

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE APLICACIÓN DE
LA PAUTA BUCODENTARIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 18
MESES EN LA COMUNA DE RECOLETA”**

VANESSA HAASE BAZÁN

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUÍA DE TESIS: DRA. CAROLINA MENDOZA VAN DER MOLEN

Santiago, Marzo 2015

Esta Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública fue financiada por CONICYT.

*Dedico sinceramente todo lo que contienen estas páginas a mi compañero de vida,
Mauricio, sin él nada hubiese sido posible.*

ADRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tutora, Carolina, quién demostró en cada etapa de este proceso: interés, apoyo y dedicación.

Agradezco a mis revisoras, Valentina y Andrea, por realizar observaciones que permitieron realizar mejoras en este trabajo.

Agradezco a la jefa del Departamento de Salud de Recoleta, Dra. María Eugenia Chadwick, por permitir que este estudio fuese realizado en la comuna de Recoleta.

Agradezco a mi amiga Marianela, quien colaboró en etapas claves de esta investigación.

Agradezco a mi querida Andrea, por contribuir en la calidad de estas líneas.

Agradezco a Rosenda, Claudia, Francisca y Karen, directoras de los CESFAM, por su excelente disposición al momento de la coordinación del trabajo de campo.

Agradezco a Roxana, que colaboró desinteresadamente en la búsqueda de fichas clínicas.

Agradezco al personal de SOME de los CESFAM, por la gentileza de recibirme en sus oficinas.

Agradezco inmensamente a los/as enfermeros/as de los establecimientos de Atención Primaria de Recoleta, por demostrar ese gran entusiasmo al momento de ser entrevistados.

ÍNDICE	
RESUMEN.....	7
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	12
2.1.- Epidemiología.....	12
2.2.- Intervenciones del Sistema Sanitario	17
2.3.- Caracterización de la Comuna de Recoleta y su red de Atención Primaria de Salud	27
2.4.- Resumen y justificación para realizar el estudio	32
III. OBJETIVOS	34
3.1.- Objetivo General	34
3.2.- Objetivos Específicos	34
IV. METODOLOGÍA	35
4.1.- Diseño del Estudio	35
4.2.- Definición de Universo	35
4.3.- Unidad de Observación y Análisis.....	36
4.4.- Determinación de la Muestra.....	36
4.5.- Descripción de las Etapas del Estudio	37
4.5.1- Primera etapa, Componente Cuantitativo	38
4.5.2- Segunda etapa, Componente Cualitativo.....	40
4.6.- Análisis de la Información	43
4.6.1- Etapa Cuantitativa	43
4.6.2- Etapa Cualitativa	43
4.6.3- Triangulación de Método Cualitativo y Cuantitativo	44
4.7.- Aspectos Éticos	44
V. RESULTADOS.....	46
5.1.- Resultados del Componente Cuantitativo.....	46
5.2.- Resultados del Componente Cualitativo	54
5.3.- Triangulación de los resultados cuantitativos y cualitativos.....	69
VI. RECOMENDACIONES	74
VII. DISCUSIÓN	78
VIII. CONCLUSIONES	83
IX. BIBLIOGRAFÍA	85
X. ANEXOS	91

ANEXO 1. Autorización Comité de Ética SSMN.	91
ANEXO 2. Autorización Comité de Ética CESFAM Cristo Vive.	92
ANEXO 3. Autorización Departamento de Salud de Recoleta.	93
ANEXO 4. Pauta Bucodentaria.	94
ANEXO 5. Pauta de Revisión.	95
ANEXO 6. Pauta de Preguntas de Entrevista.	96
ANEXO 7: Consentimiento Informado.	97

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población total y de 12 a 23 meses validada por FONASA. Año 2013.	28
Tabla 2. Dependencia y nivel de certificación de los CESFAM de Recoleta.	35
Tabla 3. Población Bajo Control estimada para el año 2013.	38
Tabla 4. Operacionalización de las Variables.	40
Tabla 5. Número de profesionales que efectúan Control de Salud, según establecimiento.	42
Tabla 6. Población de niños de 18-23 meses Bajo Control, según establecimiento de salud. Año 2013.	47
Tabla 7. Cobertura del Control de Salud en niños de 18-23 meses, según establecimiento de salud. Año 2013.	49
Tabla 8. Cobertura de aplicación de Pauta Bucodentaria en relación a la población de niños de 18-23 meses Bajo Control, según establecimiento de salud. Año 2013.	50
Tabla 9. Cobertura de aplicación de Pauta Bucodentaria en relación al Control de Salud en la población de niños de 18-23 meses, según establecimiento de salud. Año 2013.	51
Tabla 10. Descripción de la muestra de enfermeros entrevistados.	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de altas integrales sobre el total de altas totales, año 2013.	30
Gráfico 2. Prevalencia de caries en Recoleta. Año 2013.	31
Gráfico 3. Porcentaje de aplicación de Pauta Bucodentaria en niños que asistieron al Control de Salud de los 18 meses, según dependencia. Año 2013.	53

RESUMEN

La Salud Bucal en Chile se ve afectada en gran medida por tres patologías que presentan altas prevalencias: Caries Dentales, Periodonciopatías y Anomalías dentomaxilares, y las estrategias vigentes no han sido capaces de revertir esta situación. No obstante, estas enfermedades son potencialmente evitables si se instauran medidas preventivas, sobre todo si se ejecutan a temprana edad.

La *Pauta Bucodentaria* es un instrumento enmarcado en el Control de Salud que realiza el equipo pediátrico, que permite detectar factores de riesgo y/o daño de patologías bucales, con el fin de realizar el abordaje preventivo y promocional. En este sentido, el *Control de Salud de los dieciocho meses* realizado por el personal de enfermería, es el primer control odontológico formal que se efectúa en la Atención Primaria de Salud (APS), lo que facilita la detección temprana y una atención oportuna cuando el daño en niños y niñas aún es mínimo; sin embargo, a pesar de la importancia de esta actividad, no se conoce su cobertura, porque no se solicita en los registros estadísticos mensuales (REM).

En este contexto, el **objetivo** de esta tesis es “evaluar la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria ejecutada por enfermeros/as, en el Control de Salud de los dieciocho meses, en la población Bajo Control, en los cinco Establecimientos de Atención Primaria de la comuna de Recoleta”.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó como **metodología** el Estudio Descriptivo Transversal de tipo Mixto (cuantitativo y cualitativo), que en su fase cuantitativa, consideró la revisión de fichas clínicas de toda la población Bajo Control

de los cinco CESFAM de Recoleta, nacida entre el primero de Julio de 2011 y el 30 de Junio de 2012, a la cual le correspondía el Control de Salud de los 18 meses durante el año 2013. En esta población, se determinaron las coberturas de Control de Salud de los 18 meses y de Aplicación de Pauta Bucodentaria. Posteriormente, en la fase cualitativa, se realizó una entrevista semiestructurada a los enfermeros/as que realizan el Control de Salud de los 18 meses, con el propósito de determinar los elementos que inciden en la cobertura de aplicación de la Pauta.

Resultados: En relación a la Población Bajo Control, comunalmente se logró una cobertura del Control de Salud de 90,7%, oscilando entre un 87,9% y 94,5%; por su parte, la cobertura de la Aplicación de la Pauta Bucodentaria, fluctúa entre 0% en CESFAM Recoleta y 73,1% en CESFAM Cristo Vive. A su vez, respecto del Control de Salud, la aplicación de la Pauta varía entre 0% de CESFAM Recoleta y 79,7% en CESFAM Cristo Vive. Al comparar los centros municipalizados con CESFAM Cristo Vive, se observaron coberturas de aplicación de la Pauta de 29,7% y 79,7% respectivamente.

En la fase cualitativa, se logró identificar elementos obstaculizadores y facilitadores de la aplicación de la Pauta Bucodentaria que, principalmente, circulan por las dimensiones de promoción, prevención, coordinación y capacitación.

Considerando los resultados obtenidos, se proponen las siguientes **recomendaciones:** potenciar elementos facilitadores y superar barreras, a través de estrategias de Promoción y Prevención de la Salud Bucal, Coordinación entre

Programa Odontológico e Infantil y capacitación del personal de enfermería que realiza Controles de Salud.

Conclusiones: La amplia cobertura del Control de Salud de los 18 meses observado en la comuna de Recoleta, favorece la implementación de las estrategias antes descritas para aumentar el alcance de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, estrategias factibles de realizar según los hallazgos de esta investigación, ya que mediante la labor que realiza el personal de enfermería, existen posibilidades concretas para efectuar el abordaje de Salud Bucal con un enfoque integral en la población infantil, y así contribuir desde el trabajo en equipo, a lograr revertir las principales problemáticas de Salud Bucal de la población de la comuna.

I. INTRODUCCIÓN

La *Pauta Bucodentaria* es un instrumento que permite detectar factores de riesgo y/o daño de patologías bucales en niños. Esta herramienta se enmarca en el contexto del *Control de Salud* efectuado por el Equipo Pediátrico que ejerce en la Atención Primaria de Salud (APS).

Es importante destacar, que la mayoría de las iniciativas de *Salud Bucal* actúan desde el ámbito de la atención odontológica propiamente tal. A los 2 años corresponde el Control Odontológico Niño Sano, que también se realiza a los 4 años; posteriormente el GES de 6 años, seguido de la meta sanitaria correspondiente a los 12 años y, como grupo priorizado, los menores de 20 años, que constituye uno de los Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS).

A pesar de las diversas estrategias mencionadas, las estadísticas epidemiológicas demuestran que es necesario continuar trabajando para controlar las altas prevalencias de patologías bucales, manifestadas principalmente por Caries Dentales, Periodonciopatías y Anomalías dentomaxilares.

El *Control de Salud* efectuado por un Equipo Pediátrico en Atención Primaria de Salud, representa una oportunidad para acceder a los menores, a través del contacto directo con los padres durante su desarrollo. Junto a lo anterior, es fundamental poder incorporar el *Componente de Salud Bucal* con un enfoque de salud integral, constituyéndose en un eslabón clave de intervención a través de la prevención.

En este contexto, el *Control de Salud de los dieciocho meses*, realizado por el personal de enfermería, es muy importante, ya que por un lado a esta edad el daño es menor y por otro lado, representa el primer control odontológico formal que se realiza en APS.

A pesar de la relevancia de la Aplicación de la Pauta Bucodentaria, esta actividad no es registrada en las estadísticas mensuales (REM), por lo tanto no se tiene conocimiento concreto de si se implementa o no y las causas de ello. Considerando esta situación, este proyecto busca responder la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria ejecutada por enfermeros/as en el Control de Salud de los dieciocho meses?*

A partir de esta interrogante, se desprende como objetivo el “Evaluar la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria ejecutadas por enfermeros/as, en el Control de Salud de los dieciocho meses, en la población Bajo Control, en los cinco Establecimientos de Atención Primaria de la comuna de Recoleta.”

II. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

Dentro de los principales contenidos que sustentan el marco teórico de esta investigación y que serán revisados en profundidad, se encuentran los antecedentes *epidemiológicos* de las patologías bucales más prevalentes, seguido por la insuficiente respuesta que ha dado el *Sistema Sanitario* del país como solución a estas problemáticas. Entre estas estas prácticas se enmarca el Control de Salud de los dieciocho meses, a través de aplicación de la Pauta Bucodentaria, estrategia que merece ser estudiada y optimizada. Se incluye, además, una *caracterización* de la comuna de Recoleta, datos que sirven de insumo para apreciar cómo se comportan las variables a estudiar con una realidad particular.

2.1.- Epidemiología

En Chile existe un gran daño en la Salud Oral de la población, siendo las patologías bucales las más comunes de las enfermedades crónicas, tal como lo describió la investigación de Sheiham (1).

. La problemática se manifiesta principalmente a través de tres patologías:

Caries Dental: Enfermedad crónica mediada por bacterias organizadas en el denominado biofilm, que requiere de cantidades específicas de agua y nutrientes para su desarrollo (2). Esta patología afecta los tejidos duros del diente, produciendo desmineralización del esmalte, pudiendo abarcar los tejidos dentinario y pulpar. A

su vez la caries dental es considerada como responsable en gran medida de las pérdidas dentarias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), considera a esta patología como una de las más frecuentes a nivel mundial, presentando una prevalencia del 60 a 90% en escolares. Se puede manifestar apenas erupcionan los primeros dientes, alcanzando en Chile una frecuencia de 17,5% a los 2 años (4), llegando casi al 100% en adultos según el estudio realizado por Badenier (5); y en el estudio de Urzúa et al (7), se evidenciaron valores de COPD de 15.06 en adultos de 35 a 44 años, y de 21,58 en personas de 65 a 74 años.

Es importante destacar, que el desarrollo de caries, junto con producir destrucción de tejidos dentarios, genera otros problemas, como dolor y pérdidas dentarias, lo cual acarrea una serie de consecuencias que afectan desde la autoestima hasta la calidad de vida. Según Sheiham (1), en los niños puede provocar problemas de alimentación, debido al dolor de origen dentario.

En los grupos etarios por sobre los 17 años hasta los mayores de 65 años, todos tienen al menos un diente cavitado por caries. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) (6), determinó que el número de dientes cavitados por caries alcanza su máximo nivel en el tramo de 25-44 años con un promedio de 2,52 dientes afectados por caries.

El estudio de Urzúa et al (7), señala como factores de riesgo de caries el nivel educacional y nivel socioeconómico. Esta asociación es confirmada por Holst y Schuller en un estudio realizado en Noruega en 2011 (8) y por la Primera Encuesta Nacional de Salud realizada en Chile en 2003 (6).

Periodonciopatías: Grupo de patologías de origen infeccioso que clínicamente se caracterizan por pérdida de inserción y hueso alveolar, formación de sacos periodontales e inflamación gingival. “The American Academy of Periodontology” (9) señala que si la patología periodontal no es tratada como corresponde, la movilidad puede llegar hasta lograr la desinserción dentaria. El Ministerio de Salud (MINSAL) (10) ha determinado que este grupo de enfermedades comienzan desde la temprana edad, avanzando de manera crónica, logrando afectar de manera irreversible el tejido de sostén dentario hasta su pérdida, generalmente asintomática y de progresión crónica silenciosa, lo cual la hace difícil de percibir. Al igual que la caries dental su etiología también es infecciosa, pudiendo ser exacerbada por ciertos factores de riesgo, como por ejemplo: factores hereditarios o farmacológicos. A nivel mundial, estudios realizados en más de 35 países denotan una prevalencia superior al 75%, en personas de 35 a 44 años, tal como está descrito en documentos del MINSAL (10); además según la Organización Mundial de la Salud (3), las enfermedades periodontales avanzadas o graves, es decir las que pueden provocar pérdida dentaria, afectan a un 5 a 20% de los adultos. El estudio de Gamonal et al, del año 2010 (11) describe que en Chile la prevalencia de enfermedad periodontal puede llegar al 90% en la población adulta.

En niños, la enfermedad periodontal se manifiesta generalmente como gingivitis; esta inflamación de la encía está asociada a la acumulación de placa bacteriana, por lo que la adquisición temprana de hábitos de higiene y alimentación saludable es fundamentales para el control de esta enfermedad desde temprana edad.

La investigación de Soto et al (12), evidencia una prevalencia de gingivitis del 66,9%, en niños de 12 años.

Esta patología se presenta con mayor severidad en países subdesarrollados; de esta manera, una vez más se hace presente la inequidad en un problema de salud, descrito en el documento “Normas de Prevención de Enfermedades Periodontales y Gingivales” del MINSAL (10).

Anomalías dentomaxilares: Se trata de patologías que producen pérdida de la relación armónica entre los dientes y/o los maxilares, provocando daños estéticos y funcionales, pudiendo afectar la calidad de vida de las personas, tal como lo define el documento del MINSAL (13). En el mundo es considerada como tercera patología oral más frecuente y en Chile la frecuencia alcanza un 33,3% a los 4 años; 38,3% a los 6 años, descrito en el documento de Atención Primaria Odontológica del preescolar de 2 a 5 años (14). La investigación de Soto et al, del 2007 (12), describe una prevalencia del 53% a los 12 años.

