



**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.**

Trabajo de Investigación

requisito para optar al

Título de Cirujano Dentista

Estudiantes:

Maximiliano Gutiérrez I.
Sebastián Verdugo H.

Profesor guía:

Dra. Francisca Couve P.

Cátedra de Ortodoncia

Valparaíso – Chile

2012

Agradecimientos

“Quisiéramos agradecer en primer lugar a nuestras familias por todo el Amor y apoyo incondicional que día a día nos brindaron desde el momento en que escogimos el camino de la Odontología, por todos los consejos y luces que sostuvieron sobre nosotros en los momentos de mayor oscuridad en nuestro sendero y por compartir nuestra alegría una vez que nuestras metas se fueron cumpliendo.

Muchas gracias a todos los Profesores que en el día a día hicieron su mayor esfuerzo por entregarnos el conocimiento, la habilidad y el arte tan necesarios para el desarrollo de nuestra profesión.

También muchas gracias a todas esas personas especiales y amigos que nos acompañaron durante este periodo de aprendizaje, sobre todo a aquellos que nos enseñaron lecciones de vida que no son posibles de aprender en ningún libro, salón de clases o clínica. Por todos los buenos momentos que pasamos juntos y que ayudaron a alivianar el peso durante nuestro viaje.

Por último quisiéramos agradecer a todas las personas que de una u otra manera estuvieron presentes y fueron un aporte fundamental para el desarrollo de nuestra tesis.”

ÍNDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2-27
2.1. Anomalías Dentomaxilares.....	2
2.2. Clasificación ADM Universidad de Valparaíso.....	2
2.2.1. Clases esqueletales.....	2
2.2.2. Clasificación de Angle.....	2
2.2.2.1. Relación canina.....	3
2.2.3. Anomalías Interarcos.....	4
2.2.4. Anomalías Intra arcos.....	5
2.2.5. Anomalías interceptables.....	5
2.3. Etiopatogenia.....	6
2.3.1. Factores Extrínsecos.....	6
2.3.2. Factores Intrínsecos.....	9
2.4. Prevalencia de las Maloclusiones.....	11
2.4.1. Prevalencia nacional ADM.....	12
2.5. Normas OPI de 1998.....	14-27
2.5.1. Fomento y protección de salud bucal.....	14
2.5.2. Prevención de ADM.....	15
2.5.2.1. Mantenedores de espacio.....	16
2.5.2.2. Control de Malos Hábitos.....	18
2.5.2.2.1. Succión.....	20
2.5.2.2.2. Interposición.....	21
2.5.2.2.3. Presión.....	21
2.5.2.2.4. Respiración bucal.....	22
2.5.2.3. Tratamiento de malos hábitos.....	22
2.5.3. Intercepción de ADM.....	23
2.5.3.1. Dentición temporal.....	23
2.5.3.2. Dentición Mixta Primera fase.....	27
2.5.4. Programación de actividades OPI.....	27
3. OBJETIVOS.....	28
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29

5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	30-35
5.1. Diseño.....	30
5.2. Sujetos.....	30
5.3. Calibración.....	31
5.4. Procedimientos.....	31
5.5. Análisis Estadísticos.....	31
5.6. Variables.....	31
6. RESULTADOS.....	36-50
7. DISCUSIONES.....	51-55
8. CONCLUSIONES.....	56
9. SUGERENCIAS.....	57
10.RESUMEN.....	58
11.REFERENCIAS.....	59-61

1. INTRODUCCIÓN

El enfoque actual de la política de la salud Chilena es el de la prevención y el tratamiento precoz de las patologías, dando gran énfasis en los últimos años a las ADM en los niños y adolescentes. Actualmente el gran aumento en la demanda de tratamiento odontológico en el sistema público de salud por parte de la población, está lejos de ser satisfecha. Esto debido a la gran escasez de Especialistas en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar que existe actualmente. Una solución para el problema es implementar programas en salud a nivel de consultorios de atención primaria con el fin de aumentar la cobertura (Normas OPI 1998) (Gacitúa, Mora 2000).

Por las razones anteriormente expuestas, en 1998 el departamento Odontológico de “La División de Salud de las Personas”, del Ministerio de Salud, conformaron las “Normas en la Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares”, una propuesta con enfoque eminentemente preventivo, orientado hacia los grupos de mayor riesgo, para promover y desarrollar medidas de autocuidado de la salud bucal.

Dichas normas vinieron de la mano con una serie de capacitaciones orientadas a los Odontólogos del nivel de atención primario con el fin de poder instruirlos y prepararlos para cumplir con estas normas. Sin embargo al no estar incluidas estas normas dentro del AUGE y de las metas sanitarias de cada consultorio, su cumplimiento no es considerado obligatorio.

Es por esto que en el año 2007 en la Universidad de Chile se dirigió un proyecto de investigación que buscaba describir la implementación de las normas O.P.I, el cual demostró que de 16 centros de salud pública solo 4 implementaban las Normas. De ese estudio se originaron 3 más que arrojaron resultados similares, sin embargo todos ellos en la región Metropolitana (Calderón. N y cols, 2009).

Por consiguiente consideramos necesario exponer la situación actual de la implementación de dichas normas en los Consultorios adscritos a las Municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso con el fin de entregar una visión más amplia de la problemática, ya que el conocimiento de esta información puede mejorar el funcionamiento del programa, descongestionar el sistema de salud secundario y disminuir la prevalencia de ADM en la población.

Por tanto la pregunta de investigación es: ¿son aplicadas las normas de prevención e intercepción de las ADM en los servicios de atención primaria adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Anomalías dentomaxilares

Podemos definir como anomalías dentomaxilares a todas aquellas desviaciones de la normalidad en la relación espacial de las piezas dentarias y de estas con los maxilares, que van a afectar la relación armónica dentomaxilar, perjudicando a su vez la estética y funcionalidad del sistema estomatognático (Pérez. S. 2010, Normas O.P.I 1998).

2.2. Clasificación de las ADM según la Universidad de Valparaíso

La clasificación propuesta por la Universidad de Valparaíso parte de la base de la comprensión de los 3 planos del espacio en el individuo, los planos Sagital Medio, el plano Vertical y el plano transversal. Necesarios para poder entender la ubicación y características de las anomalías a estudiar.

Las Clasificaciones se originan de la necesidad de tipificar a los pacientes dentro de parámetros repetitivos y estables en la población a modo de facilitar el estudio de los mismos y su identificación de modo de hablar en un lenguaje común al momento de referirnos a algún problema específico.

Existe una gran variedad de clasificaciones, las cuales han sido usadas durante años, algunas de las cuales son utilizadas hasta el día de hoy. Esta clasificación toma como base las clasificaciones Esqueletal y el Sistema de Angle.

2.2.1. Clases esqueléticas

Clase I esquelética: bases óseas maxilar superior e inferior armónicas.

Clase II esquelética: relación distal de la mandíbula con respecto al maxilar. (Maxilar superior adelantado / mandíbula de menor tamaño / combinación de ambas)

Clase III esquelética: relación mesial de la mandíbula respecto al maxilar. (Maxilar superior retruido / mandíbula aumentada / combinación de ambos).

2.2.2. Clasificación de Angle

Esta clasificación en el momento de su concepción estaba basada solamente en la ubicación de los primeros molares definitivos superiores e inferiores, puesto que la ubicación de estos es un punto de referencia invariable. Con el tiempo esta clasificación fue ganando popularidad y aceptación hasta llegar a ser una de las clasificaciones más utilizadas, principalmente por su sencillez y facilidad de determinación.

Esto derivó en que se comenzara a utilizar desde el punto de vista esquelético, en lugar del dentario. Punto de vista que se ha mantenido hasta el día de hoy.

Maloclusiones Clase I: Corresponde a una relación de posición en donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Maloclusiones Clase II: El surco mesiovestibular del primer molar inferior se encuentra por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Esta maloclusión a su vez se separa en dos variantes la División 1 y División 2.

Clase II División 1: Distoclusión bilateral. Protrusión incisiva superior, pueden encontrarse apiñados o espaciados.

Clase II División 2: Distoclusión bilateral. Los incisivos superiores presentan una inclinación hacia palatino, pudiendo encontrarse “alados” los incisivos laterales y/o caninos.

A su vez existe la posibilidad de que la relación molar pueda presentarse unilateralmente lo cual es conocido como Subdivisión.

Maloclusiones Clase III: El surco mesiovestibular del primer molar inferior se encuentra por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

La Clasificación se centra principalmente en analizar las anomalías dentomaxilares separadas en 2 grandes grupos. Entre arcadas y dentro de las mismas.

2.2.2.1. Relación Canina

Es la relación anteroposterior que es posible observar entre los caninos superiores e inferiores.

Neutroclusión: Cuando el vértice de la cúspide del canino superior ocluye por distal del canino inferior, en la unión interproximal formada por la cara distal del canino inferior y la cara proximal del primer premolar inferior.

Distoclusión: cuando el vértice de la cúspide del canino superior ocluye por delante del canino inferior o de la unión interproximal formada por la cara distal del canino inferior y la cara proximal del primer premolar inferior.

Mesioclusión: cuando el vértice de la cúspide del canino superior ocluye por detrás de la unión interproximal formada por la cara distal del canino inferior y la cara proximal del primer premolar inferior.

2.2.3. Anomalías interarcos

1. Sagitales
2. Verticales
3. Transversales

1. SAGITALES

Maloclusiones en clase I

- DDM apiñada
- DDM espaciada

Mordidas invertidas anteriores

- Mordida invertida simple (1 – 2 dientes)
- Mordida invertida funcional o pseudo clase III (en dentición temporal y mixta 1ª fase)
- Progiene verdadera
- Retrognasia maxilar superior o falsa clase III (hipoplasia maxilar)
- Clase III combinada

Distoclusiones

- Con protrusión espaciada o apiñada (clase II – 1 de Angle)
- Con verticalización incisiva (clase II – 2 de Angle)

2. VERTICALES

- Mordida profunda: puede tener neutroclusión o distoclusión
- Mordida abierta: puede ser esquelética o dentoalveolar (por mal hábito)

3. TRANSVERSALES

Anomalías de compresión: desarrollo transversal alterado.

- Mordida cruzada uni o bilateral
- Vis a vis uni o bilateral. (Zona anterior con protrusión o apiñamiento).
- Vestibuloclusión / Mordida en tijera

- Desviaciones de la línea media (líneas medias dentarias superior e inferior)
- Desviación mandibular

2.2.4. Anomalías intra arcos

- Apiñamiento:
 - Leve 2 mm
 - Moderado 2 a 4 mm
 - Severo +4mm
- Espaciamiento (DDM por tamaño dentario)
- Malposiciones
 - Eje vertical: rotaciones dentarias
 - Eje sagital: vestíbulo – palato – linguoversión
 - Eje transversal: infraoclusión – supraoclusión
- Alteración de número de dientes: agenesias, supernumerarios.

2.2.5. Anomalías interceptables

Dentro de estas anomalías, las que se consideran interceptables a una temprana edad son:

En dentición temporal:

- Vertical
 - Mordidas abiertas por mal hábito anteriores o laterales
- Transversal
 - Mordidas cruzadas por interferencias cuspídeas y compresión leve
- Sagital
 - Mordidas invertidas por acomodación sin alteraciones secundarias

Control de: inserción de frenillos, persistencia de piezas temporales, control del número de piezas dentarias (agenesias, supernumerarios), ataque posterior a la zona de sostén de Khorkaus.

Dentición mixta 1ª Fase:

- Vertical
 - Mordidas abiertas por mal hábito.
- Transversal
 - Mordidas cruzadas por interferencias cuspídeas.
 - Compresión leve maxilar.
- Sagital
 - Mordidas invertidas anteriores simple (1 o 2 dientes).

Control de: perdidas dentarias, persistencia de dientes temporales, control de supernumerarios – agenesias.

2.3. Etiopatogenia (Escobar M. 2004)

Son muchos los factores que, en conjunto, modifican el crecimiento normal y la morfología dentomaxilar, provocando Maloclusiones.

Las etiologías de las maloclusiones no debería ser conocimiento del Ortodoncista únicamente, sino también de Odontopediatras y Odontólogos generales, quienes ven al niño a temprana edad, pudiendo actuar a tiempo.

La clasificación más aceptada actualmente, divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos.

2.3.1. Factores extrínsecos

Actúan a distancia. Son difíciles de controlar por el odontólogo, exceptuando los bucales.

Hereditario:

- Influencia racial hereditaria:
 - Mientras mayor interrelación entre razas hay, mayor es la frecuencia en las discrepancias en los tamaños de los maxilares y más son los trastornos oclusales.
- Tipo facial hereditario:
 - Relacionado con la forma y tamaño de los arcos dentarios.
- Influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo:
 - Influirá directamente en la cronología y secuencia de erupción.

Alteraciones o deformidades congénitas:

- Fisuras labio palatinas
Puede causar desajuste del arco dentario, dificultad de masticación, periodontitis, agenesias de permanentes, etc.
- Parálisis cerebral
Altera la función muscular al masticar, deglutir, respirar y hablar.
- Tortícolis
Asimetrías faciales por alteraciones en el desarrollo mandibular.
- Disostosis endocraneana
Provoca retrusión maxilar y protrusión mandibular. Erupción tardía de dientes permanentes y gran frecuencia de supernumerarios.
- Sífilis congénita
Interfiere con la diferenciación y maduración en la odontogénesis, provocando malformaciones como el diente de Hutchinson.
- Fiebres exantematosas
Pueden afectar a nivel de esmalte debido a la fiebre elevada.

Medio ambiente

- Influencia prenatal:
 - Posición intrauterina del feto.
 - Fibromas uterinos: asimetrías cráneo y cara.
 - Rubeola y uso de drogas: anomalías congénitas.
 - Dieta y metabolismo materno: maduración y mineralización de tejidos duros del diente antes del nacimiento.
- Influencia posnatal:
 - Ingestión de antibióticos.
 - Lesiones traumáticas al nacer.
 - Fractura de cóndilo.
 - Tejido cicatrizal por quemaduras.
 - Accidentes que provocan presiones indebidas sobre la dentición en desarrollo.
 - Lesiones en el nacimiento con anquilosis condilar.

Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes

Disfunciones endocrinas llevan a la hipoplasia dental, retraso o aceleración del crecimiento, problemas en cierre de suturas, en la erupción y en la resorción de los dientes temporales.

Problemas dietéticos

Deficiencias nutritivas pueden ocasionar problemas en la amelogénesis, ya que los ameloblastos se verán afectados por la falta de las vitaminas A, C y D.

Hábitos y presiones anormales (Canut B., 2005)

- **Succión digital**
Se inicia en los primeros años de vida. Efectos típicos son la protrusión de los incisivos superiores, retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior y compresión maxilar.
- **Succión o interposición labial**
En la mayoría el labio inferior es el implicado. La interposición repetida del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores, causa una protrusión superior y una lingualización inferior, además puede causar mordida abierta.
- **Succión de chupete**
Durante la dentición temporal, la succión continuada del chupete excediendo las edades límites para su uso, se verá frecuentemente asociada a mordida abierta anterior y a mordida cruzada posterior.
- **Respiración bucal**
El individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales (que en muchos casos a pesar de haber sido eliminadas, ya se ha establecido el hábito).
- **Interposición lingual o deglución atípica**
Consiste en la interposición de la lengua entre las arcadas dentaria en el acto de deglutir para lograr un sellado oral.
- **Onicofagia**
Hábito compulsivo de mordisquear o comerse las uñas. Es una forma de reducir la ansiedad. Tiene efectos estéticos en los dientes anteriores y posibles trastornos temporomandibulares.

Accidentes y traumatismos

El trauma sobre dientes temporales puede causar alteraciones del desarrollo en los dientes permanentes:

- Decoloración de esmalte.
- Hipoplasia del esmalte en sentido horizontal.
- Dislaceración coronaria.
- Malformación semejante a odontoma.
- Alteración de la raíz.
- Dislaceración radicular.

- Interrupción parcial o total de la formación radicular.
- Impactación del diente permanente.
- Erupción ectópica, permanente o retrasada.

2.3.2. Factores Intrínsecos (locales)

Relacionados con la cavidad bucal. Controlables por el odontólogo. Pueden ser detectados y eliminados para que la corrección sea mantenida.

Anomalías de número

En su mayoría, de origen hereditario. También pueden asociarse a anomalías congénitas como fisuras labio palatinas o patologías generalizadas como displasia ectodérmica.

