamen
- Técnica de cepillado correcto
- Limpieza interproximal.

Las comunidades motivadas en la prevención de enfermedades gingivales y periodontales pueden asumir funciones de educación y capacitación de niños, adolescentes y de embarazadas, en un programa de control de placa bacteriana supragingival. Al igual que los niveles anteriores de prevención es necesario disponer del material educativo de soporte para el programa de cuidados a realizar en casa, por parte de los pacientes.

Así queda establecido que de acuerdo al código determinado por el examen básico periodontal se realizarán estrategias específicas y que implicarán tanto al profesional odontólogo, como a otros actores del equipo de salud y al propio paciente, como se resume a continuación:

RESUMEN:

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

Figura 2: Tabla resumen de tratamientos según código y nivel de resolución. Tomado de: Norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales. MINSAL, 1998.

De acuerdo a esto, correspondería que los especialistas en Periodoncia priorizaran las actividades del nivel más complejo, resolutivo- rehabilitador, apoyándose en la atención primaria para los demás niveles de prevención. Estas acciones, según la norma, incluirían procedimientos quirúrgicos como técnicas regenerativas de los tejidos periodontales y reemplazo de dientes por implantes (MINSAL, 1998).

Ya en el sexto capítulo se describen actividades de prevención terciaria, sus objetivos y el instrumental requerido, correspondientes a limitación del daño como pulido y alisado radicular, tratamiento de abscesos gingivales y periodontales, extracción de

dientes de mal pronóstico, re-evaluación post tratamiento periodontal y terapia de soporte periodontal (MINSAL, 1998).

Por último, en el capítulo VII, de actividades de prevención terciaria enfocadas en la rehabilitación, se nombran técnicas regenerativas y quirúrgicas a considerar en la preparación del terreno biológico para la rehabilitación bucodental incluyendo el uso de férulas (MINSAL, 1998).

2.2 Estudios sobre la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales en Chile

Al revisar la bibliografía, no encontramos estudios que se refieran a la implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria en Chile. Lo más semejante fueron tesis de pregrado que, en base a encuestas presenciales u online, evaluaban aspectos de implementación y conocimientos de las otras normas relacionadas a lo odontológico creadas por el MINSAL en 1998, estas son las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares, de las cuales el trabajo de Calderón y cols (2009) reportó que: “En los centros de salud de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Oriente en Santiago 12 centros no tienen implementada las “Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares” del total de los 16 centros de salud de esa comuna (Calderón y cols., 2009) mientras que el estudio de Couve y cols., 2012 obtuvo sólo 2 de 22 centros pertenecientes a CORMUVAL y CORMUVIÑA la implementan en la región de Valparaíso (Couve y cols., 2012).

En cuanto a otros aspectos, por ejemplo al averiguar sobre las variables de conocimiento de la norma, en MINSAL, 2008 se enunció que “prácticamente un 96% de los profesionales de Santiago ha leído y conoce la Guía Clínica en Salud Oral GES 3” (MINSAL, 2008). Por otro lado, al cuantificar en notas el grado de conocimiento de los odontólogos de atención primaria sobre la norma GNPCO en Valparaíso, este fue superior o igual a 4,0 en el 31,82% de los casos (Weiss y cols., 2010) y en las GCSOGES3 para niños de 6 años en Santiago obtuvo un 52,8% de respuestas acertadas (MINSAL, 2008), lo que puede deberse a diferencias en el proceso evaluativo relacionadas con el instrumento de medición y la escala aprobatoria (con preguntas abiertas y de alternativas, escala al 60% en el trabajo de Weiss y cols., 2010 y en MINSAL, 2008 se elaboró un índice para categorizar el nivel de conocimientos de los odontólogos(as) definiendo que tener 10 o más respuestas correctas (77% del total) es un buen indicador y si se define que 6 o menos respuestas correctas (47% del total) es malo (MINSAL, 2008).

Al calificar la derivación al nivel secundario a la especialidad de ortodoncia en el área oriente de Santiago, siete centros la consideran regular, cinco buena y cuatro mala (Calderón y cols., 2009). En base a esto creemos que en nuestro estudio se evidenciará una falta de recursos humanos y físicos para dedicar a la norma.

Por otra parte, encontramos otra tesis que concluye que “el nivel de conocimiento del equipo de salud de los centros de atención primaria estatal de la quinta región es insuficiente. La disponibilidad de la norma es escasa” al evaluar esta variable en la región de Valparaíso en el personal no dental (Moya y cols., 2012).

Todos estos datos explican la aplicación de algunas normas ministeriales en la atención primaria, pero ninguno que evalúe la percepción de los profesionales de los otros niveles de atención, siendo éste la primera aproximación.

3. Estructura y organización del modelo de atención en salud en Chile

Según acuerdos internacionales, los niveles de atención en salud se han dividido en tres: el primero correspondería a la puerta de entrada o "primer contacto", el segundo y tercer nivel complementan al primero resolviendo lo que no se puede solucionar en dicho nivel (diagnósticos y tratamientos que requieren de manejo especializado). La definición de niveles de atención de la salud parte del supuesto de que la mayoría de las necesidades de la población se satisfacen en el nivel de menor complejidad (Montoya-Aguilar, 2008).

3.1 Centros públicos de atención secundaria en Periodoncia de la quinta región

Según los datos recopilados, para la quinta región existen dos Periodoncistas para atención pública a nivel secundario en el Hospital San Camilo de San Felipe (22 hrs) correspondiente al Servicio de Salud Aconcagua, uno en el Hospital de Quilpué (44 hrs) y dos en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar (11 hrs y 22 hrs) para el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, y dos en el Centro de Referencia de Salud Odontológico de Valparaíso (11 hrs) para el Servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio, quienes reciben las derivaciones de los centros de atención primaria en salud (APS) de sus territorios correspondientes.

3.2 Atención primaria y enfoque promocional-preventivo

La Organización Mundial de la Salud establece en 1981 que “La estrategia global para la salud de todos está basada en el concepto de sistemas nacionales de salud centrados en la atención primaria de salud (APS)” (OMS, 1981 citado por Montoya-Aguilar, 2008).

Este nivel se define como: “el cuidado (o atención) esencial de la salud, basado en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, universalmente accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación. Forma parte integral, tanto del sistema nacional de salud, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico total de la comunidad. Es el primer nivel

de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y trae los cuidados de salud lo más cerca posible al lugar en que la gente reside y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud" (OMS, 1978 citado por Montoya-Aguilar, 2008).

En la historia propia de cada nación, van cambiando los sistemas; la APS se va precisando como concepto y como práctica. Como parte de estos procesos, debemos "corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS" y reconocer que "la APS es una estrategia para reducir las inequidades en salud" (Montoya-Aguilar, 2008).

3.3 Red de atención primaria de salud de la quinta región

La Atención Primaria de Salud se financia principalmente a través del aporte que hace el MINSAL por cada usuario inscrito en el Centro de Salud, proceso cuya validación realiza FONASA, donde se acredita la condición de beneficiario de un establecimiento y/o comuna en particular, lo que determina el consiguiente financiamiento (CORMUVAL, 2013).

En la comuna de Valparaíso existe un total de 14 establecimientos de salud destinados a la atención en el nivel primario de Salud. El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, administra dos centros, en tanto la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Valparaíso, administra 12 Centros de Salud Familiar, una Posta rural y un Centro Comunitario Familiar. La red de Urgencia Atención primaria de la comuna de Valparaíso, cuenta con cinco establecimientos que tienen Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Uno adosado al Consultorio Quebrada Verde, ubicado en el sector de Playa Ancha que cubre el sector poniente de la comuna, abarcando las áreas de influencia de los centros de salud de Puertas Negras; Cordillera y parte del área correspondiente al Centro de salud Plaza Justicia. El segundo SAPU se encuentra adosado al consultorio Placeres, ubicado en el cerro del mismo nombre que atiende el sector Oriente y cubre además su área de influencia, la correspondiente al centro de salud Padre Damián de Molokai. El SAPU Placilla que cubre las necesidades de Placilla, Peñuelas y Curauma. En Octubre del 2009 comienza el funcionamiento del SAPU Reina Isabel II y en Junio del 2012 comienza el SAPU Mena. La población usuaria de otros consultorios del área central de la comuna, es derivada o concurre directamente al Servicio de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren. En este servicio se reportan 1614 horas de odontología en la dotación de recursos humanos del año 2013 (CORMUVAL, 2013).

En cuanto a la red de atención primaria de la Corporación Municipal de Viña del Mar, esta se encuentra compuesta por los CESFAM Amigable Las Torres, del cual dependen el CECOSF Las Palmas Chilenas Parcela 11 y el SAPU Las Torres, CESFAM Brígida Zavala, Cesfam Dr. Juan C. Baeza Bustos del cual depende el CECOSF Villa Hermosa, CESFAM Dr. Marco Maldonado A., CESFAM Dr. J. Kaplan anexo al SAPU Reñaca Alto, CESFAM Gómez Carreño, CECOSF Santa Julia, CESFAM Lusitania, CESFAM Miraflores del cual dependen el CESFAM Nueva Aurora anexo a SAPU Nueva

Aurora, y el CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos (http://www.cmvm.cl/salud/ index. php?Nombre=Consultorios).

En cuanto al sector geográfico dependiente del servicio de Salud Aconcagua tenemos Centros de Salud Familiar (CESFAM) que son establecimientos dependientes de un consultorio, insertos en el nivel local, con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, orientados a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgarán, pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo. En este sector están los CESFAM San Felipe El Real, Curimón, Centenario, Cordillera Andina, Rinconada, San Esteban, Valle Los Libertadores de Putaendo, Dr. Eduardo Raggio de Catemu, Santa María, Dr. Segismundo Iturra, Panquehue, Calle Larga y Llay Llay. Además cuenta con Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): establecimientos dependientes de un Centro de Salud de Atención Primaria, insertos en el nivel local; con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, que atienden una parte de la población inscrita en el Centro del cual dependen, trabajando de manera complementaria, que resuelven de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y que, en un trabajo conjunto con ésta en las tareas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, generan las condiciones propicias para impactar positivamente en la salud de la población. Entre estos se encuentran el CECOSF Juan Pablo II de Los Andes, Las Cadenas Santa María, Lo Calvo de San Esteban, Quebrada de Herrera y Cerrillos Catemu. En un nivel más simple de complejidad encontramos Postas Salud Rurales (PSR) que cubren las necesidades de salud de sectores de población rural, preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad. Cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata, y con un sistema de comunicación radial con su centro de referencia. Estos son 10: Cariño Botado, Quebrada de Herrera, Río Blanco, Campos de Ahumada, San Vicente, Río Colorado, Piguchén, Santa Filomena, Los Guzmanes y La Orilla (http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/index.php?option=com_content&view=article&id= 47&Itemid=64).