Es importante realizar un manejo preventivo de esta patología, pues si el daño se instala, la APS no cuenta con prestaciones de índole correctivo, situación que produce elevadas listas de espera para la especialidad de ortodoncia. Sumado a lo anterior, acceder a un tratamiento particular representa un elevado valor que, en el caso de las familias más vulnerables, no pueden costear. Así, el tratamiento de esta patología se aborda de manera inequitativa.

El MINSAL, en su documento “Normas en la Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares” (13), indica que existen medidas de prevención de anomalías dentomaxilares efectivas y que perduran en el tiempo, resaltando que es fundamental el control de malos hábitos de succión, pues la severidad de estas patologías es directamente proporcional a la magnitud y frecuencia de éstos.

En conclusión, es importante destacar que estas tres patologías pueden manifestarse desde la primera infancia y son prevenibles a través de la implementación de estrategias preventivas y promocionales tempranas, tal como es señalado por el MINSAL en el año 2008 en el documento “Pautas de evaluación Bucodentaria” (15). Por lo tanto, mientras antes se realicen estas intervenciones, éstas serán más eficientes y efectivas, pues se trata de patologías evitables y controlables.

En el caso del adulto, el daño acumulado de estas tres patologías resulta muy difícil de abordar con los recursos económicos que el Estado destina a la Salud Oral, dato declarado por el MINSAL en su documento de 1998, “Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil” (16).

Es importante agregar los resultados del estudio de carga de enfermedad que se realizó en Chile el año 2007 (17), en el cual se constató que las condiciones de salud oral en conjunto (caries, edentulismo y periodontitis) suman un total de 52.305 AVISA, constituyendo el 1,4% de la carga de enfermedad medida a través de años de vida ajustados por discapacidad, posicionándose como la patología o condición de salud número dieciocho dentro de la muestra global.

Considerando la información anterior, el MINSAL (15) plantea que, hoy en día, es primordial desarrollar estrategias educativas y preventivas que generen conciencia en la población sobre la necesidad de prevenir estas patologías, con conductas de autocuidado instalados desde las edades más tempranas, pues el conocimiento de técnicas de higiene y buenos hábitos alimenticios facilitan la prevención de ellas,

que mientras antes sean implementadas, propiciarán factores protectores capaces de revertir los elevados índices de estas enfermedades en la población.

Llevar a cabo estas iniciativas es de gran relevancia en los grupos más vulnerables, en los cuales además de observarse un gran daño, existen mayores dificultades de acceso a tratamiento.

2.2.- Intervenciones del Sistema Sanitario

En Chile, las Estrategias de Salud en el Área Odontológica se instalan en grupos priorizados para hacer un uso más eficiente de los recursos y aumentar los beneficios en los que más lo necesiten. No obstante, los recursos económicos no son suficientes para contar con un odontólogo de 44 horas por cada 5000 beneficiarios, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, información descrita por el MINSAL en su informe “Evaluación Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010” (18).

A continuación se presentan los principales lineamientos y estrategias que se han implementado para brindar atención odontológica a la población:

Atención odontológica integral para personas menores de 20 años, que constituye un Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), debiendo cumplir metas establecidas a nivel país. La comuna de Recoleta, para el año 2013,

debía cumplir con una cobertura de 27,5% en altas odontológicas de personas menores de 20 años inscritas en APS y validadas por FONASA.

Control Odontológico Niño Sano (CONS): Corresponde al control de niños y niñas de 2 y 4 años, por parte del odontólogo, cuya finalidad es detectar y controlar factores de riesgo de patologías bucales, junto con la aplicación de medidas de prevención y tratamiento en caso de existir daño, para estandarizar estas actividades el MINSAL cuenta con las “Pautas de evaluación Bucodentaria” (15). En general la derivación al Servicio Dental se hace desde el Control de Salud de los dos años realizado en los establecimientos de APS. En esta actividad toma gran importancia la buena coordinación interdisciplinaria.

Es importante mantener sanas las piezas temporales, para evitar alteraciones de oclusión y además por qué el daño en piezas temporales es un factor de riesgo de en piezas definitivas.

Salud Oral Integral para Niños y Niñas de 6 años (GES): A esta edad al menor le corresponde ingresar al GES odontológico, teniendo garantizado acceso, calidad, oportunidad de atención y protección financiera, lo que está descrito en la guía clínica “Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años” del 2013 (19). Una de las principales medidas que se llevan a cabo en esta oportunidad es el sellado de los primeros molares definitivos, que coincide con la erupción de estas piezas dentaria, dando inicio a la instalación de la dentición mixta; esta actividad constituye una importante medida de protección específica. Además, se deben realizar todas las

Actividades recuperativas que el menor requiera, junto con educación en Salud Oral y la entrega de un kit de higiene oral, constituido por un cepillo dental y una pasta de dientes. También esta cobertura, representa una de las Metas Sanitarias de la APS, motivo por el cual el personal se ve motivado a entregar las prestaciones relacionadas con este compromiso.

Meta sanitaria de 12 años: Esta edad representa otro de los grupos priorizados de atención odontológica y también es una meta sanitaria. En Recoleta, el objetivo es alcanzar un 80% de altas odontológicas totales. La intervención en este periodo es muy relevante, dado que se termina de instalar la dentición permanente. Resultan importantes los hábitos de higiene que se puedan instaurar, así como toda maniobra preventiva. Es, en otras palabras, una segunda oportunidad para comenzar de cero con dientes sanos y por ende optar a una mejor calidad de vida.

Salud Oral Integral de la Embarazada (GES): La guía clínica “Salud Oral Integral de la Embarazada” del año 2013 (20), se apoya en la base del Programa Chile Crece Contigo (ChCC), que preconiza que los cuidados entregados durante la gestación son percibidos por los niños y niñas, por ende es importante propiciar un ambiente saludable para la madre y sus hijos desde ese momento, como lo define ChCC (21). El estudio “Embarazo y Salud Oral” de Palma (22), determina que el fundamento de intervenir en gestantes se basa en que el estado de Salud Bucal de la madre, afecta tanto en su bienestar como en el desarrollo de caries de sus hijos. El programa involucra tratamiento de caries, terapia de patologías periodontales y

rehabilitación protésica. Forma parte del plan de garantías explícitas en salud (AUGE/GES).

Atención de Urgencias Odontológicas Ambulatorias (GES): La atención de urgencia odontológica está garantizada para las siguientes patologías: pulpitis, absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico, absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales, pericoronaritis aguda, flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico, gingivitis úlcero necrótica, complicaciones post-exodoncia (hemorragia y alveolitis de los maxilares) y traumatismo dento alveolar. A excepción de los flegmones, el resto de las problemáticas es de resolución de APS.

También existen otras estrategias que operan a través de Programas Odontológicos efectuados en la APS, mediante el desarrollo de convenios con los Servicios de Salud correspondientes; éstos están destinados a los grupos más vulnerables, para contribuir a cubrir las necesidades de la población en cuanto a su Salud Bucal:

Salud Oral Integral del Adulto de 60 años (GES): destinado a la atención de personas de 60 años. Incorpora la realización de obturaciones, destartrajes, tratamientos de conductos, prótesis dentales, educación en salud oral y entrega de kit de aseo bucal. Todo adulto de esta edad puede acceder a esta atención, hasta alcanzar el alta integral. Forma parte del plan de garantías explícitas en salud (AUGE/GES).

Programa Odontológico Integral que incluye:

- ✓ Programa Mujeres y Hombres de Escasos Recursos: orientado a dar atención integral de personas de grupos vulnerables. Considera la confección de obturaciones, destartrajes, prótesis dentales, educación en salud oral y entrega de kit de aseo bucal.
- ✓ Programa Resolutividad, de Prótesis y Endodoncias: busca dar solución, en centros de APS, a usuarios que están en lista de espera de ambas especialidades.

Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Preescolar: enmarcado dentro de la Estrategia Nacional de Salud, corresponde a una serie de acciones preventivas realizadas en conjunto con el sector educación, el cual se ha instalado en algunas comunas del país. Consiste en realizar prevención y promoción de la Salud Oral en los establecimientos de educación preescolar, iniciativa que involucra acciones como: aplicación de barniz flúor, educación en Salud Oral y entrega de kit de higiene oral. Actualmente se lleva a cabo en los jardines infantiles de varias comunas del país y cada vez va abarcando más niños y sus familias.

El inconveniente de esta medida es que la educación preescolar a través de JUNJI e INTEGRAL, logra una cobertura menor al 40%, en el quintil más vulnerable, dejando al 60% sin posibilidades de acceso, de acuerdo a lo descrito en informes de la CASEN, el año 2011 (23).

Existen otras medidas que actúan desde el Sector Salud con amplia cobertura y que pretenden atender a la población desde que tienen meses de vida. Es así como en el año 1998, el MINSAL elaboró la pauta “Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil” (16), que incorpora el *Componente de Salud Bucodental en el Control de Salud del Niño*, actividad periódica, programada e incremental que incluye acciones que buscan evaluar y controlar el desarrollo normal del sistema estomatognático, promover conductas de autocuidado y prevenir enfermedades, incluyendo las tres mencionadas anteriormente. Posteriormente, el año 2008 apareció la segunda edición denominada “Pautas de Evaluación Bucodentaria” (15), que en relación a la del año 1998, es más específica en cuanto a sus objetivos. A pesar de que la primera reconoce la importancia de la coordinación entre el odontólogo y el resto del equipo pediátrico, la instalación de maniobras preventivas tempranas y detección de factores de riesgo, es la segunda la que promueve el Control Odontológico con pesquisa de factores de riesgos y patologías, por parte del enfermero/a, desde los dieciocho meses en el Control de Salud respectivo, estrategia que se encuentra vigente desde el año 2008 y que busca una cobertura del 100% de los niños que asisten a los controles. Esta acción debería quedar consignada en: carné de salud, ficha ad hoc (Pauta Bucodentaria, Anexo 4), tarjetón de prestaciones y ficha clínica, pero no considera el registro en la hoja diaria de actividades, ni en las estadísticas mensuales, motivo por el cual no se tiene conocimiento de la cobertura de esta actividad en ninguno de las dos oportunidades mencionadas.

La Pauta Bucodentaria está conformada básicamente por cinco partes (Ver anexo 4):

1. Hábitos alimenticios: este ítem considera revisar si el menor tiene alguno de los siguientes factores de riesgos: uso de mamadera nocturna, ausencia de lactancia materna los 6 primeros meses y consumo de alimentos azucarados.
2. Hábitos de higiene y otros: este punto busca constatar si existe cepillado y/o su respectiva técnica, succión digital, uso de chupete y respiración bucal.
3. Examen oral: se refiere a la revisión de existencia de dientes supernumerarios, placa bacteriana, caries (y daño por caries), y anomalías dentomaxilares.
4. Puntaje: una vez que se aplica la pauta, se suma el puntaje obtenido, se consigna en este sector de la pauta y se deriva al odontólogo en caso que corresponda.
5. Derivación: corresponde la derivación bajo dos condiciones: por riesgo o por daño. Se deriva por riesgo con puntaje mayor o igual a 3 puntos y en caso de niños prematuros se toma en cuenta un valor igual o mayor a 2. A su vez por daño, se deriva cuando hay presencia de desmineralización, caries, anomalía dentomaxilar o dientes supernumerarios.

En el documento anteriormente descrito (15) se señala que estas estrategias otorgan mayor equidad, estando al alcance de todos los niños que acuden a los controles. La eventual desventaja radica en que también en este Control de Salud

corresponde efectuar evaluación de medidas antropométricas (medición de talla, peso), estado nutricional y examen físico completo; evaluación del Desarrollo Psicomotor, que considera evaluación de habilidades del lenguaje, habilidades sociales y habilidades motoras finas y gruesas que además constituye una meta sanitaria. Estas actividades son consideradas de gran importancia por el personal pediátrico, por lo que podrían dejar en un segundo plano la aplicación de la Pauta Bucodentaria.

El estudio “Pautas para la Salud Bucal en los primeros años de vida” realizado por odontopediatras en el año 2010 (24), confirma la importancia de la aplicación de este instrumento durante los Controles de Salud y releva que su confección sea a base de evidencia científica, siendo efectuadas en etapas tempranas y por equipos interdisciplinarios.

Monsalves, en su estudio “La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual” del año 2012 (25), afirma que los controles de Salud Bucal contribuyen en gran medida para mantener a la población sana, pues permite pesquisar factores de riesgo y daño incipiente, lo cual posibilita tomar acciones tempranas más costo-efectivas.

Estas acciones no sólo abarcan al equipo odontológico, sino también al resto del Equipo Pediátrico, tales como enfermero/a, médico y nutricionista, aprovechando que estos profesionales tienen un contacto más frecuente con los niños y sus padres. La Federación Dental Internacional (FDI), en su informe “Llevar al Mundo hacia una Salud Bucodental Óptima” (26), promueve la educación odontológica a

nivel interprofesional, utilizando estrategias que buscan la integración de la Salud Bucal en la salud general, mediante un enfoque preventivo. De este modo, el equipo podría actuar desde el nacimiento del menor, detectando factores de riesgo, presencia de daño y realizando educación. Junto con lo anterior se consigue trabajar en equipo, logrando un enfoque integral de Salud Bucal a lo largo del ciclo vital.

Como ya se ha señalado, las tres patologías en cuestión se instalan a temprana edad, por lo tanto es importante realizar las intervenciones antes de que el daño ocurra. Es por este motivo que las estrategias desde los Controles de Salud con el Equipo Pediátrico son fundamentales, porque a diferencia de la mayoría de las iniciativas presentes que se mencionan con anterioridad, están posicionadas previo a la ocurrencia del daño y desde un campo distinto al del odontólogo, que actúa en un box dental, lugar poco atractivo para realizar prevención en menores de edad.

La Organización Mundial de la Salud, en su documento “Plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad” del año 2006, (27), destaca la importancia de la prevención en salud bucodental a nivel de APS, dando énfasis a los grupos más vulnerables. Por otro lado promueve la asistencia básica por parte de agentes de APS formados especialmente para ello. En nuestro país, este rol, más bien educativo, lo podría ejercer el personal de enfermería de nuestros establecimientos de APS.

Un estudio realizado el año 2010 por Abarca, evaluó la calidad del CONS (28), concluyendo que existen serios problemas de registro de actividades y deficientes

habilidades del personal odontológico para realizar estas acciones. Ahora bien, también es primordial saber qué ocurre con las iniciativas, no menos importantes, que actúan desde los otros profesionales de la salud, apoyo que es valorado por los odontólogos, pero que no se ha estudiado a cabalidad.

En otros países de Latinoamérica también se han instaurado algunas estrategias que buscan incorporar el componente de salud oral de manera integral, como el caso de México, donde el enfoque de atención está basado en el modelo de “Atención Preventiva Integrada” (29), bajo el cual el control de los tres años efectuado por la enfermera, involucra instrucción de técnicas de higiene y buenos hábitos alimenticios para prevenir enfermedades bucales, junto con evaluación de daño y recomendación de visitas al odontólogo cuando existe patología, formando parte del Programa de Atención Preventiva Integrada.

Por su parte, en Cuba se realizan intervenciones, en las cuales el estomatólogo forma parte del equipo de salud, denominado Grupo Básico de Trabajo. En este equipo están definidas las estrategias promocionales a seguir mediante un diagnóstico previo de salud oral. En este modelo, es el estomatólogo quién prepara al médico general integral para abordar la ejecución de los objetivos del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral de la Población, tal como lo describe Rodríguez y Baly (30).

Los mejores niveles de Salud Oral se encuentran en Europa. Un estudio realizado en Móstoles el año 2009 (31), indica que en países europeos se describen índices COPD entre 0,6 y 0,8 a los 12 años, cifra que está muy por debajo de los valores

que se manejan en nuestro país y América Latina. Esto se debería al conocimiento temprano de técnicas de higiene, fluoración de las aguas y a la implementación de programas de atención odontológica escolar, abarcando a más del 90% de este grupo.

