

**COMPARCIÓN DEL ESTADO BUCAL DE LOS PACIENTES DEL  
OPERATIVO FRIENDSHIP AND ORAL HEALTH, EN CURARREHUE,  
ENTRE LOS AÑOS 2016 – 2017.**

**POR: AMPARO FERNANDA ALISTER GALLEGOS, CAMILA ELIZABETH  
DEL CARMEN CAMPOS VALDÉS, VALENTINA ALEJANDRA CARRILLO  
BARRO**

**Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo  
para optar al grado académico de Licenciado en Odontología.**

**PROFESOR GUÍA.**

**CIRUJANO DENTISTA, DOCENTE CARRERA ODONTOLOGÍA, FACULTAD  
DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO.**

**MANUEL VELÁSQUEZ CASTILLA**

**Diciembre 2018**

**CONCEPCIÓN**

Dedicado a todas las personas que formaron parte de este camino y que fueron un pilar fundamental para que pudieramos lograr nuestros sueños.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer principalmente a Dios, por todo lo que hemos recibido en el pasado, por lo que nos da día a día y por todo lo que está por llegar. Por habernos permitido alcanzar este momento tan importante en nuestra formación personal y profesional. Por darnos la fortaleza para enfrentar y vencer los obstáculos y la perseverancia para obtener nuestras metas.

A nuestras familias, que con su apoyo incondicional, amor y confianza, permitieron que lográramos adquirir nuestro grado de licenciadas y por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad.

Agradecer al cuerpo docente de la carrera de Odontología de la Universidad del Desarrollo, quienes con su amplia experiencia y conocimiento nos orientaron al correcto desarrollo y culminación con éxito de este trabajo.

A nuestra Universidad, por habernos brindado tantas oportunidades y habernos enriquecido en conocimiento. Agradecer infinitamente a nuestros tutores de tesis, Constanza Neira y Manuel Velásquez, por su permanente preocupación y dedicación, por sus consejos y palabras de aliento y en especial por creer en nosotras y esta investigación que desarrollamos a lo largo de 2 años.

A nuestros compañeros de universidad, por haber hecho de nuestra etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaremos.

A nuestros amigos, por ser parte significativa de nuestras vidas, y por haber hecho el papel de una familia verdadera en todo momento, gracias por su apoyo, comprensión y sobretodo amistad.

Y por último, agradecemos a la vida por todo lo que hemos recibido y por todo lo que aún está por llegar.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

	Página
<b>DEDICATORIA</b>	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	3
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	5
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	6
<b>RESUMEN</b>	7
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>MARCO TEÓRICO</b>	14
<b>HIPÓTESIS</b>	22
<b>OBJETIVOS</b>	23
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	24
<b>RESULTADOS</b>	26
<b>DISCUSIÓN</b>	34
<b>CONCLUSIONES</b>	39
<b>ANEXOS</b>	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	50

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1: Distribución de pacientes atendidos en el operativo según edad.	27
TABLA 2: Número de caries	29
TABLA 3: Número de piezas con caries	30
TABLA 4: Número de piezas extraídas	30
TABLA 5: Número de caries en pacientes con seguimiento	32
TABLA 6: Número de piezas con caries en pacientes con seguimiento	32
TABLA 7: Número piezas extraídas en pacientes con seguimiento	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1: Distribución de pacientes atendidos en el operativo según año (n=670).	26
FIGURA 2: Distribución de sexo según año de atención en el operativo (n=670).	27
FIGURA 3: Estado de salud de pacientes según año (n=670).	28
FIGURA 4: Indicación de flúor, periodoncia y exodoncia en pacientes según año de atención.	29
FIGURA 5: Indicación de flúor, periodoncia y exodoncia según año de atención en pacientes con seguimiento (n=52).	31

## RESUMEN

Introducción: La salud bucal comprende un estado de completa normalidad anatómica y/o funcional de la cavidad bucal, así como de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial. Las enfermedades bucodentales tienen mayor prevalencia en países en vías de desarrollo y en zonas con bajo nivel socioeconómico. Los profesionales de la salud tienen la tarea de encontrar y planificar estrategias para promocionar, prevenir y controlar enfermedades. Es por esto que surgen programas odontológicos para zonas vulnerables, como lo es “*Friendship and Oral Health*”.

Objetivo: Comparar el estado bucal de los pacientes antes y después de recibir atención en el operativo odontológico “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 – 2017. Materiales y métodos: El estudio transversal se llevó a cabo obteniendo los datos, a través de las fichas clínicas de los pacientes que se atendieron en el operativo odontológico FAOH entre los años 2016 – 2017 en la población de Curarrehue (n=618). Se tabuló la información en el software Microsoft Excel para luego analizar los datos. El análisis descriptivo fue en base a medidas de tendencia central y de variabilidad. Para el análisis inferencial se evaluó la asociación con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Resultados: El estudio comprendió un total de 670 pacientes atendidos en el operativo “*Friendship and Oral Health*” de la comuna de Curarrehue. De la muestra analizada, 361 pacientes fueron atendidos el año 2016 y 309 fueron atendidos el año 2017. El número de caries, el número de piezas con caries, la indicación de exodoncia, la indicación de periodoncia y la indicación de flúor, fueron variables que disminuyeron de un año a otro en los pacientes con seguimiento. Conclusión: El estado

de salud bucal de los pacientes atendidos en el operativo “*Friendship and Oral Health*” mejoró del año 2016 al 2017.