Cabe mencionar que no todos los centros antes nombrados cuentan con atención odontológica para sus beneficiarios, por lo que la población debe acudir a centros específicos para acceder a prestaciones odontológicas y a la posibilidad de ser derivados a la atención secundaria en Odontología, lo cual esboza un problema de cobertura que se ve reflejado en las estadísticas en salud bucodental y donde el sistema establecido no da abasto para el nivel de daño de la población. Por ejemplo, según lo reportado en el plan comunal 2013 de la Corporación Municipal de Valparaíso, la población de la quinta región sería 1.723.547 personas, de las cuales 292.510 habitarían en la comuna de Valparaíso (CORMUVAL, 2013), de estas durante el año 2012, se reportaron 226.654 personas debidamente inscritas y validadas en la atención primaria de la corporación municipal de Valparaíso (CORMUVAL, 2013) que tendrían que ser controladas y,

considerando el estado de salud bucodental de la población chilena, tratadas por un número insuficiente de profesionales y con poca capacidad de ampliación de la oferta por limitaciones de espacio físico, entre otras.

3.4 Atención en Periodoncia en clínicas privadas y Universidades

La atención odontológica en Periodoncia fuera del área pública es comúnmente entregada en clínicas particulares, las cuales incluyen las prácticas individuales, las de grupos o sociedades de profesionales del área y las impartidas por instituciones como Isapres y la Central odontológica de la Armada de Chile, en las cuales los pacientes cancelan un arancel por las prestaciones recibidas.

En la región de Valparaíso, existen 3 universidades que imparten la carrera de Odontología, en orden de apertura, la Universidad de Valparaíso, la Universidad Andrés Bello y la Universidad Viña del Mar, las cuales entregan atención odontológica de manera particular. Dentro de su plan de formación, estas universidades contratan dentistas para impartir las asignaturas tanto teórica como clínicamente, donde la cualidad de especialista es promovida en la docencia. Así tenemos que un cúmulo de profesionales con grado de especialista o magíster ejerce como docente y forma a las futuras generaciones de odontólogos en el área de la Periodoncia.

Por otra parte, existe a nivel nacional la Sociedad de Periodoncia de Chile, la cual es una asociación científica de profesionales del área que buscan el progreso, difusión y perfeccionamiento de la Periodoncia, mediante la realización de congresos, cursos nacionales e internacionales, seminarios y conferencias, además de contar con una revista científica junto a la Sociedad de Implantología Oral de Chile y la Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral. Al mismo tiempo, supervisa las actividades públicas y privadas en relación con el ejercicio y desarrollo de la especialidad otorgando al socio activo una cualidad que respalda ante la comunidad su nivel profesional. De la misma manera, la Sociedad cuenta con sedes regionales donde realiza actividades mensuales de difusión del conocimiento científico.

1. Sistema de Referencia a Periodoncia

4.1 Protocolo de derivación odontológica de los Servicios de Salud

El proceso de referencia y contrarreferencia representa la transferencia de pacientes entre los distintos establecimientos de una red asistencial, actuando como un

sistema integrador de la atención médica enfocada a la demanda. Constituye, por sí mismo, un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a los pacientes e influye en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y, con ello, en la satisfacción de los usuarios que requieren de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz (MINSAL- Teleduc, 2004 citado en Duarte, 2012).

Así tenemos que la referencia se define como "el proceso de derivación de los pacientes que requieren de atención por una determinada especialidad, desde un establecimiento de salud de menor complejidad a otro de mayor complejidad y capacidad resolutiva, que permita dar respuesta a las necesidades específicas de cada caso clínico" y la contrarreferencia se concibe como "el proceso de derivación de los pacientes al establecimiento de origen, con la información de las prestaciones otorgadas y las respuestas e indicaciones relacionadas con las solicitudes de apoyo asistencial" (Duarte, 2012).

En el área bucodental, si los dentistas no pueden tratar la enfermedad periodontal debido a su gravedad, una estrategia posible es referirlo al especialista para asesoramiento periodontal y tratamiento (Linden, 1998). Por ende, en todos los servicios de salud existe un Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Especialidades Odontológicas, el cual es confeccionado por la Subdirección de Gestión Asistencial y un grupo selecto de profesionales, el cual busca mejorar la eficiencia y eficacia en la atención de los usuarios, optimizando el recurso profesional de especialistas, mejorar la pertinencia en la derivación, otorgando prioridad a los pacientes de más riesgo y aumentar la calidad medida en el grado de satisfacción en la atención de los usuarios (http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades _odontologicaRev_270711.pdf).

A modo de ejemplo, el protocolo del Servicio de Salud de Viña del Mar- Quillota incluye una sección de definiciones conceptuales y definen la prioridad de la derivación en 3 niveles:

- Alta, comprendido por pacientes con garantía AUGE, pacientes con enfermedad periodontal que van a ser sometidos a trasplantes, pacientes con enfermedades sistémicas complicadas, pacientes pediátricos o adolescentes con pérdida de inserción u ósea.
- Mediana, que incluye a pacientes con GUNA ya tratada la urgencia, pacientes con Periodontitis crónica severa o agravada sistémicamente, pacientes con periodontitis agresiva o de avance rápido.
- Baja, abarca todas las Periodontitis de características leves y moderadas, pacientes con agrandamientos gingivales por tratamientos inmunosupresores, por alteraciones hormonales e idiopáticos, presencia de recesiones gingivales.

Además, los pacientes pueden ser derivados desde Atención Primaria de Salud, desde Hospitales de la Red de menor complejidad o desde otras especialidades del Hospital (Gustavo Fricke) son los que presenten lo siguiente:

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

Conjuntamente, explicitan los procedimientos administrativos para la referencia y contrarreferencia. Según el protocolo del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, en caso de requerir la derivación, se empieza por referir a todos los pacientes al SOME Dental con Interconsulta e ingresados en el SIGGES previamente. Al remitir a los pacientes se deben considerar los siguientes aspectos:

- No derivar pacientes con Gingivitis asociada a biofilm bacteriano, sin compromiso sistémico.
- No derivar pacientes con Periodontitis leve (incipiente), sin compromisos sistémico.
- Eliminar Iatrogenia en Obturaciones cervicales (hombros).
- Los pacientes del Nodo APS, deben venir con destartraje, obturaciones y exodoncias simples realizadas.
- Diagnóstico claro, con letra legible.
- Interconsulta de referencia con datos completos y con apoyo diagnóstico.
- Datos administrativos completos.
- Diagnóstico o sospecha diagnóstica de patología GES claro y legible.
- Antecedentes médicos y sistémicos actualizados.
- Examen periodontal: consignar movilidad y otros signos clínicos de la enfermedad periodontal.
- Examen radiológico: en aquellos dientes con movilidad, en embarazadas después de los 3 meses de gestación, con las medidas de precaución tomadas. Indicación de radiografías periapicales en caso de sospechar periodontitis moderada o severa.

En cuanto a la contrareferencia, las interconsultas deben ser respondidas por el tratante en el formulario que corresponde, al momento del alta del paciente para que los profesionales que lo refirieron tomen conocimiento del diagnóstico, tratamiento efectuado y las indicaciones entregadas. El paciente dado de alta en el centro de referencia debe continuar con su seguimiento y mantención periodontal en el consultorio de atención primaria una vez sea dado de alta de la especialidad (http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_odontologicaRev_270711.pdf).

4.2 Estudios sobre las referencias entre especialidades odontológicas con énfasis en Periodoncia

Dentro de los reportes internacionales que estudian las características de las referencias y sus sistemas en Odontología, el método más utilizado son las encuestas (Brown y cols., 1994; Cobb y cols., 2003; Dockter y cols., 2006; Lanning y cols., 2007; Zemanovich y cols., 2006).

A pesar del avance significativo en el conocimiento científico de las enfermedades periodontales durante las últimas décadas, los resultados de Cobb y cols., 2003, indicaron que los patrones en el año 2000 mostraron un aumento en el número de dientes perdidos, de la gravedad de la enfermedad, y la necesidad de la extracción de dientes en comparación con 1980 demostrando que los pacientes periodontales se refieren en etapas más tardías del proceso de la enfermedad (Cobb y cols., 2003). En conjunto, declara el autor “estas tendencias parecen indicar una combinación de varias posibilidades: 1) dentistas generales tratan los casos menos graves y se refieren sólo los casos más graves; 2) retraso en el diagnóstico de la enfermedad periodontal; 3) la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad; 4) la falta de remisión oportuna para el tratamiento; 5) un tratamiento inadecuado o la falta de tratamiento; 6) uso inadecuado de los sistemas de administración de fármacos locales que puede enmascarar la enfermedad; 7) la ansiedad o el miedo al tratamiento del paciente y, por lo tanto, rechazo del tratamiento o derivación; 8) aumento de la extracción de dientes con pronóstico cuestionable y su reemplazo con implantes dentales; o 9) consideraciones financieras de los pacientes que dictan el rechazo de un plan de tratamiento periodontal y/o derivación a un especialista. A pesar de que estaba más allá del alcance de este estudio el aclarar cuál de estos factores puede tener forma individual o colectiva efectuado las tendencias observadas, los hallazgos de otros estudios pueden ofrecer una visión” (Cobb y cols., 2003). Buscando responder estas inquietudes se identifican una serie de estudios que analizan las acciones de la práctica clínica de los dentistas generales norteamericanos en relación a Periodoncia. Así, Betof y cols en 1985 (citado en Lanning y cols., 2007) informó que los dentistas menores de 30 años de edad con conocimiento presumiblemente más actual de la periodoncia eran más propensos a tratar la enfermedad periodontal en sus prácticas, mientras que los dentistas 31 a 45 años de edad eran más propensos a remitir a los pacientes a un periodoncista para el tratamiento. Sin embargo, entre los dentistas que tenían más de 65 años de edad el 60% informaron que prestaban servicios periodontales en sus prácticas (Betof y cols., 1985 citado en Lanning y cols., 2007). Posteriormente, Zemanovich y cols., 2006 en un estudio similar, no encontró diferencias en la remisión periodontal según la edad o años de práctica de los dentistas (Zemanovich y cols., 2006).

Estudiando otras áreas, Brown y cols. 1994 informaron que las clínicas que emplean a higienistas dentales proveían significativamente más servicios periodontales que las prácticas que no disponen de higienistas dentales. La eliminación del cálculo subgingival consistió en casi el 60% de todos los procedimientos realizados por los higienistas. Además de esto, los autores de ese trabajo proponen que la administración de agentes quimioterapéuticos puede ser otro ámbito en el que los higienistas dentales jugarán un papel clave" (Brown y cols. 1994 citado en Lanning y cols., 2007), lo que está

en directa relación con lo que expone la norma de prevención de enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL chileno.

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

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

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

Resultados

Descripción del perfil de los profesionales que se desempeñan en Periodoncia en el servicio público, Universidades y ejercicio privado miembros activos de la Sociedad de Periodoncia filial Valparaíso.

