

MARC
67034
R/15459

7
C777g
2015



**Universidad
de Valparaíso
CHILE**



**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS DE LOS
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA PERTENECIENTES A LA
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VALPARAÍSO SOBRE LA GUÍA
CLÍNICA DEL MINSAL SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE
60 AÑOS**

Trabajo de investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnas: Paulina Cortés Montalbán
Tamara Espinoza Díaz

Docente Guía: Prof. Dra. María Soledad Lopetegui
Cátedra de Periodoncia

Valparaíso - Chile
2015

Dedicatoria

A Dios por darme la vida y permitirme recorrer este camino.

A mi Madre, por su amor incondicional, por estar siempre presente a pesar de la distancia, por todos aquellos sacrificios que ha realizado, que me han permitido llegar al lugar en el que me encuentro ahora, por ser mi motor para seguir día a día, impulsándome siempre a dar lo mejor de mí.

A mi Padre, por su apoyo inquebrantable y sus consejos de vida. Por su años de trabajo y esfuerzo para que pudiera cumplir mis sueños, por confiar en mí ciegamente y porque nunca ha dejado que me rinda aun cuando la vida ha puesto pruebas difíciles.

A mis Hermanos que han sido mis consejeros en estos últimos años.

A Eileen que me ha acompañado en esta última etapa, me ha apoyado incondicionalmente, convirtiéndose en un pilar en mi vida.

Paulina Cortés Montalban

Primeramente a Dios por regalarme salud, perseverancia y sustentar todo para hacer esto posible.

A mi Madre por su amor infinito e incondicional, tanto como por sus amorosos cuidados que me alentaron día a día, y por los incontables sacrificios realizados siempre con una sonrisa a cuesta, desarrollados muchas veces sin importar el cansancio ni la espera. En definitiva por ser la mejor madre que se pueda desear.

A mi Padre por brindarme su apoyo en todo momento, por su rol sostenedor, sin titubeos, y por los sabios consejos que siempre se esforzó en entregarme durante este periodo, tratando de incentivar me para relucir lo mejor de mí, inculcándome que tengo las capacidades para enfrentar los desafíos que me proponga.

A mi Tía Iris por preocuparse y cuidarme tanto como lo hace una madre, por ser paciente en todos los sentidos de la palabra y demostrar su amor hacia a mí en todas las formas posibles. En su rol de Tía consentidora, amiga, consejera, brindándome siempre la palabra oportuna tanto como para consolarme o entregarme alegría. Además de siempre acudir en mi ayuda, sin muchas veces ni siquiera tener que pedirselo.

A toda mi gran familia en general por extenderme siempre cariño y momentos felices en este largo camino.

Tamara Espinoza Díaz

Agradecimientos

Para llevar a cabo este Seminario de Tesis, fue fundamental la ayuda de las siguientes personas e instituciones:

- *Doctora María Soledad Lopetegui, nuestra docente guía, quién nos motivó a investigar este tema, entregándonos su tiempo y experiencia durante todo este proceso.*
- *A nuestro docente informante Doctor Jorge Godoy, quien tuvo la mejor disposición para reunirse con nosotras y aclarar todas las dudas que se nos presentaron durante el desarrollo de este seminario.*
- *Sra. Jacqueline Pacheco, perteneciente a la dirección de la CORMUVAL, quien gestiono los permisos respectivos, para poder acceder a cada uno de los centros de atención primaria, pertenecientes a esta corporación.*

ÍNDICE GENERAL

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MARCO TEÓRICO	4
2.1.- ADULTO MAYOR.....	4
2.2.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ADULTO MAYOR	4
2.2.1.- <i>Enfermedades sistémicas</i>	4
2.2.2.- <i>Enfermedades orales</i>	6
2.3.- ADULTO MAYOR EN CHILE.....	8
2.4.- SALUD PÚBLICA Y ADULTO MAYOR.....	12
2.4.1.- <i>Garantías explícitas en salud (GES)</i>	15
2.4.2.- <i>Beneficios específicos para el adulto mayor</i>	15
2.4.2.1.- GES Atención odontológica integral adulto de 60 años.....	16
2.4.2.2.- Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años	17
2.4.2.3.- Implementación y difusión de la guía	18
2.4.3.- <i>Atención primaria de salud</i>	19
2.4.3.1.- Atención primaria de salud en Chile.....	20
2.4.3.2.- Modelo de salud familiar en Chile.....	20
2.4.3.2.- Atención primaria en salud en Valparaíso	21
2.4.4.- <i>Técnicas para medir el conocimiento</i>	23
3.- OBJETIVOS	25
3.1.- GENERAL	25
3.2.- ESPECÍFICOS	25
4.- MATERIALES Y MÉTODO	26
4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	26
4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	26
4.2.1.- <i>Universo</i>	26
4.2.2.- <i>Muestra y Unidad de estudio</i>	26
4.2.3.- <i>Estandarización</i>	27
4.2.4.- <i>Variables</i>	28
4.2.5.- <i>Plan de recolección de datos</i>	34
4.2.6.- <i>Análisis estadístico</i>	35
5.- RESULTADOS.....	36
5.1.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ACCESO	38
5.2.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO (TODOS LOS ENCUESTADOS):.....	44
5.2.1.- <i>Notas promedio por grupo de encuestados</i>	48

5.3.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO (ENCUESTADOS QUE LEYERON LA GUÍA):.....	50
5.3.1.- <i>Notas promedio por grupo de encuestados</i>	55
5.3.2.- <i>Relación de las notas con la aplicación de la guía</i>	57
5.4.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO (ENCUESTADOS QUE NO LEYERON LA GUÍA).....	60
5.4.1.- <i>Notas promedio por grupo de encuestados</i>	64
5.5.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE APLICACIÓN DE LA GUÍA (ENCUESTADOS QUE LEYERON LA GUÍA)	66
6.-DISCUSIONES	69
7.-LIMITACIONES	75
8.-CONCLUSIONES	76
9.-SUGERENCIAS	77
10.-RESUMEN.....	79
11.-BIBLIOGRAFÍA	80
12.-ANEXO 1- CUESTIONARIO	84

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AVISA	AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS.
CASEN	ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA NACIONAL.
CENABAST	CENTRAL NACIONAL DE ALMACENAMIENTO.
CESFAM	CENTRO DE SALUD FAMILIAR.
CGU	CONSULTORIO GENERAL URBANO.
CGR	CONSULTORIO GENERAL RURAL.
CES	CENTRO DE SALUD.
CECOSF	CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR.
DEIS	DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD.
EPAM	EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR.
EVN	ESPERANZA DE VIDA AL NACER.
FONASA	FONDO NACIONAL DE SALUD.
GES	GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD.
GPC	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS.
ISP	INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA.
MINSAL	MINISTERIO DE SALUD.
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
PPSR	POSTAS DE SALUD RURALES.
SAPU	SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS.
SS	SERVICIOS DE SALUD.

1.- INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances en la medicina y la esperanza de vida prolongada, la población de Adultos Mayores aumentará en todo el mundo. Entre los años 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11% al 22%. Se espera que el número de personas mayores de 60 años más aumente de 605 millones a 2000 millones en este mismo periodo.¹

Chile no está ajeno a este proceso de envejecimiento mundial, en el año 1970 las personas mayores de 60 años representaban un 8% de la población del país, según los datos del censo 2002 hay un descenso porcentual de los menores de quince años versus un aumento de adultos mayores que alcanzan el 11,4% del total país.²

El envejecimiento se asocia con un progresivo deterioro biológico y a un aumento de problemas de salud, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedad.³ Los cambios evidentes comienzan a partir de la sexta década de vida, afectando todos los órganos y sistemas, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico de este es mayor y más complejo.⁴

Los cambios experimentados no ocurren sólo a nivel sistémico, los tejidos orales y el sistema estomatognático no escapan de este proceso de envejecimiento, donde se observan diferentes cambios, correspondientes a los propios del tejido oral y aquellos ocasionados por el deterioro sistémico que se ven reflejados en los tejidos del sistema estomatognático.⁵

Aun cuando la salud oral del paciente adulto mayor está influenciada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un indicador muy útil respecto a los cuidados odontológicos que estos han recibido a lo largo de toda su vida. Hoy se sabe que un alto porcentaje de la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.⁶

Al considerar el envejecimiento progresivo de la población, es importante que se desarrollen medidas para afrontar esta situación, como contar con una política de salud para el adulto mayor que asegure una vejez digna y de buena calidad. Para enfrentar esta problemática en el año 2007 se crea la Reforma en Salud, esta reforma crea el Programa de garantías explícitas en salud GES, donde se definen derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el régimen GES, entre éstas se encuentra la Salud oral integral para el adulto de 60 años.⁷

La política de salud bucal de Chile desde el año 1990 se ha centrado en la priorización de la población menor de 20 años, ya que las medidas aplicadas a esa edad son más costo-efectivas y se puede contar con un mayor impacto a largo plazo. La implementación de esta política ha dejado desprovista la atención odontológica de la población adulta en general, y en el caso de los adultos mayores se ha intentado paliar la falta de cobertura mediante la implementación de programas especiales destinados a la atención del Adulto Mayor, que incluye el tratamiento y rehabilitación oral¹³.

Durante el ejercicio de la práctica clínica existe una variabilidad en cuanto a criterios diagnósticos, elección de pruebas diagnósticas y opciones de tratamientos. A partir de la identificación de la mejor práctica clínica se realizan las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica disponible, con el objetivo de entregar el mejor tratamiento y es una forma de disminuir la variabilidad. Las guías de práctica clínica intentan promover las intervenciones apropiadas para el paciente con una alta calidad técnica y buscando la satisfacción de sus necesidades¹⁴.

En el año 2007, el Ministerio de Salud (MINSAL) elaboró la Guía Clínica Salud oral integral para el adulto de 60 años, dirigida a los cirujanos-dentistas generales y especialistas que realizarán atención odontológica del adulto de 60 años. En el año 2010 se desarrolla una nueva versión de esta guía clínica que tiene por objetivos: "ser una referencia para la atención odontológica de nivel primario, así como también dar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible sobre el tratamiento de la caries dental, enfermedad periodontal y desdentamiento total o parcial en adultos de 60 años. Y Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos de 60 años"¹³. La vigencia establecida para esta guía clínica es de 3 años. En el año 2014 odontólogos pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica de Chile, se adjudicaron un concurso público para actualizar la guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años. A la fecha no se ha tenido noticias al respecto, tampoco se han publicado actualizaciones de la guía vigente¹⁵.

Tal como señala los autores de la guía, las recomendaciones contenidas en esta, están dirigidas para ayudar al clínico en la toma de decisiones, no busca establecer estándares para pacientes individuales ya que estos deben ser determinados por el profesional competente en base a la información de cada caso clínico.

Es importante señalar, que los profesionales pueden enfrentar barreras que limiten su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno. Demás está mencionar lo importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros u otros para la implantación de una GPC, específicamente referidos a: posibilidades de derivación de los pacientes en

caso necesario, de materiales, insumos o instrumentos de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo, todos factores que escapan al control del profesional¹³.

Dado entonces que esta guía corresponde a un material entregado por el estado de Chile y que por lo tanto debería estar disponible en todos los establecimientos de salud pública, considerando además que se encuentra disponible vía web para su lectura y descarga. Se podría inferir que su existencia y contenido es de amplio conocimiento, en los odontólogos que se desempeñan en atención primaria. Sin embargo hoy en día no existe información acerca del grado de conocimiento de esta guía, a 5 años de su publicación.

Por consiguiente, consideramos necesario exponer la situación actual del grado de conocimiento de esta guía clínica en los centros de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso. Por otra parte, servirá como marco de referencia documental para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado.

Por lo tanto la pregunta de investigación es: ¿Cuál es el Grado de conocimiento de los odontólogos de los centros de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso sobre la guía clínica "Salud oral integral para adultos de 60 años"?

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ADULTO MAYOR

Según las Naciones Unidas se considera anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos o longevos.⁸

El Adulto Mayor en Chile es aquella persona de 60 años y más, según lo define la Ley 19.828 promulgada el 21 de julio del 2003, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor.⁹

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, según se calcula, entre el año 2000 y el año 2050 dicha proporción pasará de un 11% a un 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años.¹⁰

En Chile la esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas, a principios del siglo XX, un recién nacido no superaba los 26 años de vida en promedio, tanto en hombres como en mujeres. Poco más de un siglo después, la esperanza de vida al nacer (EVN) masculina aumentó en aproximadamente 52 años y la femenina en 58 años, llegando en el 2009 a 75,6 y 81,1 años, respectivamente.¹¹

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportes valiosos a la sociedad como miembros activos de la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo. La mayoría de estas personas gozan de buena salud mental, pero muchas corren el riesgo de padecer trastornos mentales, neurales o por abuso de sustancias psicoactivas, enfermedades somáticas o discapacidad.¹⁰

2.2.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ADULTO MAYOR

2.2.1.- ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Actualmente la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías.¹

En Chile, el 80% de la carga de enfermedad obedece a las enfermedades crónicas, mientras el 12% corresponde al grupo de lesiones. En ambos grupos, el componente de discapacidad de la carga de enfermedad, supera al de muertes prematuras. El 83% del

total de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos de causas, destacando como principal causa las condiciones neuropsiquiátricas, seguidas de las enfermedades digestivas, como se observa en la Tabla I.⁸ Según la OMS más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.¹⁰

En Chile la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2009, constató una prevalencia de demencia del 8,5% en las personas de 65 años y más, y que ésta alcanza a un 32,6% en los mayores de 85 años. Según registros DEIS (Departamento de Estadísticas e Información de Salud) del 2012, del total de personas en control de Salud Mental por Alzheimer y otras demencias, un 53,4% son adultas mayores, con mayor prevalencia en el sexo femenino, (60% versus 40%), según se muestra en el gráfico 1.⁸

Patología	% de AVISA
Condiciones neuropsiquiátricas	23,20%
Enfermedades digestivas	15,80%
Enfermedades cardiovasculares	12,10%
Lesiones no intencionales	7,70%
Enfermedades musculo-esqueléticas	7,70%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	6,40%
Neoplasias malignas	5,90%
Lesiones intencionales	3,80%

Tabla I: Años de vida saludables perdidos (AVISA) en Chile, 2007, todas las edades.⁸

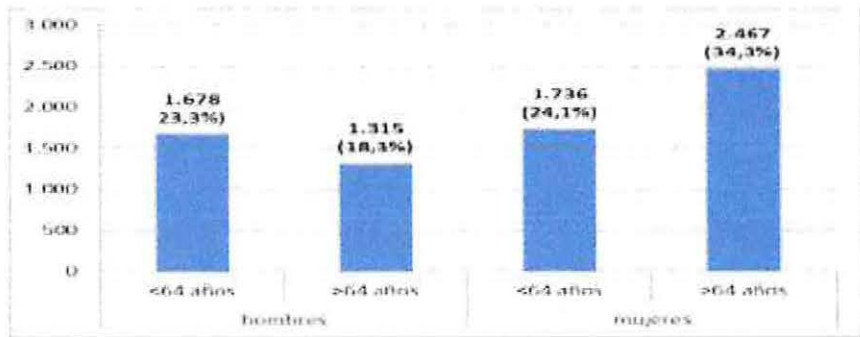


Gráfico 1: Población en control en el Programa de Salud mental por Alzheimer y otras demencias, según edad y sexo, Chile 2011.⁸

2.2.2.- ENFERMEDADES ORALES

En el envejecimiento a nivel oral se presentan cambios sobre los tejidos orales y funcionales, además de cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral.¹¹

La interrelación entre la salud bucal y la salud general es particularmente alta entre las personas mayores. Una mala salud oral puede aumentar los riesgos de salud general. Del mismo modo, enfermedades sistémicas y efectos secundarios adversos de sus tratamientos pueden conducir a un mayor riesgo de enfermedades orales, la alteración del flujo salival, la alteración de los sentidos del gusto y el olfato, el dolor orofacial, la hiperplasia gingival, la reabsorción ósea alveolar y la movilidad dentaria. Así también la alta prevalencia de polifarmacia en este grupo de edad puede complicar aún más el impacto en la salud oral. Otros temas relevantes incluyen dietas altas en azúcar, inadecuada higiene bucal debido a la poca destreza y factores de riesgo que son perjudiciales para la salud oral como el consumo de alcohol y tabaco.¹²

Los adultos mayores corresponden al grupo etario que presenta mayor morbilidad bucal, como consecuencia de no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su salud bucal.¹³

El primer estudio nacional de salud oral en adultos chilenos finalizado el año 2009 determinó que la prevalencia de enfermedad periodontal afecta a más del 90% de la población, siendo mayor el daño en los adultos mayores y en aquellos con menos de 12 años de educación¹⁶; además se observa una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y una mayor incidencia de cáncer oral.^{17, 18}

Si consideramos el factor edad, una de las patologías más preocupantes, es el cáncer oral, se ha observado que el riesgo aumenta con la edad del paciente y en la mayoría de los casos ocurren en personas mayores de 50 años. Otros estudios, demuestran que el mayor número de casos de muerte por cáncer oral se dan después de los 45 años, con un promedio de 60 años. En Chile se observa que el mayor número de defunciones por cáncer oral se produce entre los 55 y 64 años en los hombres (30,5%) y en las mujeres después de los 75 años con un 42,9%, donde los principales factores de riesgo son el tabaco y el alcohol. Según un estudio realizado en la ciudad de Valparaíso, la prevalencia de lesiones mucosas orales en pacientes ancianos fue de 67,5% donde la estomatitis subprotésica correspondía a la lesión más prevalente del estudio (37,1%) (Tabla II).¹⁹

Lesión	Prevalencia %
Estomatitis subprotésica	37,1%
Úlcera traumática	21,4%
Fibroma irritativo	12,9%
Glositis Atrófica	8,6%
Línea alba	7,1%
Queilitis angular	3,6%
Candidiasis oral	3,6%
Épulis	2,1%
Papiloma	0,7%
Lesiones pigmentadas (tatuaje por amalgama)	0,7%
Liquen plano	0,7%
Úlcera recurrente oral	0,7%
Lengua geográfica	0,7%

Tabla II: Lesiones de mucosa oral más frecuentes en Adulto Mayor.¹⁹

Otro factor importante a considerar es que la mayoría de los adultos mayores consumen a menudo medicamentos que con frecuencia tienen efectos secundarios en la

cavidad oral reflejados en una disminución del flujo salival (Figura 1). Como resultado, se encuentran alteraciones periodontales, caries recurrentes y presentes en sitios que usualmente son menos susceptibles (caries radicular), infecciones micóticas (Candidiasis), Queilitis angular, fisuras y lobulaciones en el dorso de la lengua.²⁰

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| • Antipsicóticos | • Antihipertensivos |
| • Antidepresivos | • Ansiolíticos |
| • Antiespasmódicos | • Relajantes musculares |
| • Anticolinérgico | • Agentes antinausea |
| • Antidiarréicos | • Descongestivos |
| • Antihistamínicos | • Broncodilatadores |
| • Antiinflamatorios no esteroídicos | • Anticonvulsivantes |
| • Diuréticos | • Antiparkinsonianos |
| • Analgésicos opiáceos | • Sedantes |

Figura 1: : Fármacos comúnmente utilizados en geriatría que pueden producir xerostomía.²⁰

2.3.- ADULTO MAYOR EN CHILE

Nuestro país vive un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. Los datos del censo 2002 ratifican un descenso porcentual de los menores de quince años versus un aumento de adultos mayores. Los primeros representan el 25,7% y los de sesenta años o más el 11,4% (Gráfico 2).²

Distribución porcentual Censo 2002

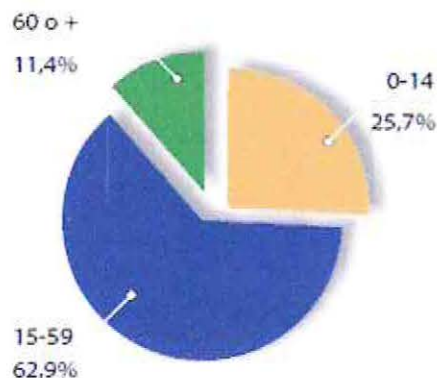


Gráfico 2: Población por grupos de edad en Chile, Censo 2002.²

La distribución por grupos de edad ha variado significativamente desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. En 1950 los menores de 15 años representaban el

36,7% de la población total, los de 15 a 64 eran el 59,0% y los mayores de 65 alcanzaban al 4,3%. En el año 2005 estos porcentajes son de 24,9%, 67,1% y 7,9% de la población total, respectivamente. Se estima que al final del periodo de la proyección (2050) estos grupos serán: 16,6%, 61,8% y 21,6% lo que supone un sostenido envejecimiento de la población chilena (Gráfico 3 y 4).²¹

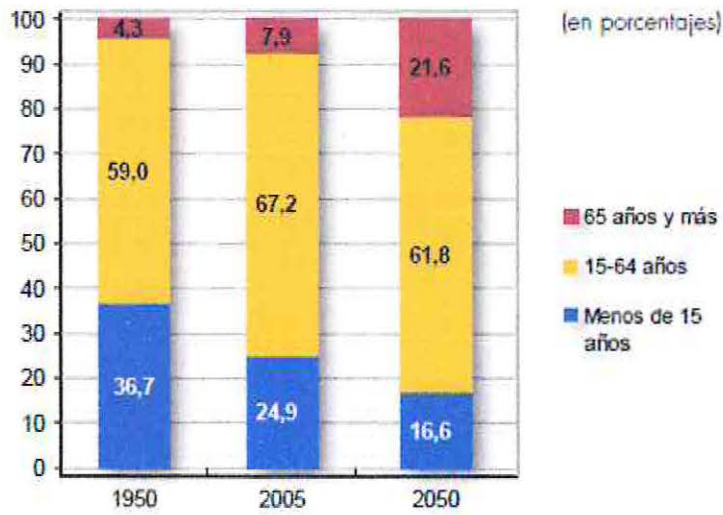


Gráfico 3: Evolución de la estructura de la población por grandes grupos de edad. 1950-2050.²¹