2.3.- Caracterización de la Comuna de Recoleta y su red de Atención

Primaria de Salud

Recoleta es una comuna de tipo urbana que se ubica en el área norte de la Región Metropolitana. En la comuna viven 148.220 habitantes, en una superficie de 16,2 km², logrando una densidad poblacional de 9.149,40 habitantes/ km², datos obtenido del Instituto Nacional de Estadísticas, año 2002 (32). Su ubicación céntrica en relación a la región, le otorga el privilegio de acceso directo a una variedad de servicios. La comuna se destaca por su riqueza cultural y patrimonial, junto con poseer zonas de comercio y productivas que generan trabajo e ingresos.

En relación a la administración política, pertenece al distrito 19 y a la séptima suscripción senatorial. Administrativamente, se divide en seis macrozonas y 36 unidades vecinales.

El Sistema Nacional de Información Municipal (33), ha reportado, respecto del nivel socioeconómico, un porcentaje de población en condiciones de pobreza de 10.9%, dato que se asemeja al valor promedio de la Región Metropolitana, de acuerdo a los hallazgos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, año 2009 (34).

La APS de la comuna de Recoleta forma parte de la red asistencial de Servicio de Salud Metropolitano Norte. Está conformada por cinco Centros de Salud Familiar: CESFAM Dr. Juan Petrinovic Briones, CESFAM Recoleta, CEFAM Quinta Bella, CESFAM Dr. Patricio Hevia Rivas y CESFAM Cristo Vive. Los cuatro primeros dependen de la Municipalidad de Recoleta y CESFAM Cristo Vive de una Organización no Gubernamental (ONG). Es importante agregar que al momento del estudio sólo CESFAM Cristo Vive contaba con ficha clínica electrónica, y que actualmente este sistema ya ha sido implementado en la salud municipalizada.

En el siguiente cuadro se aprecia la población total validada por FONASA para cada centro y la población de niños y niñas de 12 a 23 meses, grupo en el cual se encuentra la población en estudio. La población Bajo Control será descrita en la fase de metodología.

Tabla 1. Población total y de 12 a 23 meses validada por FONASA. Año 2013.

CESFAM	Total Población Año 2013	Población Niños: 12 a 23 meses
Dr. Juan Petrinovic	28875	412
Quinta Bella	23711	321
Recoleta	30818	537
Dr. Patricio Hevia	10233	136
Cristo Vive	20885	252
Total	114522	1658

Estos Centros de Salud cuentan con equipos pediátricos capaces de realizar los Controles de Salud correspondientes a su población objetivo.

Un estudio epidemiológico realizado por la Unidad Técnica del Departamento de Salud, demostró que los principales problemas de salud de la comuna son:

mortalidad infantil, mortalidad general e incidencia de tuberculosis. Como es sabido, la mortalidad infantil se relaciona con bajo nivel educacional de la madre. Y el bajo nivel educacional hace a la población más vulnerable a las patologías, incluyendo las bucales.

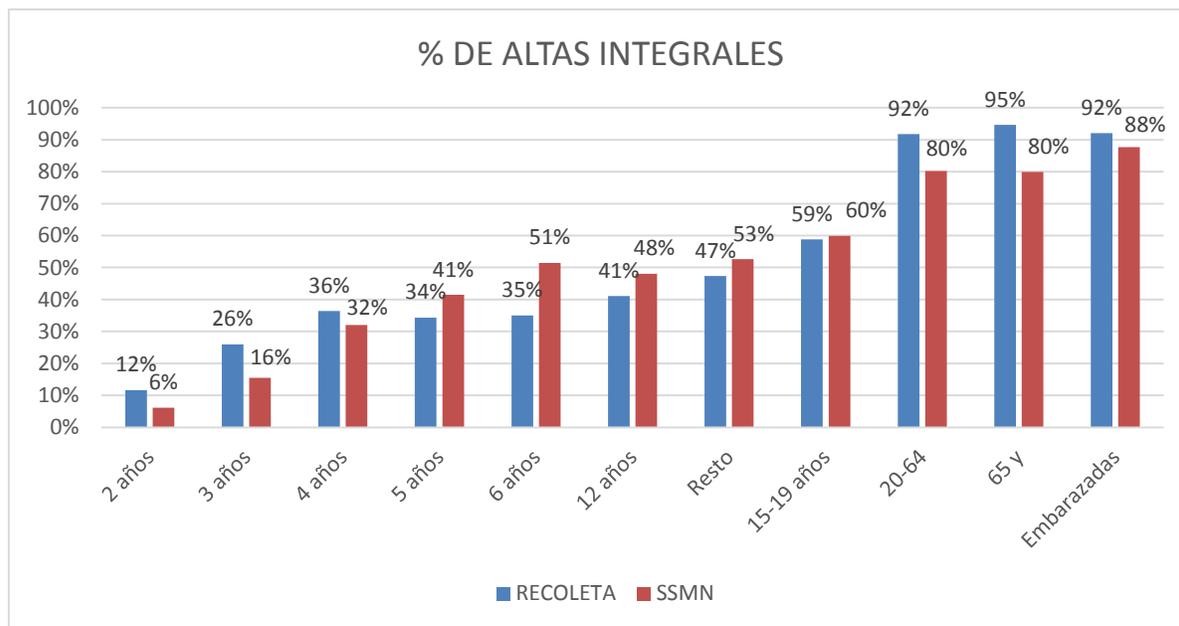
Respecto del área Salud Bucal, en el siguiente apartado se presenta un análisis de las altas odontológicas de la comuna. Se evaluó la distribución de Altas Odontológicas Totales, compuestas por:

- Altas Educativas: la intervención consiste en educación en salud oral, no incluye ningún tipo de tratamiento debido a la ausencia de daño.
- Altas Preventivas: sumada a la educación en salud oral, incluye actividades clínicas preventivas, como por ejemplo: sellantes, destartrajes supragingivales y fluoraciones. En esta situación tampoco se constata daño.
- Altas Integrales: además de las actividades educativas y preventivas, se realizan acciones ligadas al tratamiento, como por ejemplo: obturaciones y extracciones dentarias o destartrajes subgingivales. Este tipo de altas se dan en la población que manifiesta daño en su Salud Bucal.

Según los resultados encontrados en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (35), tal como se aprecia en el gráfico N°1, existe un mayor número de Altas Odontológicas Integrales en relación a las Altas Educativas y Preventivas en Recoleta versus el total de comunas del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) en niños menores de cinco años; esta situación podría

representar mayores necesidades de tratamiento, eventualmente provocadas por un mayor daño en la Salud Oral de la población.

Gráfico 1. Porcentaje de altas integrales sobre el total de altas totales, año 2013.



Fuente: Elaboración propia, datos abstraídos del DEIS

Esta información demuestra que Recoleta es una comuna que podría presentar un elevado daño en la Salud Bucal de su población.

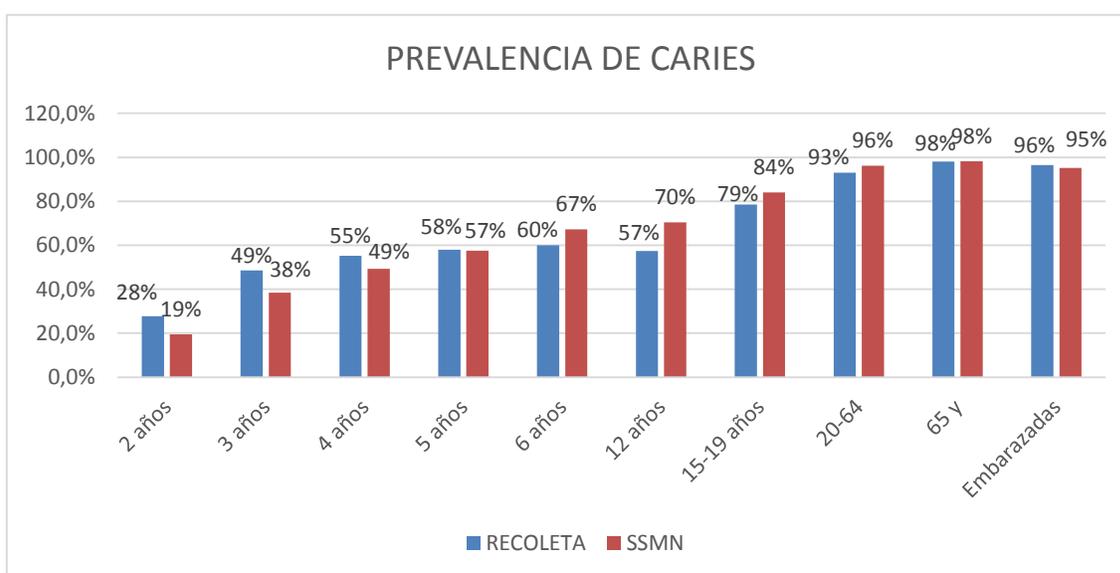
Para complementar la información presentada con anterioridad, también se hizo una evaluación de la prevalencia de caries, representada por los índices COPD y CEOD de los cinco CESFAM de Recoleta, dato que es recogido al momento del diagnóstico e ingreso a tratamiento odontológico.

Este dato es registrado en el REM 9 e indica la historia de daño por caries en piezas definitivas y temporales, tomando en cuenta piezas obturadas, piezas con caries

activas y piezas perdidas o con indicación de extracción (en el caso de las piezas temporales).

Los valores mayores a "0" indican historia de patología y los valores iguales a "0" indica ausencia de daño por caries, por lo tanto se diagnostican como individuos sin historia de caries.

Gráfico 2. Prevalencia de caries en Recoleta. Año 2013.



Fuente: Elaboración propia, datos abstraídos del DEIS.

En el gráfico N°2 se aprecia una elevada prevalencia de daño por caries en el grupo de los 2,3 y 4 años que ingresan a tratamiento en Recoleta, en comparación con el SSMN. A los dos años el valor observado en Recoleta, supera con creces el 17,5% observado a nivel nacional (4); y en los adultos se alcanza un valor cercano al 100%, tal como lo demuestra el estudio de Badenier (5).

2.4.- Resumen y justificación para realizar el estudio

Como se ha mencionado anteriormente, las patologías bucales presentan una elevada prevalencia en el país y en la comuna de Recoleta. Esta situación requiere que se estudien las estrategias vigentes.

Según el manual “Atención Primaria Odontológica del preescolar de 2 a 5 años” (14) las maniobras preventivas son importantes en este ámbito de acción, pues son más costo-efectivas y generan menor resistencia en la población, sobre todo en el área odontológica, ya que el tratamiento odontológico requiere la adaptación del niño a la atención clínica.

En este contexto, se cuenta con una oportunidad de intervención, el Control de Salud de los dieciocho meses de edad realizado por la enfermera en la APS. Esta actividad es de carácter obligatorio y exigido para el retiro de alimentos en los CESFAM, lo que ayuda a obtener una amplia cobertura. En este Control de Salud se realiza la aplicación de la Pauta Bucodentaria, cuya finalidad es pesquisar riesgos y así prevenir patologías; a pesar de esto, **no se conoce la cobertura de esta iniciativa**, ya que no se ha incorporado a los registros estadísticos mensuales (REM) de los establecimientos de salud.

Por otro lado, su relevancia también se sustenta en el hecho que a esta edad el daño en la Salud Bucal es menor. Sin embargo, no podemos desconocer su presencia, teniendo una prevalencia de caries del 17,5% a los dos años, según el MINSAL (4). Dato que en Recoleta toma relevancia debido a las elevadas prevalencias de caries (27,7%) de los niños de 2 años que ingresan a tratamiento

tienen historia de caries, según la información disponible en el DEIS (35), representando valores muy superiores a lo descrito a nivel país.

Junto con lo anterior, en este Control de Salud también se realiza la evaluación del desarrollo psicomotor, que representa un compromiso de gestión y Meta Sanitaria, lo cual podía desplazar la aplicación de la pauta. Sin embargo, no podemos realizar una afirmación de ese tipo porque, como se ha mencionado anteriormente, esta actividad no se registra en las estadísticas, motivo por el cual no conocemos el real porcentaje de aplicación de este instrumento en la APS.

Tampoco existe conocimiento de cuáles son los elementos, ya sea facilitadores u obstaculizadores, que afectan la ejecución de esta estrategia. Una vez identificados estos elementos, podemos aprovechar al máximo el potencial con el que contamos en la Atención Primaria de Salud, espacio en el cual contamos con un Equipo Pediátrico que podría contribuir en el abordaje del componente de Salud Bucal, como parte de la salud integral de niños y niñas.

III. OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General

Evaluar la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria ejecutada por enfermeros/as, en el Control de Salud de los dieciocho meses en la población Bajo Control, en los cinco Establecimientos de Atención Primaria de la comuna de Recoleta.

3.2.- Objetivos Específicos

1. Determinar la cobertura del Control de Salud de los dieciocho meses en los cinco establecimientos de Atención Primaria de Salud de Recoleta.
2. Definir la proporción de Pautas Bucodentarias aplicadas por el personal de enfermería, en relación a los niños que asisten al Control de Salud de los dieciocho meses y en relación a la población Bajo Control, en los establecimientos de APS de Recoleta.
3. Comparar la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria entre los cuatro Establecimientos de Salud Municipales y CESFAM Cristo Vive.
4. Identificar los elementos que facilitan u obstaculizan la aplicación de la Pauta Bucodentaria.
5. Formular recomendaciones que permitan optimizar la aplicación de la Pauta Bucodentaria.

IV. METODOLOGÍA

4.1.- Diseño del Estudio: Se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo Mixto, el que se llevó a cabo en dos etapas: un componente cuantitativo seguido de una etapa cualitativa.

4.2.- Definición de Universo:

El universo de esta investigación está constituido por el total de niños y niñas, de los cinco CESFAM de Recoleta (Ver tabla 2), nacidos entre el primero de julio de 2011 y el 30 de junio de 2012; se trata de los menores que cumplen dieciocho meses entre enero y diciembre de 2013 y deberían haber asistido al Control de Salud respectivo.

Como esta actividad puede ser realizada hasta los 23 meses, el corte para la recolección de información se realizó en junio de 2014, con el propósito de revisar el total de niños y niñas, antes que cumplieran los 2 años, edad en la que corresponde realizar el siguiente Control de Salud.

Tabla 2. Dependencia y nivel de certificación de los CESFAM de Recoleta.

CESFAM	Dependencia Técnica	Dependencia Administrativa	Nivel de Certificación
Recoleta	SSMN	I. Municipalidad de Recoleta	Medio
Dr. Juan Petrinovic	SSMN	I. Municipalidad de Recoleta	Medio
Quinta Bella	SSMN	I. Municipalidad de Recoleta	Medio
Dr. Patricio Hevia	SSMN	I. Municipalidad de Recoleta	Medio
Cristo Vive	SSMN	ONG	Alto

Fuente: Dirección de Establecimientos de APS de Recoleta.

Cabe destacar, que los cuatro establecimientos municipalizados se encuentran en nivel medio de certificación como CESFAM. A su vez CESFAM Cristo Vive, es dependiente de una ONG y se encuentra en el nivel superior de desarrollo, por lo tanto interesa ver las diferencias.

Para el complemento cualitativo, se consideró al total de enfermeros y enfermeras que realizan el control de salud de los 18 meses en los 5 establecimientos de salud de la comuna.

4.3.- Unidad de Observación y Análisis:

La unidad de observación y análisis corresponde a los Centros de Salud Familiar de la Comuna de Recoleta.

4.4.- Determinación de la Muestra:

En este estudio se trabajó con el universo, correspondiente a la totalidad de la población Bajo Control de todos los CESFAM de Recoleta, nacida entre el primero de Julio del 2011 y el 30 de Junio del 2012, a la cual le correspondía el Control de Salud de los dieciocho meses, durante el año 2013.

Criterios de inclusión de los Establecimientos de APS:

- ✓ Pertener a la red de Atención Primaria de la Comuna de Recoleta.
- ✓ Otorgar la prestación: “Control de Salud de los dieciocho meses”.
- ✓ Aceptación y autorización para participar en el estudio:
 - Centros municipalizados: autorización por parte del Departamento de Salud de Recoleta y Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte.
 - CESFAM Cristo Vive: autorización del comité de ética del establecimiento.