- A. Dientes supernumerarios → mayor frecuencia en maxila, mesiodens el más común. Incluidos o erupcionados, tienen formas distintas a los dientes normales y causan alteraciones en los arcos dentarios como diastemas por ejemplo. Si tienen igual forma que un diente normal se llama eumórfico.
- B. Agenesias dentarias → mayor frecuencia que supernumerarios y normalmente bilateral. El orden de incidencia es: terceros molares, incisivos laterales superiores, segundo premolar inferior e incisivos inferiores.

Anomalías de tamaño

Macro o microdoncia de todos o algunos elementos dentarios. Determinado principalmente por la herencia.

- A. Macrodoncia → dientes de mayor tamaño que lo normal. Los más afectados son los incisivos centrales superiores y los molares. Puede ser generalizada verdadera, generalizada relativa (dientes normales maxilar pequeño) y localizada (único diente).
- B. Microdoncia → dientes de menor tamaño a lo normal. Los más afectados son los incisivos laterales superiores y terceros molares. Existen los mismos tres tipos que en la macrodoncia.

Ambos modifican la longitud del arco dentario, causando problemas en el engranaje con el arco antagonista.

Anomalías de forma

La más común es la forma conoide en incisivos laterales superiores y terceros molares. Además encontramos: cúspides extras, germinación, fusión, molares con forma de mórula, dientes de Hutchinson.

Frenillos bucales y bridas mucosas

Frenillos con inserción baja, asociados a diastemas entre los incisivos centrales.

Pérdida prematura de dientes deciduos

Ocasiona disminución del perímetro del arco, provocando falta de espacio para la erupción del permanente. La pérdida prematura del segundo molar temporal, causa mesialización del primer molar permanente, acortando el espacio.

Pérdida prematura de dientes anteriores, propicia la instalación del hábito de deglución con interposición lingual anterior, queratinización del tejido gingival, retrasando la erupción del permanente.

Retención prolongada de dientes deciduos

Causada por:

- Falta de sincronía entre el proceso de rizálisis y desarrollo radicular.
- Rigidez del periodonto.
- Anquilosis del diente deciduo.
- Ausencia del diente permanente correspondiente.

Todas provocarán desviación en la erupción del diente permanente o erupción retrasada.

Erupción tardía de los dientes permanentes

Principalmente en anterosuperiores.

Vía de erupción anormal

Los con más dificultades para la erupción son los caninos superiores, que permanecen retenidos o erupcionan por palatino o vestibular, y los segundos premolares inferiores, que quedan impactados o erupcionan por lingual.

Primeros molares superiores con vía de erupción ectópica, es importante detectarlos precozmente y efectuar una maniobra interceptiva.

Anquilosis

Retrasan o impiden que el diente haga su erupción, influyendo así en los permanentes vecinos y en la armonía del arco dentario.

Interferencias dentarias / contactos prematuros

Provocadas por vía de erupción alterada de algún diente temporal o definitivo, que producen acomodación mandibular. Un lateromentonismo puede originarse por esta causa y posteriormente tener un carácter esquelético.

Caries dental

Pérdida del diente o pérdida del punto de contacto. Consecuencia; falta de espacio, impactaciones o desviaciones en la erupción.

Restauraciones inadecuadas dentarias

Ocasiona disminución o aumento del perímetro del arco, dependiendo de si hay exceso de material o falta del mismo.

2.4. Prevalencia de las maloclusiones

Las Maloclusiones tienen origen en uno de los siguientes factores o en la interrelación entre ellos:

- A. Discrepancias óseas: entre maxila y mandíbula.
- B. Discrepancias dentarias: entre el tamaño de los dientes y de los maxilares.
- C. Desequilibrio neuromuscular: entre los músculos de la lengua, labio y carrillo.

Las anomalías Dentomaxilares (ADM) corresponden a uno de los tres problemas de salud oral de mayor prevalencia a nivel mundial, junto con las caries y las patologías gingivales y periodontales. Si bien los índices pueden variar dependiendo de la realidad y las condiciones sociales y políticas de cada país, lo que si se tiene en común es la necesidad de la población de suplir sus necesidades en salud bucal.

De estas tres patologías, las ADM poseen una característica especial, la cual es que estas son reconocidas y percibidas a simple vista por el ojo no entrenado de la población común y corriente. Además estas son notorias, a veces desde muy temprano, en la vida de los niños y existe una necesidad real en los pacientes (padres y niños) para buscar tratamiento y así solucionar su problema. Sumado a esto las personas que poseen algún tipo de anomalía dentomaxilar sufren de una serie de trastornos psicosociales, de autoestima y laborales entre otros.

Así es como lo demuestran distintos estudios, como uno hecho en el 2009, en el cual de un grupo de estudio de 490 niños entre 14-18 años, el 78% expresaba su deseo de recibir tratamiento ortodóntico, 72% creían que el tratamiento podía ayudarlos a mejorar su vidas, 41% consideraban que les facilitaría conseguir trabajo y 27% que les sería más fácil conseguir una pareja romántica. (Marques et al, 2009)

Del mismo modo lo demuestra un estudio Nacional en donde 129 alumnos de un Liceo Técnico Intercultural fueron encuestados mediante un cuestionario de autoimagen diseñado para el estudio. Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que un 69.2% de los hombres y un 81.2% de las mujeres sienten que tienen algún tipo de maloclusión, mientras que un 30.7% de los hombres y un 59.7% de las mujeres tapan su boca cuando sonríen. (Cartes-Velázquez, R.; Araya, E. & Valdés 2010).

Una encuesta a nivel nacional de la calidad de vida realizada el año 2006 refleja que un 37% de los mayores de 15 años dicen que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. (Minsal, perfil epidemiológico de salud bucal, 2007)

De este modo diversos países se han enfocado en el problema y han estimado conveniente realizar diversos estudios de prevalencia. Así lo demuestran un estudio en Bogotá (Colombia) en donde 88.1% de 4724 niños (5-17 años) que asisten a un centro de atención privada presentan algún tipo de ADM de discrepancia moderada a severa. (Thilander et al 2001).

En Brasil de un estudio en 500 niños de 9-12 años de edad de Nova Friburgo, el 80.8% de ellos presentaban algún tipo de maloclusión. (Dias, Gleiser. 2007)

La mayoría de los estudios proporcionan solo información local, la cual no puede ser extrapolada a todo un país debido a la gran variabilidad en el diseño de los estudios y a la variabilidad de los grupos etáreos y/o étnicos.

2.4.1. Prevalencia Nacional de ADM en dentición temporal y mixta

Con respecto a la prevalencia de anomalías dentomaxilares en Chile, son varios los estudios que se han hecho al respecto, sin embargo, al igual que en otros países, el problema común es el hecho de que tienden a realizarse en una localidad en específico, no siendo representativos de la totalidad del país. Sumado a eso existe una gran variabilidad en el diseño y metodología de los mismos y en la selección de los sujetos.

Dentro de estos estudios podemos nombrar algunos como el realizado en el año 1997 por Guerrero y cols en donde de una población de 389 niños de 5 años de edad del área sur de la región metropolitana, encontraron una prevalencia de ADM de 68.3%. (Guerrero y cols, 1997)

Tal como en el año 2000, en que se estudió la prevalencia de ADM en niños de 6 a 9 años de edad en escolares de la comuna de Recoleta que asisten al servicio de Odontología del consultorio Dr. Arturo Scroggie, de sus resultados podemos extraer que el 80,23% de los sujetos presentaba algún tipo de ADM, las cuales se repartían entre Anomalías intramaxilares, distoclusiones, Compresiones, formas progénicas, mordidas abiertas y mordidas cubiertas en dicho orden de prevalencia. (Gacitúa y cols, 2000)

En el año 2001 se estudió la prevalencia de anomalías dentomaxilares en una población de 141 niños de entre 5 y 6 años de edad de la comuna de Isla Maipo en donde encontraron que el 65.2% de los individuos presentaba algún tipo de Maloclusión. (Labranque y cols, 2001)

El año 2002 se estudió la prevalencia de Anomalías Dentomaxilares en una población de 300 escolares de 4 y 5 años de edad en la comuna de La Calera, encontrando que el 29.3% de los individuos presentaban algún tipo de ADM. (Bustos y cols, 2002)

Luego, en el año 2005 se realizó un estudio que buscaba encontrar la prevalencia de ADM interceptables y malos hábitos bucales en una población de 601 niños de 2 a 6 años de edad del área Sur de la región metropolitana, encontrando una tasa de prevalencia de 29.3% de ADM interceptables. (Carreño y cols, 2005)

En el año 2006 se describió la necesidad de tratamiento interceptivo en los niños de 6 años de edad que asistían a 2 centros de atención de la región de Valparaíso, en donde de una muestra de 450 niños, el 50.2% presentaba algún tipo de maloclusión, de las cuales un 21.7 % de ellas eran interceptables. (Romero S., Couve F., Onetto, 2006)

En relación a lo anteriormente expuesto podemos evidenciar que la mayoría de estudios realizados en Chile fueron hechos en la región metropolitana, la cual si bien es una de las más pobladas del país, no entrega una visión extrapolable a la situación del resto de la nación. También se puede notar la diversidad de grupos de estudios realizados, no existiendo de ese modo una estandarización o representatividad de los resultados.

Es por esto que es importante disponer de un estudio nacional actual capaz de representar la realidad del país. En su tiempo, esta iniciativa fue llevada a cabo en el año 1992 por Mella S. y cols en su estudio nacional de Morbilidad bucal y necesidades de tratamiento en niños de 6 y 12 años, Chile. Cuyo propósito era establecer una línea basal de vigilancia epidemiológica de las patologías bucales más prevalentes en la población infantil. (Mella S. y col. 1992)

Posteriormente en el año 2007 se sumaron los esfuerzos del Ministerio de Salud en conjunto a otras entidades para unificar nuevamente la realidad de Salud bucal del país. En dichos estudios junto con evidenciar la morbilidad nacional con respecto a las Caries y patologías gingivales y periodontales entre otras, también se buscó evidenciar la prevalencia de Anomalías dentomaxilares.

De modo que contamos con estudios como el de:

Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años, 2007. Estudio en donde se apreció la existencia de una Prevalencia de Anomalías dentomaxilares de 38.29% en niños de 6 años en Chile. (MINSAL, Soto L, Tapia R y col. 2007)

Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile 2007. El cual evidenció una prevalencia de 52.3% de ADM entre los adolescentes de 12 años del país. Cifra que hasta el día de hoy es utilizada como parámetro nacional. (Soto L, Tapia R y col. Chile, 2007.)

Estos dos corresponden a los estudios nacionales más actuales que hacen referencia a la prevalencia de ADM, y si bien estos fueron publicados el año 2007, este es un tema y una preocupación que data desde mucho antes, puesto que la política de Salud bucal del país, “está orientada a la prevención y promoción de la salud bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera

además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible”. (Minsal, 2007)

Es por esto que en el año 1998 el departamento Odontológico de La División de Salud de las personas del Ministerio de Salud diseñó las “Normas de prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares”, con el fin de plantear la postura del país en cuanto al tema. Las cuales corresponden a una serie de procedimientos y acciones clínicas que deberían ser llevadas a cabo por el Odontólogo general y el Odontopediatra en los servicios de atención primaria de salud. Con el fin de actuar oportunamente en la prevención e intercepción de las ADM.

Sin embargo el Nivel de atención primaria trabaja en función de “metas sanitarias”, las cuales están basadas principalmente en el cumplimiento de las “Garantías Explícitas de Salud” (GES), las cuales abarcan la salud oral integral para niños de 6 años, urgencias odontológicas ambulatorias, salud oral integral del adulto de 60 años, la salud oral integral de la embarazada y las necesidades específicas de cada región o municipio. Utilizando la mayor parte de las horas clínicas y recursos físicos, humanos y monetarios en su cumplimiento.

Es principalmente por esto que hoy en día el cumplimiento de las Normas OPI se ha relegado a sólo una pequeña porción de los establecimientos del Nivel de atención primario (Calderón N., 2009), razón por la cual es necesario realizar estudios para develar la realidad en cuanto a la aplicación de las Normas OPI en nuestro país. Que si bien no están incluidas dentro del GES, las problemáticas que abarcan y buscan solucionar si están incluidas en las necesidades de salud oral del País.

2.5. NORMAS DE PREVENCIÓN E INTERCEPCIÓN DE ANOMALÍAS DENTOMAXILARES DE 1998

2.5.1. Fomento y protección específica de la salud bucal

Son el conjunto de medidas que tienden a lograr que el individuo pueda enfrentar enfermedades. Entre estas están la nutrición adecuada, vivienda limpia y cómoda, recreación, control del niño sano y educación. (Normas O.P.I 1998).

Se encuentra enfocado en la mantención de la salud y el crecimiento normal del aparato estomatognático mediante educación a padres, niños, profesores y equipo de salud. (Normas O.P.I 1998).

Para esto es necesario capacitar a los profesionales del área de la salud que atienden niños para realizar dichas acciones, y por lo mismo las estrategias consisten en capacitar al odontólogo general y equipo de salud para realizar acciones de protección, destinar horas odontológicas y del equipo de salud para realizar dichas acciones, incorporar a los niños, padres, profesores y equipo de salud al programa de promoción y autocuidado, realizar controles cada 6 meses y finalmente derivaciones oportunas.

Para el fomento y protección de las ADM, se considera:

Lactancia materna: asegura un óptimo crecimiento y desarrollo dentomaxilar.

Un estudio analizó la prevalencia de mordida abierta en relación al amamantamiento, se demostró que los niños que eran alimentados por mamadera y/o hábitos de succión no nutritivos presentaban mordida abierta en 31.9%, lo cual disminuía a 6.2% de prevalencia en aquellos que fueron amamantados por más de 12 meses. (Romero et al, 2011)

Alimentación: disminuir el consumo de azúcares reemplazándola por alimentos menos cariogénicos.

Prevención de caries: provoca acortamientos del arco dentario con la consiguiente disminución de espacio para el normal cambio de la dentadura temporal a la definitiva.

Control odontológico periódico: desde que nace hasta los 6 años de edad. Posibilita detectar de manera precoz las alteraciones en el desarrollo maxilodentario del niño. Derivación oportuna. A los 2 y 4 años se debe realizar “actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil”, control del niño sano.

Evaluación y control de los hábitos fisiológicos o funcionales: son actos no condicionados que presenta el ser humano: succión, deglución, masticación, fonación, respiración, posturales.

Evolución de la dentición: muy importante los controles odontológicos periódicos para así pesquisar cualquier alteración en la cronología y secuencia de erupción.

2.5.2. Prevención de Anomalías Dentomaxilares

Se entiende por prevención de las anomalías dentomaxilares al conjunto de acciones que realiza el Odontopediatra o el Odontólogo general que atiende niños, durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares y dientes para mantener, conservar y controlar el desarrollo normal del aparato Estomatognático, eliminando los factores etiológicos que puedan alterar su desarrollo normal (Normas O.P.I 1998).

El Objetivo general corresponde a conseguir, mediante actividades específicas, la mantención de la salud bucal y lograr que el crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, siga su curso normal (Normas O.P.I. 1998).

Las acciones de prevención de las ADM son medidas simples, de bajo costo, perdurables en el tiempo, efectivas y logran disminuir la alta prevalencia de estas patologías impidiendo que se instalen.

Dentro de las estrategias para llevar a cabo este objetivo, está la capacitación de los odontólogos generales y odontopediatras para realizar actividades de prevención, evaluar las necesidades de tratamiento en cada Servicio de Salud, la disposición de un horario para la realización de acciones necesarias de prevención, realizar el

control de los pacientes para evaluar la mantención y normalidad del crecimiento y desarrollo dentomaxilar, realizar derivaciones, evaluar los resultados obtenidos y realizar índices de monitoreo.

El Odontólogo general y el Odontopediatra deben estar capacitados para realizar acciones específicas como:

2.5.2.1. Mantenedores de espacio

Corresponde a una aparatología ortodóncico-protésica de carácter pasivo que es utilizada frente a la pérdida prematura de algún diente, ya sea en dentición temporal o mixta, en vista a la posibilidad de que se produzca una pérdida del espacio que ocupaba el diente perdido por migración de los dientes vecinos.

Objetivos del mantenedor de espacio:

- Conservar el espacio para los dientes permanentes.
- Mantener la longitud del arco dentario.
- Prevenir la instalación de alguna anomalía dentomaxilar.