## **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo al Ministerio de Salud (2015), la salud bucal es identificada como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales, como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida, orientando la Política de Salud Bucal a la prevención y promoción de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Ésta, además es considerada un derecho individual y una responsabilidad social, por lo tanto, una de las principales tareas como profesionales del área de la salud, es encontrar y planificar estrategias para prevenir y/o controlar estos problemas, caracterizándola como un “bien social y humano” (Unesco, 2005).

América Latina es la región del mundo donde se encuentra la mayor cantidad de problemas bucodentales, principalmente en lo que se refiere a la caries dental. Chile ha sido clasificado dentro de los países de alto riesgo (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2000*).

La salud bucal comprende un estado de completa normalidad anatómica y/o funcional de la cavidad oral, así como de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial (Minsal, 2017). Las enfermedades bucodentales más prevalentes son la caries, la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes (Garmona, 1996). Éstas se presentan cada vez con mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo.

Existe una mayor prevalencia en los países en vía de desarrollo y en especial en aquellas zonas donde se encuentra un bajo nivel socioeconómico. Es por esta razón que,

actualmente, las enfermedades relacionadas con la cavidad oral constituyen un problema de salud pública (OMS, 2010).

La caries dental es una de las enfermedades de origen infeccioso de mayor prevalencia en el hombre y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (González, 2012).

Es una enfermedad microbiológicamente inducida por bacterias endógenas existentes en la cavidad oral, por lo que no es considerada infectocontagiosa (Davies, 2003). La caries dental es una enfermedad compleja, crónica y de etiología multifactorial (Arteaga y cols., 2009). Su principal agente causal es el *Streptococcus Mutans* (S.M), inmerso en un biofilm bacteriano, modelado por factores culturales, socio-económicos y conductuales que juegan un poderoso papel en el desarrollo y progresión de esta enfermedad (Reisine & Douglass, 1998).

En base a esta problemática, surge la necesidad de la instauración de programas de promoción, prevención, educación y tratamientos para las enfermedades bucodentales, además de políticas de salud bucal dirigidas a grupos de alto riesgo y poblaciones vulnerables. Uno de los beneficios de estos programas, es que ayudan a los individuos que se encuentran en situaciones desfavorables y que no tienen la posibilidad de atención odontológica (Benavides y Cerón, 2017). Es por esto, que la distribución de los recursos impide que toda la población reciba intervenciones óptimas, pese a ser considerada uno de los principales asuntos político-financiero para la mayoría de los gobiernos. En varios de ellos, la atención de la salud oral es el último aspecto a tratar

cuando se realiza la planificación de la salud, incluso en países industrializados (Nowak, 2011).

Existe una gran variedad de programas odontológicos a lo largo del país. La Universidad del Desarrollo de Concepción cuenta con una variedad de operativos dentales, tales como: “Sonríe UDD”, “Forja”, “*Healthy Smiles*” y “*Friendship and Oral Health*”.

El programa “*Friendship and Oral Health*” se inicia en el año 2008, con la finalidad de entregar tratamientos integrales realizados por alumnos y odontólogos docentes de la carrera de odontología, por medio de acciones promocionales, preventivas y recuperativas. Éste, cuenta con equipamiento para implementar una clínica odontológica de campaña móvil, donde existen unidades completamente equipadas (sillón de atención, sillín para operador y asistente, y equipo dental móvil), además de una moderna unidad de esterilización, radiología intraoral digital, entre otros (Universidad del Desarrollo, 2017).

En una primera instancia “*Friendship and Oral Health*”, se encarga de dar atención primaria a todos sus pacientes, con el objetivo de generar algún tipo de cambio en la población, logrando establecer modificaciones en la calidad de vida de ellos. Es por esto, que la salud bucal se considera como un factor de salud y bienestar general para cualquier persona en cualquier sociedad (Universidad del Desarrollo, 2017).

Este programa no sólo se ha llevado a cabo en Curarrehue, sino que también en Neltume, Colcura, Rafael, Menque, Ralco y Alto Bío-Bío, en el cual participan alumnos y docentes de las Facultades de Odontología de la Universidad del Desarrollo y de las

prestigiosas Universidades Norteamericanas de Connecticut, Stony Brook Medical Center y Harvard (Universidad del Desarrollo, 2017). La incorporación de programas de voluntariado es necesaria para poder ofrecerle a la población una atención gratuita y de calidad (Olavarría, 2006). De esta forma, se pueden otorgar servicios de rehabilitación y de educación a los pacientes, ya que además de arreglar los problemas de caries, prótesis, endodoncia y/o periodontales, los programas de voluntariados como “*Friendship and Oral Health*” se preocupan de entregar la información necesaria vinculada a la promoción y prevención.

La mayoría de las zonas rurales en Chile, no presentan atención odontológica de calidad, por ende, no reciben los tratamientos necesarios para evitar la evolución de la enfermedad cariosa. Esto conlleva a un aumento en la cantidad de caries en la población y por lo tanto, tienen mayor prevalencia a presentar un estado de salud oral desfavorable (MINSAL, 2017).

Hay que tener en consideración que la población, en general, no presenta mucho conocimiento respecto a la salud bucodental y por ende, no toman las medidas pertinentes para prevenir o detener el proceso de la enfermedad. Esta desinformación por parte de los pacientes, se ve mucho más aumentada en zonas rurales o en grupos de bajo nivel socioeconómico (Ávalos, 2015).