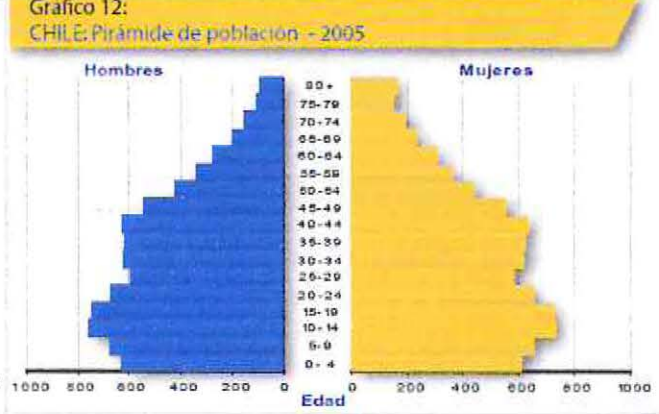
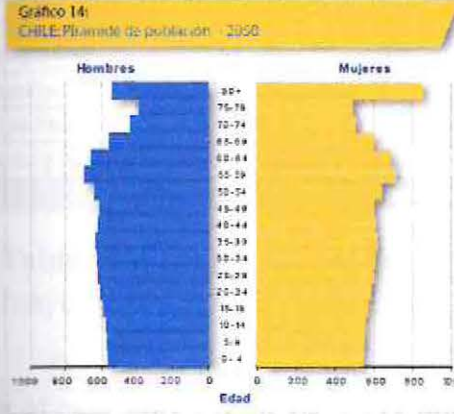
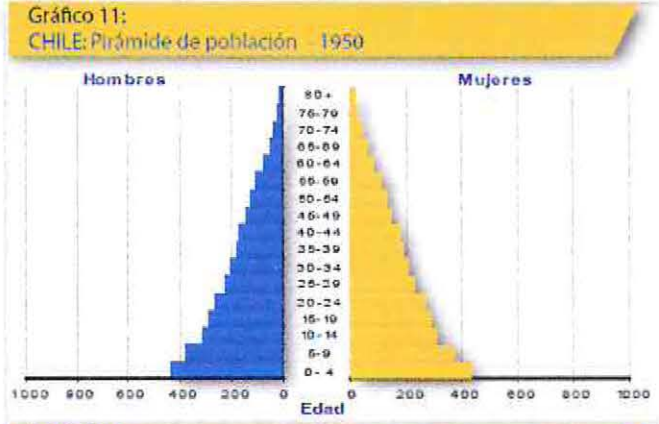
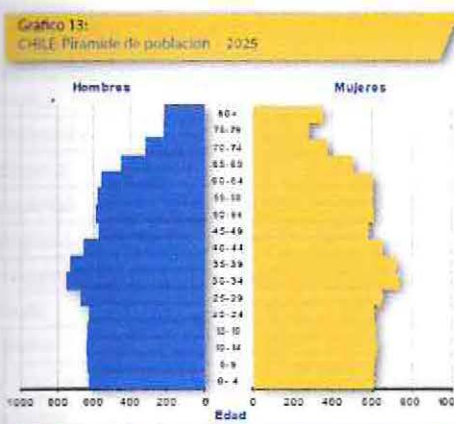


Gráfico 4: Las cuatro pirámides correspondientes a los años 1950, 2005, 2025 y 2050 muestran el proceso de envejecimiento que experimentará la población del país.²¹

Según los datos obtenidos en la encuesta de Caracterización Socioeconómica²², la región más envejecida del país es la región de Los Ríos con un 19,7% de su población adulto mayor, a continuación le sigue la región del Maule con un 18,7% y la región de Valparaíso con un 18,3% de su población perteneciente a este grupo etario. El índice de envejecimiento de la región de Los Ríos alcanza un 99,5% es decir, que existen 99 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años (Tabla III).²³

Región	2006		2009		2011		2013	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
I. Tarapacá	32.300	11,9	28.795	9,9	40.512	13,4	38.428	12,2
II. Antofagasta	61.076	11,8	71.149	13,2	66.976	12,1	62.499	11,1
III. Atacama	24.894	9,4	25.756	9,5	42.797	15,6	37.371	13,5
IV. Coquimbo	94.858	14,2	108.982	15,6	109.318	15,2	115.456	15,6
V. Valparaíso	230.266	13,9	267.514	15,7	329.857	18,8	328.332	18,3
VI. O'Higgins	116.841	13,9	142.537	16,5	137.382	15,6	146.948	16,3
VII. Maule	130.637	13,6	149.359	15,1	162.005	16,2	190.931	18,7
VIII. Biobío	273.411	14,0	291.825	14,7	314.013	15,6	348.361	17,0
IX. La Araucanía	126.610	13,8	146.221	15,6	165.659	17,4	172.212	17,8
X. Los Lagos	99.590	12,9	117.570	14,8	127.827	15,5	146.564	17,4
XI. Aysén	10.066	11,1	12.021	12,8	12.890	13,0	14.580	14,4
XII. Magallanes	21.578	14,9	20.242	13,8	28.940	19,2	25.087	16,7
Metropolitana	801.353	12,2	1.031.093	15,3	1.011.238	14,7	1.160.894	16,5
XIV. Los Ríos	51.983	14,4	52.398	14,4	63.615	17,3	72.428	19,7
XV. Arica y Parinacota	24.915	13,8	20.771	11,6	25.322	14,4	25.066	14,6
Total	2.100.378	13,0	2.486.233	15,0	2.638.351	15,6	2.885.157	16,7

Tabla III: Envejecimiento de la población número y porcentaje de población adulta mayor por regiones (2006-2013).²²

Según las tablas elaboradas por el INE a partir del Censo 2002 la esperanza de vida al nacer durante el periodo 2000-2005 es de 74,8 años para los chilenos y de 80,8 años para las chilenas, hacia mediados de siglo se espera que alcance, un promedio de 77.6 años entre los varones y de 83.8 en la población femenina.²⁴

La encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) realizada el año 2013, revela que el 87% de las personas mayores se atiende en el sistema público, proporción que ha registrado un aumento sostenido a partir del año 1996, donde alcanzaba un 77,3 %, así mismo, se constata una reducción sostenida de los Adultos Mayores de 60 años afiliados a Isapre o sin sistema de salud. Se destaca también la reducción de los mayores de 60 años que declaran no contar con previsión de salud, desde un 11,1% en 1990 hasta un 1,4 en el 2013 (Gráfico 5).²²

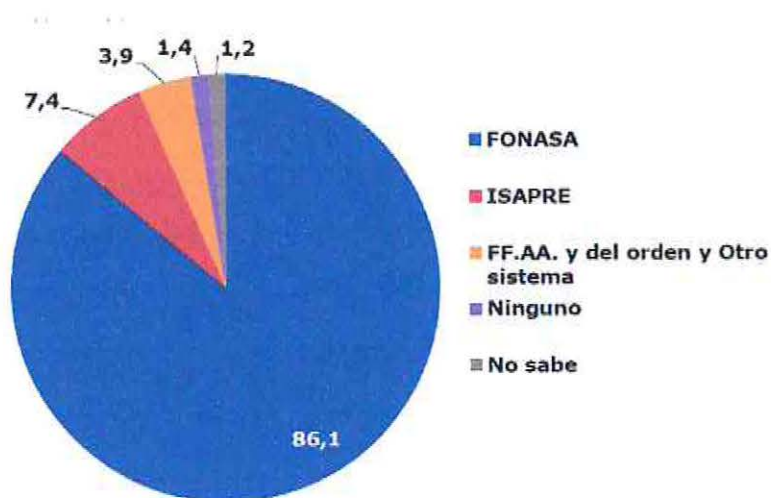


Gráfico 5: Porcentaje de la población adulta mayor que está afiliada a sistema previsional de salud según tipo (2013).²²

2.4.- SALUD PÚBLICA Y ADULTO MAYOR

La misión institucional que el MINSAL se ha propuesto en la actualidad busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes. El MINSAL subdivide sus funciones en instituciones como el ISP, FONASA, CENABAST y los servicios de Salud (SS). A estos últimos les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.²⁵

La Red Asistencial de cada SS está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y establecimientos privados que mantengan convenios con el SS respectivo para ejecutar acciones de salud (MINSAL, SEc, Ley N 19.937). Todos estos establecimientos están organizados en cuanto a cobertura y complejidad en: Nivel primario, Nivel secundario y Nivel terciario.²⁵

Los centros involucrados en este estudio se ubican en el nivel primario de atención y los establecimientos pertenecientes a éste pueden ser: Centros de Salud (CES) o

Consultorios General Urbano y Rural (CGU y CGR), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rurales (PPSR) y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).²⁵

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances en el conocimiento de las patologías que afectan a las personas mayores, han permitido orientar la atención de salud de este grupo etario, dentro de un enfoque anticipatorio y preventivo, dirigido a la mantención de la funcionalidad, dicho de otra manera, antes de que se instale el daño. Esto ha llevado a que el Ministerio de Salud haya establecido, ya hace una década, la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable. A partir de esta medición, donde cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras, posponiendo la dependencia.⁸ Según los datos de la encuesta Casen realizada el año 2013 el porcentaje de personas de 60 años o más en condición autovalente alcanza el 81% (Gráfico 6).²²

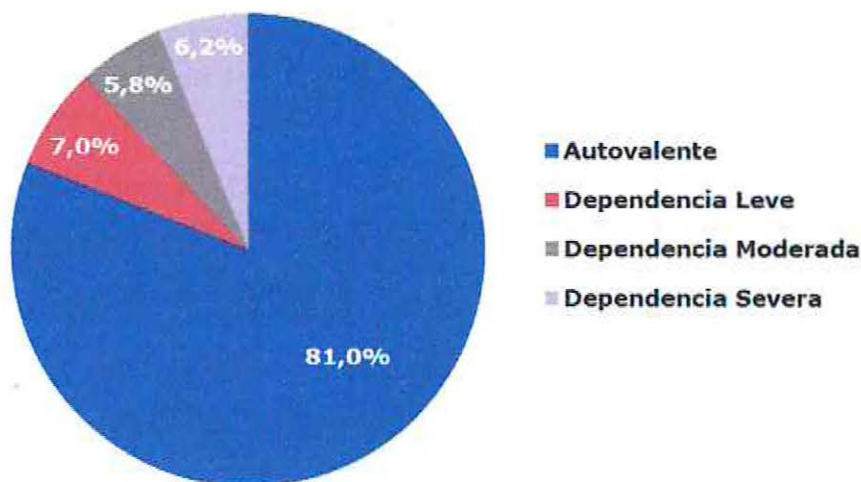


Gráfico 6: Distribución de la población adulta mayor por índice de dependencia funcional (2013).²²

En los próximos cinco años, el número de personas mayores de 65 años será superior al de niños menores de cinco años⁹. Sin embargo, esta tendencia se acompaña de retos sanitarios para el siglo XXI, siendo imprescindible preparar a las sociedades para que atiendan las necesidades de las poblaciones mayores a través de la formación de los profesionales sanitarios en la atención a estas personas; prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad; formulación de políticas sostenibles en

materia de atención a largo plazo, atención paliativa y desarrollo de servicios y entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores.⁹

En respuesta a las necesidades de este grupo etario la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado la Estrategia y el Plan de Acción para la Salud de las personas mayores, que establece las prioridades de acción para el período 2009-2018. Este plan alude al concepto de envejecimiento activo y saludable.⁸

La Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020 para Chile, ha desarrollado objetivos en los que la atención de salud de las personas mayores, está priorizada en: reducir la mortalidad y morbilidad, mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, con su objetivo estratégico específico “mejorar el estado funcional de las personas mayores”.⁸

En la Estrategia Nacional de Salud, se ha priorizado tres aspectos de éstas, basada en la evidencia en relación a la salud de las personas mayores, las cuales son⁸:

- Sensibilización y promoción para incentivar el envejecimiento saludable y las buenas prácticas de cuidado de la persona mayor, a través del trabajo intersectorial.
- Mejoría de la calidad de atención de la población adulta mayor en Atención Primaria a través del aumento de la resolutivez en la atención.
- Instalación de modelo de atención geriátrica integral en red al interior de hospitales de alta complejidad.

Según estadísticas del DEIS, la población beneficiaria de FONASA al año 2011 es de 1.531.268 personas mayores de 65 años, correspondiendo aproximadamente a un 90% del total de personas mayores en Chile. De esta población, un 83% se encuentra validado en los registros de FONASA (1.264.402 personas mayores de 65 años).⁸

De la población inscrita validada en FONASA, un 54% se encuentra en controles en los servicios de salud (según registros de personas mayores en control con examen de funcionalidad vigente), lo cual corresponde a 685.890 personas mayores de 65 años. (Gráfico 7). De estos, el 39% corresponde a hombres y el 61% restante a mujeres).⁸

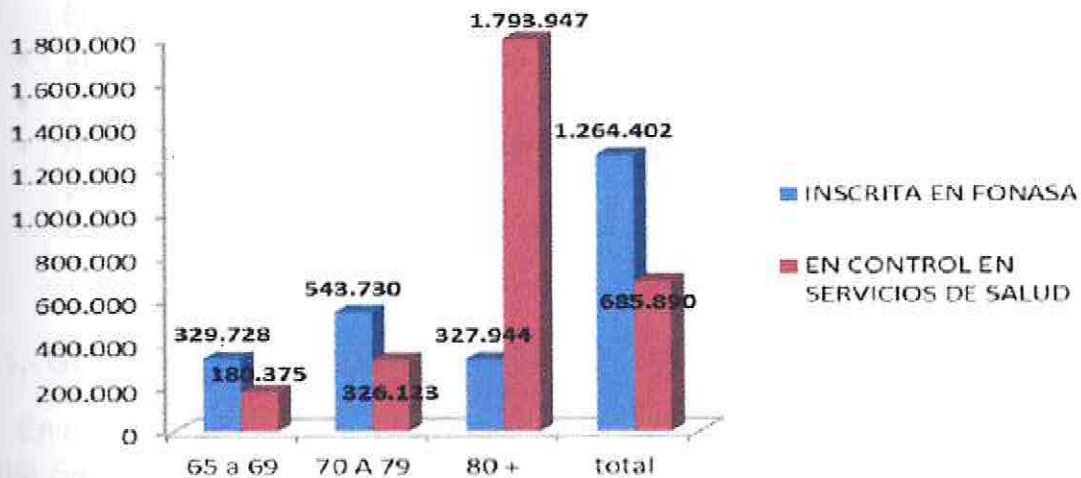


Gráfico 7: Población de personas adultos mayores inscritas en FONASA y en Control en los Servicios de Salud, 2011.⁸

2.4.1.- GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

A partir del año 2007 se implementa la Reforma en Salud, esta reforma crea el Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres.²⁶

Para cada patología garantizada se estableció una garantía GES más conocida operativamente como “canasta de prestaciones de salud”, la cual enumera explícitamente los productos y servicios a los que accede cada cotizante beneficiario de cada garantía GES. La canasta detalla la cantidad de consultas médicas generales y de especialidad, el número y tipo de atenciones de enfermería y otros profesionales de la salud, la cantidad y tipo de exámenes de laboratorio y radiológicos, insumos, fármacos, prótesis, etc. para cada garantía GES.²⁷

2.4.2.- BENEFICIOS ESPECÍFICOS PARA EL ADULTO MAYOR

Problemas de salud que afectan a los adultos mayores y que están incluidos en GES²⁸.

- Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de cadera con limitación funcional severa.

- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio, en personas de 65 años y más.
- Vicios de Refracción en personas de 65 años y más (problemas a la visión).
- Órtesis (ayudas técnicas) en personas de 65 años y más.
- Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más, que requieren uso de audífono.
- Salud Oral Integral del adulto de 60 años.

2.4.2.1.- GES ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL ADULTO DE 60 AÑOS

En el marco de las Garantías Explícitas en Salud, se incorporó en el año 2007, la garantía Salud Oral Integral para Adultos de 60 años, que tiene por objetivo mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios legales del Sistema Público de Salud de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes. El programa incluye examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde.

La cobertura del GES de 60 años, en el Sistema Público de Salud, fue de un 27,7% de la población inscrita el año 2014, efectuándose un total de 38.000 prótesis dentarias.²⁸

Patologías incorporadas:

- Caries limitada al esmalte (caries incipiente)
- Caries de la dentina
- Caries del cemento
- Otras caries dentales
- Película pigmentada
- Otros depósitos blandos densos: materia alba
- Cálculo dentario supragingival
- Cálculo dentario subgingival
- Placa bacteriana
- Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- Depósitos especificados sobre los dientes
- Dentina secundaria o irregular
- Gingivitis aguda
- Gingivitis crónica

- Retracción gingival
- Periodontitis aguda
- Periodontitis crónica
- Candidiasis
- Leucoplasia
- Leucoplasia pilosa
- Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local
- Edentulismos

En cuanto al acceso, todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras el beneficiario tenga 60 años. El alta Clínica se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.²⁸

2.4.2.2.- GUÍA CLÍNICA SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE 60 AÑOS

El año 2007 el MINSAL desarrolla la Guía Clínica Salud Oral Integral para el adulto de 60, el año 2009 es revisada y se entrega una nueva versión el año 2010. La guía está dirigida a los cirujanos-dentistas generales y especialistas que realizan atención odontológica del adulto de 60 años. La guía entrega recomendaciones, para las intervenciones más frecuentes incluidas en el tratamiento odontológico integral de los pacientes adultos de 60 años, en la perspectiva de orientar las buenas prácticas, con un efectivo uso de los recursos¹³.

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.¹³

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.¹³

Esta guía es una referencia para la atención odontológica de nivel primario y de las siguientes especialidades: Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación Oral, de los pacientes adultos de 60 años bajo el régimen de garantías explícitas. En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos ¹³:

- Dar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible sobre el tratamiento de la caries dental, enfermedad periodontal y desdentamiento total o parcial en adultos de 60 años.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos de 60 años.

Desde esta perspectiva es una herramienta de ayuda en la decisión que el clínico debe enfrentar, considerando las preferencias y valores de su paciente.

2.4.2.3.- IMPLEMENTACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA GUÍA

En el marco de la implementación de la guía clínica se describen las siguientes barreras¹³:

- Barreras del ámbito del conocimiento de la existencia de la Guía
 - Conciencia de la existencia de la GPC : En base a los resultados de un estudio realizado con el objeto de evaluar el conocimiento y uso de la guía clínica para el GES Salud Oral Integral para Niños y Niñas de 6 años(MINSAL, 2008), se observó que de la muestra de odontólogos estudiada, un 96%, declaró conocer la existencia de la guía, siendo un porcentaje menor, el que expresó haberla utilizado, 78.2% (80.6% y 61.9% en sistema público y privado, respectivamente) . Al momento de evaluar el conocimiento con preguntas específicas, hubo un 52,8% de dentistas que demostraron poseer un buen nivel de conocimientos, mientras que un 25.4% de los profesionales consultados, mostraron deficiencias.
 - Familiaridad con la GPC: Puede existir un número de odontólogos aún no familiarizados con la estructura de las guías, y con la nomenclatura utilizada, lo que pudiese, a su vez, redundar en un poco uso de las mismas.
- Barreras del ámbito de las actitudes
 - Conformidad con las recomendaciones de la GPC: No todos los profesionales pudiesen concordar con las recomendaciones expresadas en la guía, o encontrar su aplicabilidad en todos los ámbitos.
 - Percepción de autosuficiencia para llevar a cabo las recomendaciones de la GPC. Este punto se refiere básicamente a aquellas áreas de prevención primaria relacionadas con intervenciones educativas, y consejerías en las que posiblemente sea necesario capacitar a los profesionales para su desarrollo.
- Barreras externas para seguir las recomendaciones
 - Los profesionales pueden enfrentar barreras que limiten su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno. Demás está mencionar lo

importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros u otros para la implantación de una GPC, específicamente referidos a: posibilidades de derivación de los pacientes en caso necesario, de materiales, insumos o instrumentos de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo, todos factores que escapan al control del profesional.

Un estudio realizado por Cabana y cols, tenía por objetivo revisar las barreras de adherencia de médicos a las GPC, donde se reveló que el 56,5% presentaban falta de familiaridad con la guía clínica lo cual afecta el conocimiento y posterior aplicación de ésta ¹⁴.

Según el estudio Barreras para la incorporación de Guías de Práctica Clínica en Hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, la principal barrera es el desconocimiento que existe con respecto a la utilidad de las GPC, las ventajas y las bases científicas que sostienen las recomendaciones, la falta de expectativas por el desconocimiento de que una determinada actitud conducirá a una particular consecuencia ¹⁴.

2.4.3.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el mes de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), expresándose la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo; y por parte de la comunidad internacional, con el fin de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, estableciendo la Declaración de Alma Ata. La APS debe entenderse como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo que incorporar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y además a otros sectores de la vida nacional; y privilegiar la más alta participación de las personas y de las comunidades, fomentando la responsabilidad en el cuidado de su salud, promoviendo el trabajo en equipo e instando al uso más eficiente de los recursos disponibles. Se considera que la atención primaria de salud es parte del espíritu de justicia social del desarrollo²⁹.

El informe sobre la salud en el mundo, publicado en el año 2008 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se dedicó a la atención primaria bajo el título "La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca"; en él se establece que después de Alma Ata, la APS habría sido interpretada en algunos lugares como la atención para los pobres, o que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. La OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y su desarrollo en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud:

cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo²⁹.

2.4.3.1.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE

En el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario o seguro de enfermedad e invalidez. Esta ley significó el compromiso del Estado de proporcionar atención de salud a todos los trabajadores, lo que dio nacimiento a la medicina social en Chile. En 1952 se promulgó la Ley 10.383 que estableció el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación. A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud, reorganizando el Ministerio de Salud y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente. Desde 1981 se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades²⁹.

2.4.3.2.- MODELO DE SALUD FAMILIAR EN CHILE

El Ministerio de Salud (MINSAL) realizó el año 2003 una descripción del Modelo de Atención de Salud, determinando que en lo que se refiere a la atención primaria, los consultorios no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de la atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios. Lo anterior se traduciría en una gran demanda de la comunidad hacia los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente un 50% de las consultas totales) y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario, con un nivel de resolución menor del esperado para el nivel primario de atención²⁹.