Para el componente cualitativo, se seleccionó una muestra de enfermeras y enfermeros en los 5 establecimientos de salud. Los criterios de selección de esta muestra se describen más adelante.

4.5.- Descripción de las Etapas del Estudio:

Así como este trabajo incluyó a la totalidad de Centros de Salud, también buscó abarcar y estudiar la cobertura de la aplicación de la pauta en relación a toda la población Bajo Control de dieciocho meses, a la cual le correspondía el control en cuestión y a los profesionales que realizan esta actividad. Por lo tanto, para evaluar la cobertura y los factores que la determinan, el estudio se llevó a cabo en dos etapas:

4.5.1- Primera etapa, Componente Cuantitativo:

Para comenzar el estudio se recurrió a las cartolas de atención de la población Bajo Control, nacida entre el primero de julio del 2011 y el 30 de junio del 2012. De esta manera, fueron identificados los menores comprendidos en esta investigación y posteriormente se buscaron las fichas clínicas.

CESFAM Cristo Vive cuenta con ficha clínica digital, por lo tanto tiene acceso directo a la ficha según cohorte de año de nacimiento.

Es importante destacar que no se recogió información que permitiera identificar al niño o niña, cuya identidad fue y será mantenida en el anonimato (ID es un número distinto al número de ficha o rut). Para resguardar la confidencialidad, la revisión de fichas sólo fue efectuada por una de las autoras del estudio.

En la etapa de protocolo se había estimado un total de 1049 fichas clínicas a revisar, de los 1049 niños a los cuales correspondía el Control de Salud de los dieciocho meses, entre enero y diciembre de 2013, en los cinco establecimientos de APS. (Ver tabla 3). Sin embargo, finalmente se determinó una población de 1407 niños y niñas a nivel comunal.

Tabla 3. Población Bajo Control estimada para el año 2013.

CESFAM	Población de 18 a 23 meses
Dr. Patricio Hevia	75
Dr. Juan Petrinovic	233
Recoleta	233
Quinta Bella	258
Cristo Vive	250
TOTAL	1049

Fuente: Estimación de REM (Serie P, diciembre de 2012).

Sobre la base de la información comprendida en las fichas clínicas, se definió la cobertura de los Controles de Salud de los dieciocho meses en cada establecimiento, siendo el numerador el número de controles de salud efectuados y el denominador la población de 18 a 23 meses Bajo Control.

Posteriormente, se determinó la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria en niños y niñas Bajo Control que asistieron al Control de Salud respectivo, a partir de la revisión de las fichas clínicas. El numerador, fue definido por el número de Pautas Bucodentarias y el denominador fue, por un lado, el número de menores Bajo Control (cobertura absoluta) y por otro, el número de Controles de Salud efectuados (cobertura relativa). La cobertura absoluta es de gran relevancia, ya que representa la cobertura real en la comuna, con base en el total de la población, e independiente del Control de Salud.

Para llevar a cabo esta etapa, se elaboró una *pauta de revisión*, para constatar si la ficha clínica incluye la información relacionada con el Control de Salud en cuestión y la aplicación de las Pautas Bucodentarias. (Ver anexo 5).

Dentro de los parámetros a observar y chequear en la ficha clínica están el registro propiamente tal del Control de Salud, registro de la aplicación de Pautas Bucodentarias y la incorporación física de la Pauta Bucodentaria en la ficha clínica.

Operacionalización de Variables: En la tabla N° 4 se presenta la operacionalización de variables de esta investigación, con el propósito de identificar los aspectos cuantitativos que fueron analizados en detalle mediante el estudio estadístico.

Las variables “Control de Salud” y “Aplicación de la Pauta Bucodentaria”, permitieron determinar las coberturas del Control de Salud y de la aplicación de la Pauta Bucodentaria.

Tabla 4. Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nombre de CESFAM	Identificación del centro de salud familiar	Categórica nominal	Recoleta, Petrinovic, Quinta Bella, Dr. Hevia, Cristo Vive	Departamento de Salud Comunal
Dependencia del CESFAM	Dependencia administrativa	Categórica nominal	Municipal, ONG	SSMN
Sexo del menor	Determinación del sexo	Categórica Dicotómica	Mujer, hombre	Ficha clínica
Control de Salud	Evaluación de salud realizada por enfermeros a los 18 meses	Categórica Dicotómica	Sí, No	Ficha clínica
Aplicación de la Pauta Bucodentaria	Registro la aplicación de la Pauta Bucodentaria en ficha clínica	Categórica Dicotómica	Sí, No	Ficha clínica

4.5.2- Segunda etapa, Componente Cualitativo:

Correspondió a la realización de una entrevista semiestructurada a profesionales (enfermeros/as) que realizan el Control de Salud de los dieciocho meses.

Previo a la realización de la entrevista, se consideró contar con el consentimiento informado de los/as enfermeros/as que participarían en la investigación. (Anexo 7),

debido a que la conversación sería grabada y utilizada para los fines de esta investigación.

La entrevista se basó en un set de preguntas guía especialmente confeccionado para este trabajo (Ver anexo 6). Esta pauta se elaboró con la finalidad de prestar orientación al momento de realizar las entrevistas a los profesionales involucrados en este estudio. La idea era generar un ambiente de confianza y colaboración, que permitiera explorar y extraer los principales elementos que repercuten en la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria.

La entrevista fue efectuada por una de las autoras de este estudio y simultáneamente fue grabada para su posterior transcripción y análisis.

Las dimensiones que se estudiarán mediante este instrumento son:

1. Caracterización y posición del entrevistado; busca:

- Generar confianza con el entrevistado.
- Obtener un perfil del entrevistado.

2. Importancia del componente de Salud Bucal para el entrevistado; busca explorar:

- Percepciones y visiones respecto a la Salud Bucal.
- Valoración de la aplicación de la Pauta Bucodentaria.

3. Aplicación y registro de las Pautas Bucodentarias; busca explorar:

- Rigurosidad al momento de abarcar el componente de Salud Bucal y su registro.

4. Capacitación; busca explorar:

- Valoración de la capacitación en Salud Bucal.

5. Coordinación; busca explorar:

- Valoración del enfoque interdisciplinario.

6. Barreras y propuestas de mejoras; busca explorar:

- Debilidades y amenazas que afectan la aplicación de la Pauta.
- Posibilidades de optimizar la intervención.

Finalmente, se consideró un espacio para que el entrevistado manifestara antecedentes relevantes que no hubiesen sido abordados en la entrevista.

La APS de Recoleta, estando la dotación completa, cuenta aproximadamente con treinta y cinco enfermero/as que realizan el control en estudio (Tabla N°5). Se entrevistó a enfermeros/as de los cinco establecimientos hasta alcanzar saturación de la información, abarcando un total de 10 profesionales, información que será detallada en el capítulo de los resultados.

Tabla 5. Número de profesionales que efectúan Control de Salud, según establecimiento.

CESFAM	Número de Enfermeros/as que realizan Controles de Salud
Dr. Patricio Hevia Rivas	4
Dr. Juan Petrinovic	9
Recoleta	9
Quinta Bella	9
Cristo Vive	4

La finalidad de esta fase fue obtener los datos cualitativos que permitan identificar los elementos que facilitan y obstaculizan la aplicación de la pauta, afectando de manera directa en la cobertura de la aplicación de la misma.

4.6.- Análisis de la Información

4.6.1- Etapa Cuantitativa:

Se utilizó programa Microsoft Excel 2013 para el análisis de los datos mediante estadística descriptiva, con el fin de determinar la cobertura de Aplicación de la Pauta Bucodentaria y del Control de Salud de los dieciocho meses, representada por frecuencias absolutas y relativas.

En esta investigación se trabajó con el Universo de la población en estudio, por lo tanto, se decidió no realizar test estadísticos para verificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las coberturas de aplicación de la Pauta Bucodentaria encontradas en los establecimientos de Salud, ya que los resultados cuantitativos representan valores y diferencias reales.

4.6.2- Etapa Cualitativa:

Se realizó un análisis de contenido. Una vez transcritos los datos, estos fueron leídos y analizados en profundidad. Posteriormente la información fue clasificada y codificada, con el fin de construir las categorías y subcategorías de estudio.

En el siguiente capítulo, los hallazgos se presentarán haciendo referencia a citas que representan la opinión de los participantes, para luego realizar la interpretación de los resultados, con el fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación.

4.6.3- Triangulación de Método Cualitativo y Cuantitativo:

Una vez que se obtuvieron los resultados de los aspectos cualitativos y cuantitativos, fue necesario integrarlos para ver de qué forma se relacionan, vale decir, indagar de qué manera los hallazgos de las entrevistas, tales como las percepciones de los profesionales (elementos facilitadores y obstaculizadores) explican la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria encontrada.

4.7.- Aspectos Éticos

Para realizar la etapa cuantitativa de esta investigación se requería la revisión de fichas clínicas. Cabe señalar que la información de los usuarios que fue recolectada no constituía datos sensibles, y la revisión de fichas clínicas sólo se llevó a cabo por una de las investigadoras, por lo tanto para realizar el estudio sólo fue necesaria la evaluación del protocolo y autorización por parte de un comité de ética.

Respecto del componente cualitativo, se incluyó el consentimiento informado para los profesionales que participaron de la entrevista.

El Comité Ético fue el encargado de analizar los alcances del estudio y los beneficios de su realización. Los CESFAM municipalizados aún no cuentan con esta figura, por lo tanto se solicitó autorización al comité de ética del Servicio de Salud

Metropolitano Norte. Por su parte CESFAM Cristo Vive, sí cuenta con este cuerpo profesional, por lo tanto el protocolo fue revisado por el comité ético del establecimiento.

V. RESULTADOS

5.1.- Resultados del Componente Cuantitativo

En este capítulo se detallan los resultados del estudio de campo que consideró la búsqueda y revisión de fichas clínicas, con el fin de responder a los tres primeros objetivos de esta investigación.

En una primera fase, la presentación y análisis de los resultados se efectúa por cada CESFAM, de manera independiente, mostrando la cobertura del Control de Salud de los dieciocho meses y la Cobertura de la Pauta Bucodentaria en cada establecimiento.

La población inscrita en los cinco establecimientos de salud asciende a 1526 niños y niñas, de los cuales se encontraron 1493 fichas, cifra que representa el 97,8% del total de menores a nivel comunal. Un total de 33 fichas no fueron encontradas, por lo tanto no se pudo definir si se trataba de fichas pasivas o Bajo Control, y tampoco se pudo evaluar si el Control de Salud y la Pauta Bucodentaria fueron ejecutados. Una de las causas de esta dificultad, es el traslado de niños a otros establecimientos posterior a dicho control. Esta situación se dio en 11 casos a nivel comunal.

El trabajo se realizó con las fichas que pudieron ser halladas. En primer lugar, se descartaron las 86 fichas pasivas, correspondientes a usuarios que no asistían a sus Controles de Salud hace más de seis meses. Si bien se había estimado que la población de 18 a 23 meses Bajo Control correspondiente al año 2013 era de 1049 niños, se identificaron 1407 niños y niñas Bajo Control, tal como se describe a continuación en la tabla número 6.

Tabla 6. Población de niños de 18-23 meses Bajo Control, según establecimiento de salud. Año 2013.

CESFAM	Sexo (H/M)	POBLACION INSCRITA	ENCONTRADAS	%	NIÑOS DE 18 A 23 MESES BAJO CONTROL	PASIVAS
CRISTO VIVE	H	137	137	100,0%	132	5
	M	126	126	100,0%	121	5
Total CRISTO VIVE		263	263	100,0%	253	10
DR. JUAN PETRINOVIC	H	206	200	97,1%	190	10
	M	166	160	96,4%	148	12
Total DR. J. PETRINOVIC		372	360	96,8%	338	22
DR. PATRICIO HEVIA	H	60	60	100,0%	60	0
	M	69	67	97,1%	67	0
Total DR. P. HEVIA		129	127	98,4%	127	0
QUINTA BELLA	H	148	145	98,0%	143	2
	M	144	144	100,0%	142	2
Total QUINTA BELLA		292	289	99,0%	285	4
RECOLETA	H	203	197	97,0%	172	25
	M	267	257	96,3%	232	25
Total RECOLETA		470	454	96,6%	404	50
Total general		1526	1493	97,8%	1407	86

Dentro de las 1407 fichas que estaban Bajo Control en los Establecimientos de Salud Municipalizada, se encontraron dos situaciones distintas:

- ✓ En la ficha se consigna Control de Salud de los 18 meses.
- ✓ En la ficha No se consigna Control de Salud de los 18 meses (ausente al control).

Es importante destacar, que la búsqueda de algunas fichas no fue trabajo sencillo, ya que en muchas ocasiones fue necesario asistir a los centros en varias oportunidades hasta encontrar la mayoría de éstas, para que los datos fuesen lo más cercano al universo de niños nacidos entre el primero de julio del 2011 y el 30 de junio del 2012, cohorte de niños que es objeto de este estudio.

En CESFAM Cristo Vive no se presentó el problema mencionado anteriormente, ya que hace aproximadamente siete años que trabajan con la ficha clínica electrónica RAYEN. La dificultad en el análisis de este CESFAM, se centró en determinar la población pasiva al momento del Control de Salud, ya que para solicitar esta información a SAYDEX, empresa que da el sustento informático a la ficha electrónica, fue muy complicado establecer el “requerimiento” correspondiente a lo que se necesitaba. Finalmente se solicitó el listado de todos los niños nacidos en el periodo a investigar y todos los controles de salud con enfermera, recibidos entre los 6 meses y los 23 meses, información con la cual fue posible determinar los resultados.

En relación a la evaluación de la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria, se decidió, al revisar la ficha clínica, considerar que existía una “aplicación efectiva de la Pauta Bucodentaria”, cuando se cumplía con al menos uno de los dos siguientes criterios: Registro de Pauta Bucodentaria o Presencia de Pauta Bucodentaria.

5.1.1.- Evaluación de la Cobertura del Control de Salud

Para evaluar la cobertura del Control de Salud de los dieciocho meses, se analizaron las fichas encontradas que fueron catalogadas como “Bajo Control”. La cobertura total de Controles de Salud a nivel comunal alcanzó un 90,7%, valor que se asemeja a la meta del 91% de cobertura de la evaluación del Desarrollo

Psicomotor que se realiza a esta edad. A continuación, se presenta la tabla que resume los hallazgos de este análisis en los cinco CESFAM de Recoleta.

Tabla 7. Cobertura del Control de Salud en niños de 18-23 meses, según establecimiento de salud. Año 2013.

CESFAM	Sexo (H/M)	NIÑOS DE 18 A 23 MESES BAJO CONTROL	NIÑOS CON REGISTRO DE CONTROL DE SALUD	%
CRISTO VIVE	H	132	126	95,5%
	M	121	106	87,6%
Total CRISTO VIVE		253	232	91,7%
DR. JUAN PETRINOVIC	H	190	174	91,6%
	M	148	130	87,8%
Total DR. J. PETRINOVIC		338	304	89,9%
DR. PATRICIO HEVIA	H	60	56	93,3%
	M	67	64	95,5%
Total DR. PATRICIO HEVIA		127	120	94,5%
QUINTA BELLA	H	143	136	95,1%
	M	142	129	90,8%
Total QUINTA BELLA		285	265	93,0%
RECOLETA	H	172	145	84,3%
	M	232	210	90,5%
Total RECOLETA		404	355	87,9%
Total general		1407	1276	90,7%

El registro del Control de Salud varía entre 87,9% y 94,5%, siendo el CESFAM Dr. Patricio Hevia el establecimiento que más realiza esta actividad y el que tiene menos niños de 18-23 años bajo control (127 niños). Por el contrario, el CESFAM Recoleta es el que menos Controles de Salud registra, y es a su vez el establecimiento que más niños tiene bajo control (404 niños).