El impacto de “*Friendship and Oral Health*” sobre los pacientes atendidos no ha sido evaluado, por lo que este estudio tiene como finalidad comparar el estado bucal de los

pacientes antes y después de recibir atención en el operativo odontológico “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 – 2017.

## MARCO TEÓRICO

Esta investigación se basará principalmente en el estado de salud bucal de los pacientes que acudieron y recibieron tratamiento en el operativo “*Friendship and Oral Health*”, ya sea el año 2016, año 2017 o ambos años.

Es importante considerar que el estado de salud oral puede afectar directamente la calidad de vida de los individuos, ya que puede traer consigo consecuencias como dolor, malestar local o general y limitaciones funcionales, por lo tanto, la salud bucal se considera como un factor de salud y bienestar general para cualquier persona en cualquier sociedad. Todos los individuos deben tener una condición de salud bucal que les permitan hablar, masticar, reconocer el sabor de la comida, sonreír, vivir libre de dolor y malestar, y relacionarse con los demás sin restricción (Petersen PE, 2003).

América Latina es la región del mundo donde se encuentra la mayor cantidad de problemas bucodentales, principalmente en lo que se refiere a la caries dental. Hablando más específicamente, Chile ha sido clasificado dentro de los países de alto riesgo (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2000).

Las patologías orales que afectan a la población son de alta prevalencia y severidad, especialmente en la población adulta, la que presenta los mayores daños por no haber accedido a programas preventivos, medidas de autocuidado y tratamientos curativos eficientes y oportunos (MINSAL, 2003). Por otra parte, la situación epidemiológica de las patologías orales en Chile muestra una alta prevalencia y severidad junto a una distribución poblacional marcada por los determinantes sociales, donde el daño se

concentra en los grupos más vulnerables de nuestra sociedad (OMS, 1997). Es por esto, que la política de salud oral de Chile desde el año 2000 está orientada a la promoción y prevención, con énfasis en los grupos más vulnerables y de alto riesgo.

En este estudio se evaluará una serie de variables que inciden en el estado de salud oral de cada paciente. Estas variables son: número de caries, número de piezas con caries, número de piezas extraídas, indicación de exodoncia, indicación de periodoncia e indicación de flúor.

Si bien la etiología de la caries es multifactorial se ha establecido que el *Streptococcus Mutans* (S.M), inmerso en un biofilm bacteriano, es su principal agente causal, efecto potenciado por características en la dieta de los pacientes infantiles, donde los hidratos de carbono presentes en la dieta son los que tienen el rol más importante (Seow, 1998). Este mecanismo es modelado por factores culturales, socio-económicos y conductuales que juegan un poderoso papel en el desarrollo y progresión de esta enfermedad (Reisine & Douglass, 1998).

Hablamos de enfermedad multifactorial porque se establece la interacción de cuatro factores principales: el huésped, el cual contempla los dientes, la saliva y la higiene bucal, la microflora, la cual corresponde a las bacterias causante de la caries, como por ejemplo la *Streptococcus Mutans*, el sustrato, el cual corresponde a los carbohidratos incluidos en una dieta criogénica y el tiempo.

Para la formación de la caries, es necesario que los factores estén en condiciones favorables. Es decir, se necesita de un huésped susceptible, una flora cariogénica, un

sustrato determinado asociado a los azúcares y un período de tiempo determinado, el cual permite la evolución del proceso de la enfermedad (Hidalgo, 2007).

La caries dental es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial y en los hombres, afectando a un 60-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos alrededor del mundo. Además, es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (González, 2012). Es por este mismo motivo que la OMS clasificó la caries como una pandemia por su distribución a nivel mundial. Además de esto, es considerada la causa más frecuente de pérdida de dientes y aumenta considerablemente con la edad de los pacientes. (OMS 2012)

Se origina como resultado de un desequilibrio entre la mineralización y la desmineralización, con predominio de ésta última. Este desequilibrio en los tejidos minerales del diente, se produce a su vez por un desequilibrio en la flora bacteriana que habita en nuestra cavidad oral. Existe una gran diversidad de bacterias, tanto favorables como desfavorables para el ecosistema oral. Sin embargo, la desmineralización ocurre cuando hay un aumento en el porcentaje de flora patogénica en la boca. Estas bacterias patogénicas, las cuales clasificamos como desfavorables, se alimentan principalmente de los carbohidratos de la dieta y son capaces de colonizar la superficie del diente y producir ácidos orgánicos, los cuales generan la disolución del tejido mineral del diente (Fejerskov, 2009).



Generalmente ocurre en lugares de difícil acceso en la limpieza, como por ejemplo fisuras o surcos profundos (Cueto, 2009). También pueden aparecer en otras zonas como en caras libres, zonas cervicales o interdentales.

Los primeros estadios de una lesión cariosa se pueden observar como manchas blancas en la superficie del diente, pero muchas veces pueden pasar desapercibidos clínicamente (Carrillo, 2010).

La mancha blanca se presenta en la superficie del esmalte dental donde es posible revertir la desmineralización a través de acciones como la aplicación de flúor en barniz en altas concentraciones, el cual permite una remineralización del tejido sin necesidad de realizar restauraciones (Ekstrand K. 2004).

Existe una clasificación de la caries dental según el tejido que se ve afectado en la que el avance de ésta se va dando desde la superficie externa del esmalte pasando por cada uno de los tejidos hasta producir la necrosis pulpar. Existen cuatro grados, los cuales son: caries de esmalte (grado 1), caries de esmalte y dentina (grado 2), caries de esmalte, dentina y pulpa (grado 3) y necrosis pulpar (grado 4) (Higashida, 2000). En esta última etapa se produce un dolor más agudo en la pieza afectada y de no tratarse, podría seguir avanzando y generando una infección a nivel apical y óseo respectivamente, causando abscesos o algún tipo de lesión endo-periodontal, la cual generaría mucho dolor y podría llevar a la pérdida de la pieza (Urzúa, 1999).