Es así como el MINSAL postula que en la APS, se debe desarrollar el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, orientado hacia la resolución de los siguientes desafíos del nivel primario de atención²⁹:

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.

- Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

2.4.3.2.- ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN VALPARAÍSO

Con fines de administrar la salud y educación de los habitantes de la comuna de Valparaíso el 07 de Octubre de 1981 se crea la Corporación Municipal, como una corporación privada y sin fines de lucro. Su objetivo es administrar, desarrollar y gestionar los servicios de la Educación, Salud y Cementerio traspasados en administración desde la Municipalidad de Valparaíso³⁰.

El Área de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL) es responsable de la administración de 12 Centros de Salud Primaria, 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), una Posta Rural , un Servicio de urgencia Rural Menor y un Centro Comunitario de Salud Familiar (Figura 2 y 3)³⁰.



SIMBOLOGIA	CENTRO DE SALUD	SIMBOLOGIA	CENTRO DE SALUD
1	Cesfam Quebrada Verde	8	Cesfam Reina Isabel II
2	Cesfam Puertas Negras	9	Cesfam San José de Rodelillo
3	Cecof Porvenir	10	Cesfam Padre Damián de Molokai
4	Cesfam Cordillera	11	Cesfam Placeres
5	Posta Laguna Verde	12	Cesfam Esperanza
6	Cesfam Marcelo Mena	13	Cesfam Barón
7	Cesfam Las Cañas	14	Cesfam Placilla

Figura 2: distribución de centros de salud pertenecientes a CORMUVAL³⁰.



Figura 3: distribución de servicios atención primaria de urgencia perteneciente a CORMUVAL³⁰.

2.4.4.- TÉCNICAS PARA MEDIR EL CONOCIMIENTO

- **Técnica del interrogatorio**
 - Instrumentos:
 - Cuestionario
 - Entrevista
 - Autoevaluación
- **Técnica de resolución de problemas**
 - Instrumentos
 - Pruebas objetivas
 - Pruebas de ensayos o por temas
 - Simuladores escritos
 - Pruebas estandarizadas
- **Técnica de solicitud de productos**
 - Instrumentos
 - Proyectos
 - Monografías

- Ensayos
- Reportes

- **Técnica de observación**

- Instrumentos
 - Participación
 - Exposición oral
 - Demostraciones
 - Listas de verificación
 - Escalas de evaluación

Para esta investigación se utilizó el cuestionario, ya que es un instrumento que puede aplicarse simultáneamente a más de una persona, además se puede estructurar de manera que sea contestado mediante claves a fin de facilitar el manejo de la información con fines estadísticos y permite conocer la opinión de los individuos sobre un tema en particular³¹.

2.- OBJETIVOS

2.1.- GENERAL

El Objetivo general de este estudio es evaluar el grado de conocimiento de los odontólogos sobre la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años, de los centros de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso.

2.2.- ESPECÍFICOS

1. Cuantificar, mediante un cuestionario, el nivel de conocimiento sobre la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años que posean los odontólogos pertenecientes a los centros de atención primaria de la Corporación Municipal de Valparaíso.
2. Medir el nivel de utilidad de la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años.
3. Determinar el uso y disponibilidad de la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años.
4. Establecer la conformidad de los encuestados con respecto a la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años.

4.- MATERIALES Y MÉTODO

4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio corresponde a uno de tipo descriptivo de corte transversal, en base a cuestionario.

4.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1.- UNIVERSO

El universo de este estudio corresponde al total de Odontólogos que se desempeñan en los CESFAM de la Corporación Municipal de Valparaíso.

4.2.2.- MUESTRA Y UNIDAD DE ESTUDIO

De un total de aproximadamente 1000 odontólogos que ejercen su profesión en la Quinta Región, según cifras entregadas por el colegio de dentistas el año 2012, se medirá a aquellos que ejercen su profesión en los Centros de atención primaria correspondientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, siendo estos 69 profesionales (cifra aproximada considerando el personal de planta, a contrata y honorarios).

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

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

Z^2 : Intervalo de confianza de 95% (1,96).

N : Universo de 69 que trabajan en los Centros de atención primaria correspondientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y Viña del Mar.

p : 0,5 por asumir una prevalencia desconocida de cuantos profesionales de los centros asistenciales poseen conocimientos de odontogeriatría.

e^2 : 5% valor de error muestral.

Se reemplaza la fórmula:

$$n = \frac{69 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{(69 - 1) \cdot 0,05^2 + 0,5 \cdot (1 - 0,5)}$$

$$n = 41$$

La unidad de estudio corresponde a un mínimo de 41 Odontólogos de los centros de atención primaria de la ciudad de Valparaíso.

• Criterios de inclusión y exclusión

○ Criterios de inclusión

- Odontólogos que trabajen en los CESFAM de la CORMUVAL.
- Odontólogos que firmaron consentimiento informado.

○ Criterios de exclusión

- Odontólogos en periodo de reemplazo.
- Odontólogos que entregaron cuestionario en tiempo estimado.

4.2.3.- ESTANDARIZACIÓN

El instrumento de medición utilizado en este trabajo fue sometido a una validación, con el fin de detectar posibles errores de estructura, problemas al momento de ser aplicado y tiempos de trabajo. De esta manera se busca estandarizar el instrumento de medición.

Para llevar a cabo la validación, se aplicó dicho instrumento a docentes de distintas cátedras de nuestra casa de estudios, donde podrán exponer las sugerencias y correcciones que estimen pertinentes.

4.2.4.- VARIABLES

Las variables se detallan en la siguiente tabla, describiendo tipo de variable, definición conceptual, definición operacional y escala de medición.

Sexo	<p>Tipo de variable: Cualitativa, Nominal, Dicotómica</p> <p>Definición Conceptual: Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hombres o mujeres.</p> <p>Definición Operacional: Femenino o Masculino</p> <p>Escala de medición: F= Femenino M= Masculino</p>
Edad	<p>Tipo de Variable: Cuantitativa de Razón, Discreta</p> <p>Definición Conceptual: Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana (RAE).</p> <p>Definición Operacional: Años cumplidos del profesional encuestado.</p> <p>Escala de medición: números enteros.</p>
Establecimiento de estudio	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual: Institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades, y que confiere los grados académicos correspondientes. Según las épocas y países puede comprender colegios, institutos, departamentos, centros de investigación, escuelas profesionales, etc. (RAE)</p> <p>Definición operacional: Centro de estudios donde obtuvo el título profesional de Cirujano Dentista.</p>
Titulación	<p>Tipo: Cuantitativa continua.</p> <p>Definición conceptual: Obtención de un título académico</p> <p>Definición operacional: Año en el cual el profesional recibe la certificación del establecimiento educacional en el cual realizo sus estudios</p> <p>Escala de medición: Esta variable será medida por año calendario.</p>
Postgrado	<p>Tipo: Cualitativa dicotómica nominal.</p> <p>Definición conceptual: estudios universitarios posteriores al título de grado</p> <p>Definición operacional: El profesional ha realizado algún tipo de estudio posterior a la obtención del título de grado.</p> <p>Categorías: 1 = Si posee estudios posteriores. 2 = No posee estudios posteriores.</p>
Años de trabajo en servicio público:	<p>Tipo: Cuantitativa continua.</p> <p>Definición conceptual: tiempo que el profesional registra haber trabajado en un establecimiento perteneciente al servicio público.</p> <p>Definición operacional: Cantidad años de trabajo en servicio público</p> <p>Categoría: Esta variable será medida en año calendario.</p>
Horas de trabajo semanal en servicio Público	<p>Tipo: Cuantitativa continua.</p> <p>Definición conceptual: jornada de trabajo durante el cual el trabajador debe prestar efectivamente sus servicios de acuerdo a lo que establece el contrato.</p>

	<p>Definición operacional: Cantidad de horas semanales que el profesional registra trabajar en el establecimiento Público.</p> <p>Escala de razón: Esta variable será medida en horas.</p>
<p>Conocimiento de la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010</p>	<p>Tipo: Cualitativa dicotómica nominal.</p> <p>Definición conceptual: conocer "tener información o conocimiento profundos y con experiencia directa sobre algo", en este caso en la GPC Salud Oral integral para Adultos de 60 años.</p> <p>Definición operacional: Pregunta al odontólogo: ¿Conoce Ud. la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010?</p> <p>Categorías: 1 = Si tiene conocimiento. 2 = No tiene conocimiento.</p>
<p>Lectura de la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010</p>	<p>Tipo: Cualitativa dicotómica nominal.</p> <p>Definición conceptual: Lectura "proceso de aprehensión de determinadas clases de información contenidas en un soporte particular que son transmitidas por medio de ciertos códigos, como lo puede ser el lenguaje", en este caso de la GPC Salud Oral integral para Adultos de 60 años.</p> <p>Definición operacional: Pregunta al odontólogo; ¿Ha leído la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010?</p> <p>Categorías: 1 = Si la ha leído. 2 = No la ha leído.</p>
<p>Acceso al documento</p>	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual: Acceso a información "conjunto de técnicas para buscar, categorizar, modificar y acceder a la información que se encuentra en un sistema", en este caso forma de acceso a la GPC Salud Oral integral para Adultos de 60 años.</p> <p>Definición operacional: Pregunta al odontólogo ¿Cómo accedió al documento?</p> <p>Categorías 1 = Vía Web. 2 = Disponible en lugar de trabajo. 3 = No recuerda. 4 = Otros.</p>
<p>En relación al cepillo dental,</p>	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual: instrumento de higiene oral utilizado para limpiar los dientes y las encías.</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿En relación al cepillo dental para adultos mayores, la guía clínica recomienda?</p> <p>Categorías 1 = Uso de cepillo dental personal. 2 = Cepillo de mango recto, penacho de filamentos de cerdas de nylon blando, de puntas redondeadas, todas de la misma altura. 3 = Si el adulto tiene problemas motores, el mango se puede adaptar.</p>

Uso de cepillo dental eléctrico	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición Conceptual: cepillo dental que hace movimientos automáticos rápidos de las cerdas del cepillo ya sea por la oscilación hacia atrás y adelante, o por la rotación oscilatoria (alternar entre la rotación horaria y antihoraria)</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿En relación al uso de cepillo eléctrico en adultos mayores, la guía clínica indica?</p> <p>Categorías: 1 = Se recomienda su indicación a partir de los 60 años 2 = Se recomienda su indicación en pacientes con limitaciones Motoras. 3 = El cepillo eléctrico es más efectivo que el cepillo manual en el Control de la placa bacteriana</p>
Técnica, frecuencia y duración de cepillado	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica: Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en un arte, en una ciencia o en una actividad determinada. - Frecuencia: Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinado. - Duración: Tiempo que transcurre entre el principio y el fin de algo. <p>Definición operacional: Pregunta al odontólogo ¿En relación a la técnica, frecuencia y duración de cepillado, la guía clínica recomienda?</p> <p>Categorías:</p> <p>1 = Técnica de cepillado Bass modificada. 2 = Cepillado al menos tres veces al día. 3 = Más que recomendar una técnica de cepillado, debe utilizarse la que mejor remueva la placa bacteriana, sin complicar al paciente. 4 = Al menos dos veces al día, con una duración de 2 a 3 minutos. 5 = Se debe indicar además el cepillado de la lengua. 6 = Técnica de cepillado Bass modificada, con una duración de 5 minutos.</p>
Higiene interproximal	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual: área interdental o interdientaria es el espacio existente entre diente y diente y que está ocupado por la encía.</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿Según la guía clínica, la elección del método de higiene interproximal adecuado para cada persona dependerá?</p> <p>Categorías: 1 = Tamaño del espacio interdental 2 = Las habilidades motoras. 3 = Preferencias del individuo.</p>
Limpieza y desinfección de la prótesis dental	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual:</p> <p>Limpieza: acción de limpiar la suciedad, lo superfluo o lo perjudicial de algo</p> <p>Desinfección: proceso físico o químico que mata o inactiva agentes patógenos</p> <p>Definición operacional: Pregunta al odontólogo ¿En relación a la limpieza y desinfección de la prótesis dental, la guía clínica recomienda?</p> <p>Categorías:</p> <p>1 = Para la limpieza diaria, se recomienda remover y limpiar las prótesis con un cepillo suave, pasta dental y depositarlas en un recipiente con agua. 2 = Sumergir la prótesis en un vaso con vinagre puro durante 8 horas. 3 = Las prótesis metálicas se deben sumergir en un vaso de agua con 10 gotas de cloro durante la noche.</p>

	<p>4 = Para la desinfección de la prótesis es más efectivo el uso de tabletas efervescentes.</p>
Uso de fluoruros	<p>Tipo: Cualitativa nominal. Definición conceptual: Los fluoruros son compuestos orgánicos e inorgánicos que contienen el elemento flúor. Definición operacional: Pregunta al odontólogo ¿En relación al uso de fluoruros, en la guía clínica se establece que? Categorías: 1 = Sólo aplicado por un profesional previene el incremento de caries cervicales. 2 = Tanto el uso personal como el aplicado por un profesional ayudan en la prevención y progresión de la caries. 3 = Es recomendable enjuagarse con abundante agua posterior al cepillado. 4 = Los barnices de flúor deben aplicarse, al menos, cada seis meses en pacientes de alto riesgo de caries.</p>
Mucosa oral normal en adultos mayores	<p>Tipo: Cualitativa nominal Definición conceptual: Las características de la mucosa oral, en los adultos, son: aspecto brillante, pérdida del punteado de la encía, menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañada más fácilmente Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿Según la guía clínica, entre las características de la mucosa oral normal en los adultos se encuentra? Categorías: 1 = Aspecto brillante. 2 = Pérdida del punteado de la encía. 3 = Menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a influencias externas.</p>
Patologías comunes de encontrar en adultos mayores	<p>Tipo: Cualitativa nominal. Definición conceptual: Dentro de las secuelas de la salud oral del adulto Mayor se encuentran: gran desdentamiento, caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; Pérdida de reborde alveolar y Pérdida de la Dimensión vertical oclusal. Definición operacional: Identifique patologías comunes de encontrar en adultos mayores, según la guía. Categorías: 1 = Caries radiculares. 2 = Recesiones gingivales. 3 = Enfermedades gingivales y periodontales. 4 = Pérdida de reborde alveolar. 5 = Alteración de la Dimensión vertical.</p>
Xerostomía	<p>Tipo: Cualitativa nominal. Definición conceptual: Xerostomía "disminución del flujo salival, producto de: patologías sistémicas, hábitos, cuadros de deshidratación, y de efectos secundarios a tratamientos de radioterapia o farmacológicos". Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿Según la guía clínica, la sensación de boca seca (xerostomía) en adultos mayores, en la mayoría de los casos, es una consecuencia de? Categorías: 1 = Enfermedades sistémicas.</p>

	<p>2 = Uso de medicamentos. 3 = Radioterapia de cabeza y cuello. 4 = Ninguna de las anteriores.</p>
Tratamientos a la xerostomía	<p>Tipo: Cualitativa nominal Definición conceptual: Xerostomía "Disminución del flujo salival, producto de: patologías sistémicas, hábitos, cuadros de deshidratación, y de efectos secundarios a tratamientos de radioterapia o farmacológicos". Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿En relación al tratamiento de la xerostomía, la guía clínica recomienda? Categorías: 1 = Consumir una dieta baja en azúcares. 2 = Evitar el consumo de alcohol y tabaco. 3 = Uso de chicles con xilitol. 4 = Tomar constantes sorbos de agua a lo largo del día, y durante las comidas. 5 = Agentes estimulantes farmacológicos como la pilocarpina. 6 = Saliva artificial.</p>
Factores asociados a estomatitis subprotésica	<p>Tipo: Cualitativa nominal. Definición conceptual: estomatitis subprotésica "Alteración de la mucosa de soporte, de tipo inflamatorio de diversa extensión y modalidad que, se presenta en pacientes total o parcialmente desdentados y portadores de prótesis removibles muy antiguas en mal estado o en portadores de prótesis en buen estado, pero con alteraciones sistémicas graves". Definición operacional: Pregunta al odontólogo ¿Según la guía clínica, la estomatitis subprotésica se asocia frecuentemente a? Categorías: 1 = Hipersensibilidad a acrílico. 2 = Polifarmacia. 3 = Cándida. 4 = Prótesis desajustadas o en mal estado.</p>
Fármacos de uso común en el Adulto Mayor y xerostomía	<p>Tipo: Cualitativa nominal. Definición conceptual: Xerostomía "Disminución del flujo salival, producto de: patologías sistémicas, hábitos, cuadros de deshidratación, y de efectos secundarios a tratamientos de radioterapia o farmacológicos". Definición operacional: Pregunta al odontólogo ¿Según la guía clínica, cuál o cuáles de los siguientes fármacos de uso común en el Adulto Mayor, tienen como efecto secundario la aparición de xerostomía? Categorías: 1 = Antihipertensivos. 2 = Hipoglicemiantes Orales. 3 = AINES. 4 = Ansiolíticos. 5 = Antidepresivos. 6 = Antihistamínicos.</p>
Plan de tratamiento en Adultos Mayores	<p>Tipo: Cualitativa nominal. Definición conceptual: plan de tratamiento "propuesta de resolución en forma integral de los problemas de salud bucal identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual debe plantearse de manera secuencial, lógica y ordenada"</p>

	<p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿Según la guía clínica los planes de tratamiento en adultos mayores deben orientarse según los siguientes objetivos?</p> <p>Categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 = Realizar el mínimo de Exodoncias. 2 = Proteger el hueso alveolar remanente. 3 = Proteger, restaurar y corregir todos los tejidos dentarios existentes 4 = Restaurar la función y estética. 5 = Brindar comodidad al paciente.
<p>Manejo de enfermedades gingivales y periodontales (periodontitis moderada a severa)</p>	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual: enfermedades gingivales y periodontales "desórdenes de tipo inflamatorio comunes, como gingivitis y periodontitis, causados por flora patogénica de la placa bacteriana que se forma permanentemente adyacente a los dientes".</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿En relación al manejo de Enfermedades Gingivales y Periodontales las recomendaciones establecidas en la guía clínica para los pacientes con periodontitis moderada a severa son?</p> <p>Categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 = Informar a estos pacientes de que pudiese existir un riesgo aumentado para enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas asociadas con periodontitis. 2 = Pacientes con periodontitis moderada a severa, que tienen un factor de riesgo reconocido para enfermedades cardiovasculares, tales como: fumar, antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, antecedentes de dislipidemia, debieran considerar una evaluación médica, si es que no lo han hecho, durante los últimos 12 meses. 3 = Pacientes con periodontitis que presentan 2 o más factores de riesgo reconocido, deben ser referidos para una evaluación médica, si es que no lo han hecho durante los últimos 12 meses.
<p>Indicación derivación al periodoncista</p>	<p>Tipo: Cualitativa nominal.</p> <p>Definición conceptual: La derivación o interconsulta es el acto de remitir a un paciente, mediante un parte interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿En relación al manejo de Enfermedades Gingivales y Periodontales, la guía clínica recomienda la derivación a un periodoncista en los siguientes casos?</p> <p>Categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 = Periodontitis crónica severa 2 = Compromiso de furca 3 = Defecto óseo angular /vertical 4 = Periodontitis agresiva, absceso periodontal o alguna otra condición crónica 5 = Exposición radicular progresiva y/o recesión gingival progresiva y peri-implantitis.
<p>Cumplimiento de la Guía Clínica</p>	<p>Tipo: Cualitativa dicotómica nominal</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿En la atención que Ud. le brinda a sus pacientes, sigue las recomendaciones de la Guía Clínica Salud Oral Integral para adultos de 60 años (MINSAL 2010)?</p> <p>Categorías: 1 = Si 2 = No</p>

Percepción de barreras para cumplir las sugerencias de la guía	<p>Tipo: Cualitativa dicotómica nominal</p> <p>Definición conceptual: Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Percepción de presencia de barreras</p> <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿Considera que existen barreras para no seguir las recomendaciones de la Guía?</p> <p>Categorías:</p> <p>1 = Si</p> <p>2 = No</p>
Barreras para realizar las recomendaciones de la guía	<p>Tipo: Cualitativa nominal</p> <p>Definición conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Barrera asociada al odontólogo: El cumplimiento no ocurre por decisión del odontólogo. Percepción de presencia de barreras asociadas al odontólogo -Barrera asociada a la guía propiamente tal: El cumplimiento no ocurre por problemas asociados a la guía. -Barrera asociada al centro de salud: El cumplimiento no ocurre por problemas asociados al centro de salud. Percepción de presencia de barreras asociadas al centro de salud <p>Definición operacional: pregunta al odontólogo ¿entre las barreras que Ud. considera, marque las que se acercan a su percepción?</p> <p>Categorías:</p> <p>1 = De la propia Guía (dificultad en su lectura, dificultad en el acceso a la guía, poca credibilidad, etc.)</p> <p>2 = Del odontólogo (certeza de que el tratamiento que otorga es el más efectivo, etc.)</p> <p>3 = Del centro de atención (falta de tiempo para poder realizar la atención, falta de insumos, medicamentos, etc.)</p> <p>4 = Otros. Describa brevemente</p>

4.2.5.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

En una primera instancia se envió una carta a la Corporación Municipal de Valparaíso, solicitando la autorización para la realización de la investigación en las dependencias de los distintos CESFAM pertenecientes a dicha corporación. Una vez entregada la autorización se procedió a contactar de manera presencial a cada uno de los jefes de programa odontológico de los distintos centros de atención primaria, con el fin de constatar el conocimiento de la autorización entregada y solicitar su cooperación. Además de manifestar de forma verbal los objetivos de la investigación y acordar fecha y horario para la implementación de esta, de manera tal de no interrumpir en normal desarrollo de la jornada laboral.