Consideración previa a la indicación de un mantenedor de espacio es la realización de una adecuada anamnesis y examen clínico del paciente, para así tener en cuenta su edad fisiológica, cronología de erupción, lo cual nos indicará en quienes y cuando utilizar un mantenedor de espacio, el tiempo transcurrido desde la pérdida de la pieza, ya que la mayor pérdida de espacio por migraciones o inclinaciones se producen en las primeras 2 semanas. Por último tener en consideración el tipo de oclusión del paciente.

Además es necesario contar con radiografías para evaluar posibles agenesias. En caso de existir, realizar la derivación oportuna al Ortodontista.

También se debe observar el grado de desarrollo radicular del diente definitivo, para guiarnos en el tiempo que deberá estar el mantenedor en boca, también observar en la radiografía la relación, ubicación y posición de los gérmenes dentarios entre si y evaluar el grado de reabsorción radicular de los dientes pilares en caso de que sean temporales o la existencia de algún proceso infeccioso en los mismos.

Dentro de los mantenedores de espacio existen 2 tipos, los fijos y los removibles.

Los mantenedores de espacio fijos son los que con mayor frecuencia son utilizados en los servicios de atención primaria (Calderón.N y cols 2009), puesto que pueden ser fabricados directamente por el Odontólogo general u Odontopediatra, suelen ser poco costosos, simples de realizar, ajustar y no requieren de un laboratorio externo (salvo el de Corona metálica y barra doble) para su confección, lo cual significa un ahorro de tiempo y dinero para el servicio de salud y los padres del paciente.

Mantenedores de espacio fijos:

- Banda y Barra simple o doble
- Corona metálica con Barra doble (requiere laboratorio)
- Resina y barra preformada (provisorio)
- Banda o corona metálica preformados de aplicación directa.
- Mantenedor de espacio asistencial (Utilizado por la Universidad de Valparaíso)

Indicación:

- Pérdidas dentarias unilaterales
- Pérdida con una brecha corta (1 diente)
- Cuando el paciente presenta problemas para utilizar algún mantenedor removible

Todos ellos son realizados con materiales que suelen existir en los servicios de atención primaria, por ende pueden ser realizados sin problemas por los Odontólogos generales y Odontopediatras capacitados para ello.

Mantenedor de espacio asistencial utilizado por la Universidad de Valparaíso

Entre los distintos tipos de mantenedores de espacio nombrados anteriormente, vamos a profundizar un poco en este mantenedor puesto que junto con los de resina compuesta, es de los más fáciles y económicos de realizar, además es el que se enseña en Pregrado a los alumnos de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Este consiste en un trozo de alambre de tarno y un trozo de la punta de una aguja con un lumen suficiente para el paso del alambre ortodóncico por su interior.

Para su confección primero se toma un extremo del alambre y se pasa alrededor del diente distal a la brecha, pasando el alambre de tarno por debajo del punto de contacto del diente en una o dos vueltas, luego el exceso se enrolla junto con el extremo del alambre y se tuerce hasta que el alambre quede lo suficiente mente ajustado al diente.

Posteriormente se toma el tubo de la aguja y con un disco de carborundum se corta en sus dos extremos para que esta quede roma y no obstruya el lumen de la misma. La longitud final dependerá del tamaño de la brecha que se quiere proteger por ende es necesario ajustar el largo de la aguja a este.

Una vez cortada la aguja se pasa el alambre de tarno torcido que debería estar apuntando hacia mesial, por dentro de la aguja para luego realizar el mismo procedimiento de amarrar el extremo sobrante alrededor del otro diente que limita la brecha, para finalmente torcer el alambre y cortarlo.

El extremo final de alambre torcido, una vez instalado el mantenedor de espacio asistencial, debe ser doblado y ubicado debajo del punto del contacto con el diente vecino idealmente, para evitar lesionar la mucosa bucal.

Como recomendación final también es bueno decir que dependiendo del lumen del tozo de aguja a utilizar algunos profesionales prefieren utilizar el alambre ortodóncico en espesor doble.

Mantenedores de espacio removibles:

-Placa de acrílico con tornillo de expansión

-Placa de acrílico sin tornillo de expansión

-Mantenedor de espacio con reposición de piezas dentarias (mayor estética en pérdida de anteriores).

Requieren más tiempo en su fabricación, son más costosos y requieren de una fase de ajuste antes de ser instalados en boca, por lo cual deben ser modificados y acomodados a la boca del paciente para que puedan actuar en forma óptima, lo cual puede resultar engorroso para el paciente.

El hecho de que sean removibles, hace que muchas veces los pacientes terminen no usándolos como se debería, ya sea por incomodidad u otros factores o bien perdiéndolos.

2.5.2.2. Control de malos hábitos bucales

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y con el tiempo se vuelve inconsciente. (Normas O.P.I 1998)

Estos hábitos son capaces de alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático. Mientras antes se elimine un mal hábito, mucho menor serán los daños que este cause. Por ende diagnosticar, controlar y eliminar oportunamente son las palabras claves al momento de enfrentar estas malas costumbres.

El control de malos hábitos corresponde a una de las actividades de prevención de ADM más realizadas por los Odontólogos generales y Odontopediatras en Chile (Calderón.N y cols 2009). Esto es debido al escaso o nulo material necesario para su realización y a que la terapia más utilizada tiende a ser la de método recordatorio. A su vez el control de malos hábitos corresponde a uno de los enfoques preventivos que mayores beneficios otorga a largo plazo puesto que evita la instalación temprana y la perpetuidad de ADM, permitiendo un desarrollo normal y más armónico del sistema Estomatognático.

Dentro del control malos hábitos que deben ser diagnosticados y tratados por el equipo de salud tenemos: (Normas O.P.I 1998)

- a) Succión: - Mamadera.
 - Chupete.
 - Dedo.
 - Objetos.

- b) De interposición: -Lengua.
 -Labio.
 -Objetos.

- c) De presión: -Interna (dedo).
 -Bruxismo.
 -Externa (mano).

- d) De respiración: -Respiración bucal.
 -Respiración Mixta.

Muchos de estos hábitos corresponden a actos reflejos necesarios para la supervivencia al momento de nacer.

Lo normal es que estos hábitos vayan desapareciendo a medida que el niño crece, por ende la mantención o aparición posterior de alguno de estos hábitos debe ser evaluada por el Odontólogo general y Odontopediatra para educar a los padres, ya que la mantención de estos durante períodos que superan lo esperable en un niño normal pueden llevar a generar defectos y anomalías dentomaxilares tales como:

- Desplazamiento hacia labial de los incisivos.
- Compresión transversal de los maxilares.
- Deglución infantil.
- Mordidas abiertas.
- Problemas fonoaudiológicos.

Los factores que determinaran que esto sea o no un problema son la Intensidad o fuerza con la cual se practique el mal hábito, la cual puede afectar la modelación y ubicación de las estructuras dentoesqueletales del niño, la duración, que es la cantidad de tiempo durante la cual el mal hábito actúa sobre los tejidos, y por último la frecuencia, que corresponde al número de veces al día que esta acción se realiza.

La función del Odontólogo, junto con conocer, diagnosticar y tratar estos malos hábitos, también tiene relación con informar y enseñar al resto del equipo de salud que hábitos deben detectarse y cómo hacerlo, cual es la edad oportuna para eliminarlos y cuando y en qué momento derivar a los distintos especialistas (Odontólogo, Otorrino, Kinesiólogo y Fonoaudiólogo).

2.5.2.2.1. Succión

Sabemos que la succión es necesaria y normal hasta los 2 primeros años de vida, momento para el cual el niño ya debería tener su dentición temporal completa o casi completa de modo que el acto de succión se vuelve innecesario y es reemplazado por la masticación. En este momento se producen cambios en las relaciones y dinámica oral del niño, donde la lengua deja su antigua posición y toma la ubicación que tendrá durante el resto de la vida adulta, una posición hacia arriba y adelante sobre las rugosidades palatinas ejerciendo así fuerza sobre el maxilar lo que ayuda a la formación y crecimiento transversal de este.

La mantención de hábitos como la succión de mamadera, chupete, dedo o labio durante periodos más allá de los 3 años, obstaculiza el apoyo de la lengua en el paladar, lo cual genera un desequilibrio de fuerzas entre aquellas producidas por la musculatura facial hacia la línea media y aquella que ejerce la lengua en sentido anterior y transversal del paladar lo cual puede llevar a problemas de compresión y malposiciones dentarias.

Mamadera: Su uso debe ser hasta alrededor del año y medio de edad. Para dicho control el Odontólogo deberá analizar la intensidad, duración y frecuencia de su uso y necesitará a su vez informar e instruir a los padres para que cooperen en la tarea.

Uno de los problemas del uso de mamadera es el aumento del Overjet. Un estudio realizado en niños de 3 a 6 años demostró que la prevalencia de Overjet aumentado era de un 25.3% en niños que no usan mamadera, 38.8% en niños que si usan mamadera, 39.2 % en niños que tomaron pecho y mamadera hasta los 3 años y 47.8% en los que tomaban pecho y usaron mamadera hasta después de los 3 años (Jabbar NSA et al, 2011).

Chupete: Normal hasta los 3 años de edad. Su uso prolongado puede llevar a problemas como mordida abierta, desplazamientos dentales y compresión de maxilares. Es necesario observar que este hábito no sea reemplazado por succión digital, de lo cual es preferible volver al hábito del chupete y eliminarlo en una edad posterior (Normas O.PI 1998).

Un estudio nacional en 254 niños de 2-4 años mostró que el 37% de ellos continúa con el uso de Chupete y que de este 37% el 52% de ellos presentaba mordida abierta (Olguín A., Quintana X., 2001).

Otro estudio realizado en Brasil, esta vez en 366 niños de 3 a 6 años evaluó la relación entre el uso de Chupete y la prevalencia de mordida cruzada posterior, mostrando que el 20.4% de los niños que usan chupete presentaban mordida cruzada, en comparación al 5.2% de prevalencia en los que no usaban chupete (Scavone-Junior H, et al 2007).

Dedo: Es más difícil de eliminar puesto que con el tiempo se vuelve inconsciente y muchos padres tienden a no notarlo. El niño tiende a realizarlo a modo de autocomplacencia frente a episodios de stress, miedo o aburrimiento. Puede generar Mordidas abiertas, desplazamientos dentarios y compresiones maxilares.

Un estudio realizado en Brasil observó que de una muestra de 1308 niños el 40% presentaba mordida abierta asociada a hábitos de succión no nutritivos (Dedo, chupete y objetos), lo cual se relacionaba con un 30.4% de mordida abierta del total de la muestra (F.M.N de Vasconcellos et al, 2011).

2.5.2.2.2. Interposición

Lingual: Se define como la ubicación de la lengua entre los dientes, ya sean anteriores o posteriores, durante períodos de reposo o función. Para evaluarlo se debe realizar el examen clínico del paciente en reposo y separarle los labios o pedirle que ejecute alguno de los fonemas D, S y T, en los cuales con mayor frecuencia se puede apreciar el problema.

En casos en que la interposición no se deba a una mordida abierta preexistente, el tratamiento consiste en la derivación oportuna al Fonoaudiólogo para la realización de ejercicios de mioterapia con lo cual se entrena la lengua del paciente para llevarla a equilibrio.

Labio: Corresponde a la ubicación del labio inferior entre ambas arcadas, es decir detrás de incisivos superiores y delante de incisivos inferiores. Lo que genera vectores de fuerza que en el tiempo podrían llevar a la protrusión de superiores y retrusión de inferiores.

La aproximación preventiva a esto corresponde a la detección del mal hábito como tal o la presencia de una zona irritativa en media luna o forma de los dientes superiores en el labio inferior, para así poder tratar o derivar cuando así corresponda.

Objetos y Onicofagia: Uñas, lápices y otros objetos tienden a ser lo más común en el caso de interposición de objetos, por ende la información a los padres en cuanto a revisar lápices, juguetes y uñas es primordial para poder detectar y prevenir este mal hábito con lo cual se evitan posibles malposiciones dentarias.

2.5.2.2.3. Presión

Interna: Producida en aquellos niños que además de succión digital, apoyan el dedo en alguna parte de la boca con lo cual ejercen un componente vectorial de fuerza en alguna dirección.

Bruxismo: Rechinamiento o apretamiento de la dentición temporal tanto de día como de noche. Esto genera un desgaste en la anatomía de caninos y molares temporales lo cual es fisiológico hasta los 5 a 6 años de edad en molares y caninos, pero en casos de empezar a notar un desgaste excesivo en otros dientes, es necesario hacérselo notar al Odontólogo.

Externa: Fuerza ejercida ya sea por la mano, puño o alguna otra superficie u objeto sobre las estructuras dentoestructurales. La cual se relaciona con malas posturas al comer, estudiar, dormir, etc.

Al realizarse durante la etapa de crecimiento y desarrollo de maxilares, pueden generar anomalías de forma y asimetrías faciales.

2.5.2.2.4. Respiración Bucal

Corresponde al hecho de respirar por la boca en lugar de hacerlo por la nariz, ya sea siempre o durante algún momento del día. Esto lleva a modificaciones en el funcionamiento normal no sólo del aparato estomatognático sino que a veces repercute en todo el cuerpo. Estos cambios no siempre conducen a maloclusiones, sin embargo se ha evidenciado una tendencia a las maloclusiones en respiradores bucales (Normas O.P.I 1998).

Su etiología puede deberse a tres causas para las cuales el Odontólogo y el equipo de salud debe estar capacitado para su identificación y/o derivación:

Por obstrucción: Cuando existe resistencia incrementada o parcial al paso de aire por el conducto nasal. Esto puede deberse por Pólipos, Adenoides, inflamación de la mucosa nasal por alergias, etc.

Hábito: Se presenta en niños que respiran continuamente por la boca. Generalmente por costumbre y es más común en niños que solían tener un problema de obstrucción o anatomía y que posterior al tratamiento siguen respirando por la boca a pesar de ya no existir el impedimento.

Anatomía: Se presenta en niños con Labio superior corto lo que impide un adecuado cierre labial o tabique nasal desviado lo que dificulta el paso del aire (Normas O.P.I 1998).

Para evidenciar alguno de estos problemas, el profesional puede pedirle al paciente que cierre la boca, junte los labios y respire solamente por la nariz. En caso de existir algún problema se evidenciará fruncimiento del mentón para realizar el cierre labial, movimiento de las aletas nasales con aplanamiento de las mismas con un mayor esfuerzo para poder respirar o la inminente necesidad de abrir la boca debido a la imposibilidad de respirar por la nariz.

También el profesional puede acercarse al paciente en reposo y mientras conversan normalmente, sostener una pequeña mota de algodón cerca de la nariz sin que el paciente lo note y ver si esta se mueve debido al movimiento del aire entrando y saliendo de las cavidades nasales.

En caso de evidenciarse algún problema, el profesional deberá derivar al Otorrino.

2.5.2.3. Estrategias para el tratamiento de Malos Hábitos

Método recordatorio: Previa aceptación del niño, se puede utilizar algún elemento que le permita recordar al niño y hacer consciente cada vez que realiza el mal hábito, generalmente se utiliza en casos de Succión u onicofagia en donde se utiliza, cinta adhesiva, stickers o soluciones con mal sabor en los dedos o uñas donde se manifiesta el mal hábito (Normas O.P.I 1998).

Método de Recompensa: Se realiza un trato entre el niño, el Odontólogo y los padres en donde luego de hacer consciente el hábito, el niño será premiado en caso de no realizar el mal hábito por un período determinado de tiempo.

Aparato ortodóncico: En casos en los que el niño no logra eliminar el mal hábito por los anteriores métodos, se recurre a la ubicación de un aparato mecánico en boca. Es importante que este sea percibido como un recordatorio y no como un castigo. La utilización de aparatología debe utilizarse como última opción y debe ser realizada por un Odontólogo capacitado en Ortodoncia Interceptiva o bien mediante la derivación al Ortodoncista.

2.5.3. Intercepción de anomalías dentomaxilares.

Son las acciones que se deben efectuar para eliminar la causa y corregir las manifestaciones tempranas de una anomalía dentomaxilar con el objeto de impedir su curso y progresividad (Normas O.P.I 1998).

Tiene como objetivo disminuir la prevalencia de las ADM a través de la intercepción oportuna realizada por el Odontólogo general de atención infantil u Odontopediatra (Normas O.P.I 1998).