El tratamiento preventivo de la caries tiene como objetivo reducir incidencia, prevalencia y gravedad de la lesión cariosa. El flúor se encuentra entre algunas de los

productos que se ocupan a modo de prevención. Es un mineral electronegativo cuya función es aumentar la resistencia del esmalte y evitar el proceso de caries generando un incremento en la remineralización de los tejidos (De Estrada, 2006). Además, se encarga de reducir la acción de los microorganismos (*Streptococo mutans* principalmente), la producción de ácidos y la formación de caries en el tejido dentario (Velasco, 2011).

La administración del flúor puede realizarse de forma sistémica, ya sea colectivamente (con la fluoración de aguas) y/o individualmente, o con aplicación tópica mediante preparados concentrados como geles, barnices, colutorios o pastas dentífricas (Pericas, 2011).

*“Friendship and Oral Health”* utiliza el flúor barniz como tratamiento preventivo para la remineralización de las piezas dentales de los pacientes atendidos.

Otro tipo de tratamientos realizados por parte de los odontólogos corresponde a la extracción dental o exodoncia en el cual se remueve el elemento perturbador de la cavidad oral, es decir, se elimina una parte vital del individuo que forma parte del sistema estomatognático y que participa en la masticación, deglución, nutrición, fonación, convivencia social, entre otros (Olate, 2006).

La extracción dental corresponde a un acto quirúrgico por medio del cual se elimina el órgano dentario de su alveolo respectivo; a pesar de los esfuerzos de las políticas y acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente (Ramirez, 2010).

Este tipo de tratamiento tan invasivo para el paciente se realiza como solución frente a patologías orales complejas en su estado terminal. Muchas veces, cuando el tratamiento inicial no puede realizarse, por motivos económicos en la mayoría de los casos, y aunque la enfermedad sea reversible o tratable, se indica la exodoncia de la pieza dentaria afectada (Petersen, 2003). Dentro de las principales causas de extracción de órganos dentales se encuentran las lesiones periapicales crónicas, los restos radiculares, dientes retenidos y quistes radiculares (Costich, 1974). Dentro de la prevalencia de este tratamiento, se establece que los incisivos inferiores son las piezas más afectadas por la enfermedad periodontal y los molares por la caries (Ong, 1996).

Las enfermedades periodontales corresponden a patologías crónicas, inflamatorias, que comprometen la encía generando destrucción del aparato de soporte del diente, es decir, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. Corresponden a enfermedades multifactoriales dadas por una respuesta excesiva del huésped frente a la invasión bacteriana. Estas enfermedades, tanto gingivitis como periodontitis, se deben a una acumulación local de bacterias sobre la pieza dentaria. Se inician con una acumulación local de bacterias sobre el diente, pudiendo afectar uno o varios dientes, si no se tratan. Gingivitis y periodontitis corresponden a enfermedades inflamatorias más comunes y afectan a la gran mayoría de la población a nivel mundial (OMS, 2017).

La prevención necesaria para evitar las enfermedades periodontales se basa principalmente en el control mecánico de la placa bacteriana y en el control químico mediante la utilización de antisépticos bucodentales. (Tur, 2011)

Existen dos tipos de tratamientos para las enfermedades gingivales, la terapia quirúrgica y la terapia no quirúrgica. La terapia quirúrgica corresponde a procedimientos correctores, reconstructores y regeneradores de las lesiones periodontales, provocando una reducción de las bolsas periodontales presentes en la cavidad bucal. La terapia no quirúrgica consiste principalmente en la remoción de placa, el control de placa, el destartraje supra y subgingival, el alisado radicular y la terapia coadyuvante con agentes químicos, así como, una correcta fisioterapia oral. (Yánac-Acedo, 2016).

En el operativo *“Friendship and oral Health”*, el tratamiento se enfoca en la terapia no quirúrgica realizando destartrajes a todos los pacientes que tengan “indicación de periodoncia”. Además se enfoca en la educación y motivación de los pacientes para que éstos cambien sus hábitos de higiene y puedan prevenir la aparición de enfermedades que atentan contra su salud gingival.

Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos de la población a nivel mundial y nacional. Estos grupos desfavorecidos de la población corresponden en su gran mayoría a comunidades rurales, que se encuentran alejadas de la ciudad. En estos casos, los individuos que presentan alteraciones o enfermedades bucales tienen ciertas limitaciones al momento de recurrir a una atención completa e íntegra. (Moncada, 2008)

En muchos países en desarrollo el acceso a servicios de salud bucodental es limitado, y los dientes a menudo se dejan sin tratar o son extraídos debido a dolor o malestar.

La mayoría de las zonas rurales en Chile, no presentan atención odontológica de calidad, por ende no reciben los tratamientos necesarios para evitar la evolución de la enfermedad cariosa. Esto conlleva a un aumento en la cantidad de caries en la población y, por lo tanto, tienen mayor prevalencia a presentar un estado de salud oral desfavorable. (MINSAL, 2017)

Esta prevalencia es mucho mayor en los países menos desarrollados y con mayor índice de pobreza. Las personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más probabilidades de enfermarse. Es por esta razón que, en las zonas rurales, encontramos una alta tasa de incidencia de caries dental.