5.1.2.- Evaluación de la Cobertura de la Aplicación de la Pauta Bucodentaria

Se decidió determinar la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria en relación a la población Bajo Control (cobertura absoluta) y a la cobertura del Control de Salud de los dieciocho meses (cobertura relativa), con el fin de facilitar la identificación de estrategias que permitan aumentar la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria. En primer lugar, se definió la cobertura absoluta de la Aplicación de la Pauta Bucodentaria, en relación a la Población Bajo Control, tal como apreciamos en la tabla 8.

Tabla 8. Cobertura de aplicación de Pauta Bucodentaria en relación a la población de niños de 18-23 meses Bajo Control, según establecimiento de salud. Año 2013.

CESFAM	Sexo (H/M)	NIÑOS DE 18 A 23 MESES BAJO CONTROL	APLICACIÓN EFECTIVA PAUTA BUCODENTARIA	COBERTURA DE APLICACIÓN DE PAUTA (%)
CRISTO VIVE	H	132	101	76,5%
	M	121	84	69,4%
Total CRISTO VIVE		253	185	73,1%
DR. JUAN PETRINOVIC	H	190	110	57,9%
	M	148	86	58,1%
Total DR. J. PETRINOVIC		338	196	58,0%
DR. PATRICIO HEVIA	H	60	47	78,3%
	M	67	42	62,7%
Total DR. PATRICIO HEVIA		127	89	70,1%
QUINTA BELLA	H	143	15	10,5%
	M	142	10	7,0%
Total QUINTA BELLA		285	25	8,8%
RECOLETA	H	172	0	0,0%
	M	232	0	0,0%
Total RECOLETA		404	0	0,0%
Total general		1407	495	35,2%

La cobertura de la Aplicación de la Pauta Bucodentaria, en relación a la Población Bajo Control, fluctúa entre 0% en CESFAM Recoleta y 73,1% en CESFAM Cristo Vive, observándose en CESFAM Dr. Patricio Hevia y CESFAM Dr. Juan Petrinovic

los porcentajes más elevados entre los Establecimientos Municipalizados. Posteriormente, se revisó la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria en relación al registro de Control de Salud, lo que representa la cobertura relativa de su aplicación. Es importante contar con este dato, ya que las orientaciones programáticas actuales (36), trazan metas de cobertura en relación al Control de Salud.

En general, se puede señalar que la cobertura es mayor cuando se relaciona con el Control de Salud, ya que el Control de Salud no es efectuado en el 100% de la población Bajo Control. (Tabla 9).

Tabla 9. Cobertura de aplicación de Pauta Bucodentaria en relación al Control de Salud en la población de niños de 18-23 meses, según establecimiento de salud. Año 2013.

CESFAM	Sexo (H/M)	REGISTRA CONTROL DE SALUD	APLICACIÓN EFECTIVA PAUTA	% PAUTA SOBRE CONTROL
CRISTO VIVE	H	126	101	80,2%
	M	106	84	79,2%
Total CRISTO VIVE		232	185	79,7%
DR. JUAN PETRINOVIC	H	174	110	63,2%
	M	130	86	66,2%
Total DR. J. PETRINOVIC		304	196	64,5%
DR. PATRICIO HEVIA	H	56	47	83,9%
	M	64	42	65,6%
Total DR. PATRICIO HEVIA		120	89	74,2%
QUINTA BELLA	H	136	15	11,0%
	M	129	10	7,8%
Total QUINTA BELLA		265	25	9,4%
RECOLETA	H	145	0	0,0%
	M	210	0	0,0%
Total RECOLETA		355	0	0,0%
Total general		1276	495	38,8%

Tal como se aprecia en la tabla 9, la Aplicación de la Pauta Bucodentaria, respecto al Control de Salud, varía entre 0% de CESFAM Recoleta y 79,7% (185 niños) en CESFAM Cristo Vive. La alta cobertura del Control de Salud en CESFAM Dr. Patricio Hevia, provoca que al definir cobertura absoluta y cobertura relativa de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, los valores no presenten una gran diferencia.

5.1.3 Comparación de la aplicación de Pauta Bucodentaria

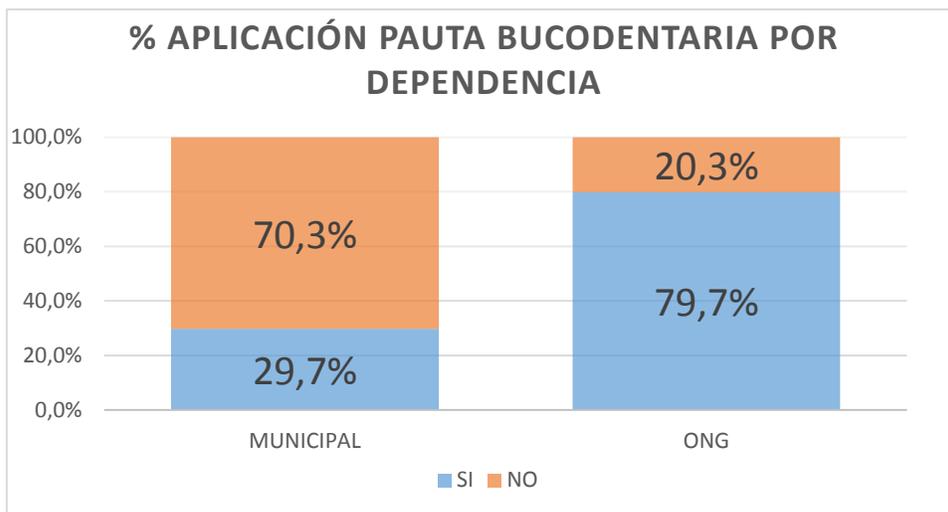
Se realizó la comparación de la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria entre los CESFAM que dependen de la municipalidad y CESFAM Cristo Vive, que depende de una ONG, con el fin de comparar cómo es la oferta de esta prestación en establecimientos que dependen de distintos organismos. Para hacer el análisis se consideró, por un lado, a toda la población Bajo Control de la Salud Municipal, nacida entre el primero de julio del 2011 y el 30 de junio del 2012 que asistió al Control de Salud de los dieciocho meses, y por otro lado a la población correspondiente a CESFAM Cristo vive.

En análisis de las fichas de CESFAM Cristo Vive, consideró al 100% de la población Bajo Control en estudio, a diferencia de la población que se estudió en los CESFAM municipalizados, situación en la cual no se encontraron 33 fichas (2,2%).

Al evaluar la cobertura de aplicación de pauta de Cristo Vive, se observó que se aplicó la Pauta Bucodentaria a 185 niños del total de 232 niños (79,7%) que asistieron al Control de Salud de los dieciocho meses. A su vez, en los centros

municipalizados, de un total de 1044 niños que asistieron al Control de Salud, la pauta fue aplicada a 310 de ellos (29,7%), tal como se aprecia en el gráfico N° 3.

Gráfico 3. Porcentaje de aplicación de Pauta Bucodentaria en niños que asistieron al Control de Salud de los 18 meses, según dependencia. Año 2013.



Como se encontraron diferencias tan marcadas entre los 4 CESFAM municipalizados, es conveniente realizar una comparación individual entre los cuatro establecimientos de Salud Municipal versus el CESFAM Cristo Vive.

En CESFAM Cristo Vive la cobertura de aplicación de este instrumento alcanza el 79,7% y la mayor diferencia se encuentra con CESFAM Recoleta, establecimiento que no realizó ninguna Pauta Bucodentaria en la población en estudio, seguido por CESFAM Quinta Bella, donde se alcanzó un 8,8% de cobertura cuando se relaciona con los Controles de Salud. Las coberturas más altas en los Centros Municipalizados se encontraron en CESFAM Dr. Juan Petrinovic, con un 64,5% y CESFAM Dr. Patricio Hevia Rivas, que alcanzó una cobertura del 74,2%, asemejándose más al Cristo Vive. (Tabla 9).

En etapas posteriores, al contrastar hallazgos del componente cuantitativo y cualitativo, se evaluarán los factores que podrían incidir en estas diferencias.

5.2.- Resultados del Componente Cualitativo

A continuación se describen los hallazgos del componente cualitativo de esta investigación. Esta etapa del estudio pretende dejar a la luz los elementos facilitadores y obstaculizadores que afectan la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria.

Las entrevistas se realizaron en todos los CESFAM, con el fin de abordar todos los centros, hasta llegar a saturación de la información, llegando a la siguiente composición de la muestra.

Tabla 10. Descripción de la muestra de enfermeros entrevistados.

CESFAM	Número de Enfermeros/as entrevistados
Dr. Juan Petrinovic	2
Dr. Patricio Hevia Rivas	2
Recoleta	2
Quinta Bella	2
Cristo Vive	2
Total	10

Como se ha descrito anteriormente, los profesionales que formaron parte de este estudio, se desempeñan en los CESFAM de la comuna de Recoleta y todos ellos realizan Controles de Salud de niños y niñas, dentro de los cuales se encuentra el Control de Salud de los dieciocho meses, en el que se aplica la Pauta Bucodentaria. La determinación de los sujetos a entrevistar fue decisión de la Dirección de cada

establecimiento, según la disponibilidad de tiempo que tenía cada profesional en el momento en el cual fueron programadas las entrevistas.

La muestra está compuesta por nueve enfermeras y un enfermero, debido principalmente, a que la mayoría de los profesionales que se desempeñan en los establecimientos de salud son de sexo femenino.

La experiencia en APS de los profesionales entrevistados fluctúa entre 7 meses y 22 años, dentro de los cuales todos han realizados controles sanos al menos durante un periodo de 7 meses, que coincide con la enfermera con menos tiempo de servicio. La mayoría de los entrevistados se ha desempeñado sólo en el sector público y sólo dos de ellos han trabajado en el área privada.

De la información recolectada, se presenta la que está estrechamente relacionada con los objetivos de esta investigación, dejando de lado los relatos que no se refieren a la aplicación de la Pauta Bucodentaria.

Para mantener el anonimato de los sujetos entrevistados, se seleccionaron las cinco primeras letras del abecedario para representar a cada CESFAM de manera anónima, y los números 1 y 2 para cada uno de los profesionales entrevistados, quedando de la siguiente forma: A1, A2, B1, B2, C1, C2. D1, D2, E1 y E2.

Se describen las percepciones de los entrevistados relacionadas con: la importancia de las actividades preventivas y promocionales, importancia del Componente Bucodental, utilidad de la Pauta Bucodentaria, aplicación de la Pauta Bucodentaria, capacitación en Salud Bucal y coordinación con el equipo odontológico. A partir de ellas, en la etapa posterior correspondiente al contraste de esta información con la

fase cuantitativa, se identificarán las barreras y facilitadores para la aplicación de la Pauta Bucodentaria en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Recoleta.

✓ **Percepciones sobre la importancia de las actividades Preventivas y Promocionales:**

En general, se aprecia que los enfermeros de la comuna que fueron entrevistados, valoran en gran medida las actividades promocionales y preventivas, considerándolas como una instancia que contribuye a prevenir enfermedades futuras e instalación de buenos hábitos. Sin embargo, también se observa que algunos de ellos ven dificultada su acción.

Algunos enfermeros manifiestan que los usuarios necesitan de estas actividades para adquirir los conocimientos que les permitan cuidar la Salud Bucal de sus hijos de manera adecuada, ya que hay falta de conocimiento, conocimientos errados o dudas, generalmente derivados de creencias que se traspasan de generación en generación:

B2: “De hecho son súper importantes porque, llegan niños incluso acá que los papás no les forman hábito de higiene, de hecho ni siquiera los bañan...”

E2: “Hay muchos problemas relacionados con creencias que heredan de los padres, de los abuelos más ancianos, de ciertas prácticas que intentan hacer con la salud de los niños, que no siempre son las mejores”.

Además, los enfermeros entrevistados reconocen que el Control de Salud es una importante oportunidad para entregar herramientas de prevención a los usuarios,

que permite que esta intervención sea constante y posibilite el refuerzo de indicaciones y educación:

D1: *“En el control siempre se hace refuerzo de indicaciones y educación, de lo que son los malos hábitos, el uso del chupete, la mamadera nocturna, y la higiene bucal, la técnica de cepillado... desde el inicio a través de todo el ciclo vital...”*.

A2: *“Constantemente estoy educando en todos los controles”*.

Sin embargo, los enfermeros ven dificultada la instauración de estrategias preventivas y promocionales, debido a la carga de enfermedad existente o a que los incentivos están puestos en las actividades recuperativas.

B1: *“Son importantes, pero creo que Atención Primaria ha dejado ser tan preventiva, estamos viendo ya pacientes enfermos”*.

Según los entrevistados, dentro de las actividades promocionales las de carácter grupal son las más difíciles de implementar, porque cuesta reunir a los usuarios en los Centros de Salud por el bajo interés de éstos por participar en ellas, mostrando los usuarios más disposición por asistir cuando el control está ligado a la recepción de alimentos:

C2: *“Hay poca recepción de los papás a la participación de promoción, se hacen pocas dentro del consultorio...si la leche fuera de libre demanda, mucha gente dejaría de venir a los controles”*.

D2: *“Yo creo que en general como CESFAM, se trabaja bastante, cuesta sí mucho reunir a la población para realizar actividades educativas grupales...”*.

✓ **Percepciones sobre la Importancia del Componente Bucodental.**

Todos los enfermeros de la comuna que fueron entrevistados, consideran que es importante abordar el componente de Salud Bucal desde la enfermería, y la mayoría de estos considera que ellos tienen mayores oportunidades de estar en contacto con los niños en comparación a otros profesionales de salud como los dentistas, principalmente porque tienen más instancias de acceder a los niños y niñas, teniendo una población cautiva, desde los dos meses hasta los cinco años de edad.

Es importante destacar, que además algunos enfermeros, reconocen la importancia de intervenir mediante actividades preventivas debido a los altos costos que puede significar los tratamientos odontológicos una vez que se ha producido daño en la Salud Oral o a la baja capacidad del sistema público de asumir estas necesidades:

B2: “Yo creo que sí, porque de hecho el acceso al dentista es menos, ellos se ven más con nosotros que con cualquier otro profesional en realidad, porque nosotras somos las que estamos en seguimiento del niño, a través de todo su desarrollo, el médico o el dentista lo ven súper poco”.

C1: “Es importante porque, a veces hay muy pocas horas para dental...acá en el consultorio se maneja lo más básico, entonces si requieren algún tratamiento como en más profundidad, los derivan y a veces no encuentran horas en el sistema, y el tratamiento, si se quieren hacer particular, es caro”.

Otros sujetos entrevistados consideran que el Control de Salud es una buena alternativa para pesquisar elementos de riesgo y prevenir patologías futuras, detectando factores asociados a mal oclusiones y caries, tales como malos hábitos

relacionados con el uso de chupete, mamadera o consumo de alimentos ricos en azúcar:

A1: *“Se pesquisan algunas malformaciones y dentro de los controles siempre se debe investigar elementos, clínicamente, que quizá, en el control anterior no se evidenciaron, entonces hay que hacer el control más exhaustivo”.*

B1: *“Yo creo que es prevenir la parte de las caries, de los niños desde chiquitito, y además enseñarle los hábitos de los dulces, el quite del chupete... todos los profesionales deberíamos ir para el lado de educar a los padres desde que empiezan a salir, o desde recién nacidos, dar esa charla, ya que uno adquiere los hábitos cuando una es chica, no verlo como una obligación”.*

✓ **Percepciones sobre la utilidad de la Pauta Bucodentaria.**

Se puede afirmar que, en general, los enfermeros entrevistados validan la Pauta Bucodentaria porque ésta es considerada como una guía útil y práctica que facilita el abordaje de los temas de Salud Bucal para realizar prevención de enfermedades. Sin embargo, en algunos casos tienen dudas de su uso, encuentran que podría ser perfeccionada y una profesional no la conoce.

E1: *“Yo la encuentro completa en verdad y mide bien los factores de riesgo, igual te da una guía, para dar las indicaciones”.*

C1: *“Es útil lo que comentaba recién, en el sentido de que como uno tiende a profundizar más el tema en el sentido del chupete, si usan azúcar, en ese sentido, es como útil...”.*

Sin embargo, se observa que algunas enfermeras consideran complejo el ítem que determina la cantidad de momentos azucarados al día o uso de jarabes con azúcar, dificultando la consignación en la categoría correspondiente.