Las estrategias para lograr este objetivo es capacitar al equipo de salud para derivar si se observa algún mal hábito o ADM, capacitar al odontólogo general para que pueda diagnosticar y ejecutar acciones de intercepción para evitar el progreso de la lesión, asignar horas odontológicas que incluyan actividades de intercepción, prevención y educación en la programación anual y finalmente derivar precozmente al especialista en caso de ser necesario (Normas O.P.I 1998).

Son tres los factores a considerar para diagnosticar, pronosticar y evaluar el curso de las ADM, los cuales son; factores dentarios, factores esqueléticos y factores funcionales. Fundamentales a la hora de enfrentar una ADM incipiente.

2.5.3.1. Dentición temporal

1. Mordida abierta anterior dento-alveolar por mal hábito de interposición.

Producida por el hábito de interposición lingual, chupete u objetos. Molares ocluyen normal, solo afecta dientes anteriores.

Normalmente existe una disfunción de la lengua, en la que se proyecta entre los incisivos durante la deglución o la pronunciación de algunos fonemas se puede reconocer clínicamente al decirle al paciente que trague saliva, separando el labio inferior y observando la posición de la lengua.

Todo tratamiento debe ir dirigido a eliminar el hábito que genera la anomalía.

En el caso del chupete, la eliminación de este debe ser a partir de los 3 años de edad, en consenso con el niño para evitar problemas psicológicos. Si el problema es exclusivamente lingual, es recomendable rehabilitar con un Fonoaudiólogo o Kinesiólogo.

En algunos casos es necesario instalar una placa superior de acrílico para que ayude al paciente a ubicar la punta de la lengua en las rugosidades palatinas.

El tiempo de tratamiento es variable según la magnitud de la anomalía. No es extenderse más de 12 meses, en ese caso es necesario derivar al especialista.

Si la anomalía es producida por interposición del dedo, en la supresión del hábito va a jugar un rol fundamental el paciente. Se pueden usar avisadores, tales como sabores amargos, entablillamiento del dedo con palitos de fósforo o entablillamiento del brazo con una regla y vendas que compliquen la flexión del brazo, para que el niño evite repetir la acción. Es bueno apoyar estas acciones con recompensas si se logra evitar el hábito.

2. Mordida Cruzada lateral o posterior por interferencias dentarias

Sucede cuando en oclusión se produce un deslizamiento de la mandíbula hacia un lado, causada por contactos prematuros, combinado siempre con traslado de la mandíbula hacia el lado de la mordida cruzada. Ocurre una adaptación muscular.

Se puede reconocer clínicamente en el examen intraoral del paciente estando los dientes en oclusión. Al evaluar los arcos dentarios por separado, hay coincidencia en las líneas medias dentarias y divergencia de ellas al ocluir. Al examen extraoral el paciente, al ocluir, desplaza la mandíbula hacia el mismo lado de la interferencia.

Para tratar esta anomalía, se debe hacer un desgaste de las interferencias dentarias que normalmente ocurren en los caninos temporales superiores e inferiores.

Para esto, se centra la mandíbula con respecto al plano medio sagital como referencia. Habiendo hecho esto, se procede a marcar las interferencias con papel articular, luego se desgasta con una piedra de diamante siguiendo la anatomía del diente y finalmente chequear la oclusión para verificar que no queden otras interferencias.

Las interferencias se dan normalmente en caninos temporales; vertiente cara lingual del canino superior, con vertiente distal del canino inferior, y en los segundos y primeros molares con las cúspides vestibulares de los molares.

Un estudio realizado en 1011 niños Brasileños de 2-6 años de edad, evaluó clínicamente los resultados del tratamiento de las mordidas cruzadas posteriores mediante desgastes selectivos. De la muestra fueron seleccionados 26 niños con mordida cruzada posterior funcional, y se dividieron en un grupo control y un grupo que recibiría el tratamiento. Los resultados demostraron la corrección de la mordida cruzada en todos los niños que fueron tratados, resultado que se mantuvo estable incluso en un control realizado 12 meses después. (A.L.T. Dutra et al, 2004).

3. Mordida invertida anterior por interferencias dentarias sin alteraciones secundarias

Se produce por acomodación mandibular. Se genera debido a una posición retruida de los dientes anteriores y la falta de desgastes fisiológicos, lo que impide una oclusión normal. Es reconocida clínicamente al manipular la mandíbula hacia atrás

hasta lograr al menos el vis a vis de los incisivos, de esta manera se reconocen las interferencias. Si no se logra se debe derivar a especialista.

El tratamiento de ortodoncia normalmente utilizado en estas ocasiones es la confección de una placa que ayudará a la corrección de la mordida.

Un estudio de reporte de casos demostró que mediante la confección de un sencillo aparato removible con asa bimaxilar, se pudo solucionar una pseudo Clase III en tan sólo 2 meses (Negi KS, Sharma KR, 2011).

4. Control de inserción de frenillos

Observar si provoca diastemas, retención, rotación o alteración en la pronunciación de fonemas. Derivaciones oportunas si corresponde.

5. Persistencia de piezas temporales.

Cuando persistan más allá del período de exfoliación, realizar estudio radiográfico y con estos antecedentes decidir si se extrae o no la pieza dentaria.

Juri Kurol en su estudio del 2002 relata que la persistencia de dientes temporales debe ser tratada en forma temprana. La indicación corresponde a dientes anquilosados o en donde el diente temporal se haya fusionado al hueso dentoalveolar debido a que esto generará problemas eruptivos. Además los dientes anquilosados suelen quedar en infraoclusión, por lo cual realizar la exodoncia de este a veces resulta más complicado de lo normal, por lo que es recomendable realizar la exodoncia en forma temprana. (Kurol J., 2002)

El autor relata la importancia de esto sobre todo en casos cuando el diente definitivo viene con alguna vía de erupción anómala. Además pone énfasis en el uso de mantenedores de espacio para no sufrir acortamientos de arco.

También describe que en casos donde el diente definitivo viene con una vía de erupción normal debajo de un diente anquilosado, lo recomendable es controlar el patrón de reabsorción radicular hasta la exfoliación. El proceso de exfoliación de un diente anquilosado puede demorarse hasta 6 meses más que el del diente contralateral normal. (Kurol J., 2002)

6. Control del número de piezas dentarias; supernumerarias o agenesias.

Muchos de los casos de dientes supernumerarios o agenesias son hallazgos radiográficos, por ende a veces es necesario tomar en consideración si su presencia altera de algún modo la ubicación o la erupción de los dientes definitivos o el desarrollo radicular de los mismos.

Sumado a eso, el tratamiento temprano considerará: posibles daños en las raíces de los dientes definitivos, formación quística del folículo dentario, la formación de diastemas y posible desplazamiento del supernumerario junto al proceso alveolar (Kuroi J., 2002). Por ende es importante controlar su presencia y evolución en los casos que no sea urgente su extracción.

Debido a esto es que los supernumerarios generalmente son mantenidos en control radiográfico, y no se extraen a menos que presenten algún tipo de problema o alteración (Kuroi J., 2002). En los casos en que su exodoncia es necesaria debido a interferencias en la erupción de los dientes definitivos, es importante que esta se realice después de que termine el desarrollo de los 2/3 radiculares.

En caso que ya se encuentren en boca estos son fácilmente extraídos.

Con respecto a las agenesias dentarias la única consideración corresponde a nunca realizar una exodoncia sin radiografía debido al riesgo de una agenesia del folículo del diente definitivo. Además será importante consultar a un Ortodoncista para decidir el tratamiento a seguir.

7. Ataque posterior a la zona de Korhaus

Esta zona la conforman los caninos y molares temporales. Su integridad conserva el espacio necesario para los caninos y premolares permanentes.

Ataque a la zona de Korhaus se refiere a la erupción ectópica de los primeros molares permanentes hacia mesial.

Si el primer molar definitivo está retenido, semierupcionado y el segundo molar no presenta gran destrucción, se puede utilizar separadores de espacio para corregir la erupción del molar.

Los separadores de espacio pueden ser de alambre de bronce de 0.7 mm o de latex preformados. En el caso de los de alambres, se corta un trozo de 3 – 4 cm y se le da forma circular. Con ayuda de una pinza mosquito o porta agujas se pasa un extremo del alambre por sobre el punto de contacto en las piezas superiores y bajo el en las inferiores, pasando el otro extremo cerca de oclusal entre el primer molar definitivo y el segundo molar temporal. El alambre se une por vestibular dándole algunas vueltas hasta conseguir la presión necesaria para lograr el desplazamiento del molar impactado. El nudo se corta doblando el alambre hacia el cuello del diente para no lastimar los tejidos (Normas O.P.I 1998).

Los separadores de latex se pueden colocar entre el segundo molar temporal y el primer molar definitivo impactado. Se debe colocar con un porta clamps.

En el caso de no haber punto de contacto porque el punto de contacto esta intra alveolarmente, se hace la exodoncia del segundo molar temporal y se pone un mantenedor de espacio. También se puede hacer un corte en tajada de melón del segundo molar para que el primer molar permanente erupcione correctamente.

Si se ha perdido el segundo molar temporal y hay pérdida de espacio evidente, derivar al especialista.

Estudios relatan que es posible la autocorrección de la retención del primer molar durante las edad de 6 a 7 años, de lo contrario, será necesario realizar un tratamiento oportuno para llevar al diente a oclusión el cual debe comenzar alrededor de los 7 a 8 años cuando estemos seguros que la autocorrección no sucederá. (Kuroi J., 2002)

2.5.3.2. Dentición Mixta: Primera Fase

Mordida invertida anterior simple

Es de una o dos piezas dentarias. Se produce como consecuencia de una desviación en el eje de erupción natural.

Se debe descruzar la mordida, liberar la oclusión y corregir el eje de inclinación de las piezas comprometidas. Si el antagonista es un temporal se puede considerar su desgaste.

Otra forma de tratamiento es mediante la confección de una placa que ayudará al descruce de la oclusión.

Una vez logrado el descruce anterior es conveniente desgastar los planos laterales para asegurar el asentamiento de las zonas molares. Hacer controles de evolución cada 6 meses.

El tiempo de tratamiento no debe exceder los 6 meses.

En el año 2010 un estudio de reporte de casos mostró como en una paciente de 8 años de edad fue posible solucionar una mordida invertida de los dientes 2,1 y 4,1 mediante aparatología removible durante un periodo de 6 meses aproximadamente (N. Calderon y cols 2010).

2.5.4. Programación de actividades de prevención e intercepción de anomalías intermaxilares

Corresponde a la metodología planteada en las Normas OPI para implementar este programa en los servicios de atención primaria en el cual se busca dar:

Cobertura: La Observada según año o diagnóstico y recursos disponibles.

Concentración: La indicada según diagnóstico clínico.

Rendimiento:

- Examen y diagnóstico 1x1 hora
- Aparato instalado: 2x1 hora
- Controles: 6x1 hora

Registro:

- Ficha clínica
- Hoja diaria

3. OBJETIVOS.

1. Objetivo general

Describir el proceso de implementación de las “Normas de prevención e intercepción de Anomalías Dentomaxilares” en el marco de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI) en los centros de salud de atención primaria pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso.

2. Objetivos específicos

- a. Determinar si cada Centro de atención primaria, pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso, considera necesario implementar un programa de Ortodoncia Interceptiva.
- b. Determinar el número de profesionales que las llevan a cabo en los Centros de salud.
- c. Describir qué formación en Ortodoncia Interceptiva poseen dichos profesionales.
- d. Identificar el tipo de intervenciones de Ortodoncia Interceptiva que se realizan en los Centros pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso.
- e. Establecer las razones (si existen) por las cuales las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares en los Centros de salud pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso no son aplicadas.
- f. Describir cómo son financiados los tratamientos realizados en el sistema primario en los Centros de salud pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso no son aplicadas.
- g. Determinar el número de niños con posibilidad de acceso a tratamientos O.P.I en los Centros de Salud pertenecientes a las Corporaciones de Viña del Mar y Valparaíso, en relación al total de niños inscritos en dichas corporaciones.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son implementadas las normas de Prevención e Intercepción de anomalías dentomaxilares, a nivel primario, en los servicios de salud pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso?

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño

Este trabajo de investigación, es un estudio descriptivo de corte transversal.

5.2. Sujetos

Universo: Centros de Salud de Atención Primaria, pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso, que tengan servicio dental.

Viña del Mar	Valparaíso
CES Dr. Juan C. Baeza Bustos	Consultorio Barón
CES Dr. Marco Maldonado A.	Consultorio Cordillera
CES Profesor Eugenio Cienfuegos	Consultorio Esperanza
CES Reñaca Alto	Consultorio Placilla
CESFAM Nueva Aurora	Consultorio Las Cañas
CES Brígida Zavala	Consultorio Marcelo Mena
CESFAM Gómez Carreño	Consultorio Placeres
Consultorio Las Torres	Consultorio Puertas Negras
Consultorio Lusitania	Consultorio Quebrada Verde
Consultorio Miraflores Achupallas	Consultorio Reina Isabel II
	Consultorio Rodelillo
	Consultorio Padre Damián

Muestra: para este estudio no hay muestra ya que se trabajará con el universo, que son todos los Centros de Salud de Atención Primaria pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso.

Unidad de estudio: Jefes del servicio dental de los Centros de Salud de Atención Primaria, pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso.

Criterios de inclusión y exclusión: Centros de Salud de Atención Primaria, adscritos a la municipalidad de Viña del Mar y de Valparaíso, que tengan servicio dental.

5.3. Calibración

La calibración se realizará mediante un estudio piloto en una muestra pequeña, la cual corresponderá a todos los Odontólogos que trabajen en un Centro de Salud de Atención Primaria que no se encuentre dentro de los utilizados para el estudio. De esta manera, se podrá evaluar el funcionamiento de la encuesta y los encuestadores previo a realizarla en el universo.

5.4. Procedimientos

En primera instancia, se enviará un correo, para contactar a los jefes de cada Centro de Salud con la intención de explicar el por qué del contacto y el tema del estudio. En el mismo correo se pedirá una entrevista con la persona con el fin de recopilar la información, dejando el número de teléfono para contacto en caso de ser necesario. En segunda instancia, en caso de no tener respuesta al correo, se procederá a llamar al Centro de Salud para ver la posibilidad de comunicarnos directamente con el jefe del Servicio Dental y coordinar así la visita.

La información será recolectada mediante una encuesta anónima (anexo), que fue validada en primera instancia, por expertos estadísticos en el año 2007 del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva y de la Oficina de Educación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, posteriormente en el trabajo de investigación conducente al título del Diploma en Ortodoncia Interceptiva de la Facultad de Odontología de la misma Universidad. Esta será aplicada a los odontólogos jefes del servicio dental, de los Centros de Salud de Atención Primaria pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso. Luego la información recopilada será complementada con una entrevista personal, cuyo objetivo será la obtención de algunos puntos de vista y opiniones de los profesionales.

5.5. Análisis estadísticos

Los resultados obtenidos a través de la encuesta serán ilustrados mediante tablas y gráficos. Los datos obtenidos mediante la entrevista personal se someterán a un análisis de opiniones para finalmente realizar la discusión y obtener las conclusiones del presente estudio.

5.6. Variables

Implementación del programa OPI en el centro de salud: Variable cualitativa dicotómica en escala de Sí y No.

Definición conceptual: Corresponde a la realización de una aplicación, o la ejecución de un plan, idea, modelo científico, diseño, especificación, estándar, algoritmo o política.

Definición operacional: Corresponde a la aplicación o no de las normas OPI en el centro de atención odontológica al cual pertenece el individuo encuestado.

Razón de la no implementen las normas OPI: Variable Cualitativa nominal.

Definición conceptual: Aplicar, a veces sin conocimiento seguro, hechos o cualidades a alguien o algo.

Definición operacional: Corresponden a las razones por las cuales el encuestado cree que no se aplican las normas OPI en el centro de atención.

Las categorías son:

- No hay conocimiento de las Normas en este establecimiento.
- No es requisito GES.
- No hay asignación de horas odontológicas.
- Falta de recursos físicos.
- Falta de recursos humanos.
- Falta de capacitación.
- Poco interés de parte de los profesionales.

La consideración de la implementación de las normas como una necesidad: Variable cualitativa dicotómica con escala de Sí y No

Definición conceptual: Pensar, meditar, reflexionar algo con atención y cuidado

Definición conceptual: Corresponde a saber si el encuestado considera necesario o no la implementación de las normas en el centro de atención al que pertenece.