Hay que tener en consideración que la población, en general, no presenta muchos conocimientos acerca de la salud bucodental y por ende no toman las medidas pertinentes para prevenir o detener el proceso de la enfermedad. Esta ignorancia por parte de los pacientes, se ve mucho más aumentada en zonas rurales o en grupos de bajo nivel socioeconómico.

Como la atención en salud es deficiente en estas zonas del país, tanto en odontología como otras especialidades, es necesaria la utilización de programas de voluntariados para ofrecerle a la población una atención gratuita y de calidad. De esta forma podemos otorgarle servicios de rehabilitación y de educación a los pacientes, ya que además de arreglar los problemas de caries o prótesis o endodoncia o periodontales, los programas de voluntariados como FAOH se preocupan de entregarle la información necesaria a los pacientes en promoción y prevención.

## **HIPÓTESIS**

El estado de salud bucal de los pacientes atendidos en el operativo FAOH mejora del año 2016 al 2017.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Comparar el estado bucal de los pacientes antes y después de recibir atención en el operativo odontológico FAOH en Curarrehue entre los años 2016 - 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Determinar el estado bucal general de los pacientes atendidos en el operativo odontológico FAOH entre los años 2016 - 2017.

Determinar el estado bucal de los pacientes antes de recibir atención en el operativo odontológico FAOH.

Determinar el estado bucal de los pacientes después de recibir atención en el operativo odontológico FAOH.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, en pacientes atendidos en el operativo dental “*Friendship and Oral Health*” entre los años 2016 y 2017, donde se evaluaron 670 fichas clínicas. En cuanto a los criterios de selección, se incluyeron a todos los pacientes que utilizaron el servicio entregado por el programa “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 a 2017, y se excluyeron a todos los pacientes cuyas fichas se encontraban incompletas.

La muestra fue de un total de 670 fichas (n=670) entre ambos años. En la primera fase se analizaron los datos generales de todos los pacientes y en la segunda fase se realizó un análisis específico. Se filtraron aquellos pacientes con seguimiento, es decir, los que fueron atendidos ambos años, donde se obtuvo un total de 52 pacientes (n=52).

Las variables analizadas en esta investigación fueron las siguientes: Estado de salud general, número de piezas con caries, número de caries, indicación de exodoncia, indicación de flúor, indicación de periodoncia.

Los datos recolectados fueron tabulados en el software Microsoft Excel, creando la base de datos. Para la recolección de datos, considerando los aspectos éticos según el Decreto N° 41 Reglamento Ley 20.584 y Artículo 30 de la Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadística, se solicitó la autorización del representante legal del operativo “*Friendship and Oral Health*” para el acceso a las fichas clínicas. En base a la privacidad y confidencialidad según la declaración de Helsinki, se tomaron las



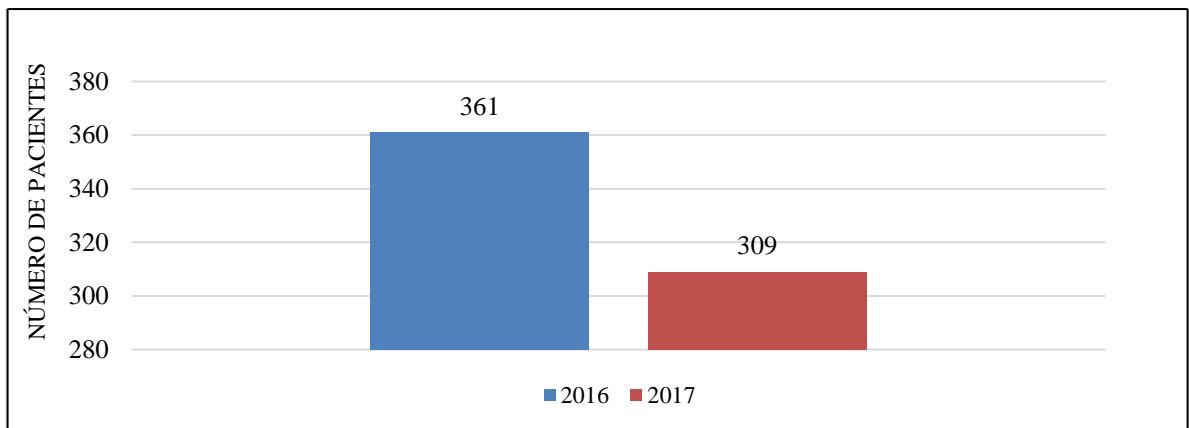
precauciones necesarias para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, donde las variables cualitativas (sexo, estado de salud general, indicación de periodoncia, indicación de flúor e indicación de exodoncia) fueron expresadas con medidas de frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas (número de piezas extraídas, número de piezas con caries y número de caries) fueron expresadas con estadígrafos de posición (mínimo y máximo), de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar).

Según la distribución paramétrica de las variables se midió la asociación de éstas utilizando T-Student con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

El estudio comprendió un total de 670 pacientes atendidos en el operativo “*Friendship and Oral Health*” de la comuna de Currarehue. Del total de la muestra analizada (n=670), 361 pacientes fueron atendidos el año 2016 y 309 fueron atendidos el año 2017 (Figura 1).