Para la obtención de la información, el equipo de salud respondió un cuestionario que permitirá medir su nivel de conocimiento respecto a la guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años. Este instrumento se aplicó durante los meses de junio a julio de

2015 y consistió en 18 preguntas de selección además de preguntas en relación a apreciación de la guía (Anexo 1), cada participante de la investigación, previa explicación verbal por parte de las tesis, leyó y firmó el consentimiento informado del presente estudio.

4.2.6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

a) El registro de los datos se realizó a través del programa Microsoft Excel 2013.

b) Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas, mediante promedios, desviación estándar e intervalo de confianza; en tanto que las variables cualitativas fueron descritas por frecuencias y porcentajes.

5- RESULTADOS

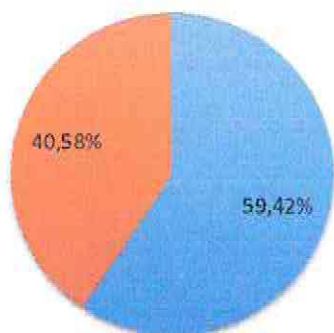
A continuación, se entregarán los resultados obtenidos a partir de la realización de las encuestas en los CESFAM descritos anteriormente.

Dichos resultados se separan en 3 grandes grupos:

1. Resultados de antecedentes generales: estos corresponden a preguntas de sexo, año y universidad de egreso, años de trabajo y cantidad de horas semanales en el servicio público, entre otras preguntas, con las que se pretende establecer las características promedio de los encuestados. Estos datos fueron consultados a la totalidad de las personas encuestadas, y se presentan como tal.
2. Resultados de preguntas de conocimiento: estos corresponden a preguntas de conocimientos teóricos, usando como marco de referencia los contenidos de la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010, con las que se pretende medir los conocimientos Odontogerítricos de los profesionales encuestados. Estos datos fueron consultados a la totalidad de las personas encuestadas, y se presentan en tres secciones, una que abarca la totalidad de los encuestados, una que abarca sólo la gente que leyó la guía clínica y una última sección que abarca sólo la gente que no leyó dicha guía.
3. Resultados de preguntas de cierre: estas corresponden a preguntas referentes a la guía clínica antes mencionada, donde se pretende conocer la opinión de los profesionales encuestados respecto de la guía usada como marco de referencia. Estos datos fueron consultados sólo a los profesionales que han leído la guía clínica.

La encuesta se realizó a profesionales odontólogos de doce CESFAM de la zona de Valparaíso. En total en estos CESFAM, según datos entregados por la directora de campos clínicos de la corporación municipal de Valparaíso, trabajan a la fecha de realización de la encuesta 69 profesionales en esta corporación (cifra aproximada considerando el personal de planta, a contrata y honorarios). De estos, 41 profesionales, correspondientes al 59,42% del universo, participaron en la encuesta como se muestra en el gráfico 8. El detalle de la cantidad de personas que participaron por CESFAM se muestra en la tabla IV.

Participación en la encuesta



■ Participaron ■ No participaron

Gráfico 8: Participación de los profesionales en la encuesta.

CESFAM	Hombres	Mujeres	Total
<i>Placeres</i>	1	3	4
<i>Rodelillo</i>	3	2	5
<i>Puertas Negras</i>	3	0	3
<i>Esperanza</i>	0	3	3
<i>Reina Isabel</i>	2	1	3
<i>Placilla</i>	0	4	4
<i>Barón</i>	2	0	2
<i>Quebrada Verde</i>	2	4	6
<i>Las Cañas</i>	0	1	1
<i>Mena</i>	2	4	6
<i>Cordillera</i>	1	1	2
<i>Padre Damián</i>	2	0	2

Tabla IV: Cantidad de personas que participó en la encuesta.

5.1.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ACCESO

Los encuestados se conforman por un 56% de profesionales de sexo femenino y un 44% de profesionales de sexo masculino. Esto se aprecia en el gráfico 9.

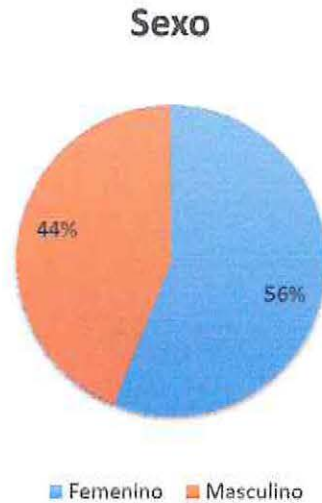


Gráfico 9: Distribución de frecuencias según sexo.

En relación a la distribución por edades de los profesionales encuestados, un 78% se encuentra en el rango de 26 a 35 años, siendo el resto de la distribución de los rangos comparablemente menor. Esto se aprecia en el gráfico 10.

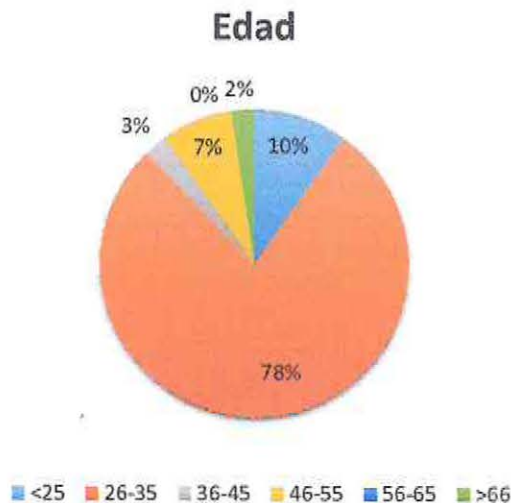


Gráfico 10: Distribución de los encuestados según rango de edad.

Del total de profesionales encuestados un 88 % afirmó haber egresado de la Universidad de Valparaíso. Esto se aprecia en el gráfico 11.

Universidad de egreso

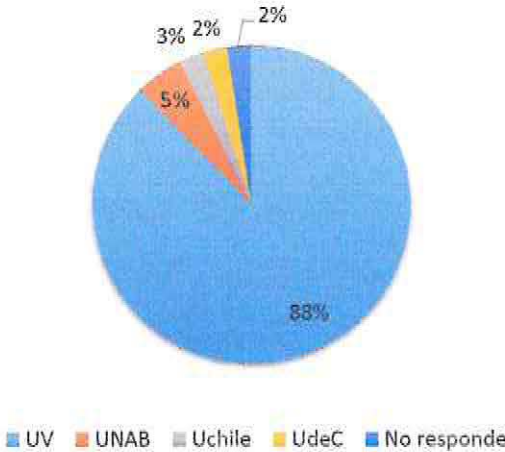


Gráfico 11: Distribución de los encuestados según universidad de egreso.

En relación al tiempo de egreso de pregrado, la mayoría de estos egresó después del 2010 y representan el 71% del total de encuestados. Esto se aprecia en el gráfico 12.

Año de egreso

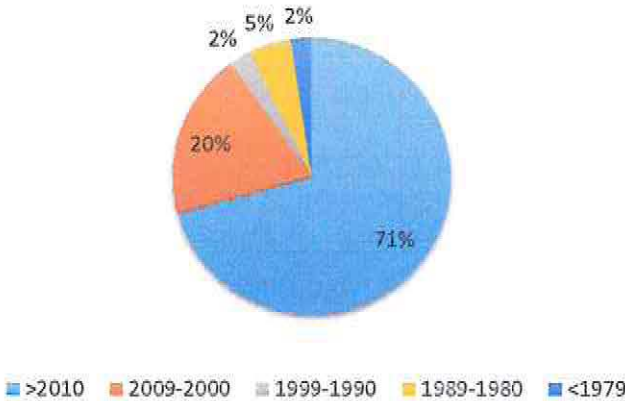


Gráfico 12: Distribución de los encuestados según año de egreso.

En la encuesta se consultó a estos profesionales si habían realizado estudios de postgrado, tales como diplomados, magíster, especializaciones y/o doctorados. La mayor parte de los encuestados no posee estudios aparte de los de pregrado, y representan el 64% del total de encuestados. Del 36% restante correspondiente a aquellos que han realizado algún estudio de postgrado, la distribución de las especialidades variada y no se destaca ninguna especialización preponderante. Esto se muestra en el gráfico 13.

Estudios de postgrado

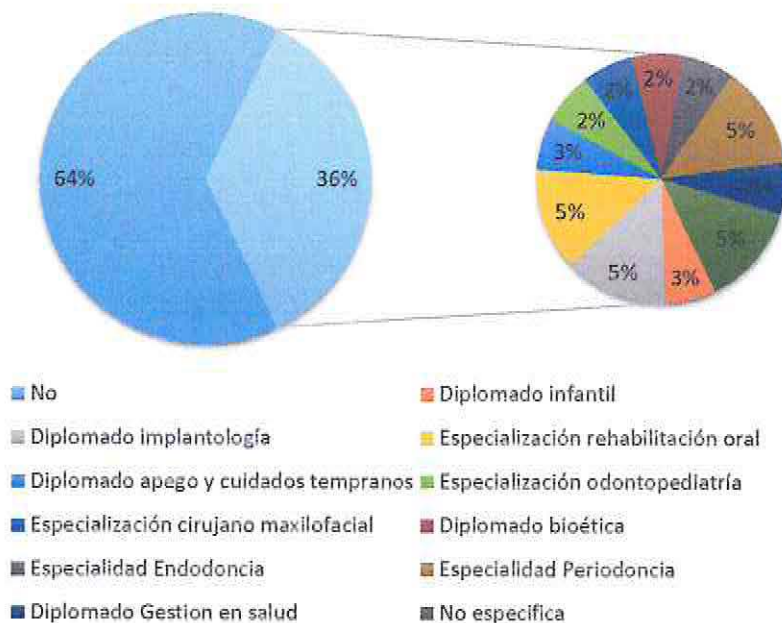


Gráfico 13: Distribución de los encuestados según estudios de postgrado.

En relación a los años de trabajo en el servicio público, y dado que los encuestados son mayoritariamente jóvenes como se pudo apreciar anteriormente, la mayor parte de ellos, no llevan más de 5 años trabajando en el sector público y representan el 81% del total de los encuestados. Esto se observa en el gráfico 14.

En la encuesta se consultó a estos profesionales si habían realizado estudios de postgrado, tales como diplomados, magíster, especializaciones y/o doctorados. La mayor parte de los encuestados no posee estudios aparte de los de pregrado, y representan el 64% del total de encuestados. Del 36% restante correspondiente a aquellos que han realizado algún estudio de postgrado, la distribución de las especialidades variada y no se destaca ninguna especialización preponderante. Esto se muestra en el gráfico 13.

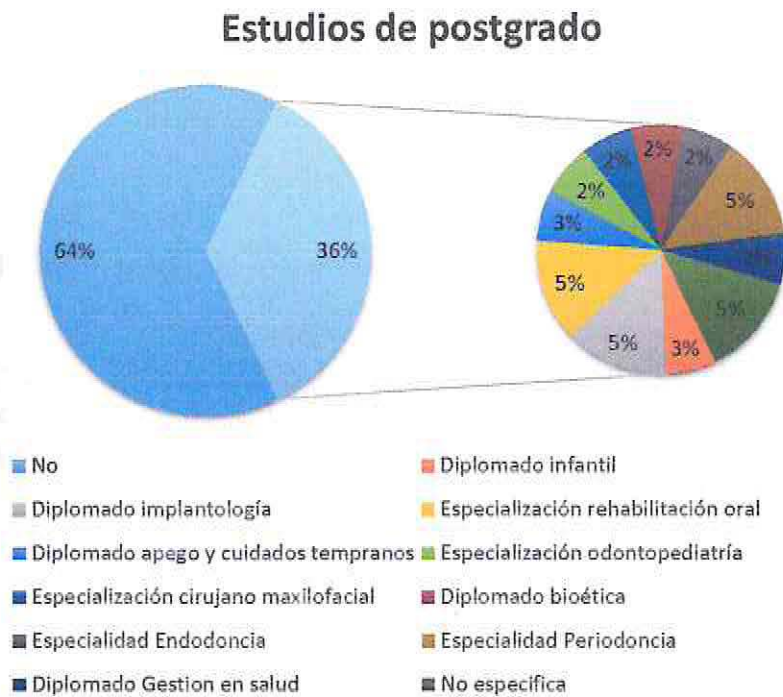


Gráfico 13: Distribución de los encuestados según estudios de postgrado.

En relación a los años de trabajo en el servicio público, y dado que los encuestados son mayoritariamente jóvenes como se pudo apreciar anteriormente, la mayor parte de ellos, no llevan más de 5 años trabajando en el sector público y representan el 81% del total de los encuestados. Esto se observa en el gráfico 14.

Años de trabajo en el servicio público

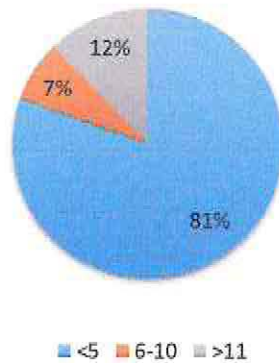


Gráfico 14: Distribución de los encuestados según años de trabajo en el servicio público.

En cuanto a la cantidad de horas semanales de trabajo en el servicio público, el 41% de los profesionales encuestados tiene jornadas laborales que se enmarcan entre el rango de las 41 a 50 horas a la semana. Esto se muestra en el gráfico 15.

Horas semanales en el servicio público

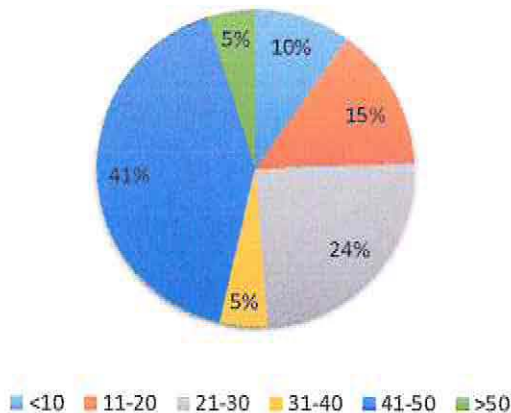


Gráfico 15: Distribución de los encuestados según horas semanales de trabajo en el servicio público.

Se consultó si los encuestados conocen la guía clínica salud oral integral para el adulto de 60 años, la gran mayoría afirma conocerla, correspondiendo al 88% del total. Esto se observa en el gráfico 16.

¿Conoce la guía clínica?

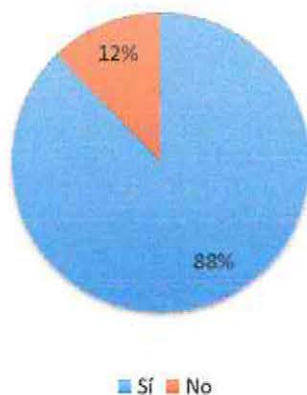


Gráfico 16: Distribución de los encuestados según conocimiento de la existencia de la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010 y forma en que ha accedido a dicha guía.

Al consultar a los profesionales que conocen la guía clínica, si la han leído, un 76% respondió de forma afirmativa, de estos un 54% accedió a ella vía web, mientras que un 17% señala que está disponible en su lugar de trabajo (Gráfico 17).

¿Ha leído la guía?, ¿Cómo accedio a ella?

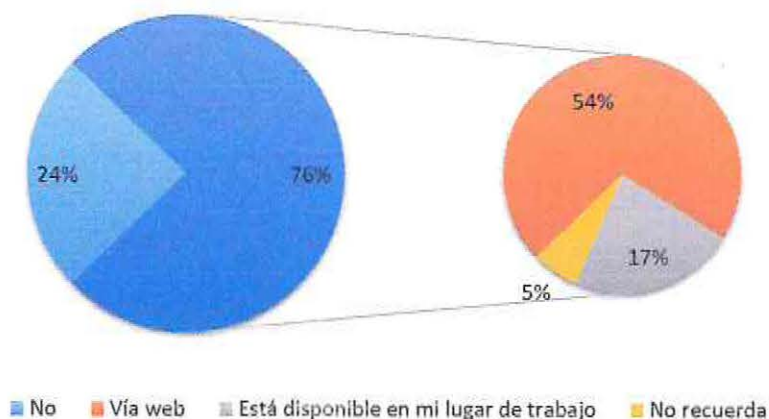


Gráfico 17: Distribución de los encuestados según lectura de la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010.

En resumen, las principales características de los profesionales encuestados se presentan en la tabla V.

Característica	Grupo predominante	n	% del total
Sexo	Femenino	23 personas	56%
Edad	26 – 35 años	32 personas	78%
Universidad de estudio	Universidad de Valparaíso	36 personas	88%
Año de egreso	> 2010	29 personas	71%
Postgrado	Sin postgrado	27 personas	64%
Años de trabajo en servicio público	< 5 años	33 personas	81%
Horas semanales en servicio públicos	41 – 50 hrs.	17 personas	41%
Conocimiento de la guía	Sí	36 personas	88%
Lectura	Sí	31 personas	76%
Forma de lectura	Vía web	22 personas	54%

Tabla V: Principales características de los profesionales encuestados.

5.2.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO (TODOS LOS ENCUESTADOS):

Con respecto al índice de conocimiento teórico de la Guía clínica del Minsal salud oral integral para adultos de 60 años, se incorporaron 15 preguntas relacionadas con las recomendaciones y temáticas planteadas en el documento. Para describir los resultados de forma didáctica, éstos se analizaron en porcentajes, los que posteriormente fueron convertidos a nota, considerándose 60% como nota aprobatoria (nota = 4). Para el primer caso donde se consideran todos los encuestados que respondieron esta parte de la guía, se tiene una media de nota de 4,9, con una desviación estándar de 1,052. Un análisis más detallado, respecto de los encuestados, es presentado en la tabla VI.

Análisis estadístico	
Media	4,901111
Error típico	0,166336
Mediana	4,933333
Moda	6,341667
Desviación estándar	1,052
Varianza de la muestra	1,106705
Curtosis	-1,2623
Coefficiente de asimetría	-0,07608
Rango	3,375
Mínimo	3
Máximo	6,375
Cuenta	40

Tabla VI: Análisis estadísticos de las notas para la parte de conocimientos teóricos de la encuesta para todos los encuestados.

Luego se calculó la nota promedio por CESFAM, donde las notas fluctuaron entre un 4,0 (Padre Damián) y un 6,2 (Esperanza), teniendo un promedio general, calculado promediando las notas de cada CESFAM, correspondiente a un 4,9. En el gráfico 15 se muestran tanto las notas promedio por CESFAM, la nota promedio de todos los CESFAM ("Promedio") y las desviaciones estándar. No se aprecian notas inferiores a 4 en esta medición, tal como se aprecia en el gráfico 18

Notas promedio por CESFAM

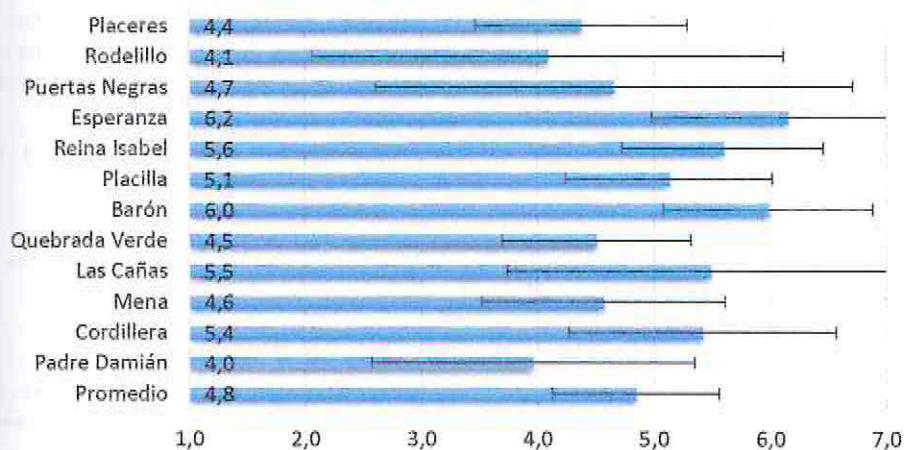


Gráfico 18: Notas promedio por CESFAM para todos los encuestados.

Además, es posible calcular el porcentaje correcto que en promedio tuvo cada una de las preguntas de conocimiento teórico realizadas en la encuesta, dichos resultados se expresan en el gráfico 16, donde además se resaltan con rojo las preguntas que tienen un porcentaje inferior al 60% (porcentaje utilizado como referencia para la nota aprobatoria de 4), tal como se aprecia en el gráfico 19. Dicho gráfico muestra además la desviación estándar de cada pregunta, donde una desviación estándar más pequeña muestra un conocimiento similar entre los diferentes profesionales respecto a la pregunta (puede ser indicador de si está bien o mal respondida dicha pregunta), mientras que una desviación estándar más grande da cuenta de un conocimiento dispar entre los diferentes profesionales respecto a una pregunta. Se aprecia que dos preguntas en promedio no son respondidas de forma satisfactoria.

Del total de encuestados un 72% obtuvo un porcentaje de aprobación, pese a esto según lo analizado en el gráfico anterior (gráfico 19), solo una pregunta fue contestada de manera correcta por el 100% de los profesionales, además un 28% de los encuestados obtuvo un porcentaje deficiente (Gráfico 20).

Porcentaje de aprobación

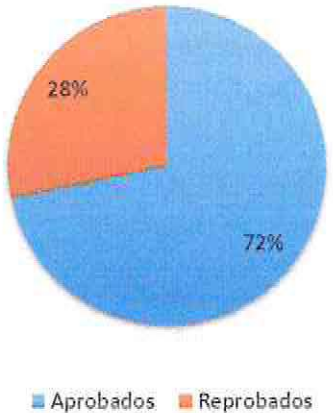


Gráfico 20: Distribución de todos los encuestados según su aprobación de la encuesta (nota superior a 4).

En relación a la distribución general de notas del total del encuestados, 22 personas obtuvieron notas inferiores a 5.0, de estas 11 personas obtuvieron notas reprobatorias, esto es bajo 4.0, tal como se observa en el gráfico 21.