Por qué no considera necesaria la implementación: Variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: Causa, razón o motivo.

Definición operacional: Corresponde a la razón por la cual el encuestado considera que no es necesario implementar las normas OPI en el Centro de Atención.

Las categorías son:

- hay derivación a otros Centros.
- baja prevalencia de anomalías interceptables.
- hay prioridad de otras patologías orales.
- la atención es sólo de 6 años y más.

Calificación de la derivación al nivel secundario de atención (Ortodoncia): Variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Apreciar o determinar las cualidades o circunstancias de alguien o de algo.

Definición operacional: Corresponde a la calificación que el encuestado le entrega al sistema de derivación de pacientes al Ortodoncista en el Nivel Secundario de Atención.

Se apoyan las acciones realizadas en las normas OPI: Variable cualitativa dicotómica en escala de Sí y No.

Definición conceptual: Basar, fundar, confirmar, comprobar o sostener alguna opinión o doctrina.

Definición Operacional: Corresponde a saber si de los consultorios en donde están implementadas las normas, las acciones interceptivas realizadas siguen o no los lineamientos generales de las normas OPI.

Qué aspecto mejoraría de la implementación del programa: Variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: perfeccionar algo, haciéndolo pasar de un estado bueno a uno mejor.

Definición operacional: Conocer que aspectos considera el individuo encuestado que podrían mejorarse para que la implementación de las normas OPI en el Centro de Atención sean mejor.

Las categorías son:

- Aumentar número de profesionales destinados al programa.
- Considerar el rendimiento de las intervenciones interceptivas.
- Otros.

Intervenciones preventiva/interceptivas que se realizan en el centro de atención: Variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: Efectuar, hacer algo real y efectivo.

Definición operacional: Corresponde a describir que acciones clínicas de las normas OPI son realizadas en el Centro de Atención.

Categorías:

- Mantenedores de espacio.
- Corrección de malos hábitos.
- Ajuste oclusal mediante desgaste de interferencias.
- Uso de aparatología removible.
- Control de inserción de frenillos.
- Persistencia de piezas temporales.
- Ataque posterior a la zona de Korkhaus.

Hace cuánto tiempo se realizan esas acciones: Variable cualitativa dicotómica con escala nominal de más o menos de 5 años.

Definición conceptual: Época durante la cual vive una persona o sucede alguna cosa.

Definición operacional: Busca conocer el período de tiempo desde el cual se realizan las acciones clínicas de la pregunta anterior.

Cómo son costeados los tratamientos con aparatología: Variable Cualitativa Nominal.

Definición conceptual: Pagar los gastos de alguna cosa.

Definición operacional: Corresponde a conocer el método por el cual son costeados los tratamientos que requieren la utilización de algún aparato ortodóncico-protésico, por ende trabajo de laboratorio.

Categorías:

- Lo asume el paciente.
- Recursos del Servicio.
- No se realizan tratamientos con aparatos.
- Otros.

Proveniencia de los conocimientos ortodóncicos de los profesionales: Variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: procedencia, origen.

Definición conceptual: Corresponde a donde adquirieron los Odontólogos, de los Servicios de Salud, los conocimientos de ortodoncia preventiva e interceptiva necesarios para realizar las acciones clínicas de las normas OPI.

Categorías:

- Pregrado.
- Cursos de Actualización realizados en los últimos 5 años.
- Cursos de Actualización realizados hace más de 5 años.
- Cursos de Postgrado, Diplomado.
- Cursos a distancia.
- Pasantías por Centros de Ortodoncia.
- Autoaprendizaje.
- Otros.

Fundamentos para derivar pacientes: Variable cualitativa nominal.

Definición Conceptual: Principios básicos de una ciencia, arte, teoría, etc.

Definición conceptual: Principios utilizados por los Odontólogos para realizar una derivación a ortodoncia en el nivel de atención secundaria.

Categorías:

- Problema esquelético.
- Edad no compatible con tratamiento interceptivo.
- Paciente poco cooperador.
- Otros.

Consideración de aumentar el número de profesionales que realicen estas acciones:
Variable cualitativa dicotómica en escala de Sí y No.

Definición conceptual: Acrecentar, hacer crecer el tamaño, el número o la materia de algo.

Definición operacional: Saber si consideran necesario o no aumentar el número de profesionales que estén capacitados para realizar acciones de ortodoncia preventiva e interceptiva en el centro de atención

6. RESULTADOS

6.1. Implementación del programa OPI



Gráfico 1. Cantidad de Centros de Salud, en porcentaje, que implementan las Normas OPI

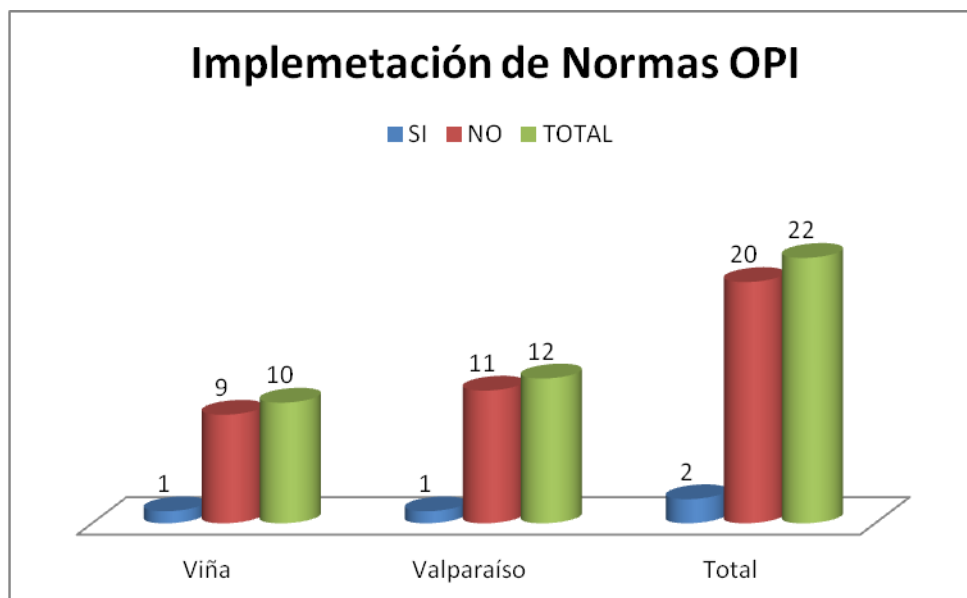


Gráfico 2. Cantidad de Centros de Salud que implementan las normas OPI.

Comenzando el análisis de los datos, se observó que con respecto a la implementación del programa O.P.I., del total de 22 Centros de Salud de Atención Primaria correspondientes a las corporaciones municipales de Viña del Mar y de Valparaíso, sólo 2 (9%) de ellos tienen implementados el programa. Lo mencionado anteriormente se traduce en que el 91% (20) de los Centros de Salud encuestados no tienen implementadas las Normas O.P.I. Gráfico 1.

Entre los Centros de Salud donde las normas están siendo implementadas, nos encontramos con el CESFAM Las Torres, de Forestal alto, perteneciente a la Corporación Municipal de Viña del Mar (Cormuviña) y el Consultorio Barón, el cual pertenece a la Corporación Municipal de Valparaíso (Cormuval).

6.2. Razón de la no Implementación de Normas OPI

Razón de no implementación del programa	Valparaíso	Viña del Mar	Frecuencia
No hay conocimiento de las normas	2	0	2
No es requisito GES	4	1	5
No hay asignación de horas odontológicas	6	7	13
Falta de recursos físicos	5	6	11
Falta de recursos Humanos	6	6	12
Falta de capacitación	6	4	10
Poco interés de los profesionales	0	0	0

Tabla I. Razón de no implementación de las Normas OPI

Como se aprecia en la tabla 1, se analizaron las razones a las cuales los jefes de programa atribuían la no implementación de las normas en el servicio. Se observa que no existe una única y clara respuesta a esta problemática, sino que es más una suma de distintos factores.

Entre las razones de mayor frecuencia se encuentra la No asignación de Horas odontológicas como la razón de mayor prevalencia, con una frecuencia de 13 Centros de Salud que la mencionaron, los cuales se dividen en 6 pertenecientes a la Cormuviña y 7 pertenecientes a la Cormuval.

En segundo lugar tenemos la falta de recursos humanos, la cual se entiende como la falta de personal dedicado al cumplimiento del programa, lo cual fue contestado 12 veces por los Centros de Salud encuestados.

En tercer lugar, con una frecuencia de 11, tenemos la falta de recursos físicos, lo cual fue considerado como causa para la no implementación del programa por 5 Centros de Salud pertenecientes a la Cormuviña y 6 Centros de Salud pertenecientes a la Cormuval.

Luego tenemos como razón de no implementación de las Normas O.P.I. la falta de capacitación de los profesionales del servicio, con una frecuencia de 10, la cual fue considerada importante por 6 Centros de Salud de la Cormuviña, mientras que en los Centros de Salud pertenecientes a la Cormuval, 4 la consideraron importante.

Estas 4 razones corresponden a los principales motivos de no implementación de O.P.I. relatados por los jefes de programa encuestados. Sin embargo también hubo 5 Servicios que atribuyeron la no implementación de las Normas OPI a que estas no son requisito GES, esto fue relatado por 4 Centros de Salud de la Cormuviña mientras que tan sólo por 1 de la Cormuval.

Sólo 2 Centros de Salud atribuyeron la no implementación de las Normas OPI al desconocimiento de las mismas. De estos Centros, ambos 2 pertenecían a la Cormuval.

Por último, ningún servicio relató no implementar las Normas OPI debido al poco interés por parte de los profesionales.

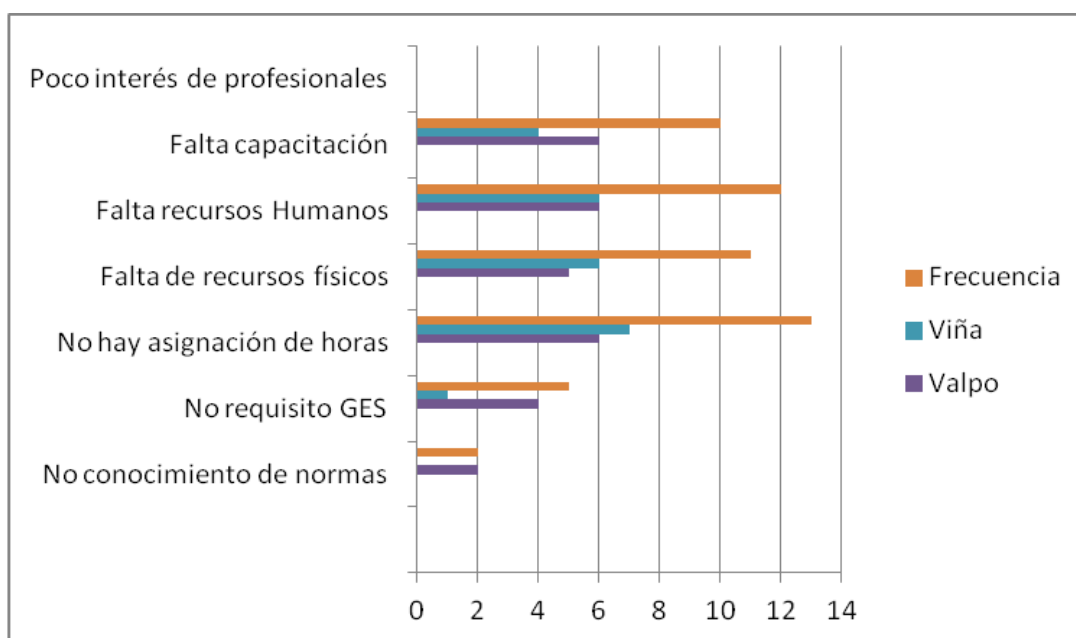


Gráfico 3. Presenta, separadas por municipalidad y en total, las razones a las que cada jefe de programa odontológico atribuía la no implementación de las Normas OPI en el servicio.

6.3. Consideración de las Normas como una Necesidad

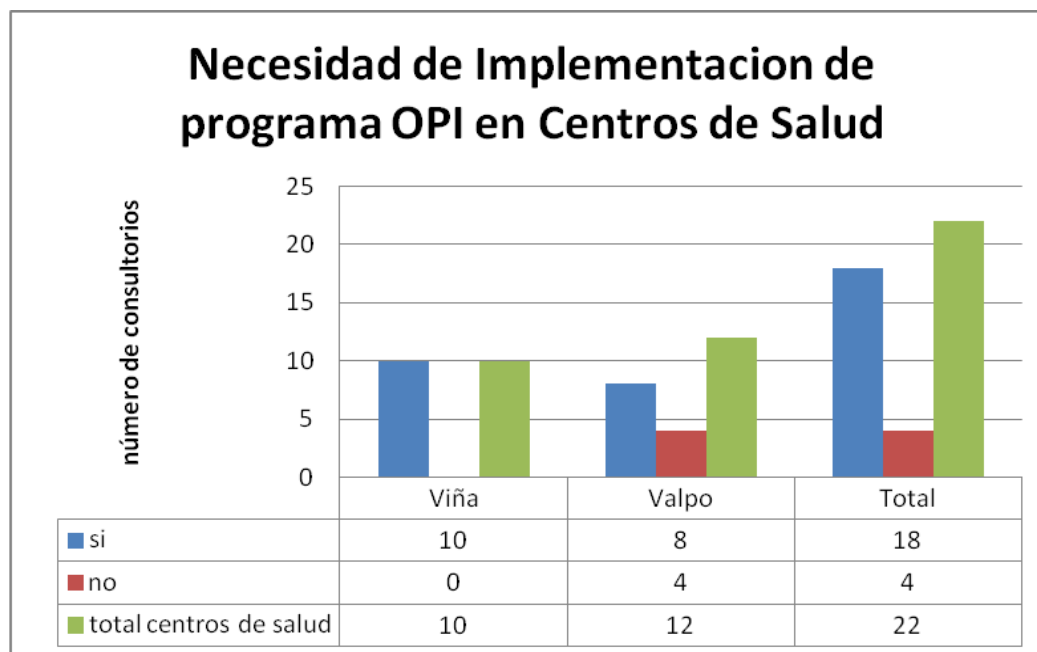


Gráfico 4. Necesidad de la implementación de las normas OPI.

Con respecto a si era considerada necesaria la implementación del Programa O.P.I en los Centros de Salud, tenemos que de los 22 Centros de salud encuestados 18 de ellos contestaron afirmativamente a esta pregunta, lo cual equivale a un 81.81% del total de los servicios, lo cual corresponde a la totalidad de los Centros pertenecientes a la Cormuviña y a 8 Centros de la Cormuval.

Con respecto a aquellos servicios que contestaron que no consideraban necesaria la implementación del programa OPI, solo fueron 4, lo cual corresponde al 18.81% de los Centros de Salud encuestados. A su vez el 100% de estos Centros corresponden a la Cormuval.

Junto con preguntar si consideraban o no necesaria la implementación del programa OPI, se les pedía a aquellos que marcaban “No” que justificaran su opción de entre las siguientes alternativas.

Porque no considera necesario	Frecuencia
Hay derivación a otros centros	4
Baja prevalencia de anomalías interceptables	0
Hay prioridad de otras patologías orales	0
La atención es sólo de 6 años y más	0

Tabla II. Justificación de la no necesidad de implementación de Normas OPI

Como se puede apreciar en la Tabla 2, de los 4 servicios que contestaron No, el 100% de ellos lo hizo debido a que tiene derivación a algún centro o modulo de especialidades.

6.4. De entre los Centros que Implementan las Normas O.P.I

6.4.1. Se apoyan las acciones realizadas en las normas OPI

Las intervenciones se basan en los lineamientos de normas OPI		
si	2	
No	0	

Tabla III. Intervenciones basadas en normas OPI

De los 2 centros que aplican el programa OPI tenemos que el 100% de ellos lo hace en base a los lineamientos descritos por las Normas de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.

6.4.2. Que mejoraría de la implementación del programa

Al momento de preguntarles a los profesionales qué cosas mejorarían de la implementación del programa, tanto el Jefe de Programa del CESFAM Las Torres perteneciente a la Cormuviña como el del Consultorio Barón de la Cornuval, consideraron como una mejora importante el hecho de considerar las intervenciones interceptivas como rendimiento dentro de las metas de cada servicio.