La población total estudiada fueron 34 dentistas, los cuales se dividen en 7 especialistas que trabajan en el servicio de Periodoncia en atención secundaria en la Región de Valparaíso de los cuales uno es docente de Periodoncia en la Universidad de Valparaíso y miembro asistente a las reuniones de la sociedad regional, 11 docentes de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso de los cuales 4 asisten a las reuniones de la sociedad de Periodoncia regional, 11 docentes de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello de los cuales 3 son además docentes en Periodoncia en la Universidad de Valparaíso, 5 docentes en Periodoncia de la Universidad Viña del Mar de los cuales 4 son además docentes en la misma asignatura de la Universidad Andrés Bello y 2 asisten como miembros a las reuniones de la sociedad regional, y un grupo de 7 especialistas en Periodoncia que ejercen de manera particular en la región y que asisten como miembros regulares a las reuniones científicas mensuales de la Sociedad de Periodoncia filial Valparaíso.

La edad de la población estudiada estuvo entre 25 y 66 años. Su distribución, separada por género, respecto a Universidad de egreso y nivel de especialización, se resumen en la siguiente tabla:

Nivel de especialización	**Femenino**		**Masculino**		**Total Promedio de Edad**
	n	**Promedio de Edad**	**n**	**Promedio de Edad**	
Especialista	13	45,8	10	45,7	45,7
CONACEO	1	50	0	-	50
U. de Chile	3	60,3	4	48,8	53,7
U. de Concepción	0	-	1	61	61
U. de Valparaíso	9	41,8	4	39,5	41
U. Mayor	0	-	1	43	43
Magister	1	37	2	36	36,3
U. de Chile	1	37	1	36	36,5
U. Andrés Bello	0	-	1	36	36
Sin especialidad	4	32,8	4	30,3	31,5

U. de Valparaíso	2	37	2	31,5	34,3
U. Andrés Bello	2	28,5	1	27	28
No responde	0	-	1	31	31
Total general	**18**	**42,4**	**16**	**40,6**	**41,6**

Tabla II: Características descriptivas de la población encuestada.

Se observa un leve predominio del género femenino y una relación directamente proporcional entre una edad promedio mayor y un mayor nivel de especialización.
De los siete especialistas que trabajan en los Servicios de Salud, uno obtuvo la condición mediante CONACEO y dos son magíster. Cabe destacar que se solicitó sólo una opción al consultar sobre el nivel de especialización.

Por otra parte, se consultó sobre el lugar de trabajo de los encuestados encontrándose lo siguiente:

Servicios de Salud	Universidad de Valparaíso	Universidad Andrés Bello	Universidad Viña del Mar	Clínica Privada
1				1
1				1
1				1
1				1
1				1
1	1			
1	1			1
	1			
	1			1
	1			1
	1			1
	1			1
	1			1
	1			1
	1			1
	1	1		1
	1	1		
	1	1		1
		1		1
		1		1
		1		1
		1	1	1
		1	1	1
		1	1	
		1	1	
			1	1
				1
				1
				1
				1

					1
					1
					1
					1
Total	7	13	10	5	29

Tabla III: Lugar de trabajo de los encuestados.

Se percibe que la mayoría de los dentistas encuestados (85,3%) trabajan en clínicas particulares (categoría que incluye también instituciones como el Servicio Odontológico de la Armada de Chile e Isapres).

El año de egreso de la especialización fue variado dentro de la población, encontrándose la moda en 2012 y la mediana en el año 2005, con un rango entre 1978 y 2014. Del mismo modo, los años de trabajo como Periodoncista fueron en promedio 13,5 años con una desviación estándar de 11, la moda en 23 y la mediana en 9 años.

Además de estos datos, se encontró que el 100% de los encuestados era de nacionalidad chilena.

Conocimiento de la existencia de la norma por los profesionales que ejercen como especialistas en Periodoncia en la región de Valparaíso.

Al preguntar sobre el conocimiento de existencia de la norma a los 34 encuestados, el 79,4% declaró conocer su existencia mientras que el 20,6% explicitó no conocerla, lo que se grafica a continuación (Figura 3):

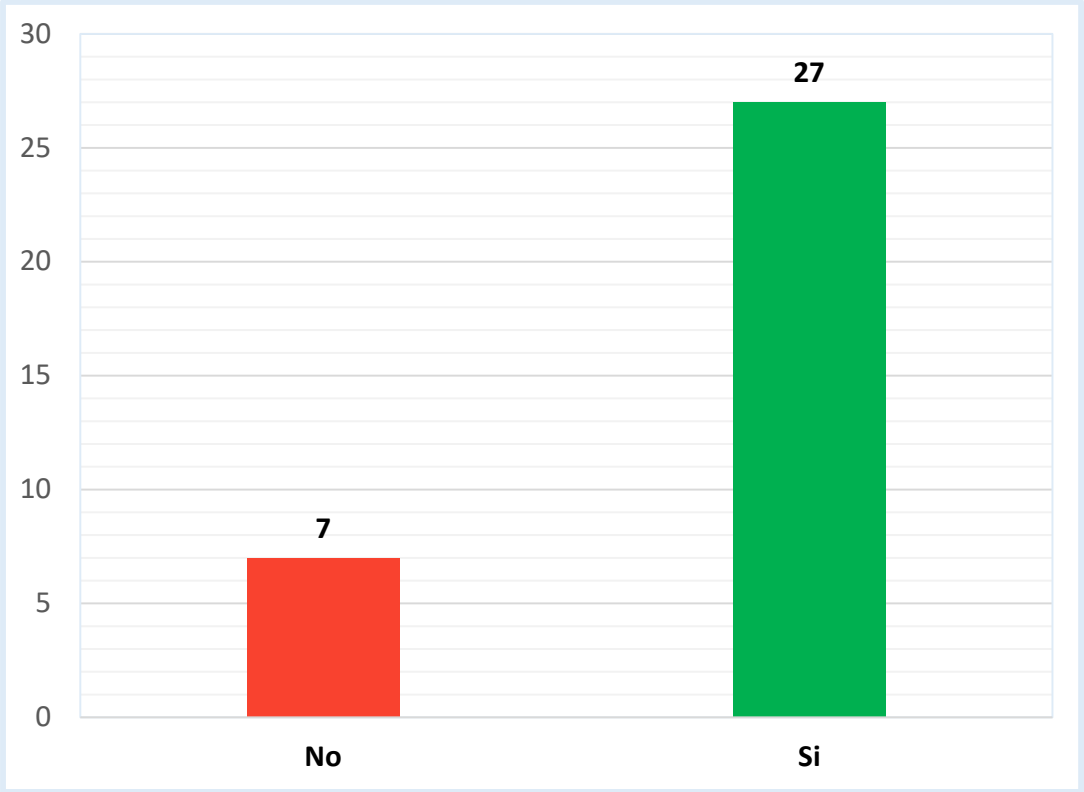

Figura 3: Conocimiento de la existencia de la norma.

Disponibilidad de la norma según los dentistas que se desempeñan en Periodoncia en la región de Valparaíso.

Al consultar sobre el acceso al documento de la norma a los 34 encuestados, 20 (58,7%) declararon tener acceso, 12 (35,5%) dijeron no tener acceso y 2 (5,8%) no respondieron la pregunta. El detalle sobre la forma de acceder a la norma, se representa a continuación (Figura 4):

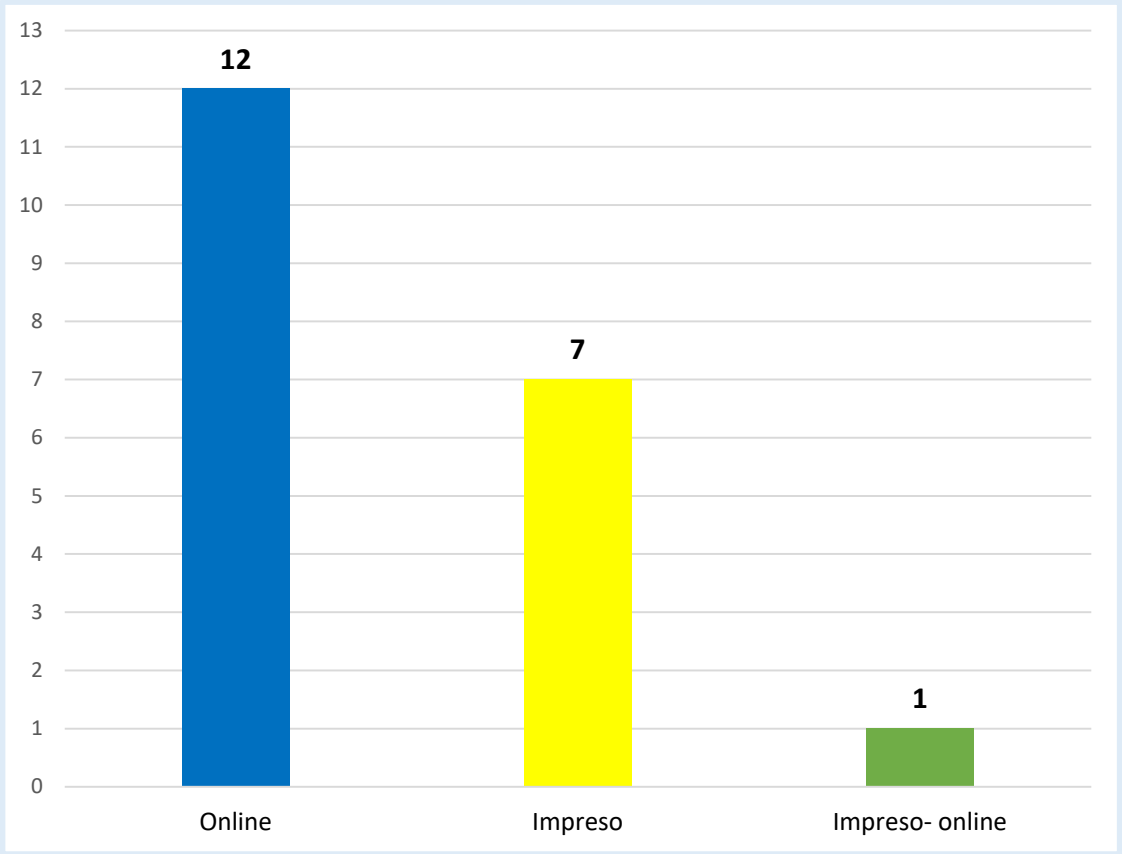

Figura 4: Distribución de respuestas sobre el modo de acceso a la norma.

Se aprecia que el acceso es realizado mayoritariamente a través de la vía internet.

Grado de implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención pública de la región de Valparaíso según los especialistas en Periodoncia.