Distribución de las notas

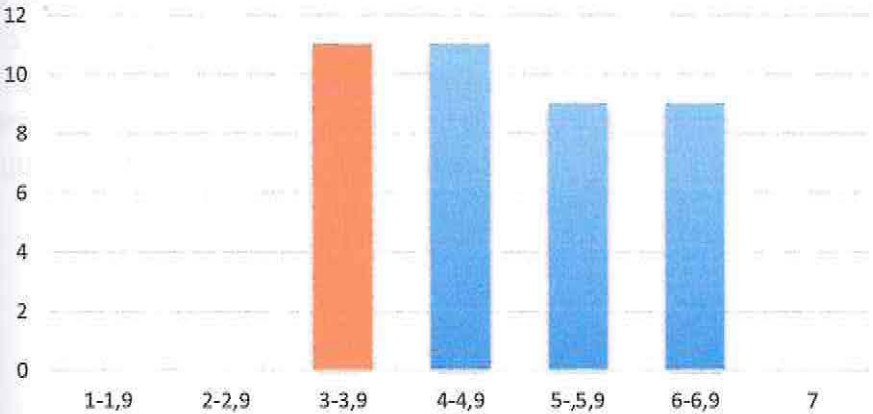


Gráfico 21: Distribución de todos los encuestados según su nota.

5.2.1.- NOTAS PROMEDIO POR GRUPO DE ENCUESTADOS

A continuación, los encuestados son agrupados según las diferentes características medidas en la primera parte de la encuesta, lo que ayudara establecer relaciones entre las notas promedio de dichos grupos y sus características, estos son presentados mediante gráficos de barra acompañados por su desviación estándar. Las barras destacadas en rojo en los gráficos destacan grupos que como promedio no poseen los conocimientos mínimos necesarios para considerarlos aprobados.

Como primer grupo se tiene el año de egreso de su carrera profesional, agrupada en periodos de 10 años (5 años para el rango más reciente) y se aprecia en el gráfico 22.

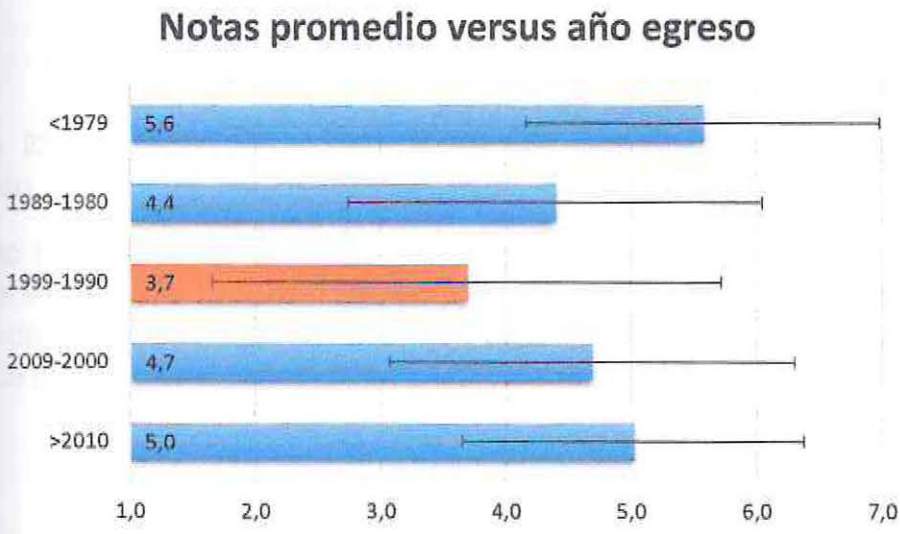


Gráfico 22: Notas promedio para todos los encuestados versus su año de egreso.

Como segundo grupo se tiene a las personas que realizaron un postgrado, ya sea un diplomado, magíster, especialización o doctorado, en comparación con las personas que aún no han realizado ningún tipo de perfeccionamiento académico, observándose una leve diferencia en la relación al promedio de notas entre estos grupos, siendo mayor en aquellos que poseen un postgrado (Gráfico 23).

Notas promedio versus postgrado

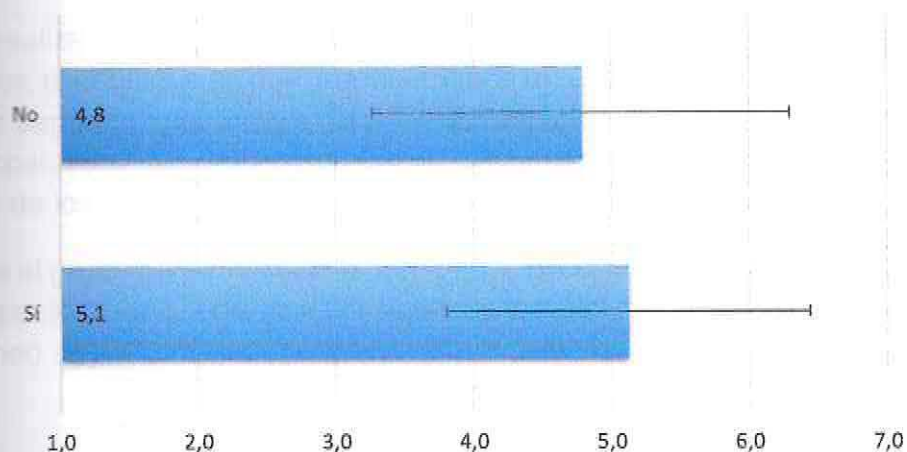


Gráfico 23: Notas promedio para todos los encuestados versus realización de postgrado.

Como tercer grupo, se separó a los encuestados según la cantidad de años de trabajo en el servicio público, en rangos de 5 años cada uno. Según lo observado aquellos con menos de 5 años de trabajo en el servicio público obtuvieron mejores resultados que aquellos que llevan 6 o más años de trabajo. Lo que se aprecia en el gráfico 24.

Notas promedio versus años de trabajo

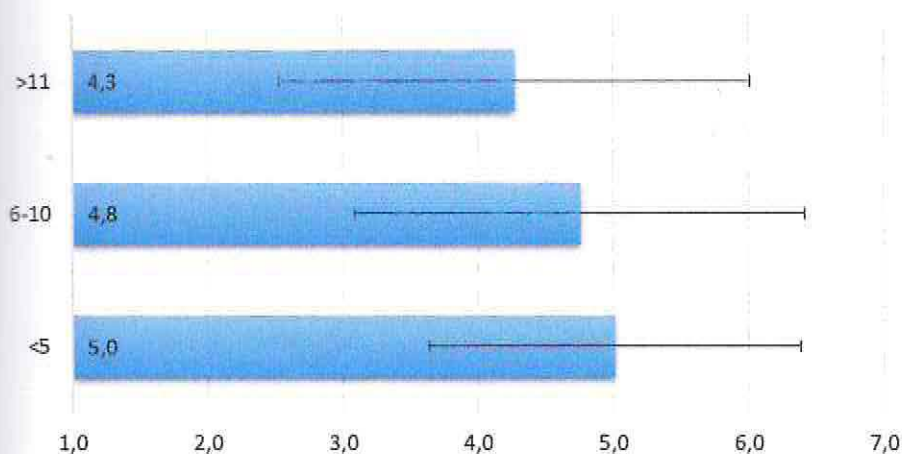


Gráfico 24: Notas promedio para todos los encuestados versus años de trabajo en el servicio público.

5.3.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO (ENCUESTADOS QUE LEYERON LA GUÍA):

Se realiza el mismo análisis que en el caso anterior, se considera el total de encuestados, distribuidos en dos grupos. En primer lugar sólo a quienes han leído la guía clínica y en segundo lugar solo a quienes no han leído la guía clínica, esto con el fin de poder comparar los resultados obtenidos entre estos grupos y establecer si existen diferencias de los conocimientos teóricos medidos una vez realizada la encuesta.

Para el grupo de profesionales que han leído la encuesta se tiene una nota media correspondiente a un 5, con una desviación estándar de 1,109. Un análisis estadístico más profundo se presenta en la tabla VII.

Análisis estadístico	
Media	5,029839
Error típico	0,19927
Mediana	5,316667
Moda	6,341667
Desviación estándar	1,109489
Varianza de la muestra	1,230966
Curtosis	-1,54713
Coefficiente de asimetría	-0,22103
Rango	3,080556
Mínimo	3,294444
Máximo	6,375
Cuenta	31

Tabla VII: Análisis estadísticos de las notas para la parte de conocimientos teóricos de la encuesta, para los encuestados que han leído la guía.

Se calculó la nota promedio por CESFAM, donde las notas fluctuaron entre un 3,3 (Padre Damián) y un 6,2 (Esperanza), teniendo un promedio general de 5.0, calculado promediando las notas de cada CESFAM. En el gráfico 25 se muestran tanto las notas promedio por CESFAM, la nota promedio de todos los CESFAM ("Promedio") y las desviaciones estándar correspondientes. En relación a lo anterior el CESFAM Padre Damián es el que registra el resultado más deficiente, no alcanzando la nota aprobatoria

Notas promedio por CESFAM

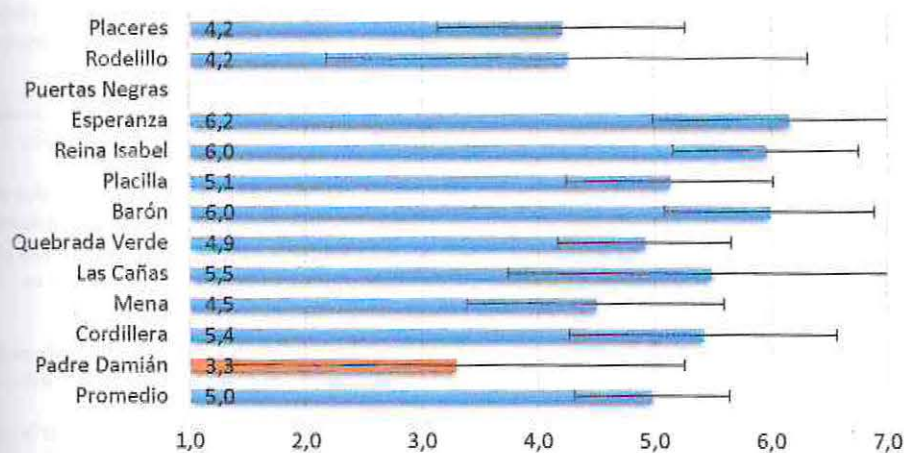


Gráfico 25: Notas promedio por CESFAM para los encuestados que han leído la guía.

Se realiza el mismo análisis al porcentaje correcto por pregunta de la parte de conocimientos teóricos de la encuesta para los profesionales que leyeron la guía, los resultados se muestran en el gráfico 26. Se aprecian que dos preguntas no son respondidas de forma satisfactoria, que los las que se especifican en la tabla VIII.

Porcentaje correcto por pregunta

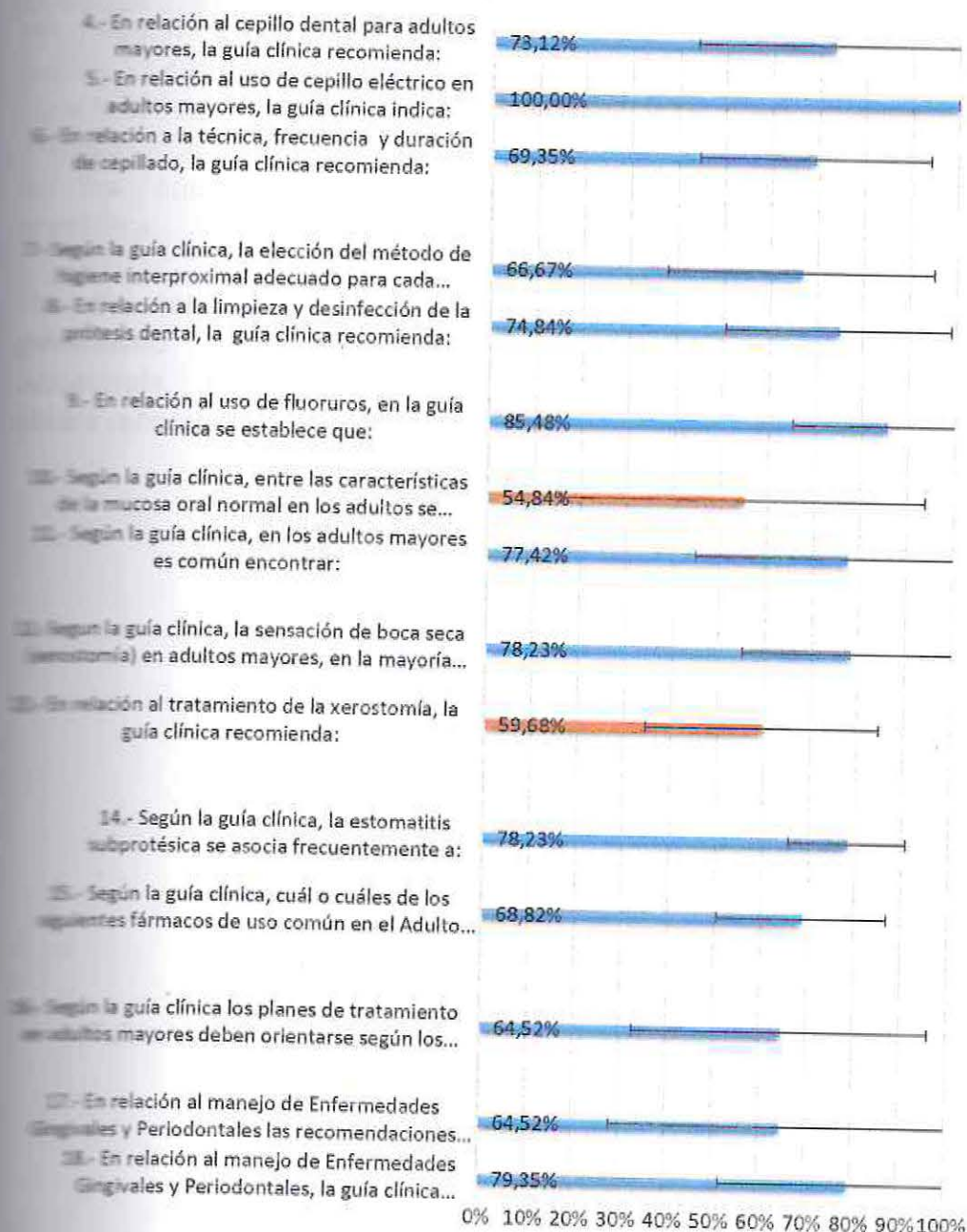


Gráfico 26: Porcentaje correcto por pregunta para los encuestados que han leído la guía.

Pregunta	Alternativa	Respuesta correcta	% Correcto promedio
11.- Según la guía clínica, entre las características de la mucosa oral normal en los adultos se encuentra:	Aspecto brillante	Chequeada	51,61%
	Pérdida del punteado de la encía	Chequeada	51,61%
	Menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a influencias externas	Chequeada	61,29%
12.- En relación al tratamiento de la xerostomía, la guía clínica recomienda:	Consumir una dieta baja en azúcares	Chequeada	64,52%
	Evitar el consumo de alcohol y tabaco	Chequeada	74,19%
	Uso de chicles con xilitol	Chequeada	61,29%
	Saliva artificial	No chequeada	51,61%
	Tomar constantes sorbos de agua a lo largo del día, y durante las comidas	Chequeada	70,97%
	Agentes farmacológicos estimulantes como la pilocarpina	Chequeada	35,48%

Tabla VIII: Detalle de las preguntas con un porcentaje con un porcentaje de respuestas correctas inferior al 60%.

Del total de profesionales encuestados que leyeron la guía, el 71% alcanzó la nota de aprobación, es decir nota sobre 4 (Gráfico 27).

Porcentaje de aprobación

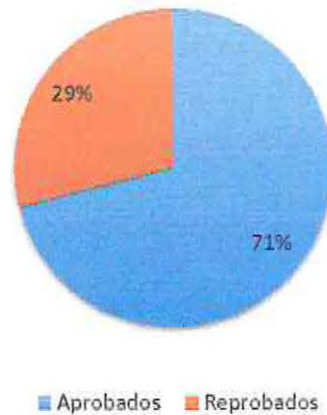


Gráfico 27: Distribución de los encuestados que leyeron la guía según su aprobación de la encuesta (nota superior a 4).

Con respecto a la distribución de notas obtenidas por los profesionales que leyeron la guía, 9 personas obtuvieron una calificación entre el rango 3.0 al 3.9, es decir no alcanzaron la nota de aprobación (gráfico 28).

Distribución de las notas

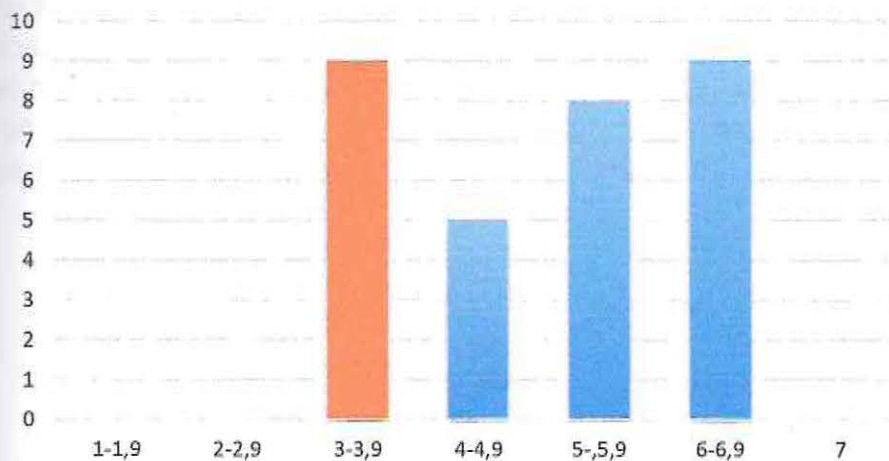


Gráfico 28: Distribución de los encuestados que leyeron la guía según su nota de la encuesta.

3.1.1.- NOTAS PROMEDIO POR GRUPO DE ENCUESTADOS

Se realiza el mismo análisis que en caso anterior, agrupando a los encuestados que leyeron la guía según las diferentes características medidas en la primera parte de la encuesta.

Como primer grupo se tiene el año de egreso de su carrera profesional, agrupada en periodos de 10 años (5 años para el rango más reciente) y se aprecia en el gráfico 29.

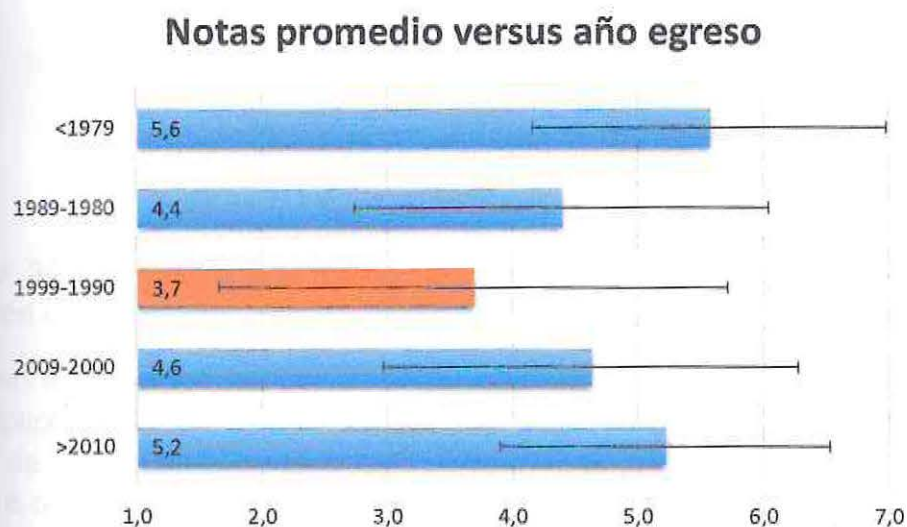


Gráfico 29: Notas promedio para los encuestados que leyeron la guía versus año de egreso.

Como segundo grupo se tiene a las personas que realizaron un postgrado, ya sea un diplomado, magíster, especialización o doctorado, versus las personas que aún no han realizado ningún tipo de perfeccionamiento académico, observándose una leve diferencia en la relación al promedio de notas entre estos grupos, siendo mayor en aquellos que poseen un postgrado lo que se ve en el gráfico 30.

Notas promedio versus postgrado

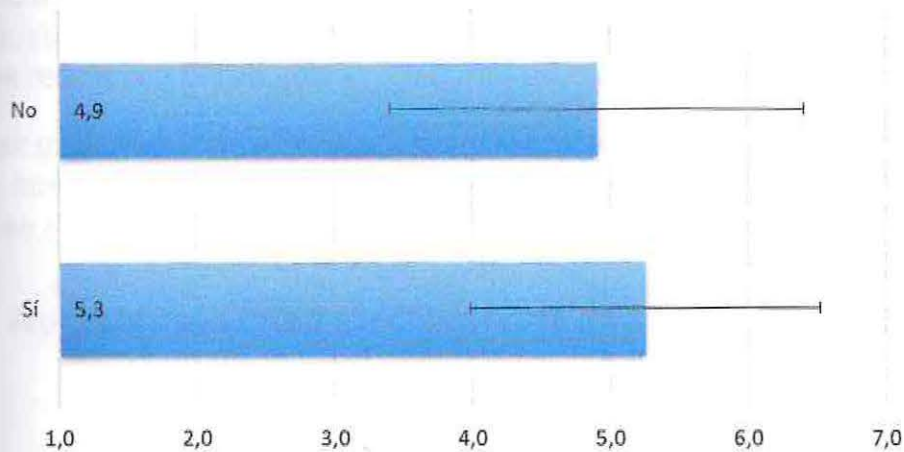


Gráfico 30: Notas promedio para los encuestados que leyeron la guía versus obtención de postgrado.

Como tercer grupo, se separa a los encuestados por los años de trabajo en el servicio público, en rangos de 5 años cada uno. Según lo observado aquellos con menos de 5 años de trabajo en el servicio público obtuvieron mejores resultados que aquellos que llevan 6 o más años de trabajo, lo que se aprecia en el gráfico 31.