Mejoras del programa OPI	
Mas Profesionales destinados al programa	0
Considerar rendimiento de las intervenciones Interceptivas	2
Otros	0

Tabla IV. Aspectos a mejorar del programa

6.4.3. Intervenciones preventivo/interceptivas que se realizan en el centro de atención:

Intervenciones que se realizan			
	Viña	Valparaíso	total
Mantenedores de espacio	0	0	0
Corrección de malos hábitos	1	1	2
Ajuste oclusal mediante desgaste de interferencias	1	1	2
Uso de aparatología removible	1	0	1
Control de inserción de frenillos	0	1	1
Persistencia de piezas temporales	0	1	1
Ataque posterior a la ZSK	0	0	0

Tabla V. Intervenciones que se llevan a cabo en los Centros de Salud que realizan OPI

Tal como se puede evidenciar en la tabla, los 2 Centros de Salud que implementan las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares realizan acciones similares, con solo pequeñas variaciones entre uno y otro.

En cuanto a la corrección de malos hábitos, ambos centros lo realizan, el CESFAM Las Torres, de Viña del Mar, utiliza aparatos de Ortodoncia y el método recordatorio, mientras que el Consultorio Barón, de Valparaíso, utiliza el método recordatorio y el de recompensa.

En el ajuste oclusal mediante desgaste de interferencias, nuevamente nos encontramos con que ambos centros de salud lo realizan.

El CESFAM Las Torres sin embargo, menciona utilizar aparatología removible con sus pacientes.

El Consultorio Barón por su parte, menciona realizar el control de la inserción de frenillos y la persistencia de piezas temporales en sus pacientes.

Este tipo de intervenciones es llevado a cabo desde hace más de 5 años en ambos Centros de Salud.

6.4.4. Cómo son costeados los tratamientos con aparatología

Financiamiento de los tratamientos del Programa		
	VIÑA	VALPO
Asumidos por el paciente	X	
Recursos del servicio		
No se realizan tratamientos con aparatos		X

Tabla VI. Financiamiento de los tratamientos con aparatología

De los 2 Centros de Salud que implementan las Normas OPI, tal como se ilustra en la tabla número 6, el CESFAM Las Torres realiza los tratamientos con los costes asumidos por el paciente, mientras que el Consultorio Barón menciona que no realizan tratamientos con aparatos.

6.4.5. Origen de los conocimientos de Ortodoncia Interceptiva de los profesionales

Proveniencia de los conocimientos ortodóncicos de los Profesionales		
	CESFAM Las Torres	Consultorio Barón
Pregrado	X	X
Cursos de actualización últimos 5 años		
Cursos de Actualización hace más de 5 años	X	X
Cursos Postgrado, Diplomado		X
Cursos a distancia		
Pasantías por centros de Ortodoncia		
Autoaprendizaje	X	

Tabla VII. Proveniencia de los conocimientos de los profesionales

Como se observa en la tabla 7, los profesionales de ambos Centros de Salud obtuvieron sus conocimientos del Pregrado y de cursos de actualización que datan de hace más de 5 años. En el Consultorio Barón, los profesionales dijeron tener conocimientos obtenidos también mediante cursos de postgrado y/o diplomado.

En el CESFAM Las Torres mencionan complementar su conocimiento con autoaprendizaje.

6.5. Fundamentos para derivar pacientes

Con respecto al motivo por el cual los pacientes son derivados a los Centros de Atención Secundaria, podemos observar que el principal motivo corresponde a pacientes con problemas esqueléticos, lo cual corresponde al 59% de las causas de derivación. (Ver gráfico 5)

En segundo lugar estaba la alternativa Otros, con un 27.27% de causalidad de derivación. Al preguntar a los Jefes de programa por la especificación de Otros, estos relataban que principalmente eran Pacientes con Maloclusión Clase I y apiñamientos dentarios en su mayoría. (Ver gráfico 5)

En tercer lugar estaban aquellos que derivaban debido a que el paciente no presentaba una edad compatible con el tratamiento interceptivo. Por último, tan sólo 1 Centro de Salud respondió que realiza tratamiento o derivación según el comportamiento del paciente.

Ambos Centros de Salud que implementan el programa OPI (Cesfam Las Torres, Consultorio Barón) se basan para derivar a sus pacientes en el origen de la anomalía, es decir, si ésta es de origen esquelético. Además el CESFAM las torres considera para la derivación la edad no compatible con el tratamiento interceptivo.

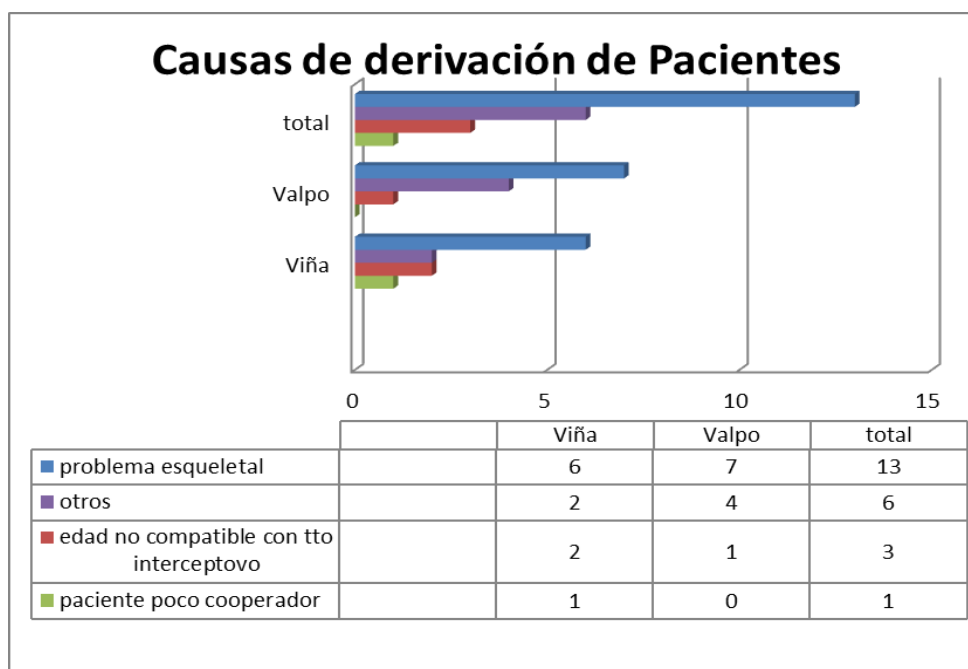


Gráfico 5. Fundamentos para derivación de pacientes

6.6. Calificación de la derivación al nivel secundario de atención (Ortodoncia):

Independientemente de si los Centros implementaban o no las Normas del programa OPI, el 100% de ellos se veía ante la necesidad de derivar a un especialista en ortodoncia en el nivel secundario de atención, por lo tanto se les pidió calificar el sistema de derivación con estos Centros.

Del total de los 22 Centros de Salud encuestados, 11 de ellos consideraban la derivación al Nivel Secundario como mala, lo cual corresponde al 50% de todos los Centros. 7 (32%) de ellos la consideraban como regular y tan solo 4 (18%) de ellos podrían calificarla como buena

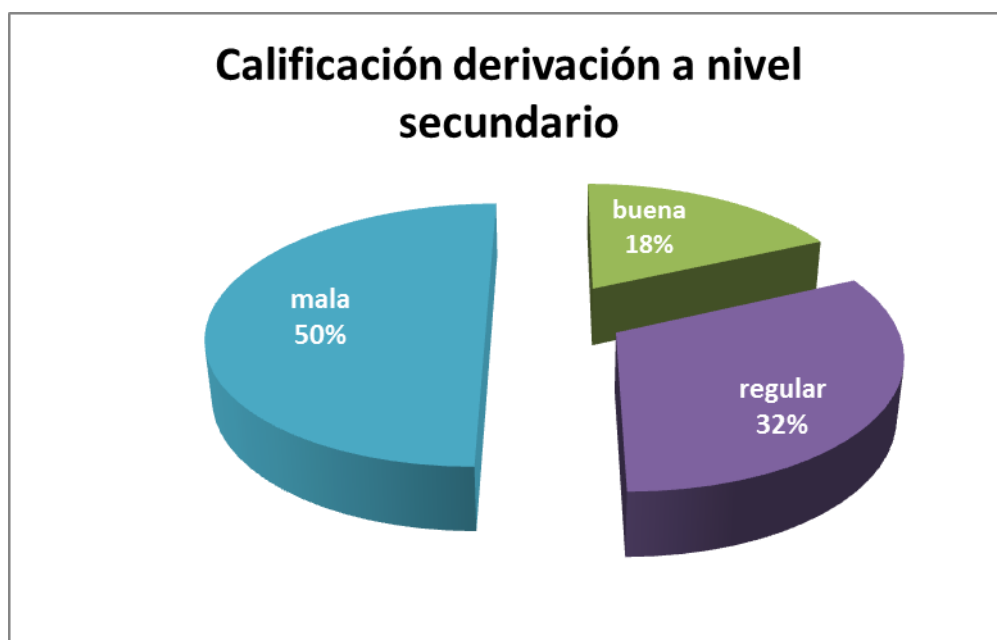


Gráfico 6. Derivación al nivel secundario

De entre los 11 Centros de Salud que califican como mala la derivación al Nivel Secundario de atención, es interesante nombrar que este se componía por el 100% de los Centros pertenecientes a la Cormuviña y tan sólo por 1 servicio de la Cornuval. (Ver gráfico 7)

De entre los Centros que implementan el programa OPI, por ser Centros de Salud pertenecientes a distintas municipalidades, es que cuentan con distintos centros y protocolos de derivación. Por consiguiente, el CESFAM Las Torres está incluido entre los servicios que contestaron que el sistema de derivación es malo, mientras que el Consultorio Barón, menciona que es Bueno



Gráfico 7. Distribución Centros de Salud con opinión de Mala derivación existente

6.7. Consideración de aumentar el número de profesionales que realicen estas acciones.

Con respecto a la necesidad de aumentar el número de profesionales que cumplan el programa OPI, el 100% de los encuestados de ambas corporaciones municipales, tanto los que implementan el programa O.P.I. como aquellos que no, consideran necesario este último punto.



Gráfico 8. Necesidad de aumentar profesionales que realicen estas acciones.

6.8. Datos recopilados de las entrevistas.

Centro de Salud	Opiniones.
CESFAM Nueva Aurora	Hay capacitados en la red, no en cada consultorio. Este año se implementa derivación al MOSB, sin embargo son cupos limitados, no hay mucho donde derivar.
CESFAM Las Torres	No hay cupos para derivaciones.
CESFAM Lusitania	Hospital Gustavo Fricke no hay Ortodoncista para derivaciones. La persona que hace OPI tiene pocas horas.
CESFAM Álvarez	<p>Cuando no se cuenta con recurso humano, físico ni económico suficiente, no es congruente implementar otro programa que podría realizarse en un centro de derivación eficiente y con los recursos necesarios. La APS debe primero satisfacer la demanda urgente a su campo y no diluir su acción en programas que deben asumir otros niveles de atención en salud. Nuestro centro de derivación es el H.G.F, pero rara vez logran una atención en ortodoncia.</p> <p>La población ha aumentado, la cantidad de profesionales seguimos siendo los mismos y no hay horas para más programas.</p>
CESFAM El Olivar	<p>Falta interés desde área o gestión en salud. Recién este año tenemos cupos, muy limitados, para realizar derivaciones al Módulo Simón Bolívar.</p> <p>Es necesario mejorar la difusión en los equipos de salud, la prevalencia, flujo de derivación, etc. Hacer encuestas a los usuarios e impartirlo a futuro.</p> <p>Edad de derivaciones muy acotadas.</p> <p>No existe interés por parte de directivos para realizar programas de este tipo</p>
CESFAM Miraflores Alto	<p>Me parece bueno el instrumento, ojalá resultara en algo concreto, abrir los ojos a directivos y comenzar un programa de este tipo.</p> <p>Tenemos muy pocos cupos de derivación y gran parte de la población infantil queda con su problema sin solución</p>
CESFAM Gómez Carreño	Derivación a nivel secundario es casi nula. Solo este año se abrieron cupos por centro en el MOSB, que son 8 cupos para nosotros para todo el año.

CESFAM Forestal	Yo tengo capacitación en OPI pero no tenemos el tiempo para realizarlo. Somos pocos profesionales y tenemos metas que cumplir. Tenemos problemas de derivación ya que el MOSB solo nos da 4 cupos al año.
CESFAM Reñaca Alto	Prácticamente no hay derivación. Algunos casos los enviamos al MOSB, donde solo tenemos 5 cupos este año. Los demás al HGF, donde a veces les dan solución. Es necesario realizar más capacitaciones y la implementación de técnicas, instrumental y laboratorios.
CESFAM Cienfuegos.	Muy poca derivación. Tenemos unos pocos cupos en el MOSB y el resto de los pacientes se pierden en el camino.
Consultorio Barón	Se necesitan más profesionales capacitados en esta materia.
Consultorio Marcelo Mena	Existe programa OPI en el SSVSA que presta atención previa interconsulta. Tiene que haber una regulación, por la alta demanda, lo que ocasiona retraso en las prestaciones
Consultorio Las Cañas	Solo derivamos casos clase I de 6 a los 9 años ya que es lo que nos permiten derivar al CEO. Muchos casos clínicos sin concluir.
Consultorio Esperanza	Existe derivación pero hay gran lista de espera.
Consultorio Cordillera	Hay derivación al CEO desde los 6-9 años. Lista de espera es de alrededor de 1 mes y medio y nos mandan el paciente de vuelta para realizar nosotros la acción indicada.
Consultorio Placilla	La derivación establece criterios que solo cumple una parte de los niños que consulta. Hay que realizar capacitaciones para el odontólogo de atención primaria, implementar programas y horas destinadas para esto. Aumentar cobertura y prestaciones a nivel secundario.
Consultorio Puertas Negras	La ortodoncia preventiva no se ha masificado lo suficiente, su atención es bastante lenta. Necesario realizar capacitaciones en el tema, dar importancia en lo que se refiere a programa GES y dar becas en lo referente a diplomados de OPI. Los tiempos de espera son muy largos, falta de coordinación entre servicios y sobre todo falta destinación de horas a actualización en el tema.

Consultorio Padre Damián	<p>Las horas se destinan a pacientes GES y urgencias, además de programas. No hay tiempo clínico para prevención en general.</p> <p>Las listas de espera son largas y se demora mucho la atención.</p> <p>No está implementado el OPI, solo nos llegan indicaciones desde el nivel secundario y nosotros actuamos.</p>
Consultorio Quebrada Verde	<p>El tiempo de espera para ser evaluado por el especialista es demasiado largo.</p>
Consultorio Rodelillo	<p>Se deriva a CEO y luego se efectúan exodoncias o desgastes visados previamente por el especialista.</p> <p>Rango de derivación muy acotado, 6-9 años, y falta resolutiveidad con aparatología fija.</p> <p>Solo podemos derivar clases I.</p> <p>Ojalá tenga alguna repercusión en autoridades</p>
Consultorio Placeres	<p>Poco feedback con atención secundaria.</p>
Consultorio Reina Isabel II	<p>Tengo conocimientos de la Universidad. Faltan recursos y capacitaciones.</p> <p>Derivamos pacientes de 6 años con su RX panorámica correspondiente.</p> <p>Pacientes que llegan son de manejo difícil y además hay falta de motivación por parte de los profesionales.</p>

Tabla VIII. Resultado de las entrevistas.

6.9. Cantidad de niños inscritos en los Centros de Salud con posibilidad de acceso a O.P.I.

Para el último objetivo fue necesario conseguir, con las respectivas corporaciones municipales, el número de niños inscritos por centro de salud, para poder obtener la relación numérica de los posibles beneficiarios de intervenciones OPI.