**Figura 1. Distribución de pacientes atendidos en el operativo según año (n=670).**

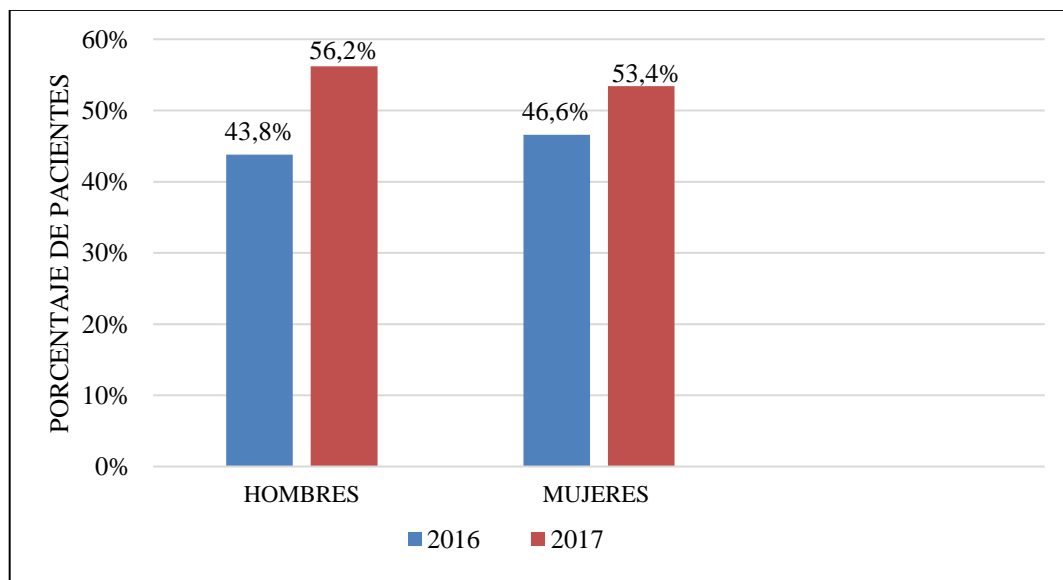
El año 2016, la población atendida presentó un promedio de edad de  $22,5 \pm 17,6$  años, siendo la edad mínima 1 y la máxima 81 años. El año 2017 la edad promedio fue de  $27,8 \pm 18,8$  años, siendo la edad mínima 1 y la máxima 84 años. En ambos años, existió una distribución heterogénea de la población en cuanto a la edad, con un rango de 83 años, donde la mayoría se encontraba en la categoría de escolar y adulto joven (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de pacientes atendidos en el operativo según edad.**

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DE
<b>Año 2016</b>	1	81	16	22,5	17,6
<b>Año 2017</b>	1	84	24,5	27,8	18,8

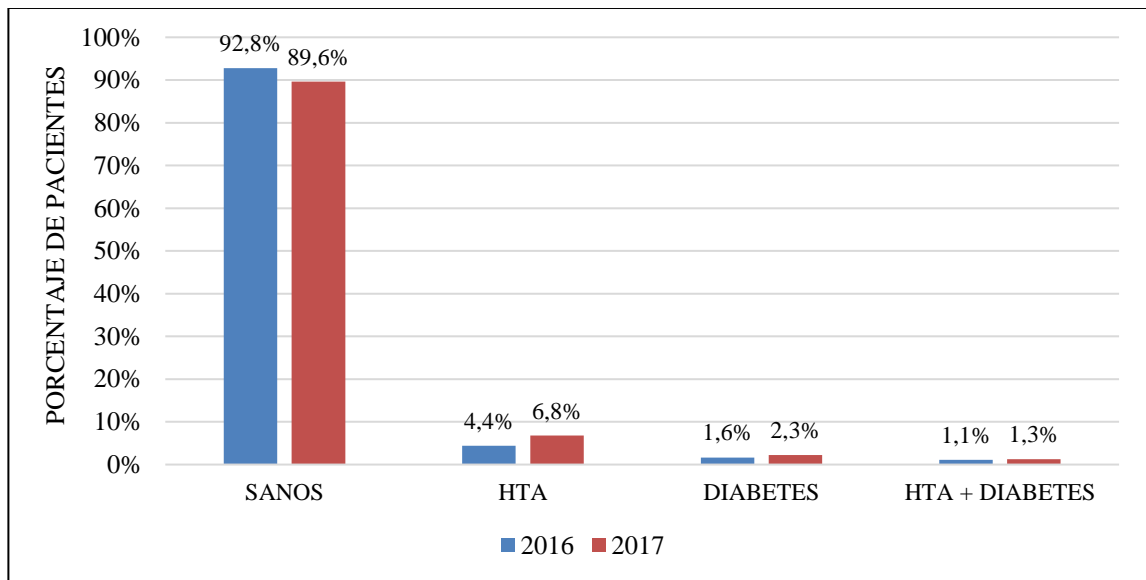
DE: Desviación Estándar

En relación a la distribución de sexo, el año 2016 un 43,8% de los pacientes atendidos fueron hombres y un 56,2% fueron mujeres, y el año 2017 un 46,6% fueron hombres y un 53,4% fueron mujeres (Figura 2).