Notas promedio versus años de trabajo

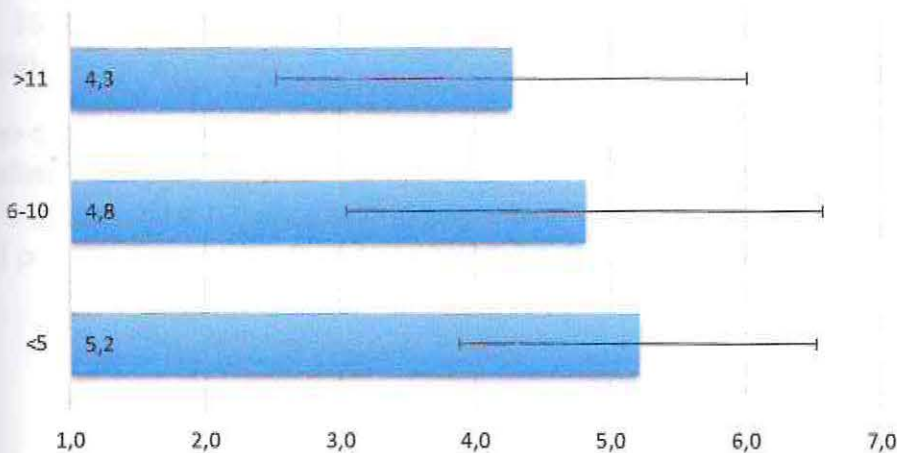


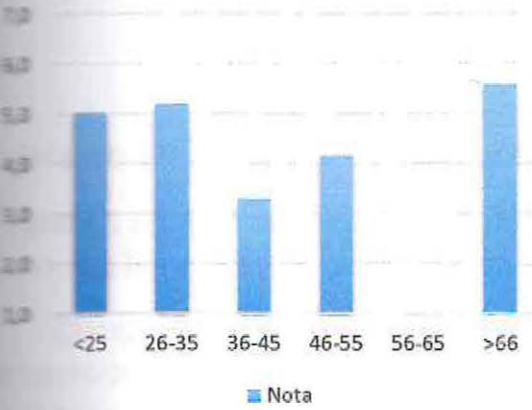
Gráfico 31: Notas promedio para los encuestados que leyeron la guía versus años de trabajo en el servicio público.

5.1.2 - RELACIÓN DE LAS NOTAS CON LA APLICACIÓN DE LA GUÍA

Como análisis adicional, del grupo de gente que leyó la guía, fue agrupado según sus características de forma similar al caso anterior, pero en dos gráficos contiguos para observar los resultados relevantes.

Como primer grupo tenemos a los encuestados separados por su edad, a partir de los 25 años y en intervalos de 10 años, se observa que las los encuestados con mejores calificaciones si aplican la guía (Gráfico 32 y 33).

Notas versus edad



% de aplicación de la guía versus edad

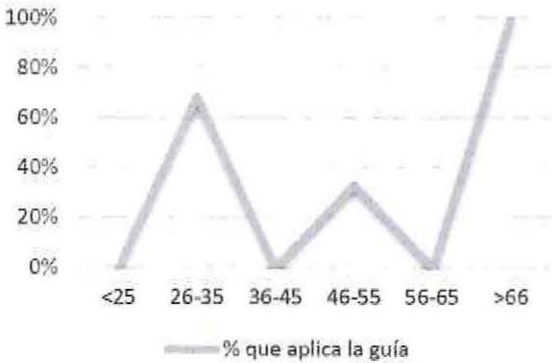
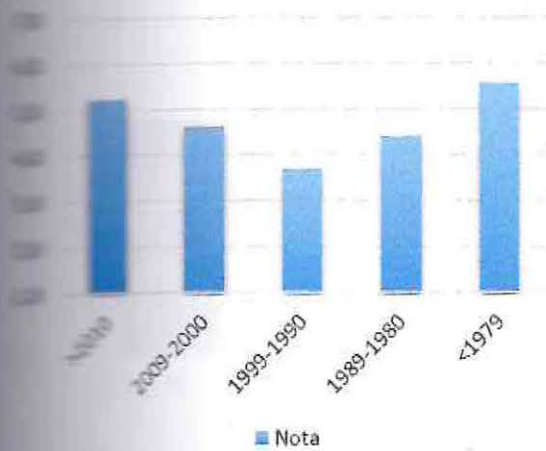


Gráfico 32 Notas promedio (eje vertical) versus edad (eje horizontal)

Gráfico 33 Porcentaje de aplicación de la guía (eje vertical), versus edad (eje horizontal).

Como segundo grupo tenemos a los encuestados versus el año de egreso de su carrera profesional, agrupada en periodos de 10 años (5 años para el rango más reciente). Se observa que los encuestados egresados entre 1990-1999 no aplican la guía y poseen el promedio de notas más bajo, como se ve en el gráfico 34 y 35.

Notas versus año egreso



% de aplicación de la guía versus año egreso

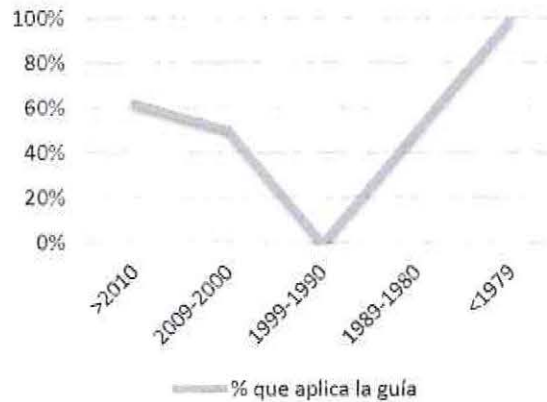
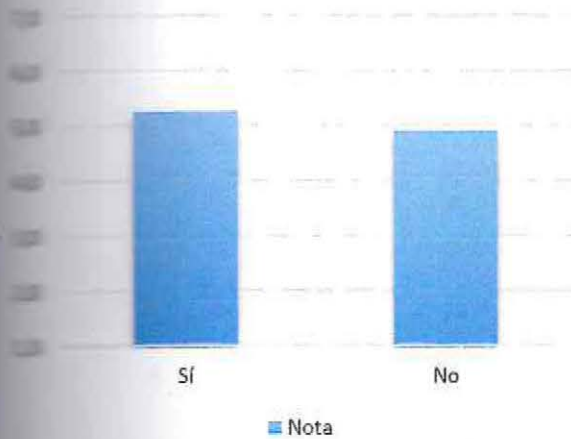


Gráfico 34: Notas promedio (eje vertical), versus año de egreso (eje horizontal).

Gráfico 35: Porcentaje de personas que aplican la guía (eje vertical) versus año de egreso (eje horizontal).

Como tercer grupo se tiene a las personas que realizaron un postgrado, en comparación a las personas que aún no han realizado ningún tipo de perfeccionamiento académico. Se observa que el porcentaje de los encuestados que si tiene algún estudio de postgrado y aplican la guía es mayor que aquellos que no poseen estudio de postgrado y aplican la guía, lo que se aprecia en el gráfico 36 y 37.

Notas versus postgrado



% de aplicación de la guía versus postgrado

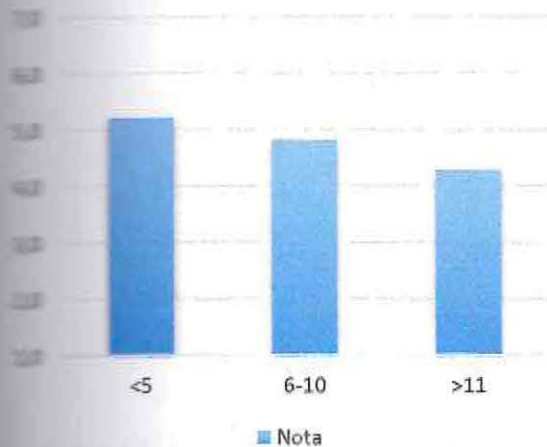


Gráfico 36: Promedio (eje vertical), versus obtención de postgrado (eje horizontal).

Gráfico 37: Porcentaje de personas que aplican la guía (eje vertical), versus obtención de postgrado (eje horizontal).

Como cuarto grupo se tiene a los encuestados por los años de trabajo en el servicio público, en rangos de 5 años cada uno. Se observa que el porcentaje de los encuestados que tienen más de 11 años de trabajo y aplican la guía es menor comparado al porcentaje de encuestados con menos años de trabajo y que aplican la guía, también se observa que el promedio de nota de este grupo es menor, lo que se aprecia en el gráfico 38 y 39.

Notas por años de trabajo



% de aplicación de la guía por años de trabajo

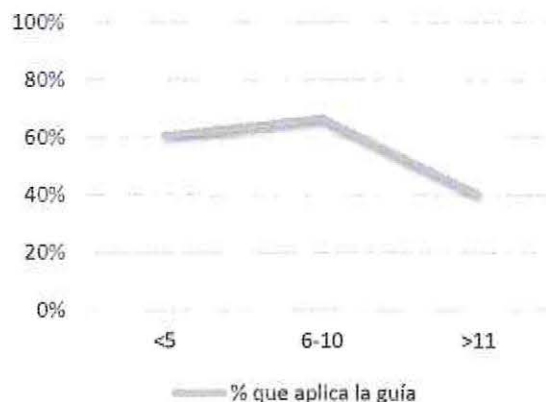


Gráfico 38: Notas promedio (eje vertical), versus años de trabajo en el servicio público (eje horizontal).

Gráfico 39: Porcentaje de personas que aplican la guía (eje vertical) versus años de trabajo en el servicio público (eje horizontal).

5.4- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO (ENCUESTADOS QUE NO LEYERON LA GUÍA)

Finalmente, se realiza el mismo análisis a los profesionales encuestados que no han leído la guía. Este grupo tiene una nota media 4,5 con una desviación estándar de 0,703. Se presentan un análisis estadístico de los datos en la tabla IX.

Análisis estadístico	
Media	4,457716
Error típico	0,234207
Mediana	4,791667
Moda	-
Desviación estándar	0,702622
Varianza de la muestra	0,493678

Curtosis	1,175462
Coefficiente de asimetría	-1,43617
Rango	2,058333
Mínimo	3
Máximo	5,058333
Cuenta	9

Tabla IX: Análisis estadísticos de las notas para la parte de conocimientos teóricos de la encuesta para los encuestados que no han leído la guía.

Se realiza el mismo análisis al porcentaje correcto por pregunta de la parte de conocimientos teóricos de la encuesta para los profesionales que no leyeron la guía, los resultados se muestran en el gráfico 40. Donde se aprecia que ocho preguntas no son respondidas de forma satisfactoria, cantidad mayor en comparación a los odontólogos encuestados que leyeron la guía.

Porcentaje correcto por pregunta

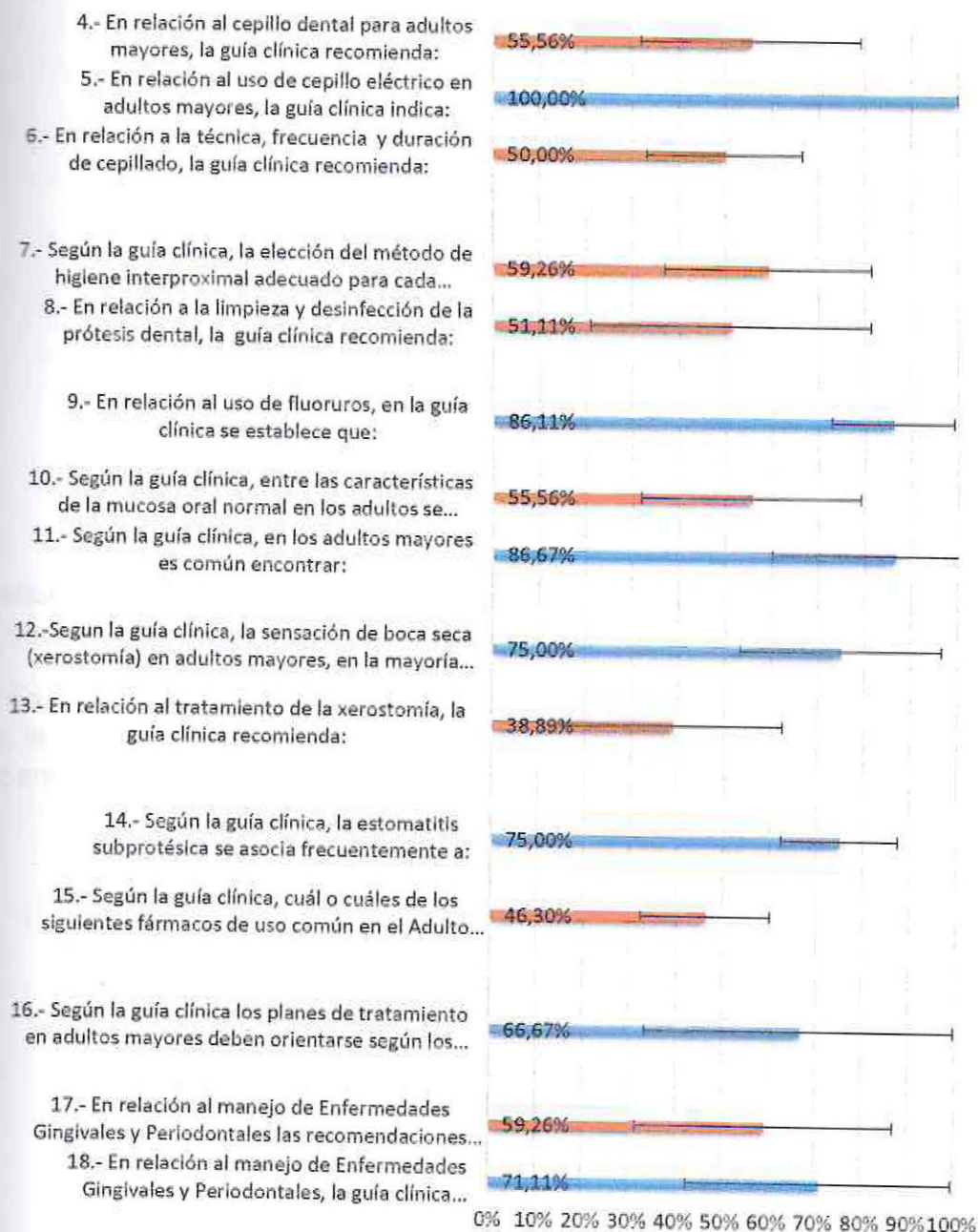


Gráfico 40: Porcentaje correcto por pregunta para para los encuestados que no han leído la guía.

Del total de encuestados que no leyeron, el 75% obtuvo una nota aprobatoria, es decir nota sobre 4 (Gráfico 41).

Porcentaje de aprobación

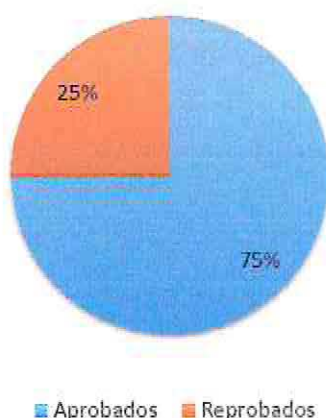


Gráfico 41: Distribución de los encuestados que no leyeron la guía según su aprobación de la encuesta (nota superior a 4).

En relación a la distribución de notas de encuestados los encuestados que no leyeron la guía, se observa que 2 personas obtuvieron una nota inferior a 4.0, mientras que 7 personas obtuvieron un nota superior a 4.0 (gráfico 42).

Distribución de las notas

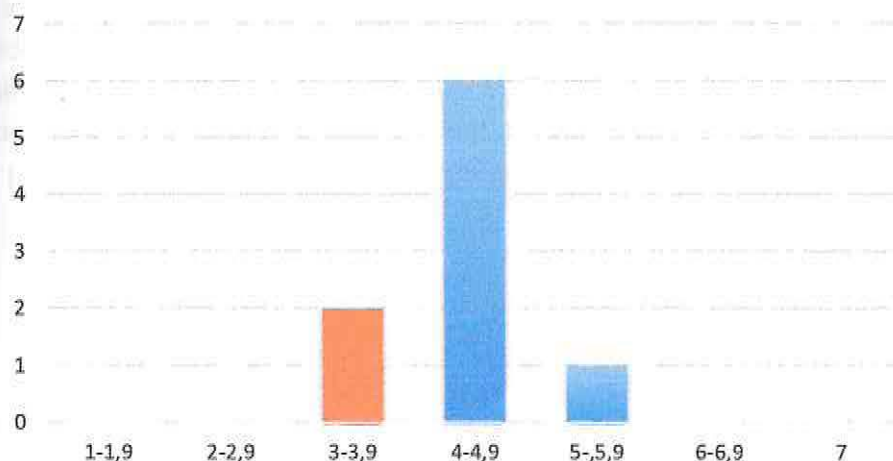


Gráfico 42: Distribución de notas de los encuestados que no leyeron la guía según su nota de la encuesta.

5.4.1.- NOTAS PROMEDIO POR GRUPO DE ENCUESTADOS

Se realiza el mismo análisis que en caso anterior, agrupando a los encuestados que no han leído la guía según las diferentes características medidas en la primera parte de la encuesta.

Como primer grupo se tiene el año de egreso de su carrera profesional, agrupada en periodos de 10 años (5 años para el rango más reciente) y se aprecia en el gráfico 43.

Notas promedio versus año de egreso

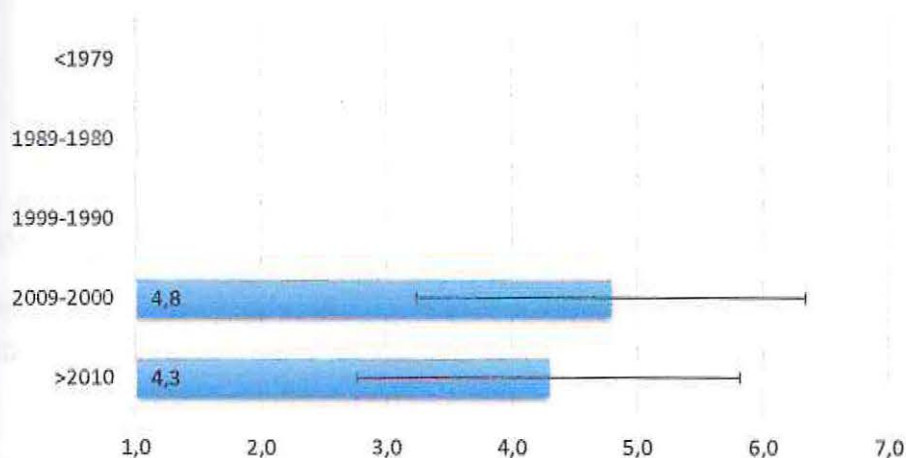


Gráfico 43: Notas promedio para los encuestados que no han leído la guía según año de egreso.

Como segundo grupo se tiene a las personas que realizaron un postgrado, ya sea un diplomado, magíster, especialización o doctorado, contra las personas que aún no han realizado ningún tipo de perfeccionamiento académico, observándose una leve diferencia en la relación al promedio de notas entre estos grupos, siendo mayor en aquellos que poseen un postgrado, lo que se observa en el gráfico 44.

Notas promedio versus postgrado

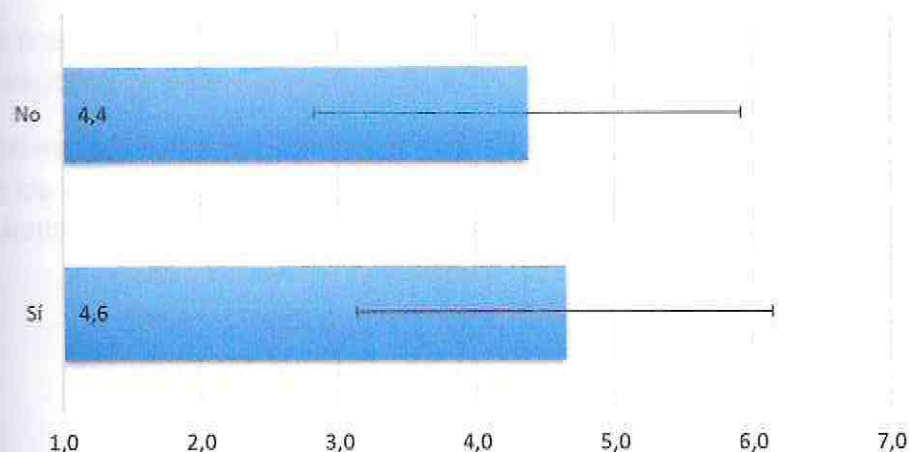


Gráfico 44: Notas promedio para los encuestados que no leyeron la guía versus obtención de postgrado.

Como tercer grupo, se separa a los encuestados por los años de trabajo en el servicio público, en rangos de 5 años cada uno lo que se aprecia en el gráfico 45.

Notas promedio por años de trabajo

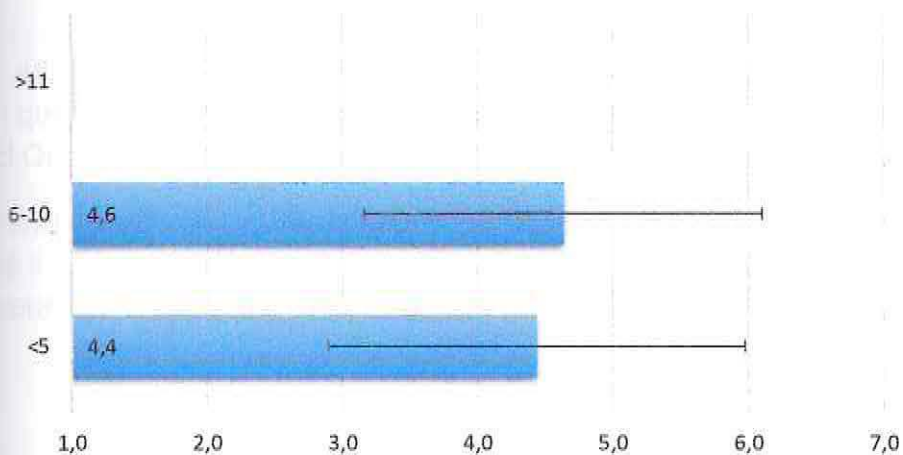


Gráfico 45: Notas promedio para los encuestados que no leyeron la guía versus años de trabajo en el servicio público

5.5.- RESULTADOS PARA PREGUNTAS DE APLICACIÓN DE LA GUÍA (ENCUESTADOS QUE LEYERON LA GUÍA)

Para finalizar la encuesta, se le pregunto a la gente que leyó la guía las siguientes consultas respecto de ésta.