Se indagó en la creencia de si la norma estaba siendo aplicada o no en los centros de atención primaria de la región de Valparaíso, a lo que un porcentaje mayoritario (64,7%) respondió que no se aplicaba o que se aplica de manera incorrecta (23,5%). El detalle de las respuestas recogidas se grafica a continuación (Figura 5):

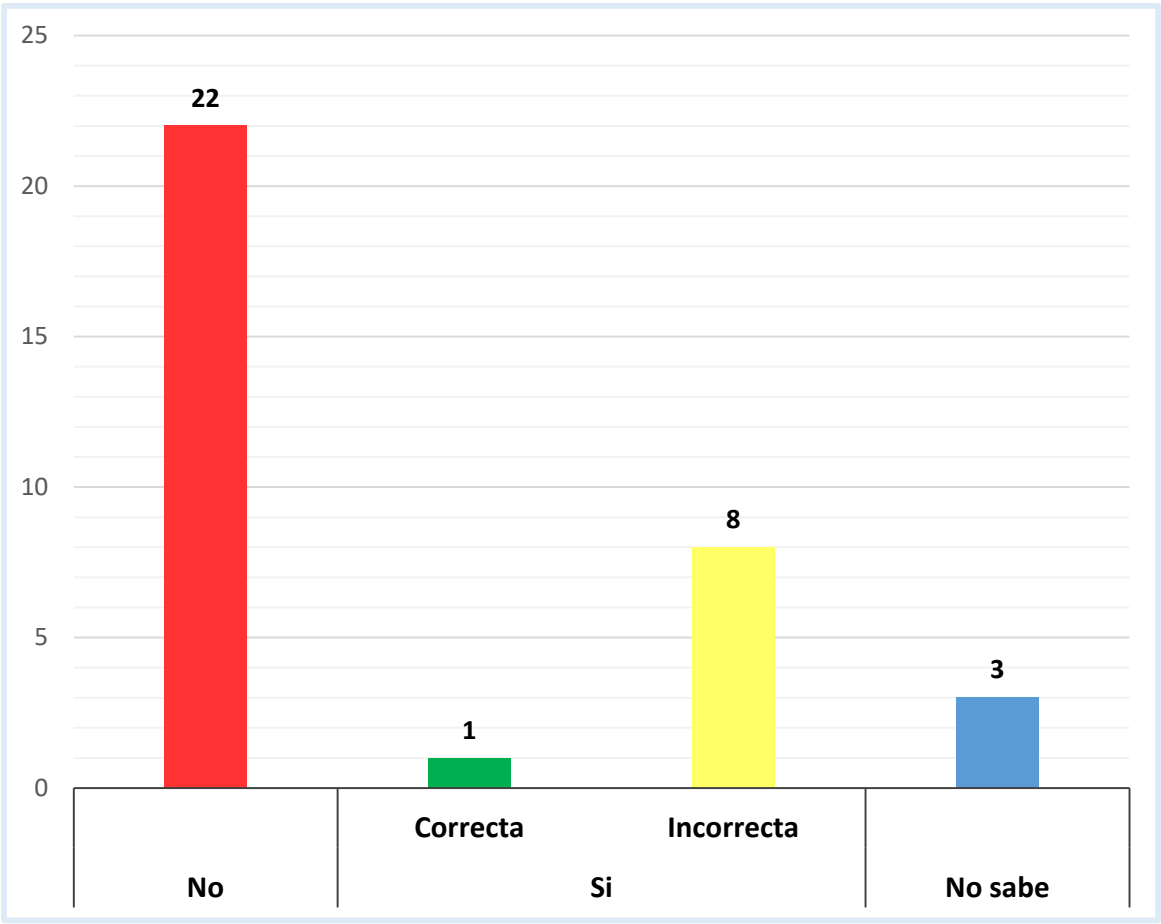

Figura 5: Distribución de opinión respecto a la aplicación de la norma en la atención primaria.

Razones por los que no se estaría aplicando la norma en los centros de atención primaria según la opinión de los especialistas.

Al consultar respecto a los motivos que expliquen que no se esté aplicando la norma, y permitir marcar más de una alternativa como respuesta a esta pregunta, el 58,8% del total de encuestados opinaron que esto se debía a falta de conocimiento, 47,1% dijeron que además por falta de capacitación, 29,4% por falta de interés, 29,4% por falta de recursos materiales, 23,5% por falta de horas-odontólogo, 20,5% porque no es parte de las Garantías Explícitas en Salud, 14,7% por falta de recursos humanos, 14,7% por *Otros motivos, y un 8,8% del total opina que es por falta de recursos materiales, distribución que se muestra a continuación (Figura 6):

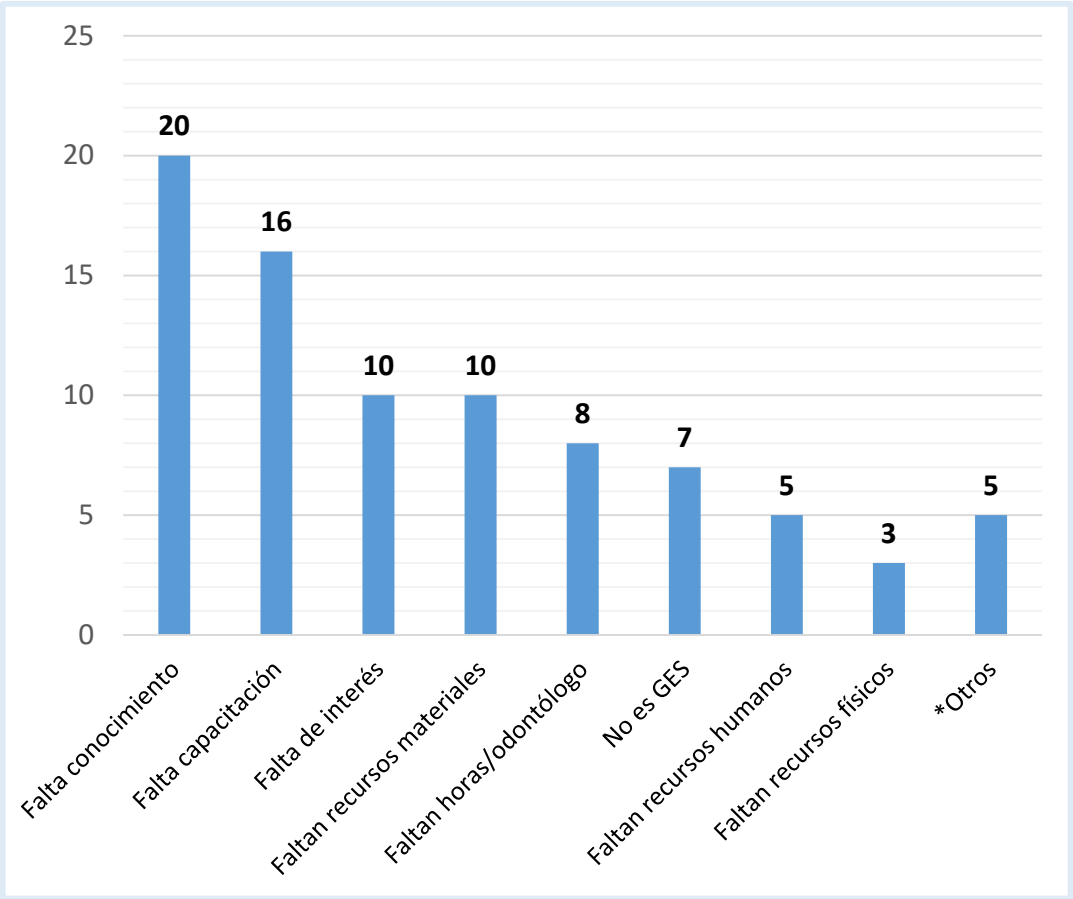

Figura 6: Motivos por los que la norma no se estaría aplicando en los centros de atención primaria de la región de Valparaíso.

Específicamente, quienes marcaron la opción "*Otros", agregaron por escrito en 3 oportunidades que se debía a "falta de difusión", en un caso a que "previenen sólo si hay tiempo y ganas" y en el caso restante opinó que esto se debía además "porque esas actividades no son contabilizadas como actividades odontológicas en las estadísticas del sistema de salud".

Necesidad de la norma según la valoración de los especialistas de la región de Valparaíso.

Se consultó sobre la creencia de que la norma fuese necesaria. Ante esto, un 88,2% (n=30) respalda esta creencia, mientras que sólo el 11,8% (n=2) cree que no sería necesaria. De éstos últimos, sólo uno marcó una alternativa para explicar su respuesta la que fue "no aplica en la atención primaria". El detalle de las justificaciones de la necesidad de la norma se grafica a continuación (Figura 7):

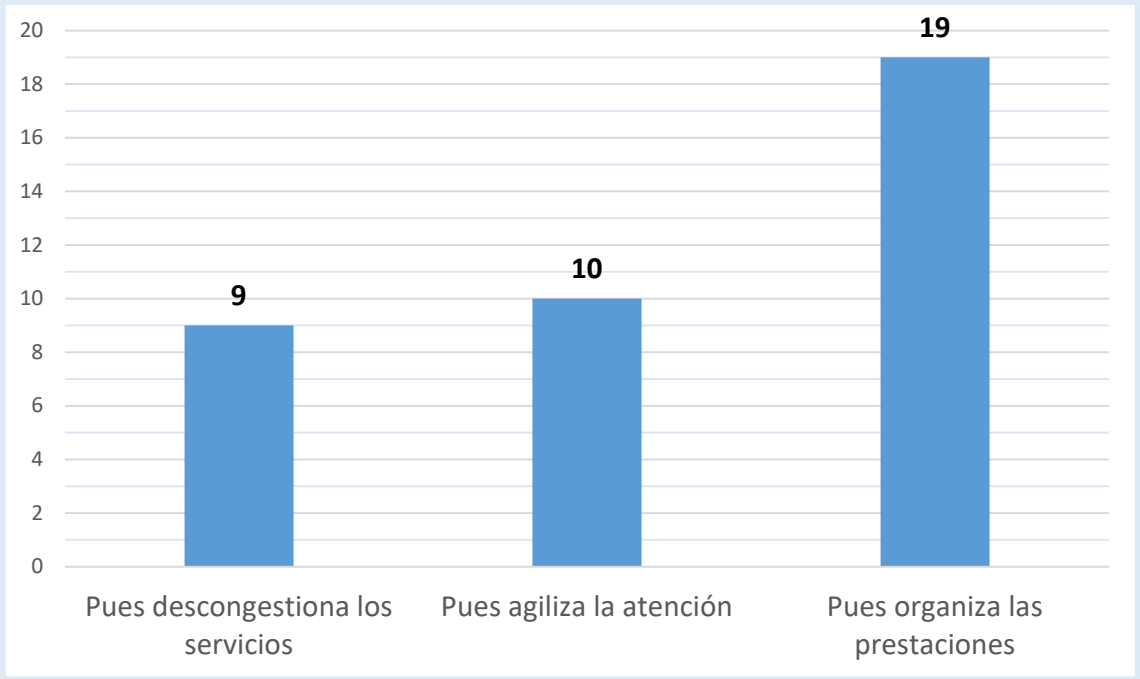

Figura 7: Razones que justifican la necesidad de la norma.

Cabe destacar que se dio la posibilidad de contestar más de una alternativa en esta pregunta, por lo que obtenemos frecuencias mayores al total de la población y a los 30 dentistas que respondieron este ítem.

Aspectos a mejorar de la implementación de la norma en los centros de atención primaria según los especialistas de la región de Valparaíso.