B1: *“La conozco, pero a veces tengo dudas, por ejemplo, la pregunta ¿Come dulces? ¿Cuántas veces al día?, sale un nunca y después una o dos veces al día, no me deja la opción de otra categoría...”*

D1: *“Es útil, lo que pasa es que a veces la mamá no sabe si usa jarabes azucarados o no, pero no está claro...”*

Una de las profesionales afirma que si la Pauta Bucodentaria fuera obligatoria se aplicaría más, dejando ver que las actividades que no son obligatorias no se realizan con la misma continuidad y responsabilidad que cuando lo son:

A1: *“Debería ser más obligatorio, nosotros llenamos varias pautas, dentro de estas está: Edimburgo, Massie y Campbell”*.

✓ **Percepciones sobre la Aplicación de Pauta Bucodentaria.**

A grandes rasgos los profesionales que fueron entrevistados, manifiestan aplicar la Pauta Bucodentaria. Sin embargo, esto no ocurre en todos los CESFAM, y en un caso lleva sólo meses de aplicación.

Gran parte de los sujetos entrevistados manifiesta aplicar la pauta la mayoría de las veces y menciona que en algunos casos no la aplican por falta de inducción o ausencia de coordinación para la derivación al servicio dental:

A2: *“Yo por lo menos, la del año seis, la aplico siempre o casi siempre”.*

C1: *“Yo, al menos sí la aplico siempre...lo que pasa es que ahora en el consultorio han llegado colegas nuevos y ha habido problemas en el sentido de la inducción...”.*

En uno de los Establecimientos de Salud, las enfermeras relatan que la pauta se comenzó a aplicar hace meses, que el año anterior no realizaban esta acción porque no se les había dado la instrucción de ejecutarla:

B2: *“Desde que a mí me dijeron que tenía que aplicarla, yo sí, la aplico siempre”.*

A diferencia de lo expuesto anteriormente, hay enfermeros entrevistados que señalan no aplicar la Pauta Bucodentaria. Sin embargo, la mayoría de ellos relata hacer una evaluación de Salud Bucal en los controles de salud, sin el uso de la Pauta Bucodentaria:

E2: *“Acá nosotras no estamos aplicando la Pauta Bucodentaria, lo que nosotras hacemos, evaluación dental, ver si hay caries o no...”.*

✓ **Percepciones sobre la capacitación en Salud Bucal.**

La mayor parte de los enfermeros entrevistados considera importante ampliar estos conocimientos para una mejor intervención, valorando como una instancia que permitiría tener las herramientas necesarias para detectar factores de riesgo, contribuyendo en alguna medida a prevenir los daños que se instalan desde temprana edad en los niños y niñas:

C1: *“A veces hay muchos temas que uno ve y uno sabe lo básico de los dientes ...me gustaría a lo mejor que se hiciera una cosa como una capacitación, profunda en el tema, porque igual, en el caso mío fue como que tienes que aplicar la pauta, pero se aplica no más y nada más...”*

E2: *“Siempre es bueno tener mayor información para poder abordar mejor el tema con los padres, sobre todo porque no le ven importancia hasta que no tienen los niños unas caries enormes que muchas veces no se pueden atender en atención primaria, no le toman el peso”*.

Otro grupo de enfermeros considera importante la capacitación para coordinar al equipo de enfermeros/as en la ejecución de la Pauta Bucodentaria, viendo las necesidades de alguna posible modificación del instrumento que lo pueda optimizar o ayudar a lograr la alineación de los profesionales al momento de entregar educación a los padres:

B1: *“Creo que sería bueno hacer una capacitación de parte de los odontólogos, a lo mejor, revisando la misma pauta, juntarnos primero con las enfermeras, ver que están haciendo, ver esa pauta y ver si es necesario agregarle algo o cambiarle alguna cosa, para hacerla un poco más amigable a la enfermería”*.

E1: *“Sí, totalmente, uno porque te sirve para unificar criterios con los colegas, porque por ejemplo, si yo veo un niño a los 6 meses y le doy una indicación, quizás otra colega lo va ver a los 8 meses y le puede dar otras indicaciones, entonces finalmente lo que logra es confundir al usuario...”*

Por otra parte, algunos profesionales entrevistados, visualizan la priorización de otros temas, por sobre el tema de Salud Bucal. Estos enfermeros, a pesar de valorar el tema de Salud Bucal como un área importante de aumentar conocimientos, consideran que ella no ha sido priorizada por sobre otros temas que han sido preferidos al momento de planificar las capacitaciones que se entregarán:

A1: *“Se ha priorizado otro tipo de capacitaciones, sin desmerecer que sea importante, no se ha hecho la instancia para poder capacitar en esa área tan específica, los recursos se han priorizado para otras áreas”.*

También se consultó si cuentan con capacitación en Salud Bucal. La mayoría de los enfermeros de la comuna que fueron entrevistados, no cuenta con capacitación específica en esta área, señalando la mayoría, que sus conocimientos se derivan principalmente de los estudios académicos de pregrado, que también son escasos:

E2: *“No, los conocimientos básicos que uno adquirió de salud dental, en la carrera”.*

Sólo tres enfermeras, se refieren a una capacitación que hubo en la comuna hace aproximadamente seis años, en la cual se entregaron conocimientos teóricos y prácticos para incorporar el componente de Salud Bucal en los controles de Salud:

B1: *“Tuve una vez hace muchos años, cuando recién llegué yo creo, pero después nunca más he vuelto tener capacitación de Salud Bucal”.*

✓ **Percepciones sobre la Coordinación con el equipo odontológico.**

La mayoría de los sujetos entrevistados, dice que no hay coordinación explícita entre ambos programas, a pesar de que en los CESFAM existen instancias de coordinación interna como lo son las reuniones técnicas o ampliadas:

B2: *“Realmente yo no estoy informada de eso, no sé si el resto sabrá algo, ya que llevan más tiempo y tampoco lo he preguntado, que sé que es mi responsabilidad”.*

C2: *“No se ha hecho, hasta el minuto no, tampoco se lo he escuchado a otra enfermera...o la modalidad a seguir, sé en caso de alteraciones previas muy evidentes, se deriva directamente al odontólogo, pero no así un flujo entre odontólogo y enfermera...”.*

Algunas enfermeras consideran que las coordinaciones que se han realizado están básicamente orientadas a la derivación de niños al servicio odontológico, lo que manifiestan hacer desde los dos años de edad:

E2: *“En derivar a los niños sí, nosotras sabemos que a partir de los 2 años los podemos derivar con dentista...”.*

Sólo dos enfermeras indican que hay coordinación para derivar a los niños de manera posterior a la aplicación de la pauta. Sin embargo, el discurso demuestra que esta coordinación no estaría bien estructurada:

C1: *“Hace poquito andaban las dentistas preguntando y viendo que si estábamos aplicando o no la pauta, y nos dieron orientación como de lo que teníamos que derivar antes de los 2 años, y como a criterio de nosotros, más que nada, si viéramos algo, que lo deriváramos a esa edad, al año 6”.*

Otras enfermeras indican que en la coordinación falta un seguimiento del estado de Salud Bucal del menor, recalcando la importancia de evaluar a los niños, no sólo la cobertura numérica de la Aplicación de la Pauta, porque actualmente el sistema no permite una evaluación del impacto positivo de la aplicación de este instrumento:

D1: *“Yo siento que falta esa parte del seguimiento, porque uno de los indicadores es evaluar si el niño disminuyó su puntaje en la próxima evaluación, y eso no se está haciendo, entonces habría que establecer un sistema de coordinación, algún encargado de evaluar y ver qué impacto tiene....¿qué pasó con los niños? no con el número de pautas...”*

C2: *“Sí, sí hay coordinación...el tema es que al año seis yo perdí el contacto para saber si fue...no puedes evaluar en el corto tiempo...”*

✓ **Percepciones sobre las Barreras en la aplicación de la Pauta Bucodentaria.**

La mayoría de los enfermeros entrevistados refiere que el tiempo que considera el Control de Salud de los dieciocho meses no es suficiente para realizar las tres actividades que contempla (evaluación de medidas antropométricas, evaluación del desarrollo psicomotor y aplicación de Pauta Bucodentaria), indicando que la actividad más relevante y que no se puede dejar de hacer es la evaluación del Desarrollo Psicomotor (EDP), ya que ésta representa una meta sanitaria:

B1: *“Yo creo que el año pasado no se aplicaba porque se le da más importancia a metas e IAAPS...solamente el EDP, no importa nada más, solamente el EDP, si está normal, riesgo o retraso”.*

Otro grupo de enfermeros ve como barreras la falta de coordinación o inducción. La carencia de estos elementos produce una desorientación que impide que los profesionales sepan cuáles son las conductas a seguir al momento mismo de la aplicación de la pauta y en la posible derivación posterior:

C2: *“Más que nada como esa pauta no tiene derivación, como que por ahí está la dificultad, se aplica, pero no tiene una utilidad...podría pasar que a futuro, que claro como no tiene mayor importancia, la dejo de aplicar no más...No hubo inducción...me dijeron ahí está y es lo que hay que hacer...”.*

E1: *“Yo creo que en verdad es porque no ha llegado la instrucción directa de que hay que aplicarla, porque es una de las únicas pautas que no se está aplicando, y por desconocimiento, porque a lo mejor no se le ha dado la importancia...”.*

Una de las enfermeras, a diferencia de los dos casos anteriores, considera que la dificultad está más relacionada con las características epidemiológica de la población y el gran desafío que representa para el sistema abordar todas las problemáticas presentes:

E2: *“Acá tenemos muchas falencias de todo tipo, faltan muchas cosas...están las voluntades para hacer las cosas...pero tenemos muchas áreas, en todo tipo de área, entonces vamos poco a poco, tratando de solucionar las cosas lo más que se pueda”.*

✓ **Percepciones sobre los elementos facilitadores de la aplicación de la Pauta Bucodentaria.**

La mayor parte de los enfermeros entrevistados manifiesta que la capacitación es una herramienta que facilita la aplicación de la Pauta Bucodentaria. La capacitación es muy relevante para ellos, ya que ayuda a conocer la importancia de abordar el componente de Salud Bucal, sirve para alinear acciones y entrega herramientas para una mejor intervención:

B1: *“Propuesta: que nos capaciten, revisar bien la pauta entre todos para que todos y todas hablemos el mismo idioma, enfermeros y enfermeras”.*

También los enfermeros valoran la coordinación como un buen facilitador de la aplicación de la pauta, ya que contar con una coordinación clara y conocida ayuda a justificar esta actividad, sabiendo que lo que ejecuta la enfermera tiene una repercusión:

B1: *“Saber que la puerta va a estar abierta, no que le van a decir no en la puerta...Deberíamos tener un odontopediatra que viera estos casos puntuales y una solución pronta, no esperar hasta los 2 años...”.*

Algunos sujetos entrevistados, ven la estructura de la pauta y el contexto del Control de Salud como un elemento facilitador. En ese sentido, la Pauta Bucodentaria es validada por las enfermeras de este grupo como una herramienta factible de aplicar. Por otro lado el Control de Salud también es valorado, ya que representa una oportunidad para tener el acceso a los niños y entrega la experiencia necesaria para que los enfermeros realicen esta estrategia de manera más natural:

C2: *“Como facilitador, que es cortita, por el tiempo que dedica uno en aplicarla, es breve y simple de entender”.*

D1: *“Que está dentro del Control de Salud a los dieciocho meses y que el niño va a venir a sus controles, si no, no va a poder retirar sus productos...es obligatorio...tenemos el 91% de cobertura, que hay que cumplir”.*

Dos enfermeras entrevistadas mencionan que la ficha electrónica es un elemento facilitador de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, porque siempre está disponible para ser aplicada a diferencia del formato papel que depende del factor humano, representado por la acción que debe hacer el o la paramédico que prepara la ficha previo al Control de Salud:

C1: *“Lo que facilita es el sistema de RAYEN, el hecho de no tener papel, que está dentro del sistema RAYEN”.*

✓ **Percepciones sobre dimensiones a relevar.**

La mayoría de los enfermeros relevan, en primer lugar, el tema de la capacitación en Salud Bucal y en segundo lugar, la coordinación entre equipo infantil y odontológico.

Llama la atención que uno de los profesionales entrevistados, visualiza que esta investigación podría contribuir a mejorar la Salud Bucal de la Población. Esta aseveración concuerda con el impacto que durante la ejecución de este estudio tuvo en uno de los establecimientos de salud, en el cual la Pauta Bucodentaria comenzó

a aplicarse cuando tomaron conocimiento de la puesta en marcha de esta investigación:

A1: *“Me parece excelente que se generen estas instancias de un estudio dentro de la comuna para generar un propósito para aumentar la salud o la promoción en esta edad, que son edades de cambio, porque uno no genera cambio en adultos, se genera cambio en esta edad de crecimiento y de absorción de conocimientos por parte de los niños, donde se generan los hábitos de higiene”.*

Una vez revisados los contenidos de los relatos de los sujetos entrevistados, pasaremos a ver como se relacionan estos hallazgos con la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria, reconociendo en el contenido de éstos, los elementos que se comportan como facilitadores u obstaculizadores de la aplicación del instrumento en estudio.

5.3.- Triangulación de los resultados cuantitativos y cualitativos.

A continuación se contrastan los resultados de la fase cuantitativa y cualitativa. Al comparar los resultados de la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria de los cuatro CESFAM municipalizados (29,7%) versus Cristo Vive (79,7%), se presenta la dificultad de poder definir qué factores, ya sea obstáculos o facilitadores, producen esta diferencia. Las coberturas identificadas en los distintos centros de salud municipal son muy diversas y la selección de la muestra de los informantes se determinó buscando la saturación de la información a nivel comunal y no a nivel de cada establecimiento.

El análisis se realiza de manera global, considerando todos los centros de salud de la comuna. Posteriormente, se presenta una categorización de las barreras y facilitadores para la aplicación de la Pauta Bucodentaria en el Control de Salud de los dieciocho meses.

En general, se observa que en los establecimientos que muestran altas coberturas de aplicación de las pautas (CESFAM Cristo Vive, Dr. Patricio Hevia Rivas y Dr. Juan Petrinovic) los entrevistados relatan que aplican siempre o casi siempre la pauta. La excepción es el CESFAM Recoleta, en el que a pesar de presentar una cobertura nula de aplicación de la Pauta Bucodentaria, los entrevistados indican que la pauta se aplica siempre, pero desde que se dio la instrucción. Por lo tanto, la cobertura mostrada en la fase cuantitativa se explica porque no se había dado la instrucción de aplicar la pauta en el periodo de este estudio. En el CESFAM Quinta Bella, la baja cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria (9,4%) coincide con el relato de los entrevistados que indica que la pauta no se aplica.

Finalmente, se identificaron los elementos facilitadores y obstaculizadores de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, los que podrían explicar las coberturas de aplicación encontradas. La presentación de éstos, se realiza través de las siguientes áreas: prevención y promoción, coordinación y capacitación.

✓ **Elementos Facilitadores en la Aplicación de la Pauta Bucodentaria:**

Prevención y Promoción:

- Los enfermeros valoran las actividades preventivas y/o promocionales.
- Los enfermeros tienen mayores oportunidades de contacto con los niños, lo que les permite abordar de manera preventiva el componente de Salud Bucal.
- El Control de Salud representa, para los entrevistados, una alternativa de pesquisar elementos de riesgo y prevenir patologías futuras bucales.
- El contexto del Control de Salud facilita la aplicación de la Pauta Bucodentaria.
- La Pauta Bucodentaria es reconocida como un instrumento que sirve de guía útil y práctica, para realizar actividades preventivas de Salud Bucal en los Controles de Salud.

Coordinación:

- La aplicación de la pauta es apoyada desde la dirección del establecimiento.
- La Pauta Bucodentaria está incorporada en la ficha electrónica, estando siempre disponible para su uso.
- En algunos establecimientos los programas de salud infantil y odontológico están coordinados para entregar una atención integral al niño y su familia.