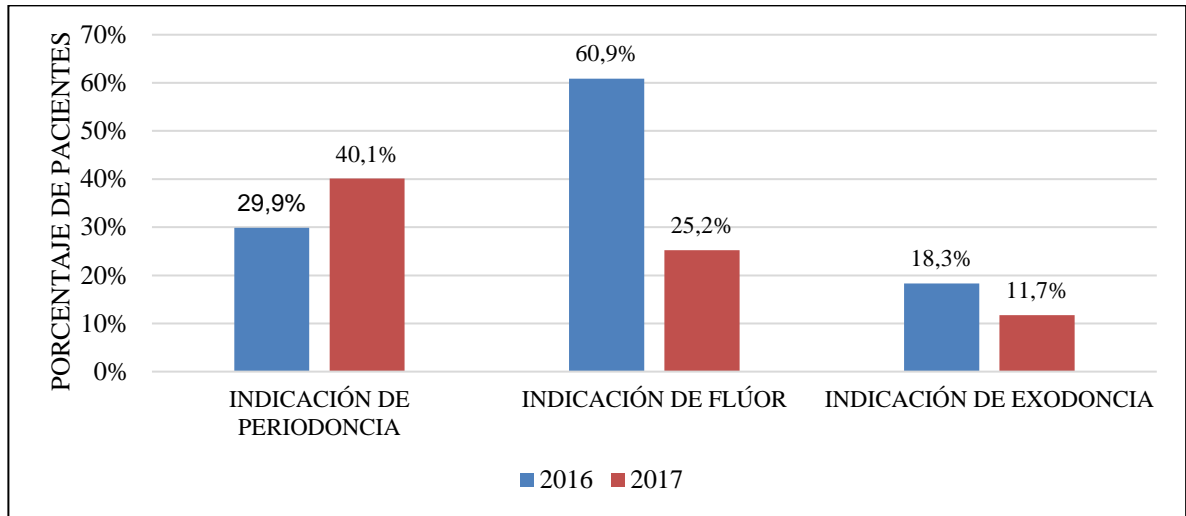
**Figura 2. Distribución de sexo según año de atención en el operativo (n=670).**

Con respecto al estado de salud general, el año 2016 un 92,8% no presentó hipertensión arterial ni diabetes, un 4,4% presentó hipertensión arterial, un 1,7% presentó diabetes y un 1,1% presentó ambas patologías. Por otra parte, en el año 2017 un 89,6% no presentó hipertensión arterial ni diabetes, un 6,8% presentó hipertensión arterial, un 2,3% presentó diabetes y un 1,3% presentó ambas patologías (Figura 3).



**Figura 3. Estado de salud de pacientes según año (n=670).**

La indicación de periodoncia fue de 29,9% el año 2016 y de 40,1% el año 2017, mientras que la indicación de flúor fue de 60,9% el año 2016 y de 25,2% el año 2017. En relación a la indicación de exodoncia, el año 2016 fue de 18,3% y el año 2017 fue de 11,7% (Figura 4).



**Figura 4. Indicación de flúor, periodoncia y exodoncia en pacientes según año de atención.**

Del total de los pacientes atendidos en el operativo, el promedio del número de caries el año 2016 fue de  $2,8 \pm 3,5$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 19 caries. El año 2017 el promedio de esta variable fue de  $2,2 \pm 2,8$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 19 caries (Tabla 2).

**Tabla 2. Número de caries**

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DE
<b>Año 2016</b>	0	19	2	2,8	3,5
<b>Año 2017</b>	0	19	1	2,2	2,8

DE: Desviación Estándar

Con respecto al número de piezas con caries, el año 2016 el promedio fue de  $2,4 \pm 2,8$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 14 caries. El promedio del número de piezas con caries el año 2017 fue de  $2 \pm 2,4$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 11 caries (Tabla 3).

**Tabla 3. Número de piezas con caries**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>Año 2016</b>	0	14	2	2,4	2,8
<b>Año 2017</b>	0	11	1	2	2,4

DE: Desviación Estándar

En relación al número de piezas extraídas, el año 2016 hubo un promedio de 0,3 piezas con una DS de  $\pm 0,6$ . El máximo fue de 4 y el mínimo de 0 piezas extraídas. En el 2017, el promedio fue igualmente de 0,2 piezas con una DS de  $\pm 0,7$ . En cuanto al mínimo y el máximo, fue de 0 y 6 respectivamente (Tabla 4).

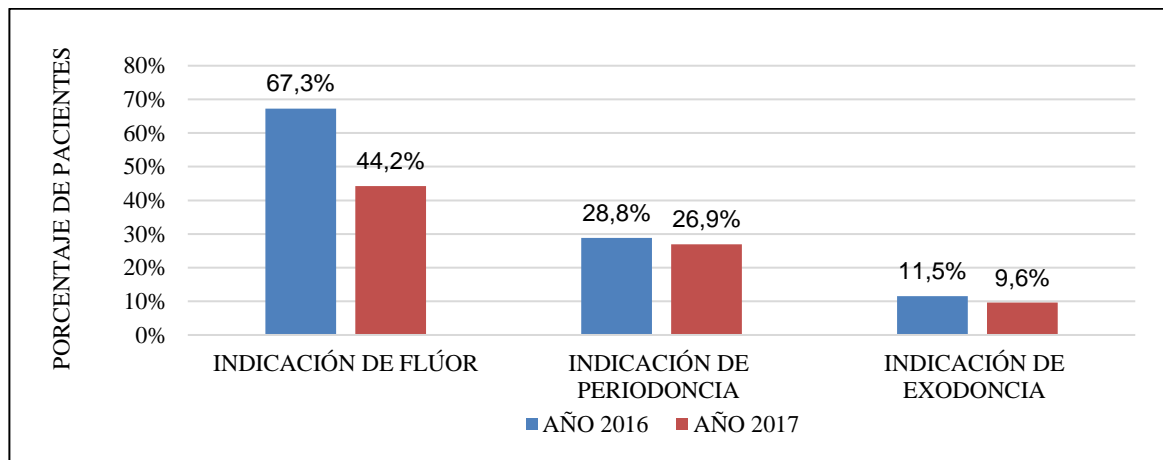
**Tabla 4. Número de piezas extraídas**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>Año 2016</b>	0	4	0	0,3	0,6
<b>Año 2017</b>	0	6	0	0,2	0,7