Se preguntó sobre cuáles condiciones mejorarían de la implementación de la norma, con la posibilidad de escoger más de una alternativa, a lo que sólo 27 encuestados respondieron. Lo encontrado se distribuye como se observa a continuación (Figura 8):

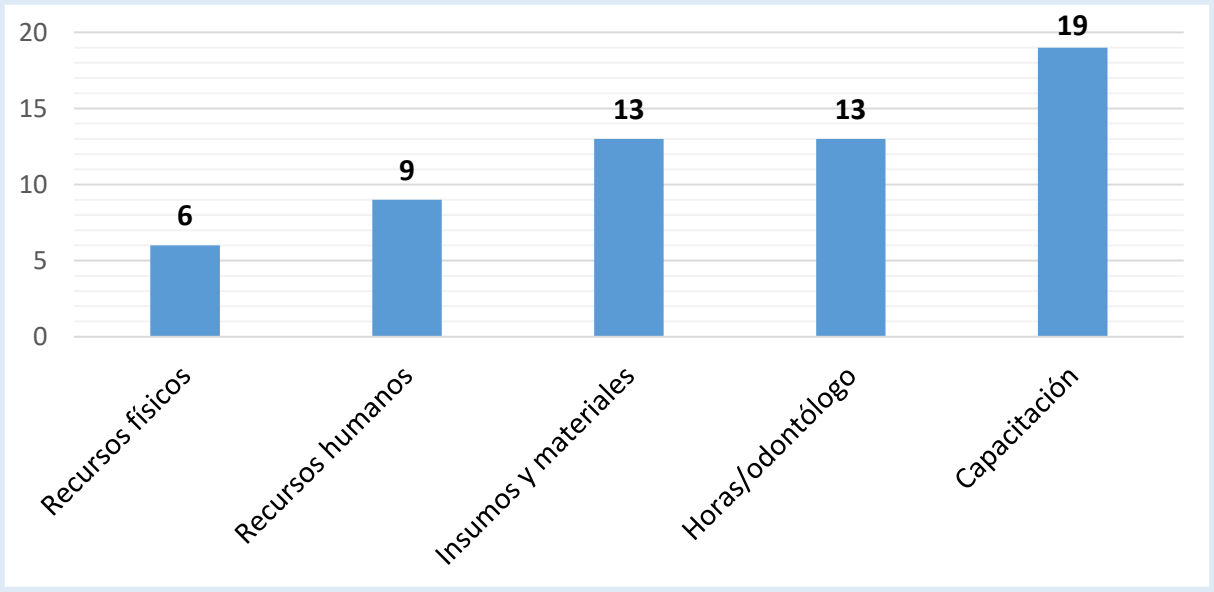

Figura 8: Aspectos a mejorar de la ejecución de la norma en la atención primaria.

Al indagar sobre cuáles signos y síntomas habían recibido como diagnóstico en las derivaciones desde la atención primaria, los encuestados escogieron diagnósticos heterogéneos, los cuales se grafican a continuación (Figura 9):

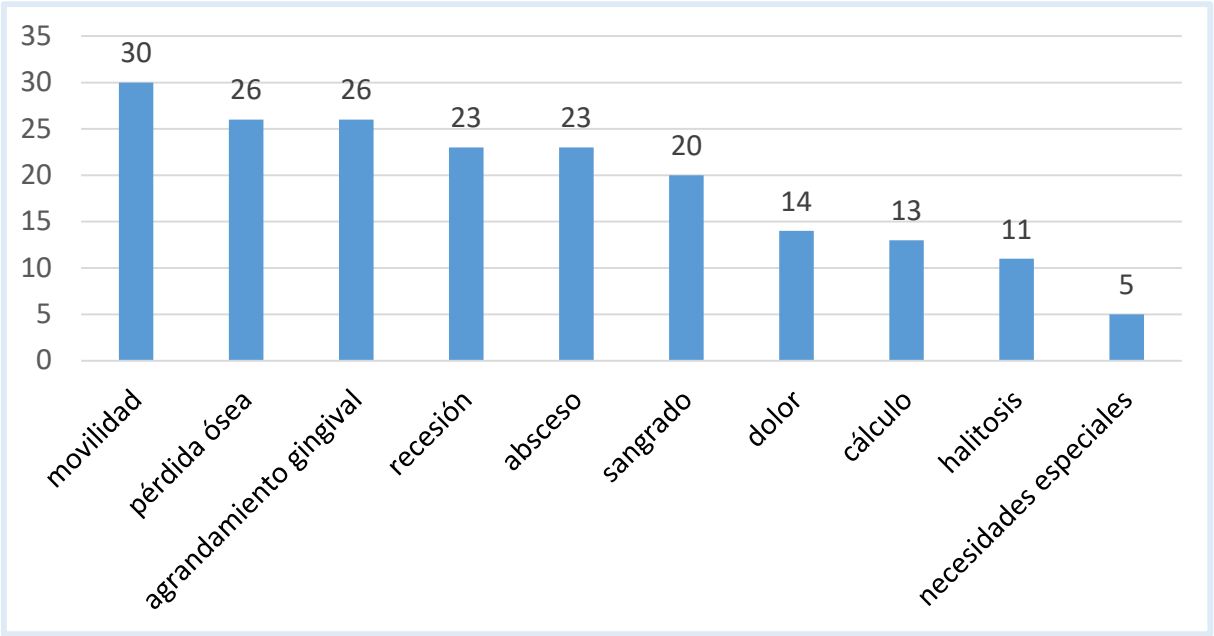

Figura 9: Distribución de los signos y síntomas recibidos como diagnóstico en la derivación desde atención primaria.

La mayoría de los encuestados declaran como los principales motivos de derivación a la movilidad dentaria, pérdida ósea, agrandamiento gingival, recesión y abscesos.

Conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma.

Al solicitárseles que calificaran la norma, sólo 28 especialistas la juzgaron, obteniéndose una nota promedio en aplicabilidad, en cantidad de contenido teórico, en calidad de contenido teórico y en facilidad de comprensión. La estadística descriptiva de los valores obtenidos al calificar los aspectos de la norma por parte de los especialistas en Periodoncia de la región Valparaíso, Chile se resumen a continuación (Tabla IV):

Variable	Promedio	DS	n
Aplicabilidad en atención primaria	4,4	1,9	28
Cantidad contenido teórico	4,8	1,6	27
Calidad contenido teórico	4,6	1,5	27
Facilidad de comprensión	5,2	1,3	28

Tabla IV: Promedios obtenidos al evaluar las características de la norma por los profesionales de atención secundaria.

Se observa en general una conformidad promedio, si consideramos a las variables medidas con igual ponderación, de 4,8, lo que en la escala de calificaciones utilizada comúnmente en Chile implica un nivel “regular”, sobre el mínimo aprobatorio.

Si bien, todos los parámetros evaluados fueron “aprobados”, el ítem mejor valorado por los profesionales fue la facilidad de comprensión.

Es relevante mencionar que hubo 3 profesionales que calificaron con la nota mínima (1,0) la aplicabilidad en atención primaria y un dentista que calificó con la misma nota mínima a todos los ítems evaluados.

Percepción de los especialistas en Periodoncia de la región de Valparaíso respecto a la norma y su utilización.

Como declaración extra, dos especialistas que trabajan en los Servicios de Salud de la región, recalcaron que no conocían la norma y por ende faltaba difusión de esta y uno escribió que “falta voluntad política y capacitación, además de que los dentistas de atención primaria son cómodos”.

En el grupo de los dentistas que trabajan como docentes en las Facultades de Odontología de la región se mencionó como comentario en dos ocasiones no conocer la norma y que falta publicidad evidenciado en afirmaciones como: "Estimo que falta difusión positiva de las normas básicas de prevención periodontal". Por otra parte, se refirieron

también a la necesidad de la norma al escribir: "las enfermedades periodontales tienen alta prevalencia en la población, como resultado de ello, quedan secuelas en los tejidos periodontales o finalizan con la pérdida de dientes. Además de su asociación con enfermedades sistémicas. Dicho esto, encuentro de suma importancia las medidas preventivas y las necesidades de tratamiento del paciente" y a la implementación de ésta en: "Creo que falta conocimiento por parte del odontólogo general; trabajé como periodoncista en un programa de consultorio y el 90% de las derivaciones estaban mal hechas", "Falta capacitación e interés", "Lamentablemente en APS no es posible realizar cambios conductuales en el paciente por el tiempo limitado de atención. Situación dramática si consideramos que en el paciente chileno sobre los 60 años hay una prevalencia de periodontitis del 100%" y, finalmente sugiriendo además su actualización en: "Ojalá llegue el día en que efectivamente se implemente y se aplique (convendría previamente revisar y actualizar)" y "Es necesaria una actualización de los contenidos de la norma, en relación a la Clasificación de las Enfermedades Periodontales y el instrumental y técnicas que se utilizan actualmente".

En el grupo de los especialistas que se desempeñan en la región de Valparaíso y asisten a las reuniones de la Sociedad de Periodoncia de Chile, filial Valparaíso, encontramos las siguientes afirmaciones respecto al conocimiento de la norma: "Es muy poco difundida e incluso desconocida para muchos", "Falta difusión", "Está subutilizada. Ningún especialista sabe que existe", "Debiera ser más pública. Falta mayor conocimiento de la gente, quizás difundirla por televisión o por mail", "Deberían enviar la norma a consultas privadas", mientras que al referirse a la necesidad de la norma, otro especialista escribió: "Creo que la norma es necesaria como recordatorio al profesional de que la educación, motivación e instrucción del paciente son primordiales si se hiciera como prioridad, en el futuro podría descongestionar el sistema primario". Relacionado a la aplicación de la norma se dijo: "Espero que se aplique la norma para derivar a especialista si fuera necesario o bien lograr interceptar y prevenir el avance de la enfermedad" y "Es necesario actualizarla, ya que es muy antigua. También una vez que se actualice se debe dar a conocer y capacitar correctamente a los especialistas del área".

Discusión

Los hallazgos principales de esta investigación fueron que un porcentaje mayoritario de los especialistas en Periodoncia de la región de Valparaíso (64,7%) cree que la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales no se aplica o se aplica de manera incorrecta (23,5%), y al indagar sobre el motivo de esto, el 58,8% del total de encuestados opinaron que se debía a falta de conocimiento de la norma.