✓ **Elementos obstaculizadores de la aplicación de la Pauta Bucodentaria:**

Prevención y Promoción:

- Tendencia a realizar más actividades recuperativas, por considerar que es más difícil la intervención a base de actividades preventivas o promocionales.
- Se visualiza que las actividades promocionales sólo son grupales, por lo que las hace difíciles de implementar.
- Se considera que las múltiples necesidades de la población, requiere de intervenciones recuperativas, lo que desplazaría la aplicación de la pauta.
- La no obligatoriedad de la Pauta Bucodentaria.

Coordinación:

- Falta de coordinación específica entre el Programa Odontológico y el Programa Infantil.
- La coordinación entre los equipos estaría limitada a la derivación de atención odontológica sólo cuando existe daño evidente o cuando se trata de grupos priorizados de ingreso al servicio odontológico, tales como metas sanitarias.
- Falta de seguimiento para la evaluación de la Salud Bucal de los menores, sin incorporar un flujograma de la atención de usuarios que reciben la pauta, que permita el control de factores de riesgo y prevención de daño.
- El tiempo que considerara el Control de Salud, es priorizado en realizar la evaluación del desarrollo psicomotor, ya que se trata de una meta sanitaria.

Capacitación:

- Falta de inducción e instrucción de aplicar la Pauta Bucodentaria.
- Escasa formación académica de Salud Bucal en pre-grado.
- El personal de enfermería manifiesta tener dudas en relación a la estructura de la Pauta Bucodentaria.
- En los CESFAM hay priorización por recibir capacitación en otras áreas.
- No todo el personal de enfermería cuenta con capacitación en Salud Bucal.

Es la identificación de estos elementos obstaculizadores y facilitadores de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, lo que contribuye a la elaboración de recomendaciones que apunten a aumentar la cobertura de esta actividad en todos los CESFAM de la comuna de Recoleta, sirviendo además de potencial guía para alguna comuna que comparta características similares a las descritas en este estudio.

VI. RECOMENDACIONES

Una vez revisados los elementos facilitadores y obstaculizadores que afectan la cobertura de la Aplicación de la Pauta Bucodentaria, se pueden efectuar las siguientes recomendaciones para mejorar la cobertura actual. Éstas deberán ser entregadas a la dirección del Departamento de Salud de Recoleta, para que a través del Conducto regular, dado por la dirección de cada CESFAM, llegue y a los equipos pediátricos y odontológicos de cada establecimiento. En el caso de CESFAM Cristo Vive, las recomendaciones se harán llegar a la Dirección del centro.

En las orientaciones programáticas (36), se ha propuesto lograr el 90% de aplicación de la Pauta Bucodentaria en relación al Control de Salud de los dieciocho meses, lo que significa aumentar tres veces la cobertura actual de los centros municipalizados y un 12,5% la cobertura de CESFAM Cristo Vive.

Para lograr este aumento sustantivo, se propone en primer lugar potenciar los elementos facilitadores descritos con anterioridad:

1. Para potenciar los atributos de *Prevención y Promoción* encontrados y descritos en este estudio, se propone aprovechar el contexto de las reuniones de Programa Infantil para que los enfermeros que valoran este tipo de actividades y conocen bien el uso y la finalidad de la Pauta Bucodentaria puedan compartirlo con el resto de los profesionales. Se sugiere también, en esta oportunidad, dar a conocer a todo el personal que el Control de Salud, es una iniciativa que representa una buena oportunidad para realizar acciones preventivas en el área de la Salud Bucal, promoviendo que estas actividades no sólo se realicen en el Control de Salud de

los dieciocho meses, sino que en todos los controles de salud que efectúa el resto de los profesionales que mantienen un contacto más cercano con nuestros niños y niñas, tales como médico, nutricionista y matrona. Poniendo énfasis en que el abordaje del componente de Salud Bucal se debe llevar a cabo a través de la Pauta Bucodentaria, instrumento diseñado específicamente para estos fines, que ha sido validada por los profesionales que la utilizan. De esta forma se logrará superar los resultados encontrados, realizando sensibilización hacia la realización de este tipo de actividades.

2. En el ámbito de la Coordinación, se recomienda *replicar la coordinación* existente entre Programa Odontológico e Infantil de algunos establecimientos, en todos los centros de Salud, reafirmando las instancias de comunicación y haciendo difusión de los lineamientos de esta estrategia a todo nivel del establecimiento, dando a conocer que los resultados de un trabajo en equipo puede lograr una buena cobertura en la aplicación de la Pauta Bucodentaria, lo que permite abordar la salud de niños y niñas, desde la enfermería, de un punto de vista integral. Se debe incluir este tema en las reuniones técnicas y en las instancias del programa Chile Crece Contigo, viendo la oportunidad de realizar una intervención en la cual el Programa Odontológico consiga tomar un rol más protagónico, para que las intervenciones en Salud Bucal logren un abordaje interdisciplinario.

A continuación se proponen estrategias que buscan superar las Barreras que dificultan la aplicación de la Pauta Bucodentaria:

1. En el ámbito de la coordinación, se propone en primer lugar, incorporar la actividad en el *Plan de Salud Comunal*, con el fin de que sea incorporada en la Programación de actividades anuales. El departamento de Salud, debería dar la instrucción de que la Programación considere un aumento del tiempo para realizar el Control de Salud, pasando de 30 minutos a 45, con el objeto de evitar el problema de priorización hacia otras actividades como la Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EDM), que por falta de tiempo puede provocar que la Pauta Bucodentaria se deje de aplicar. Esta estrategia estaría avalada en el documento “Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral” (37), que considera un rendimiento de entre 45 minutos y 1 hora para realizar el Control de Salud.

También en este ámbito, se propone implementar un *Protocolo de Aplicación de la Pauta Bucodentaria*, instrumento que debe considerar en su contenido: instrucción de aplicar la Pauta Bucodentaria de manera obligatoria (en el marco de una inducción), instrucción acerca del uso de la pauta y la forma de registrar en RAYEN, derivación (por control, riesgo o daño), coordinación para efectuar esta derivación, junto con el seguimiento y monitoreo niños y niñas, para tener un control sobre el riesgo y el daño de los menores. También debe considerar el monitoreo de la actividad propiamente tal, mediante el registro en medios locales, ya que el REM no considera esta información.

Esta estrategia permitirá construir un flujograma conocido y validado por los distintos profesionales. En éste aspecto resulta importante solicitar asesoría técnica para utilizar la ficha clínica electrónica, sacándole el máximo de provecho a la disponibilidad de la pauta.

2. En el área de la capacitación: se recomienda capacitar gradualmente, en temas de Salud Bucal y aplicación de la Pauta Bucodentaria, al personal de enfermería que realiza el Control de Salud, hasta llegar al 100%. Se sugiere que la capacitación sea efectuada por los odontólogos del establecimiento, abarcando componentes teóricos y prácticos y utilizando como insumo la Pauta Bucodentaria. Esta misma instancia debería contemplar la problemática epidemiológica de Salud Bucal en la población y la oportunidad que representa para los niños y niñas que las enfermeras aborden este tema; de esta forma se logrará relevar el tema para que sea priorizado al momento de elegir capacitaciones que se entregan desde en nivel municipal o de Servicio de Salud, y que el abordaje de Salud Bucodental tome un papel tan importante como la evaluación del desarrollo psicomotor.

De manera complementaria, se sugiere también considerar los hallazgos de este estudio en investigaciones futuras, con el objeto de determinar alguna relación entre la cobertura de aplicación de la Pauta Bucodentaria y la Salud Bucal de nuestros niños y niñas, según establecimiento de origen.

También se recomienda, a propósito de realizar un estudio secundario a éste, evaluar la calidad de aplicación de la Pauta Bucodentaria, lo que podría evidenciar la necesidad de realizar capacitaciones, las que podrían ser potenciadas con la participación directa del personal de enfermería con más experiencia en este ámbito.

VII. DISCUSIÓN

Para presentar la discusión de los resultados de manera más gráfica y ordenada, ésta se llevará a cabo de acuerdo a las metodologías empleadas, quedando dividida en dos partes, en un primer lugar abordaremos la fase cuantitativa y posteriormente la etapa cualitativa.

✓ Fase cuantitativa:

Es importante destacar la dificultad que representó para este estudio, el tener que revisar una a una las fichas para determinar la cobertura de aplicación de las pautas de evaluación Bucodentaria. Esta información no es considerada en el REM, por lo que se desconoce su porcentaje de aplicación y hace imposible que se pueda comparar con otras realidades. Sólo uno de los centros de salud estudiado contaba con registros locales que permitiría llevar este tipo de recuentos.

El documento que protocoliza la aplicación de este instrumento, vigente desde el primero de enero del 2008, se denomina “Pautas de Evaluación Bucodentaria” (15), cuya cobertura de aplicación propuesta es del 100% en los niños que asisten al Control de Salud, valor que difiere al encontrado en este estudio, representado por un 29,7% en los establecimientos municipalizados y por un 79,7% en el establecimiento dependiente de la ONG.

Esta cobertura alcanzada por los establecimientos de la comuna también se encuentra muy por debajo de lo propuesto en las orientaciones programáticas para el año 2015 (36), que sugiere una cobertura del 90% de aplicación de la Pauta

Bucodentaria, por sobre el total de niños y niñas que asisten a los Controles de Salud de los dieciocho meses.

Es recomendable comparar los resultados obtenidos en este estudio, con el Ingreso de niños y niñas de 2 años a tratamiento odontológico, estrategia que se realiza a nivel de atención primaria en la comuna. Se seleccionó esta estrategia porque esta actividad considera evaluación odontológica, educación individual en salud oral y representa el control odontológico que, cronológicamente, sigue a nuestra actividad en estudio. Al contrastar las coberturas de ambas actividades se puede apreciar que la aplicación de la Pauta Bucodentaria, alcanza un 32% de cobertura sobre la población inscrita en los cinco establecimientos de salud de Recoleta, valor que está por debajo del 38% que alcanza el ingreso a tratamiento odontológico de los niños de 2 años, según los datos hallados en el DEIS (35). Sin embargo, la aplicación de la Pauta Bucodentaria es una iniciativa que tiene un mayor potencial de aumento, debido a la oportunidad que representa la instancia del Control Sano, que tiene una amplia cobertura del 90,7% en nuestra comuna, a diferencia de lo que ocurre con la población que acude al Servicio Dental, donde la atención es focalizada en grupos priorizados. Esta priorización dificulta el acceso de niños y niñas de dos años al servicio dental, para los cuales se propone una cobertura del 40%, valor similar al encontrado en las estadísticas comunales.

Los resultados encontrados, demuestran una inequidad, entre todos los centros de APS, en cuanto a la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, contrario a la ventaja que se propone en el documento de “Pautas de evaluación Bucodentaria” (15), que radica en el hecho que esta estrategia debería estar al

alcance de todos los niños y niñas que acuden a los controles, otorgando mayor equidad.

✓ **Fase cualitativa:**

Según lo manifestado por los sujetos de investigación, existe conciencia de que la oportunidad del Control de Salud, permite ejercer acciones preventivas, con instauración de buenos hábitos a edades tempranas, detectando factores de riesgo y patologías, tal como es señalado en “Pautas de evaluación Bucodentaria”, del MINSAL en el año 2008 (15).

Además se reconoce que cualquier estrategia recuperativa en el adulto representará un mayor costo económico, como es declarado por el MINSAL en su documento de 1998, “Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil” (16); motivo por el cual, las acciones preventivas insaturadas en esta etapa son más costo-efectivas y generan menor resistencia, tal como se indica en el manual “Atención Primaria Odontológica del preescolar de 2 a 5 años” (14).

En general, los profesionales entrevistados, conocen la estrategia en estudio y relatan abordar el componente de Salud Bucal en sus controles, desde que los menores tienen meses de vida, como se sugiere en documento que rige desde el año 1998, donde el MINSAL elabora la pauta “Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil” (16).

Cuando se les consulta a los enfermeros su opinión sobre la Pauta Bucodentaria, ellos manifiestan que la encuentran útil, lo que concuerda con lo descrito en el

estudio “Pautas para la Salud Bucal en los primeros años de vida” realizado por odontopediatras en el año 2010 (24).

Una de las enfermeras entrevistadas manifestó que la vulnerabilidad de la población y la gran cantidad de tareas de la APS, dificultaban la implementación de esta actividad. Sin embargo, la OMS prioriza la atención de prevención en Salud Bucal en los grupos más vulnerables, en su documento “Plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad” del año 2006 (27).

A pesar de que la Pauta Bucodentaria pretende orientar sobre las acciones a seguir en caso de riesgo o daño, no está claro, según los entrevistados, cual es la conducta a seguir una vez que se consigna el puntaje de aplicación de la Pauta Bucodentaria.

Como era de esperar, y fue descrito en el marco teórico, la meta sanitaria de la evaluación del desarrollo psicomotor, toma gran importancia para el grupo entrevistado, y según lo descrito en la etapa cualitativa, desplaza la aplicación de la Pauta Bucodentaria, al momento de priorizar en caso de contar con menos tiempo.

Cuando a los sujetos de investigación se les consultó abiertamente las áreas a mejorar, se refirieron principalmente a la capacitación en Salud Bucal y a la coordinación entre el Programa Infantil y Odontológico. La importancia de esta consulta radica en que si un tema es relevado por los profesionales, representa una mayor factibilidad de intervenir en esta área, ya que estaría validado por los sujetos entrevistados.

Llama la atención que uno de los profesionales entrevistados, visualiza que esta investigación podría contribuir a mejorar la Salud Bucal de la Población. Esta

aseveración concuerda con el impacto que este estudio podría tener en uno de los establecimientos de salud, en el cual la aplicación de la Pauta Bucodentaria, estaría coincidiendo con la ejecución de esta investigación, lo que representa un efecto positivo en la cobertura de la aplicación de la Pauta Bucodentaria de este establecimiento, contribuyendo a mejorar la Salud Bucal de la población.

✓ **Limitaciones del Estudio:**

En primer lugar, es importante destacar que los resultados de este estudio son aplicables sólo a la comuna de Recoleta, a pesar de que las recomendaciones podrían servir de guía para otra comuna con características similares.

Dentro de las limitaciones de este estudio, está la dificultad de encontrar todas las fichas en los centros de salud municipalizados, ya que hasta el año pasado se utilizaba la ficha clínica en formato papel. Por este motivo no se pudo trabajar con el 100% de las fichas clínicas que representa el universo. De todas maneras se considera que los datos arrojados en este estudio son suficientes para contestar a los objetivos propuestos, ya que no fue posible encontrar sólo 33 fichas clínicas, lo que corresponde al 2,1%. La búsqueda y recolección de fichas, para lograr encontrar la mayoría, fue un trabajo bastante complejo, debiendo asistir en variadas oportunidades a los establecimientos de salud.

Una dificultad para encontrar los resultados cualitativos de esta investigación fue la carga asistencial de los Centros de APS, que ocasionó tardanza en la coordinación de las entrevistas.

VIII. CONCLUSIONES

En primer lugar, es necesario manifestar que el estudio efectuado, logró dar respuesta de manera satisfactoria a los objetivos propuestos, permitiendo concluir que:

El Control de Salud alcanza una amplia cobertura del 90,7% a nivel comunal, con fluctuaciones entre un 87,9% y un 94,5%. Esta alta cobertura permite instaurar estrategias que utilicen como base beneficiaria a la población que asiste al Control de Salud de los dieciocho meses.

La Pauta Bucodentaria es un instrumento cuya utilización, en la comuna de Recoleta, no se ha potenciado, perdiendo la oportunidad de abordar el componente de Salud Bucal, de manera preventiva, desde la enfermería. Los valores alcanzados por esta actividad van desde un 0% en CESFAM Recoleta, hasta el 79,7% en CESFAM Cristo Vive, alcanzando un porcentaje del 32% a nivel comunal. Considerando la baja cobertura en la aplicación de la Pauta Bucodentaria, la evidencia mostrada en cuanto a la epidemiología de Salud Bucal, deja ver que es necesario abordar el riesgo y daño de la Salud Bucal desde todas las aristas posibles, estando demostrado que las intervenciones realizadas en la primera infancia, tales como la actividad en estudio, deben priorizarse.