Centros de Salud	Niños 0-5	Niños 6-9	TOTAL
1) Cienfuegos	1084	773	1.857
2) Nueva Aurora	2369	1.708	4.077
3) Miraflores	2552	2.163	4.715
4) Lusitania	924	721	1.645
5) G.Carreño	2992	1.981	4.973
6) Dr. M.Maldonado	1968	1.250	3.218
7) Br.Zavala.Forestal	1245	853	2.098
8) Dr.J.Carlos Baeza	2017	1.507	3.524
9) Las Torres	1318	1.103	2.421
10) Dr.J.Kaplan (reñaca Alto)	2384	1.462	3.846
11) Placeres	1236	912	2.148
12) Esperanza	684	442	1.126
13) Barón	1236	1.079	2.315
14) Reina Isabel	1779	1.582	3.361
15) Placilla	1547	988	2.535
16) Las Cañas	705	486	1.191
17) Marcelo Mena	1382	1.134	2.516
18) Cordillera	561	452	1.013
19) Quebrada Verde	2983	2.206	5.189
20) Puertas Negras	833	540	1.373
21) Rodelillo	1209	822	2.031
22) Padre Damián	818	617	1.435
TOTAL	33826	24781	58.607

Tabla IX. Población Inscrita menor de 9 años por Centro de Salud pertenecientes a la Cormuviña y Cormuval

La población total de menores de 9 años inscrita en los Centros de Salud pertenecientes a las Municipalidades de Viña del Mar y de Valparaíso, es de 58.607 niños.

Del total de menores de 9 años inscritos, tan sólo 4.736 niños corresponden a los Centros de salud Las Torres y Barón lo que significa que sólo el 8% de todos los niños de 0 a 9 años inscritos en los centros de salud de las Corporaciones Municipales de Viña del Mar y Valparaíso presentan la posibilidad de acceso a tratamientos de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.

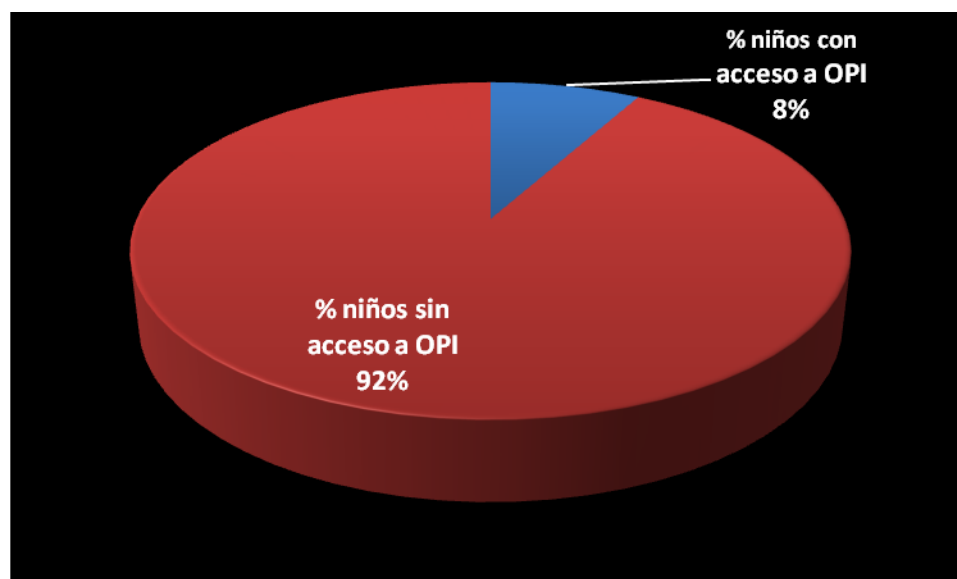


Gráfico 9. Porcentaje de inscritos que recibe OPI versus inscritos que no recibe OPI

7. DISCUSIONES

Las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares del Minsal de 1998 fueron ideadas siguiendo el principio general de que todas las acciones odontológicas en niños y jóvenes deben estar dirigidas principalmente a la prevención e intercepción de las principales patologías bucodentales. A su vez dichas normas dicen que estas acciones deberían ser realizadas por el Odontopediatra y el Odontólogo general previa capacitación. Esto con el propósito de mejorar la calidad de atención a nivel primario, aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria, incrementar las actividades de promoción y prevención, y finalmente descongestionar el nivel de atención secundario.

Tales objetivos se ponen en cuestionamiento una vez analizados los resultados obtenidos por el estudio, ya que lamentablemente pudimos apreciar que, si bien, existe conocimiento de las Normas OPI, muchas veces no es posible poder seguir lo estipulado por éstas, de modo que tan sólo 2 de los 22 servicios de atención primaria pertenecientes a las corporaciones municipales de Viña del Mar y Valparaíso implementan las “Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías dentomaxilares”, lo cual corresponde al 9.1% del total de los servicios pertenecientes a ambas municipalidades.

Valor menor al encontrado por Calderón y cols en su estudio realizado en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago, en donde 4 de los 16 servicios encuestados implementan las normas, lo que corresponde a un 25%. (Calderón N., y cols. 2009)

Resultados más similares a los nuestros fueron encontrados por Scott K. en su Tesis homóloga realizada en el Servicio Metropolitano Sur-Oriente en donde 2 de los 28 servicios encuestados implementan las normas, lo que corresponde a un 7.69% del total de los servicios encuestados. (Calderón N., Scott K. 2009)

Con esto se pone en evidencia la escasa recepción de las Normas OPI por los servicios de atención primaria, no sólo en los servicios adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso, sino también de distintos sectores de la región metropolitana, con lo cual ya podemos empezar a darnos cuenta que con tal precaria implementación, difícilmente se pueden lograr los objetivos planteados por el mismo.

En relación a estos 2 servicios en donde las normas OPI son implementadas, sólo existe 1 Odontólogo en cada servicio encargado de la implementación de este, con lo cual difícilmente se podría cubrir la alta demanda de tratamientos y a su vez descongestionar el nivel secundario de atención.

Todo lo anterior deja en evidencia que no es posible lograr una real descompresión del nivel secundario de atención de salud en ortodoncia, ya que de un total de 58607 niños de entre 0 a 9 años inscritos en la Municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso, solo 4736 de ellos pertenecen a los centros de salud Las Torres y Barón

(2421 y 2315 niños respectivamente), lo cual corresponde tan sólo al 8% de todos los niños entre 0 y 9 años inscritos, lo cual es directamente proporcional con el número de centros de atención primaria que implementan las normas O.P.I.

Cuando se preguntó a los servicios que no implementan las normas, las razones por las cuales consideran que esto no se hace, se obtuvo como principal razón la no asignación de horas odontológicas para la realización del programa, lo cual fue relatado por 13 de los 22 servicios encuestados. Valor similar al relatado por Calderón N. y cols (2009), razón que fue considerada como la segunda de mayor importancia, considerado como tal por 7 de los 16 servicios encuestados del SSMSO (Calderón N. y cols 2009). Del mismo modo que en la tesis de Scott K., se evidenció esta causa como el principal motivo de no implementación en 16 de los 29 servicios encuestados del SSMSO. (Calderón N., Scott K., 2009)

Esta razón va directamente relacionada con el hecho de que las acciones en ortodoncia preventiva e interceptiva 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 de realizar, quedando así a criterio de los jefes de programa y su equipo si se procede o no a asignarles horas odontológicas, lo cual en la mayoría de las veces no ocurre debido a la apretada agenda y a la alta demanda y cobertura que se debe entregar a las patologías GES.

El segundo mayor problema por el cual las Normas OPI no son implementadas corresponde a la falta de recursos humanos, relatada por 13 de los 22 servicios encuestados. Valores bastante diferentes a los obtenidos por Calderón N. y cols (2009) donde tan sólo 2 de los servicios encuestados (17%) relataron esta problemática. Mientras que en la Tesis homóloga de Rojas V. realizada en el Servicio de salud Metropolitano centro, esta razón fue la principal causa de no implementación, relatado por 9 de los 16 servicios encuestados. (Calderón N., Rojas V., 2009)

Esto se debe principalmente a un problema de trasfondo, el cual es el gran tamaño de las poblaciones inscritas en cada consultorio versus la cantidad de profesionales por servicio para satisfacer la demanda existente, puesto que en la gran mayoría de estos se debe atender a un número mayor al presupuestado para el servicio, lo cual va aumentando con el paso de los años, pero no así el número de profesionales contratados. Por lo tanto los pocos profesionales contratados se centran exclusivamente en el cumplimiento de metas sanitarias, prestaciones GES y programas específicos que cuentan con un beneficio monetario.

Acompañando a este tema, está la escasa capacitación existente en los centros de atención con respecto al programa O.P.I., ya que como se mencionó anteriormente, de los 2 centros donde se implementan las Normas, existe solo 1 profesional capacitado por servicio en la aplicación de estas. Por otro lado, en los consultorios donde las Normas no son aplicadas, eran pocos los servicios que contaban con algún Odontólogo capacitado en O.P.I., y a su vez estos no ejercían ningún tipo de acción clínica relacionada con las normas O.P.I.

Sin embargo hay que destacar que algunos centros relataron que a pesar de no implementar las Normas OPI, eventualmente si realizaban acciones como corrección de malos hábitos, desgastes oclusales y exodoncias en aquellos pacientes que ya habían sido derivados a atención secundaria , y en donde el Ortodoncista les pedía realizar este tipo de tratamientos.

Esto nos demuestra que en atención primaria es posible realizar los tratamientos y acciones contenidas en las Normas O.P.I y es lamentable que se deba esperar a que un Ortodoncista evalúe al paciente para recién pedir que se realice algún tipo de intervención, perdiéndose de ese modo el objetivo de la prevención. La prevalencia de anomalías interceptables en dentición temporal y dentición mixta 1ª fase corresponde a un 29 – 21%, si estas fuesen tratadas tempranamente en atención primaria según está dispuesto en las normas, la prevalencia de anomalías dentomaxilares en niños mayores podría disminuir considerablemente.

A pesar de los resultados expuestos se pudo evidenciar que al menos existe un interés en la aplicación de las normas O.P.I., ya que el 81,8% de los encuestados considera necesario implementar un programa de ortodoncia Preventiva e Interceptiva en su centro de salud, y a su vez, el 100% de los encuestados considera necesario el aumento de profesionales que realicen tratamientos basados en el programa OPI. Datos similares a los obtenidos por Scott K. en dónde el 100% de los servicios encuestados correspondiente a 26 servicios del SSMSO consideraba necesaria la implementación del programa. (Calderón N. Scott K., 2009)

Otro gran problema para la no implementación de las normas correspondía a la falta de recursos físicos, hecho relatado como tal por 11 de los servicios encuestados. Valor similar al encontrado en la Tesis de Berner G., (2009) realizada en el servicio de salud Metropolitano Norte en donde esta razón fue la segunda de mayor importancia según 8 de los 21 centros de salud encuestados del Servicio de Salud Metropolitano Norte. (Berner G., Calderón N., 2009)

Este problema se pudo apreciar mejor en las entrevistas realizadas a los jefes de programa, en donde se evidenciaba que la falta de recursos económicos, producto de la dependencia que existe con la municipalidad, era lo que no les permitía llevar a cabo el cumplimiento de estas normas. En muchos casos se señaló, que no cuentan con el dinero suficiente para materiales e insumos dentales como cubetas e instrumentos necesarios para realizar ortodoncia interceptiva.

Dicha problemática también se vio reflejada en los establecimientos que realizan el programa, ya que si bien las acciones destinadas a la prevención de anomalías no demandan grandes gastos, las destinadas a la intercepción de malos hábitos con el uso de aparatología, adicionan un costo por su confección, el cual sería asumido en su totalidad por el paciente.

Este es el caso del CESFAM las Torres, donde han tenido que apretar su agenda dejando el cumplimiento de metas sanitarias y programas GES de Lunes a Jueves, ocupando el Viernes en la jornada AM sólo para la atención de niños que requieran tratamientos de Ortodoncia preventiva e interceptiva, logrando así mediante la

autogestión, un horario donde se realiza OPI, contando actualmente con un registro de 200 pacientes en tratamiento aproximadamente. Cabe destacar que si bien el horario es autogestionado por parte de este grupo de odontólogos, los recursos monetarios para financiar los aparatos removibles son aportados por el paciente.

En cuanto a las derivaciones a nivel secundario, los jefes de programas encuestados y entrevistados mencionaron que esta era en general mala (50%) o regular (32%). Similar a lo obtenido por la Tesis homóloga de Rojas V. (2009) realizada en el Servicio de Salud Metropolitano Centro en que un 93% de los centros encuestados catalogó a la derivación con el sistema secundario como regular o mala. (Calderón N., Rojas V. 2009)

Muchos mencionaron tener muy pocos cupos de derivación al sistema secundario, además de estar limitado a rangos de edad muy pequeños (6 a 9 años solamente), con lo cual se reduce aún más las posibilidades de derivación.

Grandes problemas que se adicionan a esto son las largas listas de espera, demorando mucho la atención, y el poco feedback que existe con el nivel secundario, aclarando que en algunos casos a los pacientes se les perdía el rastro luego de ser derivados, quedando muchos de ellos sin solución.

Esta evidencia reafirma la importancia de la implementación del programa OPI en la Atención Primaria en salud, con el fin de lograr mayor eficiencia y eficacia a Nivel Secundario y mayor resolutivez para los pacientes.

En base a estos problemas, es que el sistema debe buscar otras formas para abarcar a esta gran población de niños, además de capacitar a mayor cantidad de profesionales y asignar horas para estas acciones. Actualmente se trabaja en un proyecto Fonis que pretende que especialistas en ortodoncia puedan monitorear a odontólogos generales de los consultorios, y así ellos puedan realizar algunas de estas acciones preventivas- interceptivas.

Los inconvenientes que tuvimos durante la realización de este estudio, se dieron todos en la fase de la recopilación de la información. El primer obstáculo con el que nos encontramos fue lograr contactarnos con los profesionales para coordinar la visita al centro de salud, ya que partimos utilizando la comunicación vía Mail, lo cual fue eficaz en menos del 30% de los casos.

Advertido este problema, inmediatamente cambiamos la forma de contacto y nos dispusimos a ir directamente a los centros de salud a realizar la encuesta o hablar con los profesionales.

Dilema anexo con el que tuvimos, fue que los profesionales, en su mayoría, disponían de poco tiempo para respondernos la encuesta y menos aún para una entrevista. Por lo mismo muchas veces tuvimos que volver a los centros de salud para poder realizar la encuesta y hablar con los profesionales.

Otro problema que nos encontramos, no menor, fue con el instrumento de medición en sí, el cual no fue modificado con el objetivo de mantener el standard que había

sido utilizado en estudios anteriores para así poder comparar los resultados. Muchos jefes de programa dijeron no encontrar un hilo mientras leían, por lo cual a veces no les fue fácil responder con claridad, tema que se logró solucionar mediante la entrevista, donde se les instruyó de manera correcta los pasos a seguir para responder de manera efectiva.

Además de estos inconvenientes, de gran importancia, fue también el difícil acceso de algunos de los centros de salud, los cuales se encontraban alejados o en sectores de alta delincuencia. Producto de lo mismo, cada vez que se pretendía ir a los consultorios, los debimos agrupar por sectores de manera de ir a la mayor cantidad posible por día.

Finalmente, la relevancia de los resultados obtenidos, es que muestran la crítica situación en la que se encuentra la aplicación de este programa en los centros de salud de ambas corporaciones municipales, ya que a pesar de ser un programa destinado a la APS y de la gran demanda que existe, prácticamente la totalidad de estos centros no lo aplica, no tiene profesionales capacitados, horas destinadas, insumos, y los recursos monetarios a la vez son escasos, dejando en evidencia una falencia en el tratamiento de gran proporción de la población infantil.

8. CONCLUSIONES

1. Sólo en dos de los veintidós Centros de Atención Primaria pertenecientes a las Municipalidades de Viña del Mar y de Valparaíso se están aplicando actualmente las “Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares”, es decir, en un 9.1% del total.
2. El 81.8% de los Centros de Atención Primaria pertenecientes a las municipalidades de Viña del mar y de Valparaíso consideran necesario implementar un programa de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.
3. Sólo un profesional en cada Centro de Atención Primaria es el que lleva a cabo procedimientos descritos en las Normas, siendo los encargados de dar cobertura en las altas demandas de este tipo de tratamiento en esos sectores.
4. Dichos profesionales han adquirido su formación a través de diplomados, cursos de postgrado, cursos de actualización realizados los últimos cinco años, cursos de actualización realizados hace más de 5 años y finalmente autoaprendizaje.
5. Las intervenciones de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva que se realizan en los Centros de Atención Primaria pertenecientes a las CMVM y CMVALPO son: ajuste oclusal mediante desgaste de interferencias; corrección de malos hábitos por método recordatorio; control de inserción de frenillos; persistencia de piezas temporales; uso de aparatología removible y uso de mantenedores de espacio removibles.
6. Las razones más frecuentes, por las cuales las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares no se están aplicando en los Centros de Atención Primaria pertenecientes a la CMVM y la CMVALPO, son: la no asignación de horas odontológicas principalmente, seguida por la falta de recursos humanos, encontrando luego la falta de recurso físico y en cuarto lugar la falta de capacitación.
7. Los tratamientos realizados en los Centros de Atención Primaria pertenecientes a las CMVM y CMVALPO que requieren el uso de aparatología son costeados en su totalidad por los pacientes.
8. El 8% del total de niños menores de 9 años inscritos en los centros de salud pertenecientes a ambas corporaciones municipales, tiene actualmente acceso a tratamientos de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.