Respecto al perfil de los profesionales que se desempeñan en Periodoncia en el servicio público, Universidades y ejercicio privado miembros activos de la Sociedad de Periodoncia filial Valparaíso, hallamos mayor cantidad de mujeres lo cual contrasta con los datos encontrados en las estadísticas en salud sobre el número por género de especialistas en Periodoncia a nivel nacional inscritos en el registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud a Diciembre del año 2012, donde de un total de 387 inscritos, 170 son mujeres y 217 hombres (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2012). Esta diferencia se podría explicar por la falta de actualización de la estadística nacional y una distribución desigual de los profesionales especialistas en las distintas regiones de nuestro país. Esta hipótesis se ve respaldada por un informe más actual sobre la especialización en el país financiada por los servicios de salud y fondos gubernamentales en los últimos 5 años, el cual describe que la distribución por género de los especialistas en formación es más igualitaria, con un 53% de mujeres y un 47% de hombres (Daigre y cols., 2014). Por otra parte, el informe afirma que los beneficiarios odontólogos crecieron en 92%, desde 61 beneficiarios en 2010 a 117 en 2013 lo que se debió a la aparición de las becas “Concurso Nacional de Especialistas (CONE)” y “Beca Primaria”, que junto a las existentes “Etapa de Destinación y Formación (EDF)” y “Formación Directa de los Servicios de Salud (FORDIR)” motivaron la formación de especialistas en Odontología de los cuales un 11% lo realizó en Periodoncia (Daigre y cols., 2014). Cabe mencionar que, entre las nombradas, el EDF es la beca que reúne mayor número de profesionales y no considera un “periodo asistencial obligatorio” al término de la formación, sino que lo exige en la etapa previa a la especialización, lo que no asegura que el alto número de beneficiarios ingresados al programa sean una contribución directa al sistema de atención público lo que justificaría además la proporción encontrada de ejercicio privado de la profesión y la posibilidad de movilidad laboral.

Por otra parte, en relación al nivel de especialización, la mayoría era especialista, encontramos sólo tres periodoncistas con grado de magister y ocho dentistas que no tenían aún la especialidad pero se encontraban como docentes en el área, práctica usual en la docencia al incorporar como “docentes ayudantes” a egresados que hayan sido “ayudantes alumnos clínicos” durante su pregrado o que busquen relacionarse a las cátedras o departamentos como sustrato para postular a la especialización.

De los siete especialistas que trabajan en los Servicios de Salud, dos son magíster y uno obtuvo la condición mediante CONACEO. Ésta es una organización privada autónoma constituida por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, las Facultades de Odontología de la Universidad de Chile, de Concepción y de Valparaíso, y las Sociedades

Científicas, reconocida por el Ministerio de Justicia quien le otorgó la personalidad jurídica mediante el Decreto N°1052, de fecha 24 de agosto de 1992, y que se formó para efectuar la certificación de las especialidades en Odontología, acreditando a aquellos que por su experiencia y calidad, se les reconoce la idoneidad para ejercerla. Por lo anterior, sumado a los años de servicio en la atención secundaria reportados, podemos proyectar que el nivel de los profesionales que atienden en los Servicios de Salud públicos está de acuerdo a lo esperado.

En lo referente a la Universidad de egreso, se encontró que la mayoría cursó sus estudios profesionales en Universidades estatales ubicadas en la región de Valparaíso (Universidad de Valparaíso) o en Santiago (Universidad de Chile). Esto se ve explicado por la posibilidad que representan los programas de formación locales o cercanos de utilizar campos clínicos en el servicio público, o Universidad, que cuentan con docentes de las mismas universidades que pueden recomendar a sus exalumnos en un cargo vacante, práctica habitual en Latinoamérica como lo demuestran publicaciones (Barozet, 2006) que tratan sobre la demagogia en el empleo que existe en los servicios ya que el sistema de reclutamiento depende de las vinculaciones personales de quienes ya están insertos en la estructura estatal (Barozet, 2006).

Con respecto al conocimiento de la norma, en este estudio 27 de los encuestados, que representan el 79,4%, conocen la norma en Periodoncia. Esto contrasta con lo reportado en MINSAL, 2008 donde se enunció que “prácticamente un 96,0% de los profesionales de Santiago ha leído y conoce la Guía Clínica en Salud Oral GES 3” (MINSAL, 2008), lo que podría deberse, principalmente, al hecho de que las garantías GES son parte de una ley mientras que las normas son sólo una recomendación (MINSAL, 2008). Además, en otro documento ministerial se nombra como causa a la circunstancia de que puedan existir un número de odontólogos aún no familiarizados con la estructura de las guías y normas, y con la nomenclatura utilizada, lo que pudiese, a su vez, redundar en un poco uso de las mismas; y como barreras del ámbito de las actitudes, el hecho de que no todos los profesionales pudiesen concordar con las recomendaciones expresadas en las guías, o encontrar su aplicabilidad en todos los ámbitos para llevar a cabo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (MINSAL, 2010) y por otro lado sentirse poco preparados especialmente en aquellas áreas de prevención primaria relacionadas con intervenciones educativas, y consejerías en las que posiblemente sea necesario capacitar a los profesionales para su desarrollo (MINSAL, 2010) lo que plantea un interesante desafío para la autoridad.

Otros autores evalúan el uso de las guías de práctica clínica y declaran que se alcanza un acceso a las guías y normas de práctica clínica odontológicas del MINSAL del 84,1% (Weiss y cols., 2010) y un 86,7% señala que tiene disponible la guía GES de 6 años (GCSOGES) para consulta en el establecimiento (MINSAL, 2008), mientras que en este estudio sólo un 58,7% (Figura 4) accedía a ellas, lo que demuestra una política de difusión más efectiva en los últimos años probablemente ayudada por la masificación de las redes informáticas y el acceso a la información vía internet que la que se otorgó originalmente a la norma de prevención de enfermedades gingivales y periodontales.

Como se mencionó en los aspectos teóricos al inicio de este reporte de investigación, al revisar la bibliografía no se encontró estudios que se refieran a la aplicación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria en Chile. Lo más semejante fueron tesis de pregrado que evaluaban aspectos de implementación y conocimientos de otras normas odontológicas creadas por el MINSAL en 1998, estas son las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares, de las cuales el trabajo de Calderón y cols (2009) reportó que: “En los centros de salud de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (Santiago) se observó que 12 centros (75,0%), no tienen implementada las “Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares” del total de los 16 centros de salud santiaguinos (Calderón y cols., 2009) mientras que el estudio de Couve y cols., 2012 obtuvo sólo un 9,1% de implementación en la región de Valparaíso (2 de 22 centros pertenecientes a CORMUVAL y CORMUVIÑA) (Couve y cols., 2012).

En esta investigación, la mayoría de los encuestados, 64,7%, opina que la norma no se estaría aplicando en la atención primaria y un 23,5% cree que es en forma incorrecta, lo que ratifica la opinión expuesta en los antecedentes teóricos. Las causas de la no aplicación de la norma por parte de los odontólogos del servicio de atención primaria, según los encuestados (Figura 6), citan a la “falta de conocimiento” como el motivo principal seguido por “falta de capacitación”, “falta de interés”, falta de recursos materiales”, “falta de horas-Odontólogo”, “no es GES” y “falta de recursos humanos” en orden decreciente. Estas contrastan con las observadas en Calderón y cols., 2009 donde ponen en primer lugar a la “falta de capacitación” (en 8 de 12 centros), y en segundo lugar a que “no hay asignación de horas odontológicas” (7 de 12 centros) (Calderón y cols., 2009) mientras que lo encontrado en Couve y cols., 2012 declara como las principales razones a “la falta de recursos humanos” y “por falta de asignación de horas odontológicas para el programa de ortodoncia preventiva e interceptiva (OPI)” (según 13 de los 22 centros encuestados), esto último se asoció a que “las acciones presentes en las normas OPI no están contenidas dentro del AUGE ni de las metas sanitarias de cada servicio, por lo que no son obligatorias” (Couve y cols., 2012). Así tenemos que los motivos principales reportados en todos las investigaciones implican al componente “humano” y, por ende, competen de manera directa a los administradores de las políticas públicas quienes no han capacitado adecuadamente al personal ni le han dado el énfasis necesario a esta norma (MINSAL, 2010). Por otra parte, se encuentra en la literatura opiniones de que los profesionales pueden enfrentar barreras que limiten su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno (MINSAL, 2010). Es digno de señalar lo importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros u otros para la implementación de una GPC, específicamente referidos a posibilidades de derivación de los pacientes en caso necesario, de materiales, insumos o instrumentos de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo, todos factores que escapan al control del profesional (MINSAL, 2010).

En cuanto a la valoración que los dentistas dan a las normas, el 88,2% la consideró necesaria, porcentaje levemente superior a los reportados anteriormente, donde se describe que la norma de ortodoncia era considerada necesaria por el 81,8% de los

encuestados en la región de Valparaíso (Couve y cols., 2012) y en los centros del Servicio Metropolitano Oriente de Santiago, solamente 1 de 12 centros opinó que la norma de prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares no era necesaria, debido a que había derivación a otros centros, prioridad de otras patologías orales y a que la atención es sólo de 6 años (Calderón y cols., 2009), y en otro trabajo, donde los profesionales consultados consideraron útil el documento GCSOGES para la atención de niños y niñas de 6 años en una proporción elevada (82,5% para el sector público) (MINSAL, 2008). Aun así, Weiss y cols., 2010 declaran que "los profesionales no demostraron valorar ampliamente los contenidos de las guías y normas de práctica clínica odontológica del MINSAL, a pesar del esfuerzo evidente de las autoridades por desarrollar documentos completos y con la mejor evidencia disponible puesto que es diferente sólo leerlas que analizarlas y comprenderlas a cabalidad", a lo que se puede sumar la falta de interés declarada y a la presión que significa cumplir con el rendimiento de actividades recuperativas en grupos de riesgo por motivos políticos mediante la entrega de asignaciones de estímulo al desempeño colectivo medidas en la consecución de metas específicas, por ejemplo por tratamiento de garantías AUGE-GES.

Al consultar sobre las principales condiciones a mejorar para la implementación de la norma, la primera mayoría fue "capacitación", seguido por "horas odontólogo", "insumos y materiales" y "recursos humanos" similar a lo encontrado en Calderón y cols., 2009, donde las mejoras que sus encuestados realizarían serían "aumentar el número de profesionales destinados al programa y creen necesario considerar el rendimiento de las intervenciones interceptivas" (Calderón y cols., 2009) y en Couve y cols., 2012 el "100% de los encuestados consideraba necesario el aumento de profesionales (que realicen tratamientos basados en el programa OPI (ortodoncia preventiva e interceptiva))" (Couve y cols., 2012). Esto redunda nuevamente en una política pública más integral e inclusiva en el área periodontal. La política de salud bucal de Chile desde el año 1990 se ha centrado en la priorización de la población menor de 20 años, ya que las medidas aplicadas a esa edad son más costo-efectivas y se puede contar con un mayor impacto a largo plazo. La implementación de esta política ha dejado desprovista la atención odontológica de la población adulta en general (MINSAL, 2010) quienes son los que presentan un mayor nivel de necesidades no resueltas en el área periodontal (Gamonal y cols., 2010; Oppermann y cols., 2015).

Al indagar sobre cuáles condiciones, signos clínicos y síntomas habían recibido como diagnóstico en las derivaciones desde la atención primaria, a la mayoría de encuestados les habían llegado los diagnósticos "movilidad", "pérdida ósea", "agrandamiento gingival", "recesión", "absceso", "sangrado", "dolor", "cálculo", "halitosis" y "necesidades especiales" (Figura 9),en orden decreciente. Esto demuestra que las derivaciones a la atención secundaria no están siguiendo las normas. Al respecto, en un estudio actual norteamericano sobre la decisión clínica de remitir al Periodoncista por los estudiantes de odontología e higienista dental, los factores de riesgo y clínicos considerados como los más críticos para la referencia periodontal fueron, en orden de relevancia, la falta de respuesta a la terapia periodontal no quirúrgica previa, presencia de sacos mayores o iguales a 6 mm, defecto de furca clase 2, diabetes mal controlada y

edad de 39 años o menor (Chang y cols., 2014). Esto demuestra que los dentistas de atención primaria en salud no usan la norma para derivar a la atención secundaria.