En primer lugar, se consultó a los profesionales si seguían las recomendaciones. Un 73% de los odontólogos afirma seguir las recomendaciones de la guía en la atención de sus pacientes (gráfico 46).

¿Sigue las recomendaciones de la guía?

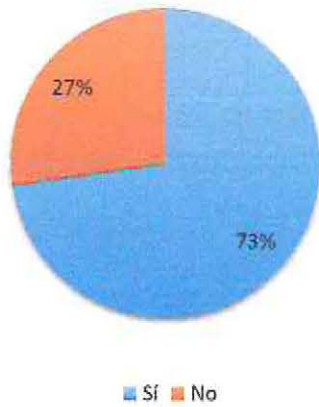


Gráfico 46: Distribución de los encuestados que leyeron la guía según si en la atención que le brindan a sus pacientes, sigue las recomendaciones de la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010.

Se consultó además si al momento de aplicar la guía, encuentran que existan barreras que impidan su correcta implementación. El 58% de odontólogos encuentra que existen barreras para seguir las recomendaciones de la guía (gráfico 47).

¿Existen barreras para implementar la guía?

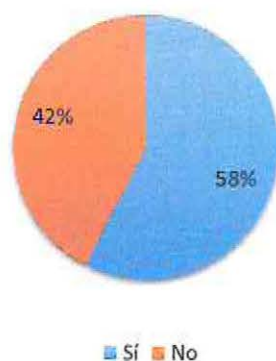


Gráfico 47: Distribución de los encuestados que leyeron la guía según si encuentran que existen barreras para seguir las recomendaciones de ésta.

Las principales barreras al momento de seguir las recomendaciones de la guía se grafican en el gráfico 48, donde un 45,45% encontró que las barreras son principalmente responsabilidad del centro de atención en el cual trabajan (falta de tiempo para realizar la atención, falta de insumos, etc.).

Barreras al momento de seguir las recomendaciones de la guía

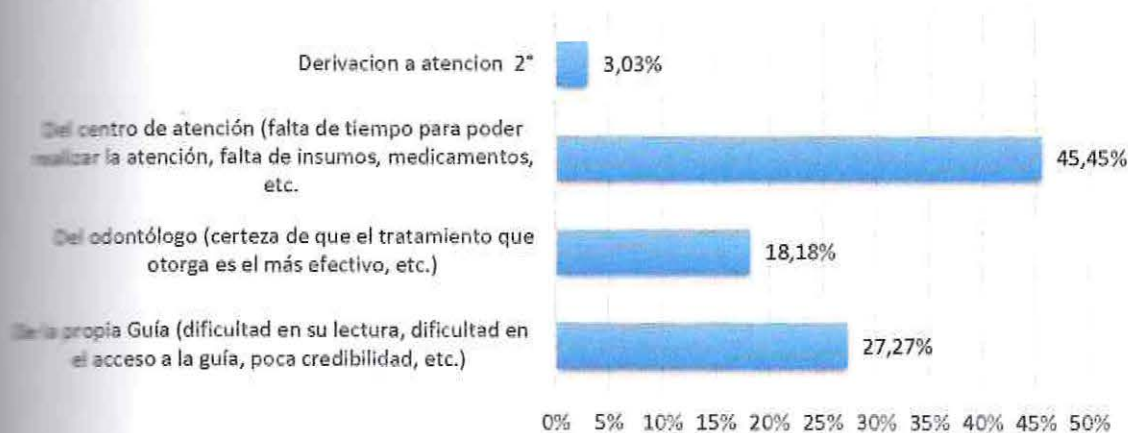


Gráfico 48: Distribución de los encuestados que encuentran que existen barreras al momento de implementar la guía, según el tipo de barrera que encuentran.

Como consulta final, se preguntó cuáles son los beneficios que encuentran que posee la guía. Los resultados se muestran en el gráfico 49, donde un 57,58% encontró el mayor beneficio que entrega la guía es que sirve como método de estandarización.

Beneficios de la guía

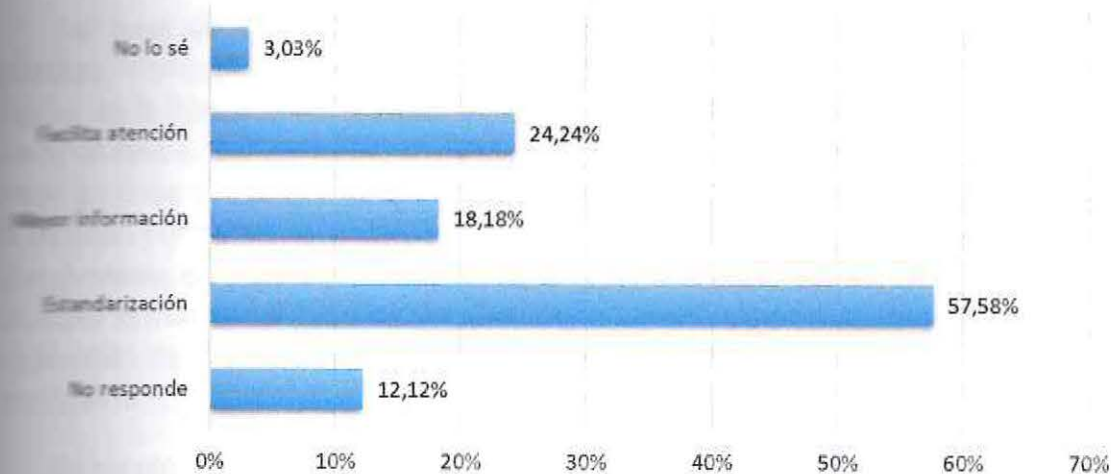


Gráfico 49: Distribución de los encuestados según los beneficios que encuentran que posee la guía.

6- DISCUSIONES

El presente estudio se realizó con el fin de evaluar el grado de conocimiento de los odontólogos con respecto a la Guía clínica Salud oral integral para el adulto de 60 años, en profesionales que trabajan en los centros de atención primaria de la ciudad de Iquitos.

Del total de los odontólogos que trabajan en los CESFAM de la ciudad de Iquitos, correspondientes a 69 profesionales, un total de 41 personas accedió a participar de la investigación, o sea un 59,42% del total de la población. El porcentaje de asistencia respectivo es de un 40,58%, quienes se negaron a participar, esto se puede explicar en base al escaso tiempo de atención clínica que poseen los profesionales, 15 minutos por paciente, y que la totalidad de la jornada de atención está enfocada en el cumplimiento de metas para el consultorio, por ende el profesional destina su tiempo en atender la mayor cantidad de pacientes orientado en la obtención de altas integrales, cumplimiento de metas con el consecuente incentivo económico que esto conlleva para el consultorio³².

Respecto al conocimiento de la guía, un 88% del total de encuestados afirma conocerla, de estos un 76% la ha leído. La promoción de la salud es una de las estrategias propuestas por la OMS para incrementar en la población el control de la salud y mejorarla, una de las vías al éxito dependerá del conocimiento previo de la población objetivo, las guías de atención clínica odontología buscan estandarizar criterios de diagnóstico y tratamiento, consideramos entonces que es necesario no solo el conocimiento de la existencia de la guía clínica, sino también la lectura y el análisis crítico de esta por parte del profesional, en la presente investigación se les consultó a los odontólogos que beneficios creían que aportaba la guía, en relación a esto un 57,58% de los encuestados afirmó que ayudaba a la estandarización tanto en tratamientos como en diagnósticos, un 26,24% afirma que facilita la atención, en tanto que un 18,18% afirma que entrega mayor información. Si bien es cierto no existen estudios en cuanto al nivel de conocimiento e implementación de la guía clínica salud oral integral para el adulto de 60 años, tan solo el año 2008 se realizó un estudio que buscaba medir la difusión e implementación de la guía explícita: salud oral integral para niños de 6 años, cabe destacar que esta fue una de las primeras GES odontológicas incorporadas en la reforma de salud del año 2007, en dicho estudio, del total de profesionales del sistema público de salud encuestados un 92,7% afirma conocer y haber leído dicha guía, entonces entendiendo que actualmente existe una mayor difusión de esta y de todas las guías, además de contar con la disponibilidad a través de internet, se esperaría un mayor porcentaje de conocimiento acabado y lectura de la guía por parte de los profesionales, como incentivo para mejorar la calidad de atención de los pacientes³³.

Del total de encuestados que leyeron la guía un 76% del total afirmaron conocerla, un 54% dijo haber accedido a ella vía web, mientras que un 17% afirma que está disponible en el lugar de trabajo, finalmente un 5% no recuerda como accedió a ella. Un estudio realizado el año 2012, que buscaba evaluar la calidad de las guías de práctica clínica en el régimen de las garantías de salud, evaluó 60 guías de práctica clínica, y si bien la calidad de las guías chilenas está lejos de ser ideal, existen dimensiones relativamente bien evaluadas como "Alcance y objetivo" (82,2% del máximo puntaje posible) y "Claridad y presentación" (68,8%). Sin embargo, aspectos relacionados con la "Aplicabilidad" (23,3%), y la "Participación de los grupos de interés relevantes" (37,5%), debieran ser el foco de estrategias de mejora en el Programa de guías de práctica clínica de nuestro sistema de salud³⁴. En Chile, pese a la importante cantidad de guías de práctica clínica elaboradas, principalmente en el contexto de la reforma de salud, existen pocas publicaciones que aborden los temas del diseño y evaluación de estrategias de implementación. La poca información existente respecto a este ámbito proviene de la atención primaria. Soto y cols evaluaron los efectos de una estrategia participativa basada en el uso de líderes de opinión y métodos de consenso en la implementación de una guía clínica de control prenatal, encontrando mejoría en la adherencia a prácticas basadas en la evidencia. Asimismo, García y cols, utilizando un diseño controlado antes-después, evaluaron los efectos de una intervención múltiple (materiales impresos, recordatorios, reuniones de consenso, etc.) en la implementación de una guía clínica de Diabetes Mellitus, encontrando mejoría en una serie de indicadores de calidad³⁴. De esta manera consideramos que se deberían optimizar los medios de difusión e implementación de las guías para que estas cumplan con los objetivos planteados en su elaboración y asimismo evaluarlas posteriormente.

En relación a los años de trabajo en atención primaria, esperábamos que aquellos que llevaran mayor tiempo de trabajo, tuvieran un mayor manejo de la guía clínica y por lo tanto un mayor porcentaje de aprobación. Sin embargo los que obtuvieron mejores resultados son aquellos que llevan menos tiempo de trabajo en la atención primaria. Todo esto es atribuible a las siguientes causas:

- Tiene conocimientos más actualizados, debido a que ha pasado poco tiempo desde su egreso de la universidad.
- Poseen el concepto de actualización más internalizado.
- Conocen mejor el acceso a diferentes fuentes de información actualizada.
- Están en busca de nuevos conocimientos y actualización de técnicas.

En cuanto a las preguntas del cuestionario, consideramos relevante analizar aquellas que obtuvieron un porcentaje inferior al 60%, estas corresponden a, las recomendaciones de la guía clínica en relación al tratamiento de la xerostomía, esto es: consumir una dieta baja en azúcares, evitar el uso de tabaco y alcohol, tomar constantes

bebidas de agua durante el día y agentes estimulantes farmacológicos. Un 51,61% de los encuestados recomendaría además el uso de saliva artificial, al respecto la guía clínica establece que esta no es una terapia altamente efectiva. Un estudio realizado por Rodríguez y cols., tenía por objetivo medir la tasa de flujo salival y nivel de confort al emplear saliva artificial y caramelos de menta sin azúcar en adultos mayores con estomatitis, obtuvieron como resultados que la variación del flujo salival al iniciar y finalizar el tratamiento con saliva artificial fue de $0,03 \pm 0,23$ g, mientras que en el caso de los caramelos de menta sin azúcar esta variación fue de $0,08 \pm 0,24$ g. Se observó un mayor incremento de flujo salival al emplear los caramelos de menta sin azúcar que al emplear saliva artificial. Con respecto al nivel de confort ambos productos fueron percibidos como buenos. El nivel de confort al emplear saliva artificial fue de $4,00 \pm 0,54$ y para los caramelos de menta sin azúcar fue de $4,41 \pm 0,63$; siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,014$), en favor de los caramelos de menta sin azúcar (valor de la diferencia 0,41)³⁵. Hasta ahora los estudios realizados con estas soluciones presentan resultados variables ya que la percepción subjetiva del paciente juega un papel importante, algunos pacientes sienten alivio con el uso de estas soluciones, pero otros las rechazan y encuentran más satisfactorio el uso del agua u otros fluidos³⁶. Por lo que una vez valorado el estado de salud general, oral y farmacológica, para diagnosticar la causa de la hipofunción salival, la saliva artificial no sería la primera línea de recomendación como tratamiento para estos pacientes.

Respecto a la pregunta acerca de las características de la mucosa oral normal en los adultos la guía clínica establece: aspecto brillante, pérdida de punteado, menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a influencias externas. Con respecto a esto consideramos importante señalar que solo un 61,29% de los encuestados considero como una característica de la mucosa del adulto la menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a influencias externas, por ende la mucosa del adulto tiene una menor resistencia a las injurias. Según Sáez Carriera y cols., en la mucosa bucal con el envejecimiento existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con sequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos³⁷. Considerando entonces que los pacientes adultos mayores tienen ausencia dentaria parcial o total y deben ser rehabilitados de manera oportuna a través de prótesis removible, es fundamental establecer un correcto diseño, de manera de evitar la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que conlleva a un desajuste de la prótesis que se puede traducir irritaciones, hiperplasias, infecciones y hongos.

Al preguntar a los odontólogos que leyeron la guía clínica si seguían las recomendaciones de esta, un 73% afirma seguirlas en la atención de sus pacientes. Al consultar si existían barreras para la implementación de la guía un 58% de los encuestados afirma que si existen barreras, un 45,45% afirmó que las barreras son responsabilidad del centro de atención, en relación al tiempo para poder realizar la atención, falta de insumos, etc. Un 27,27% afirma que las barreras son propias de la guía, estas es en relación a dificultad en su lectura, acceso a la guía, poca credibilidad de los contenidos. En cuanto a estas barreras el MINSAL señala¹³:

- Barreras del ámbito del conocimiento de la existencia de la Guía:
 - Conciencia de la existencia de la GPC : En base a los resultados de un estudio realizado con el objeto de evaluar el conocimiento y uso de la guía clínica para el GES Salud Oral Integral para Niños y Niñas de 6 años (MINSAL, 2008), se observó que de la muestra de odontólogos estudiada, un 96%, declaró conocer la existencia de la guía, siendo un porcentaje menor, el que expresó haberla utilizado, 78,2% (80,6% y 61,9% en sistema público y privado, respectivamente). Al momento de evaluar el conocimiento con preguntas específicas, hubo un 52,8% de dentistas que demostraron poseer un buen nivel de conocimientos, mientras que un 25,4% de los profesionales consultados, mostraron deficiencias.
 - Familiaridad con la GPC .Puede existir un número de odontólogos aún no familiarizados con la estructura de las guías, y con la nomenclatura utilizada, lo que pudiese, a su vez, redundar en un poco uso de las mismas.
- Barreras del ámbito de las actitudes:
 - Conformidad con las recomendaciones de la GPC: No todos los profesionales pudiesen concordar con las recomendaciones expresadas en la guía, o encontrar su aplicabilidad en todos los ámbitos.
 - Percepción de autosuficiencia para llevar a cabo las recomendaciones de la GPC. Este punto se refiere básicamente a aquellas áreas de prevención primaria relacionadas con intervenciones educativas, y consejerías en las que posiblemente sea necesario capacitar a los profesionales para su desarrollo.
- Barreras externas para seguir las recomendaciones: los profesionales pueden enfrentar barreras que limiten su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno. Demás está mencionar lo importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros u otros para la implantación de una GPC, específicamente referidos a: posibilidades de derivación de los pacientes en caso necesario, de materiales, insumos o instrumentos de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo, todos factores que escapan al control del profesional.

Estos datos fueron elaborados en base al estudio realizado por el MINSAL el año 2008 (estudios de difusión e implementación de la garantía explícita: salud oral integral para niños de 6 años)³³, la guía clínica Salud oral integral para el adulto de 60 años, fue entregada por el MINSAL el año 2010, actualmente en base a los resultado obtenidos en nuestra investigación, vemos que en los CESFAM de Valparaíso, los odontólogos tratantes afirman tener las mismas barreras que las que estaban presentes en el año 2008. Entonces es importante señalar que las políticas de difusión e implementación de estas no han encontrado el camino para eliminar estas barreras, de manera que la guía clínica, sea de utilidad en la práctica clínica odontológica. En el estudio realizado por el MINSAL el año 2008³³, los profesionales consultados consideraron útil el documento para la atención de niños y niñas de 6 años en una proporción elevada: un 82,5% para el sector público y un 76,2% del sector privado.

En cuanto a la evaluación del cumplimiento de la guía el MINSAL señala¹³:

"Se recomienda evaluar la adherencia a las recomendaciones de la presente guía y los desenlaces de los pacientes mediante alguno(s) de los indicadores siguientes":

Indicadores de proceso:

- Porcentaje de profesionales que atienden adultos de 60 años que conocen la Guía Clínica.
- Porcentaje de pacientes de 60 años a quienes se les entrega conocimientos sobre su cuidado en Salud Bucal.

Indicadores de resultado:

- Porcentaje de pacientes que logran el alta integral.
- Porcentaje de pacientes que recibieron una sola prótesis.
- Porcentaje de pacientes que reciben dos prótesis.
- Porcentaje de altas Odontológicas Educativas, Preventivas e Integrales en relación al número total de altas en pacientes de 60 años.

Consideramos importante señalar que la guía clínica, no señala medir el nivel de conocimiento de esta a través de preguntas específicas de su contenido tal como lo realizado en el estudio realizado por el MINSAL el año 2008 señalado anteriormente en donde, al momento de evaluar el conocimiento con preguntas específicas, hubo un 52,8% de dentistas que demostraron poseer un buen nivel de conocimientos³³.

Finalmente si bien el 71% de los encuestados obtuvo nota sobre 4,0, en el cuestionario de preguntas específicas de la guía esperábamos obtener mejores resultados, ya que la mayoría de los profesionales dice conocer, leer, tener acceso y aplicar la guía clínica, esto no se ve reflejado en los resultados. Es importante destacar que en el desglose de las notas por CESFAM, los peor evaluados corresponden a los: CESFAM Placeres, CESFAM Rodelillo, CESFAM Padre Damián, CESFAM Marcelo

Mena. Esperábamos obtener mejores resultados en estos establecimientos ya que a ellos acude un alto porcentaje de adultos mayores, según los datos del plan de salud comunal Valparaíso 2013, en estos 4 CESFAM el grupo etario preponderante corresponde a 20-64 años³⁰:

- CESFAM Marcelo Mena: 20-64 años: 15.149/ 61% *
65 y +: 3.458/ 13,9%
- CESFAM Rodelillo: 20-64 años: 9.451/ 58,9%
65 y +: 1.896/11,8%
- CESFAM Padre Damian: 20-64 años: 6.443/61,6%
65 y +: 869/8,3%
- CESFAM Placeres: 20-64 años: 12.578/59,8%
65 y +: 3.446/15,9%

*Porcentaje expresado en función de la totalidad de inscritos en el consultorio.

7.- LIMITACIONES

Una de las grandes limitantes de nuestro estudio en primera instancia fueron los canales burocráticos para hacer factible nuestra investigación en los Centros de Atención Primaria de la Corporación de la Ciudad de Viña del Mar. Cabe señalar que a la fecha aún se está a la espera de la autorización por parte de la Subdirectora clínica de dicha corporación. Producto de esta situación la población a encuestar se redujo de 132 profesionales a 69 correspondientes tan sólo a la ciudad de Valparaíso. Si bien la corporación de Valparaíso accedió a que realizáramos nuestra investigación en las dependencias de los respectivos CESFAM, el tiempo destinado a la autorización fue de aproximadamente tres meses, lo cual nos pareció un periodo excesivo.

Además, cabe mencionar que en ambas corporaciones el personal responsable para dictaminar la aprobación de ingreso a los Centros no se encontraban disponible ni se podía tener acceso oportuno a ellos por ningún medio, ya sea este vía mail, telefónica o presencial, lo cual dificultó aún más nuestro progreso.

Otra limitante a la cual nos enfrentamos en el transcurso de la investigación fue por una parte la mala recepción de algunos Jefes de Programa Odontológico, quienes aludían que a sus colegas no les gustaba ser evaluados y que disponían de poco tiempo clínico, sin antes siquiera consultarles a sus respectivos colegas, y por otra, la poca disponibilidad de los odontólogos de los distintos CESFAM a responder durante su jornada de trabajo, lo cual generó dificultades en el desarrollo de la investigación, lo que obligó en algunas ocasiones a asistir más de una vez al centro o bien dejar la encuesta para su posterior realización, o quienes simplemente se negaron a realizar la encuesta, ya que esta era voluntaria obteniendo así una muestra total de 41 personas que accedieron.

Por lo anteriormente relatado el tiempo y costo que requiere el traslado a los distintos CESFAM, ofreció una dificultad adicional.

II- CONCLUSIONES

En relación al grado de conocimiento de los odontólogos de los CESFAM de la CORMUVAL sobre la guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años, es de nota 4.9. El 71% de los encuestados obtuvo nota aprobatoria.