9. SUGERENCIAS

La temática de este estudio es un tópico muy poco estudiado, por ende, aún existe muy poca evidencia al respecto como para poder establecer una visión representativa de todo el país. Siendo éste el primer estudio en describir la implementación de las normas O.P.I. fuera de la región metropolitana.

Por ende la primera sugerencia que podríamos dar a futuros investigadores sería invitarlos a realizar nuevos estudios en el tema en las distintas regiones del país, con el fin de obtener una aproximación más real con respecto a la implementación y a la efectividad de este conjunto de Normas y acciones clínicas, además de ayudar a concientizar la necesidad de la implementación de estas en la mentalidad de los Odontólogos del país.

Además, el presente estudio abarcó solamente a los centros de salud adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso, por lo cual se sugiere la realización de un estudio más amplio, a realizarse en los centros de salud pertenecientes a los Servicios de salud Viña del Mar Quillota y el de Valparaíso San Antonio, para así obtener datos más globalizados a nivel de región.

También sugerimos realizar estudios en el nivel secundario de atención, para así describir como es llevado a cabo el tema de la ortodoncia interceptiva, que tipo de tratamientos y acciones son realizados y el porcentaje de niños beneficiarios de estos tratamientos.

Consideramos importante la realización de más estudios nacionales de tipo longitudinal, evaluando y validando los resultados obtenidos por los tratamientos en Ortodoncia Interceptiva, con el fin de llamar la atención de los demás Odontólogos y de esta manera llegar a considerar este tipo de acciones como soluciones viables a problemas bastante comunes y del día a día en atención primaria, motivándolos a realizar capacitaciones y actualizaciones en Ortodoncia Interceptiva.

Finalmente queremos sugerir la revisión, modificación o actualización de las Normas de Ortodoncia preventiva e interceptiva del Minsal del año 1998, con el objetivo de visualizar una forma para mejorar la implementación de estas. Con el fin de poder responder a esta necesidad y así poder entregar una atención más integral, resolutive y de calidad para la población.

10.RESUMEN

En el presente estudio se busca describir la implementación de las “Normas de prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares” de 1998. Estas corresponden a una serie de medidas y acciones clínicas a realizar en el nivel primario de atención por el Odontólogo general y el Odontopediatra previa capacitación en conocimientos de ortodoncia preventiva e interceptiva.

Estudios en este mismo tema realizados en la región Metropolitana han demostrado una baja implementación de estas normas en los Servicios de Salud Metropolitano Oriente, Norte, Centro y Sur. Es por eso que frente a dichos resultados consideramos necesario ampliar la visión de esta problemática en el país.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta anónima aplicada a los Odontólogos jefes de servicio de los centros de salud adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso, acompañada de una entrevista personal.

Los resultados demostraron que tan solo 2 de los 22 centros de salud encuestados implementan las Normas de Ortodoncia preventiva e Interceptiva, cifra similar a la de otros estudios realizados en la región Metropolitana. Además en ambos centros el programa es llevado a cabo solo por 1 Odontólogo.

La mayoría de los Odontólogos encuestados creen esto se debe principalmente a la “No asignación de horas odontológicas” y a la “Falta de recursos humanos”.

Dichos resultados ponen evidencia que con tan baja implementación del programa, es imposible dar cobertura a las necesidades de Ortodoncia interceptiva de las población pertenecientes a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso.

11.REFERENCIAS

Berner G., Calderon N.(2009) *Descripción de la implementación de las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares a Nivel Primario del Servicio de Salud Metropolitano Norte*. Tesis para optar al título de cirujano dentista de la Universidad de Chile. Biblioteca de la Universidad de Chile.

Bustos A., Mayorga D., Espinosa A. (2002), *Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares en niños escolares de 4 a 5 años de Edad de la Comuna de La Calera*. *Revista Dental de Chile* 2002. 93(1): 3-8.

Calderon N. y cols (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.* Vol. XXVI (2); 2009: 54-62.

Calderon N., Rojas V., (2009) *Descripción de la implementación de las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares a Nivel Primario del Servicio de Salud Metropolitano Centro*. Tesis para optar al título de cirujano dentista de la Universidad de Chile. Biblioteca de la Universidad de Chile.

Calderon N., Scott K., (2009) *Descripción de la implementación de las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares a Nivel Primario del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente*. Tesis para optar al título de cirujano dentista de la Universidad de Chile. Biblioteca de la Universidad de Chile

Calderon N. y cols (2010) *Ortodoncia Interceptiva. Casos Clínicos* *Rev. Chil. Ortod.* Vol. XXVII (1); 2010: 14-22

Carreño S., Calderón N. (2005), *Prevalencia de anomalías dentomaxilares interceptables y malos hábitos bucales en niños con dentición temporal completa del área sur de la Región Metropolitana*. *Revista Chilena Ortodoncia* 2005. 22: 18-25.

Cartes-Velázquez, R.; Araya, E. & Valdés, C. *Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural*. *Int. J. Odontostomat.*, 4(1):65-70, 2010.

Dias PF., Gleiser R., (2009), *Orthodontic treatment need in a group of 9-12-year-old Brazilian schoolchildren* *Braz Oral Res* 184 2009;23(2):182-9

Dutra A.L.T. et al. (2004) *Assessment of Treatment for Functional Posterior Cross-bites in Patients at the Deciduous Dentition Phase*. *Braz Dent J* (2004) 15(1): 54-58.

Gacitúa G., Mora D., Veloso D., Espinosa A. (2000), *Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares en Niños de 6 a 9 Años en las Escuelas Municipales de la Comuna de Recoleta*. *Revista Dental de Chile* 2000. 91(3): 27-30.

Gacitúa G., Mora D., Veloso D., Espinosa A. (2001), *Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Causadas por Malos Hábitos en Niños de 6 a 9 Años*. *Revista Dental de Chile* 2001. 92(1): 31-34.

Gianconi J. *El Sistema de Salud chileno* boletín escuela de medicina de la Pontificie universidad católica de chile 1994 23:6-9

Guerrero S., Villa A., Arias C., Orrego A., Rojas A., Valenzuela T., Rodriguez J. (1997). *Rev. Dent. Chile* 1997; 88(2): 4-9.

Jabbar NSA, et al (2011) *Bottle feeding, increased overjet and Class 2 primary canine relationship: is there any association?* Braz Oral Res. 2011 Jul-Aug;25(4):331-7

Kuroi J. (2002) *Early treatment of tooth-eruption disturbances. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* Volume 121, Number 6.

Labranque R, Contreras P, Espinoza A, (2001), *Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares en una Población Escolar de 5 a 6 Años, de la Comuna de Isla de Maipo. Revista Dental de Chile* 2001; 92 (1): 7-12.

Marques et al., (2009), *Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parent.*BMC Oral Health 2009, 9-34.

MINSAL (1998) "Normas en la Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares". División de Salud de las Personas, Departamento Odontológico, MINSAL, 1998.

MINSAL., (2007) "*Perfil epidemiológico de salud bucal*".

MINSAL, Soto L, Tapia R y col. *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007.*

Moyers R. (1992). "*Manual de Ortodoncia*". Cuarta Edición. Editorial Interamericana.

Canut B. (2005). "*Ortodoncia clínica y terapéutica*". Segunda edición. Editorial Masson.

Escobar M. (2004) "*Odontología Pediátrica*", Primera edición, Editorial Amolca.

Negi KS. Sharma KR. (2011) *Treatment of pseudo Class III Malocclusion by modified Hawleys appliance with inverted labial bow.* Journal of Indian society of pedodontics and preventive dentistry. Jan.Mar 2011 Issue I Vol 29.

Olguín A., Quintana X. (2001) *Mordida Abierta Anterior en Niños de 2 a 4 Años y Uso de Pacificadores Orales en un Sector de la Comuna de Lo Barnechea.* Revista Dental de Chile 2001; 92 (2): 3-8.

Romero CC, et al (2011) *Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition.* J Appl Oral Sci 2011;19(2):161-8

Romero S., Couve F., Onetto JE. (2006) *Necesidad de tratamiento interceptivo en niños de 6 años en dos centros de atención primaria de la V región, Chile.* Chile, IADR 2006

Scavone-Junior, et al. (2006) *Prevalencia de mordida cruzada posterior em usuários de chupeta: um estudo na dentadura decídua*. Braz Oral Res 2007;21(2):153-8

Servicio de salud Valdivia, S. Pérez 2010 “*Guía de referencia y contrareferencia para anomalía dentomaxilar transversal, vertical y sagital en clase I esquelética y anomalía intramaxilar en clase I esquelética*”

Soto L, Tapia R y col. Chile, 2007. *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010*. Chile 2007. Chile, 2007

Soto y cols (2007), *Diagnóstico Nacional de Salud Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010*. MINSAL. Chile 2007.

Thilander B. et al., (2001), *Prevalence of Malocclusions and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogotá, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development*. European journal of orthodontics 23, (2001),153-167.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta para Proyecto de Investigación diseñado por la Universidad de Chile

Estimado(a) Dr. (a):

Esta es una encuesta que forma parte del proyecto “*Descripción de la implementación de las Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares a Nivel Primario en los consultorios pertenecientes a las corporaciones municipales de Viña del Mar y Valparaíso*”, que tiene por finalidad ayudar a optimizar la entrega de atenciones en Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.

Por ello le invitamos a responder el siguiente cuestionario en forma absolutamente anónima:

SOBRE LAS “NORMAS DE PREVENCIÓN E INTERCEPCIÓN DE ANOMALÍAS DENTOMAXILARES” (O.P.I.):

- ¿Está implementado actualmente el programa O.P.I. en este Centro de Salud?

SI NO

SI SU RESPUESTA ES NO:

- ¿A qué atribuye que no esté implementado el programa O.P.I.? Marque las tres alternativas que considere más relevantes.

No hay conocimiento de las Normas en este establecimiento

No es requisito GES

No hay asignación de horas odontológicas

Falta de recursos físicos

Falta de recursos humanos

Falta de capacitación

Poco interés de parte de los profesionales

Otros: (Explique brevemente)

- ¿Considera necesario implementar un programa de Ortodoncia Interceptiva en su Centro de Salud?

SI

NO, porque:

Hay derivación a otros Centros.

Baja prevalencia de anomalías interceptables.

Hay prioridad de otras patologías orales.

La atención es sólo de 6 años y más.

- ¿Cómo calificaría la derivación con el Nivel Secundario en el área de Ortodoncia?

Buena

Regular

Mala

Comentarios:

SI SU RESPUESTA ES SI:

- ¿Los lineamientos generales de las intervenciones interceptivas están basados en el programa O.P.I.?

SI

NO

- ¿Qué mejoraría de la implementación del programa O.P.I.?

Aumentar número de profesionales destinados al programa.

Considerar el rendimiento de las intervenciones interceptivas.

Otros: (Explique brevemente)

- Marque las intervenciones que se realizan en este Centro de Salud:

Mantenedores de espacio: fijos removibles

Corrección de malos hábitos: Método recordatorio

Método de recompensa

Aparatos de ortodoncia

Ajuste oclusal mediante desgaste de interferencias

Uso de aparatología removible

Control de inserción de frenillos

Persistencia de piezas temporales

Ataque posterior a la zona de sostén de Korkhaus, con:

Ligadura de bronce

Separadores de látex

Exodoncia de la p. temporal

- ¿Hace cuanto tiempo se brinda este tipo de acciones?

Menos de 5 años

Más de 5 años

SOBRE LA POBLACIÓN QUE ACCEDE A TRATAMIENTO:

- ¿Cómo se costean los tratamientos (aparatos)?

Los asume el paciente.

Recursos del servicio.

No se realizan tratamientos con aparatos.

Otros: (Explique brevemente)

SOBRE LOS PROFESIONALES QUE BRINDAN LOS TRATAMIENTOS:

- Sus conocimientos de Ortodoncia Interceptiva provienen de:

Pregrado

Cursos de Actualización realizados en los últimos 5 años.

Cursos de Actualización realizados hace más de 5 años.

Cursos de Postgrado, diplomado.

Cursos a distancia.

Pasantías por centros de ortodoncia

Autoaprendizaje

Otros: (Explique brevemente)

- ¿En que se basa para derivar a sus pacientes?

Problema esquelético

Edad no compatible con tratamiento interceptivo

Paciente poco cooperador

Otros: (Explique brevemente)

- ¿Considera necesario aumentar el número de profesionales que realicen intervenciones de Ortodoncia Interceptiva?

SI

NO

- ¿Cómo calificaría la derivación con el Nivel Secundario en el área de Ortodoncia?

Buena

Regular

Mala

Comentarios de toda la encuesta, ¿Qué agregaría?:

Anexo 2

Consentimiento Informado

Título de la investigación:

“Descripción de la implementación de las normas de prevención e Intercepción de las anomalías dentomaxilares en los centros de salud de atención primaria adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso”

Objetivo de la investigación:

El Objetivo de la investigación es conocer el nivel de implementación de las Normas de prevención e intercepción de las anomalías dentomaxilares desarrolladas en el año 1998 por el Minsal, en los distintos consultorios pertenecientes a las corporaciones municipales de Viña del Mar y Valparaíso.

¿Qué se propone en este estudio?

Se propone llenar una encuesta consistente de 13 preguntas, en conjunto a una entrevista personal con el Jefe de programa Odontológico de cada centro de salud.

¿Cómo se seleccionaran a los participantes?

No habrá selección puesto que los participantes corresponderán a todos los Jefes de programa odontológico de los centros de salud de las corporaciones de Viña del Mar y Valparaíso.

En segunda instancia se podría encuestar y entrevistar a una persona designada por el Jefe de programa odontológico de cada centro de salud, la cual sea capaz de contestar al estudio.

Cantidad y edades de los participantes:

Los centros de salud pertenecientes a las corporaciones municipales de Viña del Mar y Valparaíso son 22 en total, habiendo un Jefe de programa

odontológico por centro de salud, por ende se trabajará con 22 participantes sin existir un límite de edad.

Tiempo requerido:

El tiempo estimado para contestar el cuestionario será de 10 minutos. Acompañado de una posterior entrevista de opinión y conversación con respecto al estudio, al instrumento de medición o a aspectos relevantes de los mismos.

Riesgos y beneficios:

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio por participar del estudio.

Compensación:

No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad:

La encuesta a realizar es completamente anónima, y en ninguna parte del estudio se utilizará el nombre de alguno de sus participantes. Sin embargo es necesario nombrar a los distintos centros de salud con el fin de poder exponer los resultados obtenidos y el análisis de los mismos.

Participación voluntaria:

La participación es estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio:

El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

A quién contactar en caso de preguntas:

En caso de cualquier duda o consulta, contactar libremente a cualquiera de los investigadores adjuntos:

- Maximiliano Gutierrez I.
Teléfono: 94640002
Email: max.guin@gmail.com
- Sebastián Verdugo H.
Teléfono: 94582169
Email: sea.verdugo@gmail.com

A quién contactar sobre los derechos como participante en el estudio:

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Junta de Revisión Institucional, Nombre Presidente Comité del Colegio, 2250 Ave. Las Américas, Suite_____, Ponce, PR 00717-9997.

Si desea participar en el estudio, favor de llenar el talonario de autorización y devolver a los investigadores.

Nombre investigador(a)

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El(la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.

Por lo anterior yo _____
Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Maximiliano Gutiérrez I. y Sebastián Verdugo H. sobre la “Descripción de la implementación de las normas de ortodoncia preventiva e interceptiva en los centros de salud adscritos a las municipalidades de Viña del Mar y Valparaíso” .

He recibido copia de este procedimiento.

Profesional

Fecha