Por otro lado, la conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma se midió teniendo en cuenta las variables aplicabilidad en atención primaria (nota= 4,4), cantidad de contenido teórico (4,8), calidad de contenido teórico (nota= 4,6) y facilidad de comprensión (nota= 5,2), obteniéndose un promedio de 4,8, lo que en la escala de calificaciones utilizada comúnmente en Chile implica un nivel “regular”, sobre el mínimo aprobatorio. A modo de comparación, la tesis de Weiss y cols., 2010 que evaluó a las Guías de Práctica Clínicas en sus contenidos, encuentra una creencia en el 53,9% de su muestra de que los documentos aportaban a un mejoramiento de la atención dental y un 41% de conformidad con sus contenidos, pero sólo el 16% consideró que las guías de práctica clínica ministeriales fueron útiles para responder las preguntas teóricas de ese estudio (Weiss y cols., 2010). No se encontró en la literatura revisada una evaluación de las normas respecto a los aspectos de aplicabilidad y facilidad de comprensión.

Como información extra, en el grupo de los dentistas que trabajan como docentes en las Facultades de Odontología de la región se mencionó como comentario en dos ocasiones “no conocer la norma” y que “falta publicidad” evidenciado en afirmaciones como: "Estimo que falta difusión positiva de las normas básicas de prevención periodontal". Por otra parte, se refirieron también a la necesidad de la norma al escribir: "las enfermedades periodontales tienen alta prevalencia en la población, como resultado de ello, quedan secuelas en los tejidos periodontales o finalizan con la pérdida de dientes. Además de su asociación con enfermedades sistémicas. Dicho esto, encuentro de suma importancia las medidas preventivas y las necesidades de tratamiento del paciente" y a la implementación de ésta en: "Creo que falta conocimiento por parte del odontólogo general; trabajé como periodoncista en un programa de consultorio y el 90% de las derivaciones estaban mal hechas", "Falta capacitación e interés", "Lamentablemente en APS no es posible realizar cambios conductuales en el paciente por el tiempo limitado de atención. Situación dramática si consideramos que en el paciente chileno sobre los 60 años hay una prevalencia de periodontitis del 100%" y, finalmente sugiriendo además su actualización en: "Ojalá llegue el día en que efectivamente se implemente y se aplique (convendría previamente revisar y actualizar)" y "Es necesaria una actualización de los contenidos de la norma, en relación a la Clasificación de las Enfermedades Periodontales y el instrumental y técnicas que se utilizan actualmente".

Mientras que en el grupo de los especialistas que se desempeñan en la región de Valparaíso y asisten a las reuniones de la Sociedad de Periodoncia de Chile, filial Valparaíso, encontramos las siguientes afirmaciones respecto al conocimiento de la norma: "Es muy poco difundida e incluso desconocida para muchos", "Falta difusión", "Está subutilizada. Ningún especialista sabe que existe", "Debiera ser más pública. Falta mayor conocimiento de la gente, quizás difundirla por televisión o por mail", "Deberían enviar la norma a consultas privadas", mientras que al referirse a la necesidad de la norma, otro especialista escribió: "Creo que la norma es necesaria como recordatorio al profesional de que la educación, motivación e instrucción del paciente son primordiales si se hiciera como prioridad, en el futuro podría descongestionar el sistema primario".

Relacionado a la aplicación de la norma se dijo: "Espero que se aplique la norma para derivar a especialista si fuera necesario o bien lograr interceptar y prevenir el avance de la enfermedad" y "Es necesario actualizarla, ya que es muy antigua. También una vez que se actualice se debe dar a conocer y capacitar correctamente a los especialistas del área". Por otra parte, el hecho de que la norma no haya sido actualizada o modificada a la fecha, fundamenta la observación de su falta de implementación en el sistema público de atención sanitaria, obtenida de comentarios reiterados de los profesionales de la atención secundaria en Periodoncia quienes perciben un número considerable de derivaciones que no competen directamente a ese nivel asistencial sino que debieron ser resueltas anteriormente en la atención primaria, y aún más, debidamente prevenidas, las que al avanzar el tiempo perpetúan la situación bucodental deficiente siendo además factores de riesgo de condiciones sistémicas de importante prevalencia nacional como diabetes y enfermedad cardiovascular y contribuyen a saturar el sistema de atención generando listas de espera que superan el año traduciéndose en insatisfacción de la población usuaria. Esta situación permite sugerir que si las Universidades tomaran dentro del perfil de competencias de sus egresados el conocer lo que pide la norma se evitarían, en parte, los problemas descritos. Pero por otro lado, en la atención primaria se priorizan actividades y grupos de riesgo por motivos políticos mediante la entrega de asignaciones de estímulo al desempeño colectivo medidas en la consecución de metas específicas, por ejemplo por tratamiento de patologías AUGE-GES, avaladas en la ley n°20.157 del año 2007 que concede beneficios al personal de la atención primaria de salud y modifica las leyes nº 19.378 y 19.813, lo que determina una menor disponibilidad de horas odontólogo y recursos materiales para desarrollar actividades comprendidas en la norma de prevención de enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL.

Es destacable que la investigación realizada fue un censo de la población de periodoncistas de la región de Valparaíso, encuestados por una sola investigadora, utilizando el método de recolección de datos más frecuente avalado dentro de los reportes internacionales que estudian las características de las referencias y sus sistemas en Odontología (Brown y cols., 1994; Cobb y cols., 2003; Dockter y cols., 2006; Lanning y cols., 2007; Zemanovich y cols., 2006).

Como limitaciones de este estudio, se encuentra la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante. Por otra parte, la validez de tratar de establecer una medida operacional para los conceptos usados o constructos llega a ser un desafío al evaluar conceptos complejos y no directamente medibles, como podría ser el caso de variables que estén relacionadas con actitudes y percepciones. En este caso, el estudio de variables aisladas, desligadas de la compleja realidad desde la cual se tienen que comprender resulta demasiado reduccionista. La respuesta más completa la darían distintas ramas de las ciencias hermenéuticas (ciencias interpretativas) que llevan al uso de una metodología mixta, sino de todo, cualitativa y un análisis interpretativo (en lugar de estadístico). Considerando además hasta qué punto la realidad observada es una función de la posición, el estatus y el rol que el investigador ha asumido dentro del grupo estudiado puesto que las situaciones interactivas siempre crean nuevas realidades o modifican las existentes (Kerlinger, 1981). Así, la credibilidad de la información puede variar mucho: los

informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las cosas (MIDEPLAN Costa Rica, 2007). Por otro lado, el diseño utilizado sólo permite establecer una descripción de la situación sin ser capaz de demostrar relaciones. Ligado a esto, se sugiere continuar investigando en esta línea, utilizar diseños cualitativos que incluyan otros aspectos del problema, ampliar el estudio a otros servicios de salud a nivel nacional complementando esto con la percepción, medición del conocimiento sobre la norma y las prácticas efectivamente llevadas a cabo por parte de los dentistas de atención primaria.

En base a todo lo expuesto, se concluye que los resultados obtenidos muestran la situación crítica en la que se encuentra la aplicación de estas normas en la atención pública de la región y el abismal desconocimiento al respecto.

Conclusiones

Al terminar el presente estudio, se concluye que:

La opinión de los especialistas en Periodoncia sobre el conocimiento y aplicación de las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL por los odontólogos de la atención primaria de la región de Valparaíso es regular.

El grado de implementación correcta de la norma según los encuestados alcanza sólo al 11,8%.

El perfil de los profesionales que se desempeñan en Periodoncia en el servicio público, Universidades y ejercicio privado miembros activos de la Sociedad de Periodoncia filial Valparaíso es de un leve predominio del género femenino, entre 25 y 66 años, principalmente especialistas egresados de universidades de la región de Valparaíso o Metropolitana.

El 79,4% de los especialistas conoce la norma.

Sólo un 58,7% de odontólogos tiene acceso a ella, principalmente en formato online.

Sólo 26,5% cree que la norma es implementada. Las causas de no aplicar la norma en la atención primaria son mayoritariamente por falta de conocimiento y capacitación, seguido por falta de interés y de recursos materiales.

Para favorecer la implementación, la población estudiada mejoraría la capacitación, seguido de los insumos y materiales y las horas/odontólogo disponibles.

La conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma, teniendo en cuenta las variables aplicabilidad en atención primaria, cantidad y calidad de contenido teórico y facilidad de comprensión, obtuvo un promedio de 4,8.

El 88,2% de los especialistas considera necesaria la norma.

Los comentarios recogidos apuntan a la falta de difusión y actualización de la norma.

Sugerencias

En base a todo lo expuesto, se concluye que los resultados obtenidos muestran la situación crítica en la que se encuentra la aplicación de estas normas en la atención pública de la región. La opinión de los especialistas en Periodoncia sobre el conocimiento y aplicación de las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL por los odontólogos de la atención primaria de la región de Valparaíso es regular.

Se sugiere continuar investigando en esta línea, utilizando diseños cualitativos que incluyan otros aspectos del problema, ampliar el estudio a otros servicios de salud a nivel nacional, Universidades y filiales de la sociedad de Periodoncia de otras regiones, complementar esto con la medición cuantitativa del conocimiento sobre la norma y las prácticas efectivamente llevadas a cabo por parte de los dentistas de atención primaria, identificando las barreras percibidas para la implementación de las normas. Se podría realizar una auditoría de las interconsultas emitidas en la atención primaria hacia la atención secundaria de los servicios de salud, buscando recabar los diagnósticos utilizados y contrastar esos datos con las características de formación de los odontólogos, el tiempo de espera hasta la atención, los recursos disponibles, la satisfacción usuaria, entre otros.

Los datos obtenidos por esta investigación, aportan a las autoridades pertinentes en señalar la falta de conocimiento de la norma y su regular implementación, al considerarla poco actualizada, sembrando las bases para solucionar el problema al incentivar una mayor difusión de ésta.

Resumen

Introducción: En 1998 el MINSAL conformó las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales, una propuesta para facilitar la provisión de servicios que realza un componente promocional-preventivo que implica la participación de todos los participantes del equipo de salud en asociación con el paciente, determinando una lista de actividades específicas a realizar por cada uno categorizadas según nivel de necesidad de tratamiento. Esta realidad plantea la interrogante ¿se estará aplicando adecuadamente la norma en la red odontológica?, pensando en las altas prevalencias de enfermedad gingival y periodontal que requieren un número importante de personal para poder tratarlas, donde se hace necesario ser más riguroso en el aprovechamiento máximo de los recursos tanto humanos como materiales.
Conocer la realidad de la implementación de la norma basándonos en la opinión de los profesionales especialistas servirá para levantar resultados que podrían orientar decisiones en salud pública.