Las coberturas encontradas en la comuna, según lo manifestado por los profesionales que aplican el instrumento, se deben a la interacción de elementos

facilitadores y obstaculizadores de la aplicación de la Pauta Bucodentaria, los que se pueden agrupar como elementos de *prevención y promoción, coordinación y capacitación*.

Finalmente, es importante destacar que, a razón de los resultados de este estudio, se puede reafirmar y concluir, que efectivamente tenemos en el personal de enfermería, posibilidades reales y concretas de trabajo en equipo, para realizar el abordaje de Salud Bucal e integral de niños y niñas. Para ello sólo es necesario realizar algunas mejoras en acciones de sensibilización, capacitación y coordinación, que representan medidas factibles de implementar con el uso de recursos disponibles en atención primaria, y así obtener el máximo potencial de acción, capaz de lograr un giro en la Salud Bucal de nuestra población.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. - Sheiham A (2005). Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization (BLT). 2005; 83 (9): 644-5.
2. - Gurenlian JR (2007). The Role of Dental Plaque Biofilm in Oral Health. J Dent Hyg. 2007; 81 (5):116.
- 3.- OMS (2007). Hallado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
Acceso: 14 de Julio de 2013.
- 4.- MINSAL (2007). Situación de Salud Bucal, Perfil Epidemiológico. Departamento de Salud Bucal. Documento PDF. Recopilación. Hallado en: http://saludbucal.minsal.cl/resources/descargas/Situacion_de_Salud_Bucal_Nacional_.pdf. Acceso: 12 de julio de 2013.
- 5.- Badenier O, Moya R, Cueto A et al (2010). Prevalencia de las Enfermedades Bucodentales y necesidades de tratamiento en la V Región. Proyecto FONIS 2007.
- 6.- ENS (2003). Primera Encuesta de Salud. Hallado en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>. Acceso: 3 de julio de 2013.
- 7.- Urzúa I, Mendoza C, Arteaga O et al (2012). Dental Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult. Population: First National Dental Examination Survey. International Journal of Dentistry. 2012; 81:1-6

8.- Holst D, Schuller AA (2011). La igualdad en la salud oral de los adultos en Noruega. Cohorte y los resultados de la sección transversal de más de 33 años. *Comunidad Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 488-497.

9.- AAP (2003). The American Academy of Periodontology. Diagnosis of Periodontal Diseases. *JPeriodontol* 2003;74:1237-1247.

10.- MINSAL (1998). Normas de Prevención de Enfermedades Periodontales y Gingivales. Hallado en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7f2dd0d1a815c658e04001011e010fe2.pdf>. Acceso el 4 de Julio de 2013.

11.- Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I et al (2010). Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*. 2010; 81(10):1403-10.

12.- Soto L, Tapia R et al (2007). Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000- 2010.

13.- MINSAL (1998). Normas en la Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares. Hallado en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/norma_de_prevencion_e_intercepcion_de_anomalias_dento_maxila.pdf . Acceso el 14 de julio de 2013.

14.- MINSAL (2009). Atención Primaria Odontológica del preescolar de 2 a 5 años. Documento de PDF. Hallado en:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>

Acceso el 5 de julio de 2013.

15.- MINSAL (2007). Departamento de Salud Bucal. División de prevención y Control de Enfermedades. Pautas de evaluación Bucodentaria. Documento PDF.

Hallado en

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7f2a0b316b5e3ba7e04001011f01693d.pdf>

Acceso el 10 de julio de 2013.

16.- MINSAL (1998). Norma de actividades promocionales y preventivas específicas

en la atención odontológica infantil. Hallado en

http://www.redsalud.gov.cl/archivos/norma_actividades_promocionales_y_preventivas.pdf

Acceso el 7 de diciembre de 2013.

17.- MINSAL (2008). Departamento de Epidemiología. Estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007. Hallado en

<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf>

Acceso el 21 de enero de 2014.

18.- MINSAL (2011). Evaluación Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010. Hallado

en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c812bdf8c9f8d08e04001011f014e04.pdf>

Acceso el 25 de enero de 2014.

19.- MINSAL (2013). Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años. Guía Clínica.

Documento de PDF. Hallado en:

<http://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4342644a9e04001011f0113b9.pdf>

Acceso 3 de julio de 2013.

- 20.- MINSAL (2013). Salud Oral Integral de la Embarazada. Guía Clínica. Documento de pdf. Hallado en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf> Acceso el 24 de enero de 2014.
- 21.- Chile Crece Contigo (2013). Hallado en <http://www.crececontigo.gob.cl/> Acceso el 27 de enero de 2014.
- 22.- Palma C (2009). Embarazo y salud oral. Odontología Pediátrica Madrid 2009; 17 (1): 1-9.
- 23.- CASEN (2011). Hallado en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=87&a=2011>. Acceso el 15 de agosto de 2013.
- 24.- Palma C, Cahuana A (2010). Pautas para la Salud Bucal en los primeros años de vida. Odontol Pediatr 2010. 9 (2): 179-187.
- 25.- Monsalves M (2011). La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. Rev Chil Salud Pública 2012; 16 (2): 241-246.
- 26.- FDI (2012). World Dental Federation. Llevar al Mundo hacia una Salud Bucodental Óptima. Hallado en http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision_2020_spanish.pdf Acceso el 30 de enero de 2014.
- 27.- OMS (2006). Salud bucodental: Plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. Documento de PDF, hallado en

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_10-sp.pdf Acceso el 2 de febrero de 2014.

28.- Abarca I (2010). Tesis de magister: Evaluación de la Calidad del Control Odontológico del Niño Sano de 2 y 4 años en Centros de Atención Primaria de la región del Maule, año 2010.

29.- API (2006). Atención Preventiva Integrada. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hallado en <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/uma8.html> Acceso el 5 de mayo de 2014.

30.- Rodríguez A, Baly M (1997). Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Revista Cubana de Estomatología, 1997, 34 (1): 28-39.

31.- Tapias Ledesma MA, Martín-Pero L, Hernández V, Jiménez R, Gil de Miguel A. (2009). Prevalencia de caries en una población escolar de 12 años. Av. Odontoestomatol 2009; 25 (4): 185-191.

32.- Instituto nacional de estadísticas. Disponible en <http://www.ine.cl/>

33.- SINIM (2013). Hallado en: http://www.sinim.gov.cl/ficha_comunal/fcomunal.php?id_muni=13127&ano=2012&periodo=A Acceso 15 de agosto de 2013.

34.- CASEN (2009). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Documento de PDF. Hallado en

http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/RESULTADOS_CASEN_2009.pdf Acceso el 10 de mayo de 2014.

35.- DEIS (2013). Departamento de estadística e Información en Salud. MINSAL.
<http://deis.cl>

36.- Orientaciones para la y Planificación y Programación en red año 2015. Hallado en http://web.minsal.cl/sites/default/files/Orientaciones_red_2015.pdf Acceso el 17 de diciembre de 2014.

37.- Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral. Hallado en http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2013_Programa%20Nacional%20de%20Salud%20de%20la%20infancia%20con%20enfoque%20integral.pdf Acceso el 5 de enero de 2015.

X. ANEXOS

ANEXO 1. Autorización Comité de Ética SSMN.

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Norte Región Metropolitana Ministerio de Salud</p>	<p>Dirección Comité de Ética de la Investigación Dr. CNC/lcc</p>
---	--

Santiago, enero 15 de 2014

De: CEI-SSMN

A: Dra. Vanessa Haase Bazán
Coordinadora Odontológica Comunal de Recoleta

Ref.: Proyecto Titulado: "Evaluación de cobertura en aplicación de pautas Bucodentarias en niños de 18 meses en la comuna de Recoleta"

Estimada Dra. Haase:

El Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte en sesión del día 09 de enero de 2014 analizó y revisó el proyecto de la referencia y ha acordado su Aprobación.

Sírvase recibir adjunto documento de Consentimiento Informado timbrado, fechado y firmado por el suscrito.

La saluda atentamente,



Organismo Asesor de la Dirección
Servicio de Salud
Metropolitano Norte

DR. CARLOS NAVARRO COX
PRESIDENTE CEI-SSMN

Calle San José 1053.
Independencia, Santiago, Chile
Fono (56-2) 5758506
www.ssmn.cl

ANEXO 2. Autorización Comité de Ética CESFAM Cristo Vive.



Santiago, Diciembre, 2013
CBE

Investigador(a)
Dra. Vanessa Haase B.
Magister en Salud Pública, Universidad de Chile.
Presente

De nuestra consideración:

Por la presente, me es muy grato informar a usted de la aprobación del Protocolo **“Evaluación de cobertura en la aplicación de pautas Bucodentarias en niños de 18 meses en APS de Recoleta”** a realizarse en el contexto de la tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública, Universidad de Chile.

Se recuerda a través de la presente la necesidad de coordinar adecuadamente el trabajo con los Servicios necesarios para no interferir en las actividades propias del CESFAM, en este caso particular, con las Enfermeras de Sector y el Equipo Dental.

Cabe destacar la importancia de mantener informado al Comité y a la Dirección de los avances en el proceso de la investigación, así como de poner en conocimiento del mismo cualquier imprevisto o modificación de acuerdo a las condiciones expuestas en el protocolo.

Al término de esta investigación, se debe entregar un informe con los resultados obtenidos durante el proceso.

Sin otro particular, le saluda muy cordialmente,

Sra. Marla Sólari V.
Miembro Representante
Comité de Bioética Cristo Vive.

ANEXO 3. Autorización Departamento de Salud de Recoleta.



Recoleta, 17 de diciembre de 2013

**DE : MARÍA EUGENIA CHADWICK
JEFA DEPARTAMENTO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE RECOLETA**

**A : DOCTOR
JUAN JORGE SILVA
PRESENTE**

Junto con saludar informo a Usted, que la funcionaria Dra. Vanessa Haase Bazán cuenta con la autorización de este Departamento de Salud, para realizar la investigación de la tesis "Evaluación de Cobertura en la Aplicación de Pautas Bucodentarias en Niños de 18 meses en APS de Recoleta".

La autorización involucra a los cuatro CESFAM de la comuna de Recoleta: CESFAM Dr. Juan Petrinovic, CESFAM Dr. Patricio Hevia Rivas, CESFAM Quinta Bella y CESFAM Recoleta.

Se dará la instrucción a las directoras de los centros correspondientes para resguardar la información confidencial de la ficha clínica de los usuarios involucrados.

Atentamente,



**MARIA EUGENIA CHADWICK
JEFA DEPARTAMENTO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE RECOLETA**

MECHS/vbu

Distribución:

- Destinatario
- Dra Vanessa Haase Bazán
- Departamento de Salud /

ANEXO 4. Pauta Bucodentaria.



PAUTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO BUCODENTAL INFANTIL

Ces Petrinovic

Nombre Fecha	Fecha Nac	Control 1 año 6 m Enfermera	Control 2 años Odontólogo	Control 3 años 6 m Nutricionista	Control 4 años Odontólogo
ALIMENTACIÓN					
Lactancia Materna si=0 no=1					
Mamadera nocturna no=0 si=1					
MOMENTOS AZUCARADOS ENTRE COMIDAS					
No consume alimentos azucarados= 0					
1 o 2 veces por día= 1					
3 o mas veces por día= 2					
uso medicamentos azucarados no=0 si=1					
HÁBITOS					
hábito cepillado si=0 no=1					
técnica cepillado si=0 no=1					
chupete entretención no=0 si=1					
succión digital no=0 si=1					
respirador bucal no=0 si=1					
EXAMEN SALUD BUCAL					
presencia dientes supernumerarios no=0 si=1					
placa bacteriana no=0 si=1					
n° dientes perdidos por caries					
n° dientes obturados					
n° dientes obturados					
PUNTAJE TOTAL (este total debe disminuir entre controles)					
DERIVACION INMEDIATA A DENTAL:					
por riesgo: 3 o mas puntos. Si es prematuro 2 o mas					
por daño: desmineralización, caries, anomalía dentomaxilar, dientes supernumerarios					

Ces Petrinovic

ANEXO 5. Pauta de Revisión.

INSTRUMENTO VERIFICADOR DE REGISTROS CLÍNICOS

ESTABLECIMIENTO:

ID:

EDAD DEL NIÑO AL MOMENTO DEL CONTROL:

1. REGISTRO DE CONTROL DE SALUD DE LOS 18 MESES
(ENFERMERA), EN FICHA:

SI: ___ NO: ___

2. REGISTRO DE APLICACIÓN DE PAUTA BUCODENTARIA EN FICHA:

SI: ___ NO: ___

3. PRESENCIA DE PAUTA BUCODENTARIA EN LA FICHA:

SI: ___ NO: ___

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 6. Pauta de Preguntas de Entrevista.

1. Caracterización y posición del entrevistado

- a. ¿Cuál es su experiencia en APS?
- b. ¿Cuál es su opinión en relación a las actividades preventivas?

2. Importancia del componente de Salud Bucal

- a. A partir de su experiencia en el CESFAM ¿cuál cree usted que es la importancia del componente de Salud Bucal en los Controles de Salud infantil?
- b. ¿Cuál es su opinión sobre la pauta de evaluación Bucodentaria?

3. Aplicación y registro de las Pautas Bucodentarias

- a. ¿Cómo es la aplicación de la pauta en su CESFAM?
- b. ¿Cómo se realiza el registro de la aplicación de las pautas?

4. Capacitación

- a. ¿Usted ha recibido capacitación sobre el componente de Salud Oral en el Control de Salud del niño?
- b. ¿Cuál es su opinión sobre estas capacitaciones?

5. Coordinación

- a. En su CESFAM, ¿cómo se realiza la coordinación del Equipo Pediátrico con el equipo de Salud Bucal?

6. Barreras y propuestas de mejoras

- a. ¿En relación a la aplicación de las Pautas Bucodentarias, usted visualiza algunas barreras que dificultan su aplicación en su CESFAM?
- b. ¿Qué medidas implementaría para mejorar la aplicación de las Pautas Bucodentarias en su establecimiento de salud?

7. Observaciones

- a. ¿Desea agregar algún comentario?

ANEXO 7: Consentimiento Informado.

Dirigido a enfermeros/as de APS, que realizan el Control de Salud de los dieciocho meses.

I.- información: Mi nombre es Vanessa Haase Bazán, soy estudiante del Magister de Salud Pública de la Universidad de Chile y para optar al grado académico, estoy realizando una investigación en la Atención Primaria de Salud (APS) de Recoleta, mediante la tesis:

“EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE APLICACIÓN DE PAUTAS BUCODENTARIAS EN NIÑOS DE 18 MESES EN LA COMUNA DE RECOLETA”, cuyo objetivo general es: Evaluar la cobertura de la aplicación de las Pautas Bucodentarias ejecutadas por enfermeros/as, a niños que están Bajo Control y que asisten al Control de Salud de los dieciocho meses de edad, en los cinco Establecimientos de APS de la comuna de Recoleta. Estudio que ha sido aprobado por el comité de ética local.

Los participantes seleccionados son todos/as los/as enfermeros/as de APS que efectúan el Control de Salud de los dieciocho meses en el CESFAM, por lo tanto, que deberían aplicar la Pauta Bucodentaria.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y consiste en una entrevista única, orientada en la aplicación de la Pauta Bucodentaria y de una duración aproximada de 30 minutos, esta conversación será grabada, transcrita y su uso tendrá carácter confidencial. El informe final podrá contener citas textuales de los participantes, pero guardando el anonimato de los entrevistados.

Si usted participa en este estudio podrá acceder a los resultados de este y en caso de cualquier duda, puede contactarme a mi correo electrónico haasebazan@gmail.com o a mi celular: 90893013.

II.- Formulario: Yo: _____; RUT:
_____; enfermero/a del CESFAM: _____, he
recibido la información de esta investigación y consiento voluntariamente mi
participación en esta, sabiendo que puedo desistir de esta decisión en cualquier
momento.

Firma persona que autoriza

Fecha autorización: __ / __ / __