Respecto a lo objetivos específicos de esta investigación se puede mencionar que se logró llevar a cabo cada uno de ellos. Se logró determinar que un 73% de los profesionales dice seguir las recomendaciones que entrega la guía clínica, durante la atención de sus pacientes. En cuanto a la disponibilidad de la guía clínica se estableció que la mayoría de los encuestados accedió a ella vía web, esto es un 54% del total de los profesionales.

En cuanto a la utilidad de la guía clínica se determinó que solamente un 24% de los encuestados afirma que es una herramienta que facilita la atención clínica, en tanto que un 58% de los encuestados la reconoce como un material que permite estandarizar la atención.

Se estableció que existen barreras para implementar la guía clínica, tal como lo señala un 58% de los encuestados, de los cuales un 45% señaló que estas barreras se relacionan principalmente con el centro de atención, mientras que un porcentaje no menor del 27% señala que las barreras se relacionan principalmente con la propia guía.

Cinco Odontólogos señalaron no conocer la guía clínica, correspondiente a un 12% del total de encuestados.

De los profesionales encuestados que cuentan con algún grado de especialización, ninguno señaló alguna relacionada con la Odontogeriatría.

9.- SUGERENCIAS

Para mejorar la eficiencia en la obtención de los permisos correspondientes y reducir los tiempos perdidos por los trámites administrativos, se sugiere la creación de nexos más estrechos entre la Universidad y los centros de atención primaria, en especial con los funcionarios responsables otorgar las autorizaciones de dichas instituciones.

También se propone que sería muy interesante y constructivo que el MINSAL, creara instancias de evaluación del cumplimiento, conocimiento y valoración de la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años, tal como lo hizo con la Guía integral de 6 años en el 2008, debido a que ésta guía corresponde al respaldo legal de los profesionales que se desempeñan en sus dependencias con la cual se pueden defender frente a las múltiples posibles demandas a las que se pueden ver enfrentados, deberían conocer la guía a cabalidad para tener argumentos válidos y de esta forma ampararse frente a los posibles accidentes en que no se vea involucrado el desempeño del profesional per-se, si no, que más bien la mala calidad de materiales o insumos, por ejemplo, que eran los principales obstáculos que los odontólogos describían como barrera para implementar la guía, en este estudio.

Debido a la importancia de que los profesionales estén permanentemente actualizando sus conocimientos, es necesario valorar y promover este tipo de iniciativas, y como la población está envejeciendo sería de mucha utilidad que se creará la Odontogeriatría como una especialidad, diplomado o que se incluya en las mallas de pregrado de las distintas Universidades que imparten la carrera en el país.

Una propuesta que consideramos necesaria para seguir con esta línea investigativa, es una metodología cualitativa, la cual podría ser la entrevista en profundidad, que es una técnica que permite entre otras cosas:

- Explorar uno o dos temas en detalle
- El máximo de flexibilidad en explorar un tema
- Obtener información contextualizada

Como última sugerencia para los Servicios de Salud en general, esperamos que motiven y promuevan las investigaciones de este tipo, primero porque existe muy poca información e informes sobre lo que está pasando hoy en día con las reformas que se están implementando a nivel odontológico, lo cual hace muy difícil poder nutrirse como investigador de la realidad que nos acontece, segundo porque no tan sólo nos favorece a nosotros como estudiantes, sino que también a la entidad para mejorar el servicio público que siempre ha estado en discusión por parte de la ciudadanía y por último para que exista un feedback entre los egresados y tesisistas de la carrera, lo cual quizás podría

9.- SUGERENCIAS

Para mejorar la eficiencia en la obtención de los permisos correspondientes y reducir los tiempos perdidos por los trámites administrativos, se sugiere la creación de nexos más estrechos entre la Universidad y los centros de atención primaria, en especial con los funcionarios responsables otorgar las autorizaciones de dichas instituciones.

También se propone que sería muy interesante y constructivo que el MINSAL, creara instancias de evaluación del cumplimiento, conocimiento y valoración de la Guía clínica de Salud oral integral para el adulto de 60 años, tal como lo hizo con la Guía integral de 6 años en el 2008, debido a que ésta guía corresponde al respaldo legal de los profesionales que se desempeñan en sus dependencias con la cual se pueden defender frente a las múltiples posibles demandas a las que se pueden ver enfrentados, deberían conocer la guía a cabalidad para tener argumentos válidos y de esta forma ampararse frente a los posibles accidentes en que no se vea involucrado el desempeño del profesional per-se, si no, que más bien la mala calidad de materiales o insumos, por ejemplo, que eran los principales obstáculos que los odontólogos describían como barrera para implementar la guía, en este estudio.

Debido a la importancia de que los profesionales estén permanentemente actualizando sus conocimientos, es necesario valorar y promover este tipo de iniciativas, y como la población está envejeciendo sería de mucha utilidad que se creará la Odontogeriatría como una especialidad, diplomado o que se incluya en las mallas de pregrado de las distintas Universidades que imparten la carrera en el país.

Una propuesta que consideramos necesaria para seguir con esta línea investigativa, es una metodología cualitativa, la cual podría ser la entrevista en profundidad, que es una técnica que permite entre otras cosas:

- Explorar uno o dos temas en detalle
- El máximo de flexibilidad en explorar un tema
- Obtener información contextualizada

Como última sugerencia para los Servicios de Salud en general, esperamos que motiven y promuevan las investigaciones de este tipo, primero porque existe muy poca información e informes sobre lo que está pasando hoy en día con las reformas que se están implementando a nivel odontológico, lo cual hace muy difícil poder nutrirse como investigador de la realidad que nos acontece, segundo porque no tan sólo nos favorece a nosotros como estudiantes, sino que también a la entidad para mejorar el servicio público que siempre ha estado en discusión por parte de la ciudadanía y por último para que exista un feedback entre los egresados y tesisistas de la carrera, lo cual quizás podría

contribuir también a mejoras en las mallas curriculares y mantener las universidades actualizadas.

10.- RESUMEN

Introducción: Gracias a los avances en la medicina y la esperanza de vida prolongada, la población de Adultos Mayores aumentará en todo el mundo. Para la identificación de la mejor práctica clínica se realizan las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica. El año 2007 el MINSAL desarrolla la Guía Clínica Salud Oral Integral para el adulto de 60 años.

Objetivos: Evaluar el grado de conocimiento de los odontólogos sobre la Guía Clínica de Salud Oral Integral para el adulto de 60 años, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso.

Materiales y Métodos: Este estudio descriptivo de corte transversal, se realizó en base a cuestionario, a un total de 41 odontólogos. El registro de los datos se realizó a través del programa Microsoft Excel 2013, para posteriormente realizarse un análisis descriptivo de las variables cuantitativas, mediante promedios, desviación estándar e intervalo de confianza; mientras que las variables cualitativas fueron descritas por frecuencias y porcentajes.

Resultados: Un 72% de encuestados obtuvo un porcentaje de aprobación. Además un 73% de los odontólogos afirma seguir las recomendaciones de la guía. Aunque el 58% de éstos encontró que existen barreras, de los cuales un 45% señaló que estas barreras se relacionan con el centro de atención y el 27% señala que se relacionan con la propia guía.

Conclusiones: En relación al grado de conocimiento de los odontólogos de los CESFAM de la CORMUVAL sobre la guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años, el promedio es de nota 4.9.

11.- BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Envejecimiento y ciclo de vida. [internet] Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/.
2. INE. Síntesis Censo 2002 [internet]. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>.
3. Barrón Pavón Verónica, Ojeda Urzúa Gonzalo, Vera Sommer Susana, Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso Chile. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_barron.pdf.
4. San Martín C., Villanueva J. Cambios Sistémicos en el Paciente Adulto Mayor. Revista Dental de Chile 2002; 93 (2): 11-13. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202002/PDFs_agosto_2002/Cambios%20Sistemicos%20en%20el%20Paciente%20Adulto%20Mayor...%20.pdf.
5. San C, Villanueva J, Labraña G. Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor (Parte II) [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2002-11. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123456>.
6. Quezada Peña Cristóbal, Muñoz Ávila Daniela, Cueto Urbina Alfredo, Barraza Sáez Alan. Reforma de Salud en Chile: Evaluación Garantía Explícita en Salud Oral en Población de 60 Años. Int. J. Odontostomat. [revista en la Internet]. 2013 Ago ; 7(2): 319-326. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200024&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000200024>.
7. Soto Salinas, Andrea G. Incidencia, diagnóstico y prevención de estomatitis subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio "Víctor Emilio Valdivieso" del cantón Loja, periodo junio-noviembre 2011. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5295/1/Soto%20Salinas%20Andrea%20G.pdf>.
8. MINSAL, 2014. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf.
9. OMS. La salud mental y los adultos mayores, Sep 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
10. INE. Enfoque estadístico hombres y mujeres en Chile, Dic 2010. Disponible en: <http://www.ine.cl/canales/menu/boletines/enfoques/2010/2010/091210web.pdf>
11. Díaz Cárdenas Shyrley, Arrieta Vergara Katherine, Ramos Martínez Ketty. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]. 2012 Feb; 5(1): 9-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-

695X2012000100003&lng=es.
695X2012000100003.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>.

12. OMS. The World Oral Health Report , 2003. Disponible en : http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.
13. MINSAL. Guía clínica: Salud Oral Integral para el Adulto de 60 años, 2010. Santiago de Chile, Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>.
14. Cantarutti Martínez, C. (2013). Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de Urgencias Odontológicas Ambulatorias certificadas como GES en la Red de Centros de Salud Familiar Ancora... [internet] Saludpublicachile.cl. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/handle/123456789/341>.
15. Jara, T. (2015). Odontólogos UC se adjudicaron concurso público para proyecto que permitirá actualizar la Guía Clínica GES salud oral integral para adultos de 60 años del Ministerio de Salud - Escuela de Medicina. [internet] Medicina.uc.cl. Disponible en : <http://medicina.uc.cl/noviembre-2014/odontologas-uc-se-adjudicaron-concurso-publico-para-proyecto-que-permitira-actualizar-la-guia-clinica-ges-salud-oral-integral-para-adultos-de-60-anos-del-ministerio-de-salud>.
16. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical Attachment Loss in Chilean Adult Population: First Chilean National Dental Examination Survey [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - ; 2010-10 [citado: 2015, julio]. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123368>.
17. Rojas R, Aranda W, Gamonal J, Espinoza I. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - ; 2003-11. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123431>.
18. Riera S Paula, Martínez R Benjamín. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 May ; 133(5) : 555-563. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000500007>.
19. Saavedra Delgado, Sergio. Perfil y autopercepción de salud oral del paciente geriátrico de los establecimientos de larga estadía, 2013 (Tesis). Universidad de Valparaíso, Chile.
20. Splieth Christian. Meller Christian. Importancia de Medidas Preventivas en el Adulto Mayor. Rev. Den. Chi [revista en la internet] 2003; 94 (1): 8-12. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202003/PDFs_abril_2003/Importancia%20de%20Medidas%20Preventivas....pdf.
21. INE. Chile hacia el 2050 proyecciones de población, 2005. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2005/files/chile2050.pdf

22. Ministerio de desarrollo social, Casen adultos mayores síntesis de resultados, 2013. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf
23. SENAMA, marzo 2015. Disponible en: http://www.senama.cl/n5730_16-03-2015.html
24. INE. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020 País y Regiones, 2011. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/EstadisticasDemograficas/DEMOGRAFIA.pdf>
25. Pizarro Vallejos C, Valenzuela Ahumada D. Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la región de Valparaíso, 2012 (Tesis). Universidad de Valparaíso, Chile.
26. Superintendencia de Salud. ¿Qué es el AUGE o GES? Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-4605.html>
27. Bastías G, Andía M. Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación, - Ago 2007 (internet). Disponible en: <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/garantias-explicitas-en-salud-ges-seis-consideraciones-para-su-implementacion.pdf>
28. Superintendencia de Salud. En el "Mes de los más grandes": Conoce los beneficios del GES-AUGE para el adulto mayor - Orientación en Salud. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.[online] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-7230.html>
29. Bass del Campo, C. (2012). Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary?. Medwave, 12(11), pp.e5571-e5571. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571>.
30. Corporación Municipal Valparaíso. PLAN DE SALUD COMUNAL VALPARAÍSO, 2013. Disponible en: <http://www.cmvalpo.cl/v2/wp-content/uploads/2012/12/plansalud2013.pdf>
31. Baylon, J. (2014). Técnicas e instrumentos de medición cualitativa. [Internet] disponible en: <http://es.slideshare.net/jrbaylon/tecnicas-e-instrumentos-de-medicion-cualitativa>.
32. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos, marz 2014. Disponible en: <http://web.pschile.cl/npschile>.
33. MINSAL. Resumen ejecutivo estudios de difusión e implementación de la garantía explícita: salud oral integral para niños de 6 años, 2008. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/a14bd85994322821e04001011e01257d.pdf>
34. Pantoja Tomás, Valenzuela Lorena, Léniz Javiera, Castañó Carla. Guías de Práctica Clínica en el Régimen de Garantías en Salud: una evaluación crítica de su calidad. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2012 Nov [citado 2015 Jul 14]

- ; 140(11): 1391-13400. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001100003>.
35. Rodríguez EH, Sacsquispe SJ. Tasa de flujo salival y nivel de confort al emplear saliva artificial y caramelos de menta sin azúcar en adultos mayores con xerostomía. *Rev Estomatol Herediana* [internet] 2006; 16 (2) : 103 – 109. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1912>
36. Valicena M, Escalona LA. Manejo Terapéutico del paciente con Xerostomía. *Acta odontol. venez* [revista en la Internet]. 2001 Ene [citado 2015 Jul 14]; 39(1): 70-79. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000100013&lng=es.
37. Sáez Carriera Rolando, Carmona Maribel, Jiménez Quintana Zuilen, Alfaro Xiomara. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Jul 13]; 44(4): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es

12.- ANEXO 1- CUESTIONARIO

Consentimiento Informado

Estimado(a) Dr. (a):

Esta es una encuesta que forma parte de un seminario de tesis que busca medir el grado de conocimiento Odontogeriátrico en odontólogos de la atención primaria de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso.

El presente cuestionario está basado en la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento Odontogeriátrico en odontólogos pertenecientes a los Centros de atención primaria de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso.

Su participación en el estudio es voluntaria y de carácter anónimo. Se garantiza la confidencialidad en el manejo de los datos. Los datos obtenidos serán usados con fines exclusivamente científicos.

Usted tiene derecho a negar su participación, retirarse cuando lo desee y pedir que sus datos sean retirados.

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

Por lo anterior, voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio "Nivel de conocimiento Odontogeriátrico de los odontólogos pertenecientes a los centros de atención primaria de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso".

Firma

Le invitamos a responder el siguiente cuestionario en forma absolutamente anónima

CUESTIONARIO

Antecedentes

Sexo: F__ M__

Edad: ____

Universidad de Obtención del título de cirujano dentista:

Año de titulación: _____

¿Ha realizado algún postgrado (diplomado, magister, especialidad y/o doctorado)?:

SI ____ NO ____

especifique _____

Años de trabajo en el servicio público:

Cantidad de horas de trabajo semanal en servicio público _____

1. ¿Conoce Ud. la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010?

SI ___ NO ___

2. ¿Ha leído la guía clínica de Salud Oral Integral para Adultos de 60 años entregada por el MINSAL el año 2010?

SI ___ NO ___

3. ¿Cómo accedió al documento? (marque con una X)

Vía web Está disponible en mi lugar de trabajo No recuerda
 Otros (especifique): _____

En las siguientes preguntas **MARQUE CON UNA X LA O LAS ASEVERACIONES** que considere verdaderas en relación a los contenidos entregados en la GUÍA CLÍNICA SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE 60 AÑOS (MINSAL 2010)

4. En relación al cepillo dental para adultos mayores, la guía clínica recomienda:

Uso de un cepillo dental personal
 Cepillo de mango recto, penacho de filamentos de cerdas de nylon blando, de puntas redondeadas, todas de la misma altura
 Si el adulto tiene problemas motores, el mango se puede adaptar

5. En relación al uso de cepillo eléctrico en adultos mayores, la guía clínica indica:

Se recomienda su indicación a partir de los 60 años
 Se recomienda su indicación en pacientes con limitaciones motoras
 El cepillo eléctrico es más efectivo que el cepillo manual en el control de placa bacteriana

6. En relación a la técnica, frecuencia y duración de cepillado, la guía clínica recomienda:

Técnica de cepillado Bass modificada
 Cepillado al menos tres veces al día,
 Más que recomendar una técnica de cepillado, debe utilizarse la que mejor remueva la placa bacteriana, sin complicar al paciente
 Al menos dos veces al día, con una duración de 2 a 3 minutos
 Se debe indicar además el cepillado de la lengua.

Técnica de cepillado bass modificada, con una duración de 5 minutos

7.-Según la guía clínica, la elección del método de higiene interproximal adecuado para cada persona dependerá de:

Tamaño de los espacios interdentes

Las habilidades motoras

Preferencias del individuo

8. En relación a la limpieza y desinfección de la prótesis dental, la guía clínica recomienda:

Para la limpieza diaria, se recomienda remover y limpiar las prótesis con un cepillo suave, pasta dental y depositarlas en un recipiente con agua

La desinfección en casa se hace una vez por semana con 10 gotas de cloro en un vaso con agua

Sumergir la prótesis en un vaso con vinagre puro durante 8 horas

Las prótesis metálicas se deben sumergir en un vaso de agua con 10 gotas de cloro durante la noche

Para la desinfección de la prótesis es más efectivo el uso de tabletas efervescentes

9.-En relación al uso de fluoruros, en la guía clínica se establece que:

Sólo aplicado por un profesional previene el incremento de caries cervicales

Tanto el uso personal como el aplicado por un profesional ayudan en la prevención y progresión de la caries

Es recomendable enjuagarse con abundante agua posterior al cepillado

Los barnices de flúor deben aplicarse, al menos, cada seis meses en pacientes de alto riesgo de caries

10.-Según la guía clínica, entre las características de la mucosa oral normal en los adultos se encuentra:

Aspecto brillante
encía

Pérdida del punteado de la

Menor resistencia a las presiones y
menor capacidad para responder a influencias externas

11- Según la guía clínica, en los adultos mayores es común encontrar

Caries radiculares

Pérdida de reborde alveolar

Recesiones gingivales
periodontales

Enfermedades gingivales y

Alteración de la Dimensión vertical

12.-Según la guía clínica, la sensación de boca seca (xerostomía) en adultos mayores, en la mayoría de los casos, es una consecuencia de:

- Enfermedades sistémicas
 Radioterapia de cabeza y cuello
- Uso de medicamentos
 Ninguna de las anteriores

13.- En relación al tratamiento de la xerostomía, la guía clínica recomienda:

- Consumir una dieta baja en azúcares alcohol y tabaco
 Uso de chicles con xilitol
 Tomar constantes sorbos de agua a lo largo del día, y durante las comidas
 Agentes estimulantes farmacológicos como la pilocarpina
- Evitar el consumo de
 Saliva artificial

14.- Según la guía clínica, la estomatitis subprotésica se asocia frecuentemente a :

- Hipersensibilidad a acrílico
 Cándida estado
- Polifarmacia
 Prótesis desajustadas o en mal estado

15.- Según la guía clínica, cuál o cuáles de los siguientes fármacos de uso común en el Adulto Mayor, tienen como efecto secundario la aparición de xerostomía:

- Antihipertensivos
 AINES
 Antidepresivos
- Hipoglicemiantes Orales
 Ansiolíticos
 Antihistamínicos

16.- Según la guía clínica los planes de tratamiento en adultos mayores deben orientarse según los siguientes objetivos:

- Realizar el mínimo de Exodoncias remanente
 Proteger, restaurar y corregir todos los tejidos dentarios existentes paciente.
- Proteger el hueso alveolar
 Restaurar la función y estética
 Brindar comodidad al

17.- En relación al manejo de Enfermedades Gingivales y Periodontales las recomendaciones establecidas en la guía clínica para los pacientes con periodontitis moderada a severa son:

- Informar a estos pacientes de que pudiese existir un riesgo aumentado para enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas asociadas con periodontitis.
 Pacientes con periodontitis moderada a severa, que tienen un factor de riesgo reconocido para enfermedades cardiovasculares, tales como: fumar, antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, antecedentes de dislipidemia, debieran considerar una evaluación médica, si es que no lo han hecho durante los últimos 12 meses

Pacientes con periodontitis que presentan 2 o más factores de riesgo reconocido, deben ser referidos para una evaluación médica, si es que no lo han hecho durante los últimos 12 meses

18.- En relación al manejo de Enfermedades Gingivales y Periodontales, la guía clínica recomienda la derivación a un periodoncista en los siguientes casos:

- Periodontitis crónica severa
- Compromiso de furca
- Defecto óseo angular /vertical
- Periodontitis agresiva, absceso periodontal o alguna otra condición crónica
- Exposición radicular progresiva y/o recesión gingival progresiva y peri-implantitis

¿En la atención que Ud. le brinda a sus pacientes, sigue las recomendaciones de la GUÍA CLÍNICA SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE 60 AÑOS (MINSAL 2010)? Marque con una X.

Si No

¿Considera que existen barreras para no seguir las recomendaciones de la Guía?

Si No

Si contestó afirmativamente, entre las barreras que Ud. considera, marque con una X las que se acercan a su percepción (puede marcar más de una)

- De la propia Guía (dificultad en su lectura, dificultad en el acceso a la guía, poca credibilidad, etc.)
- Del odontólogo (certeza de que el tratamiento que otorga es el más efectivo, etc.)
- Del centro de atención (falta de tiempo para poder realizar la atención, falta de insumos, medicamentos, etc.
- Otros. Describa brevemente

.....
.....
.....

¿Qué beneficios considera Ud. que tiene la Guía? Explique brevemente

.....
.....
.....
.....

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En forma libre y voluntaria, declaro que revoco la autorización dada, a través del Consentimiento Informado, firmado anteriormente para que este cuestionario sea utilizado en el seminario de tesis "Nivel de conocimiento odontogeriátrico, de los odontólogos pertenecientes a los centros de atención primaria de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso"

Firma