Objetivo: Conocer la opinión de los especialistas en Periodoncia sobre la implementación de la norma de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL en los servicios de atención primaria de la región de Valparaíso.

Metodología: Estudio descriptivo, sobre el total de los especialistas que se desempeñan en Periodoncia en la región de Valparaíso. Recogida de datos mediante encuesta presencial de alternativas. Análisis descriptivo en Excel 2013.

Resultados: El grado de implementación correcta de la norma según los encuestados es bajo, alcanzando sólo al 11,8%. El 79,4% de los especialistas conoce la norma, sólo un 58,7% de odontólogos tiene acceso a ella, principalmente en formato online. Las causas de no aplicar la norma en la atención primaria con mayoritariamente por falta de conocimiento y capacitación, seguido por falta de interés y de recursos materiales, en consecuencia, para favorecer la implementación, la población estudiada mejoraría la capacitación, seguido de los insumos y materiales y las horas/odontólogo. La conformidad de los profesionales encuestados con respecto a la norma, teniendo en cuenta las variables aplicabilidad en atención primaria, cantidad y calidad de contenido teórico y facilidad de comprensión, obtuvo un promedio de 4,8. El 88,2% de los especialistas considera necesaria la norma. Los comentarios recogidos apuntan a la falta de difusión y actualización de la norma.

Conclusiones: Se muestra la situación crítica en la que se encuentra la aplicación de estas normas en la atención primaria de la región en base a la opinión de los especialistas en Periodoncia sobre la implementación de las normas de prevención de las enfermedades gingivales y periodontales del MINSAL por los odontólogos de la atención primaria de la región de Valparaíso la cual es regular.

Bibliografía

Albandar JM. (2002): Periodontal disease in North America.Periodontol 2000 29: 31–69.

American Academy of Periodontology. (2001): Glossary of Periodontal Terms, 4th edition. Chicago, IL: American Academy of Periodontology: 39-40.

Badenier O, Cueto A, Moya R, Acevedo R. (2007): Estudio de Prevalencia de las Enfermedades Buco dentales y necesidades de tratamiento en la V Región. Código SAOI20044. Proyecto FONIS, Conicyt-MINSAL: 1-16.

Baelum V, Lopez R. (2003): Defining and classifying periodontitis: need for a paradigm shift? Eur J Oral Sci: 111: 2–6.

Barozet E. (2006): El valor histórico del pituto: clase media, integración y diferenciación social en Chile. Rev Sociología del Departamento de Sociología de la Universidad de Chile 20: 69-96.

Benigeri M, Brodeur J-M, Payette M, Charbonneau A, Ismail AI. (2000): Community periodontal index of treatment needs and prevalence of periodontal conditions. J Clin Periodontol 27: 308–312.

Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. (2007): Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002–2003. J Periodontol Res, 42: 219–227.

Brodeur J-M, Payette M, Benigeri M, Charbonneau A, Olivier M, Chabot D. (2001): Periodontal diseases among Quebec adults aged 35–44 years. J Can Dent Assoc: 67: 34–38.

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

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

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

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

Daigre ML, Muñoz A, Saint-Pierre E. (2014): Resumen ejecutivo: Evaluación programas gubernamentales: Programa de formación de especialistas y subespecialistas. Ministerio de salud. Subsecretaría de redes asistenciales: 3-15.

Dasanayake AP. (1998): Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. Ann Periodontol 3: 206–212.

Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. (2013): Principles of periodontology. Periodontol 2000; 61(1):16-53.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2012): Recursos para la salud. Acceso: 14 de Julio, 2015. Disponible en: http://www.deis.cl/?p=37.

De Stefano F, Anda RF, Kahn HS, Williamson DF, Russell CM. (1993): Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. BMJ 306: 688–691.

Do LG, Spencer AJ, Roberts-Thomson K, Ha DH, Tran TV, Trinh HD. (2003): Periodontal disease among the middle-aged Vietnamese population. J Int Acad Periodontol, 5: 77–84.

Dockter KM, Williams KB, Bray KS, Cobb CM (2006): Relationship between prereferral periodontal care and periodontal status at time of referral. J Periodontol, 77: 1708-1716.

Duarte V. (2012): Pertinencia de la derivación para resolución quirúrgica de terceros molares y factores relacionados con odontólogos que la realizan. Valparaíso 2012. Tesis para optar al grado de magister en salud pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Revisado en: http://dspace2.conicyt.cl/handle/10533/89422

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

Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton Evans G, Eke P, Beltran-Aguilar ED, Horowitz AM, Li CH. (2007): Trends in oral health status – United States, 1988–1994 and 1999–2004. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat11: 248.

Flemmig TF. (1999): Periodontitis. Ann Periodontol: 4: 32–37.

Fourrier F, Duvivier B, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Chopin C. (1998):Colonization of the dental plaque: a source of nosocomial infections in intensive care unit patients. Crit Care Med 26: 301–308.

Frencken JE, Sithole WD, Mwaenga R, Htoon HM, Simon E. (1999): National oral health survey Zimbabwe 1995: periodontal conditions. Int Dent J, 49: 10–14.

Hart TC, Atkinson JC. (2007): Mendelian forms of periodontitis. Periodontol 2000: 45: 95–112.

Hermann P, Gera I, Borbely J, Fejerdy P, Madlena M. (2009): Periodontal health of an adult population in Hungary: findings of a national survey.J Clin Periodontol, 36: 449–457.

Holtfreter B, Schwahn C, Biffar R, Kocher T. (2009): Epidemiology of periodontal diseases in the study of health in Pomerania. J Clin Periodontol, 36: 114–123.

Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento de Estudios Laborales, Departamento de Estudios Sociales. (2015): Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales. Revisado en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/participacion_laboral_femenina_2015.pdf

Kerlinger FN. (1981): Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México: Interamericana: 322.

Kinane DF, Shiba H, Hart TC. (2005): The genetic basis of periodontitis. Periodontol 2000 39: 91–117.

Krustrup U, Petersen PE. (2006): Periodontal conditions in 35–44 and 65–74-year-old adults in Denmark.Acta Odontol Scand, 64: 65–73.

Lanning SK, Best AM, Hunt RJ. (2007) Periodontal Services Rendered by General Practitioners. J Periodontol 78:5: 823-832.

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

Löe H, Theilade E, Jensen SB. (1965): Experimental gingivitis in man. J Periodontol 36: 177–187.

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

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

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

López R, Fernández O, Jara G, Baelum V. (2001): Epidemiology of clinical attachment loss in adolescents. J Periodontol 72: 1666–1674.

López NJ, Smith PC, Gutierrez J. (2002): Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. J Periodontol 73(8):911-24.

López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutiérrez J. (2005): Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. J Periodontol 76(11):2144-53.

Mariotti A. (1999): Dental plaque-induced gingival diseases. Ann Periodontol 4: 7–19.

Mattila KJ, Nieminen MS, Valtonen VV, Rasi VP, Kesäniemi YA, Syrjälä SL, Jungeli PS, Isoluoma M, Hietaniemi K, Jokinen MJ. (1989): Association between dental health and acute myocardial infarction. BMJ 298: 779–781.

Mendez MV, Scott T, LaMorte W, Vokonas P, Menzoian JO, Garcia R. (1998): An association between periodontal disease and peripheral vascular disease. Am J Surg 176: 153- 157.

Micheelis W, Schiffner U. (2006): Fourth German oral health study (DMS IV). Germany: Deutscher Zahnärzte Verlag. Köln: 22-25.

MIDEPLAN Costa Rica (2007): Material de apoyo para el diseño y ejecución de evalujaciones estratégicas de gobierno. Capítulo 5: Enfoques y diseños metodológicos para la evaluación. Acceso: 14 de Julio, 2015. Disponible en: http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/4e238fe3-2504-49f0-a8e5-114a002b4dba/Material%20de%20apoyo%20al%20Manual%20Gerencial%20Cap%205.pdf.

MINSAL. (1993): Plan nacional de salud buco-dental. Normas Odontológicas.

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

MINSAL (2002): Pauta para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud. Departamento de Calidad de Prestadores. División de Planificación y Presupuesto. Revisado en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-3716_guia_clinica.pdf

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Bucal (2008): Resumen ejecutivo estudios de difusión e implementación de la Garantía Explícita: Salud Oral Integral para niños de 6 años. Santiago: MINSAL.

MINSAL (2010): Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años. Santiago: MINSAL. Disponible online en: http://web.MINSAL.cl/portal/url/item/a14bd85994322821e04001011e01257d.pdf

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

Morris AJ, Steele J, White DA. (2001): The oral cleanliness and periodontal health of UK adults in 1998.Br Dent J, 191: 186–192.

Moya R., Pizarro C., Valenzuela D. (2012): Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la quinta región de Valparaíso. Tesis de pregrado. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

Organización Mundial de la Salud. (1978): Atención Primaria de Salud. Ginebra; Organización Panamericana de la Salud.

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

Scannapieco FA, Stewart EM, Mylotte JM. (1992): Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients. Crit Care Med 20: 740–745.

Scannapieco FA, Mylotte JM. (1996): Relationships between periodontal disease and bacterial pneumonia. J Periodontol 67: 1114–1122.

Servicio de Salud Aconcagua. (2014): Red de Atención Primaria en Salud. Revisado en: http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/index.php?option=com_content&view=article&id= 47&Itemid=64

Servicio de Salud Viña Del Mar – Quillota, Subdirección De Gestión Asistencial (2014): Protocolo de Referencia Y Contrareferencia de Especialidades Odontológicas. Cód: Pro-Rcr-28. Revisado en: http://www.ssvq.cl/protocolos/PROTOCOLOS_especialidades_odontologicaRev_270711.pdf

Slade GD, Spencer AJ, Roberts-Thomson K. (2007): Australia´s dental generations. The national survey of adult oral health 2004–2006. Dental statistics and research series number 34. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Syriänen J, Peltola J, Valtonen V, Iivanainen M, Kaste M, Huttunen JK. (1989): Dental infections in association with cerebral infarction in young and middle-aged men. J Intern Med 225: 179–184.

Tonetti MS, Mombelli A. (1999): Early-onset periodontitis. Ann Periodontol: 4: 39–53.

van der Velden U. (2005): Purpose and problems of periodontal disease classification. Periodontol 2000:39: 13–21.

Wang HY, Petersen PE, Bian JY, Zhang BX. (2002): The second national survey of oral health status of children and adults in China. Int Dent J, 52: 283–290.

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

Williams RC, Offenbacher S. (2000): Periodontal medicine: the emergence of a new branch of periodontology. Periodontol 2000 23: 9–12.

Williams KB, Burgardt GJ, Rapley JW, Bray KK, Cobb CM. (2014): Referring Periodontal Patients: Clinical Decision Making by Dental and Dental Hygiene Students. J Dent Educ, 78(3): 445-453.

Zemanovich MR, Bogacki RE, Abbott DM, Maynard JG, Lanning SK. (2006): Demographic variables affecting patient referrals from general practice dentists to periodontists. J Periodontol.; 77(3): 341-9.