DE: Desviación Estándar

Con respecto a los resultados específicos del estudio, donde se evaluó el seguimiento de los pacientes atendidos tanto el año 2016 como el 2017 (n=52), se obtuvieron los siguientes resultados:

La indicación de flúor el 2016 fue de un 67,3%, la cual disminuyó a un 44,2% el 2017. Con respecto a la periodoncia, su indicación el 2016 fue de un 28,8%, la cual disminuyó a un 26,9% el año 2017 y en cuanto a la indicación de exodoncia, el año 2016 fue de 11,5%, la cual disminuyó a un 9,6% el año 2017 (Figura 5).



**Figura 5. Indicación de flúor, periodoncia y exodoncia según año de atención en pacientes con seguimiento (n=52).**

El año 2016 el promedio de número de caries fue de  $1,7 \pm 2,2$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 9 caries. Al año siguiente, el promedio de esta variable fue de  $0,8 \pm 1,4$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 6 caries. La diferencia fue estadísticamente significativa, ya que el p-value fue de 0.0168 (Tabla 5).

**Tabla 5. Número de caries**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p-value</b>
<b>Año 2016</b>	0	9	1	1,7	2,2	0,0168
<b>Año 2017</b>	0	6	0	0,8	1,4	

DE: Desviación Estándar

Con respecto al número de piezas con caries, el año 2016 se obtuvo un promedio de  $1,5 \pm 1,9$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 6 caries. El año 2017, el promedio fue de  $1,4 \pm 1,4$  caries, siendo el mínimo 0 y el máximo 8 caries. La diferencia no fue estadísticamente significativa, ya que el p-value fue de 0.2384 (Tabla 6).

**Tabla 6. Número de piezas con caries**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p-value</b>
<b>Año 2016</b>	0	8	1	1,5	1,9	0,2384
<b>Año 2017</b>	0	6	1	1,4	1,4	

DE: Desviación Estándar

El número de piezas extraídas el año 2016 tuvo un promedio de  $0,1 \pm 0,5$  piezas, siendo el mínimo 0 y el máximo 2 piezas. El año 2017 el promedio de esta variable fue de  $0,1 \pm 0,4$  piezas, siendo el mínimo y máximo iguales al año anterior. La diferencia no fue estadísticamente, ya que el p-value fue de 0,5369 (Tabla 7).



**Tabla 7. Número Piezas extraídas**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p-value</b>
<b>Año 2016</b>	0	2	0	0,17	0,51	0,5369
<b>Año 2017</b>	0	2	0	0,11	0,37	

DE: Desviación Estándar

## **DISCUSIÓN**

Los resultados demuestran una mejoría en la salud bucal de los pacientes atendidos en el año 2016 al 2017 en el operativo “*Friendship and oral Health*”.

El año 2016 fueron atendidos 361 pacientes, mientras que en el año 2017 acudieron 309 pacientes al operativo dental, situación que podría estar asociada a la educación que recibieron a partir del 2008 (año de inicio del programa), respecto a la incorporación de hábitos de higiene bucal, tal como lo muestra Romero (2006), el cual afirma que la aplicación de programas preventivos de salud bucal de manera continua y eficiente, reduce la aparición de enfermedades bucodentales, como la caries dental. La diferencia en el número de pacientes también podría deberse al alta integral de algunos de los atendidos el año 2016, por lo que no tuvieron la necesidad de acudir al operativo del año siguiente.

Con respecto a los resultados generales, se observa que la mayoría de los participantes son personas adultas (entre los 25 y 65 años), lo cual podría estar relacionado a la disminución de autovalencia en los adultos mayores, lo que coincide con Martins (2007), quien afirma que a medida que aumenta la edad se observa una disminución de búsqueda de atención odontológica.

El segundo grupo en el que se evidenció una mayor participación es el de los niños (entre 9 meses y 12 años), ya que se cree que la asistencia de ellos está vinculada a la actitud positiva de sus padres o cuidadores en relación al ámbito de la promoción y prevención, lo cual se asemeja al estudio realizado por Escobar (2010), quien encontró

una actitud positiva hacia el desarrollo de programas de promoción y prevención en el hogar infantil, algo que es significativo a la hora de la implementación de los mismos. Sin embargo, éstos coincidieron en afirmar que son los padres los principales responsables de guiar a los niños para la realización de una buena higiene bucal, a pesar de la ayuda que se les pueda brindar.

Según la distribución de sexo, en el año 2016, predominó el género femenino, manteniéndose esta tendencia al año siguiente. Esto podría deberse a que las mujeres son más proactivas que los hombres en el mantenimiento de sus dientes y encías, conforme con una nueva investigación publicada en el Journal of Periodontology de abril 2018, en el que se demuestra que las mujeres poseen casi el doble de oportunidades de haber recibido chequeos dentales de rutina en el año. Ellas programaron sus citas de acuerdo al tratamiento recomendado en esos chequeos y tuvieron mejores indicadores de salud periodontal, incluyendo menor incidencia de placa dental, cálculo y sangrado al sondaje. El estudio mostró que la actitud más positiva que presentaron las mujeres en relación a la visita al dentista, fue el mejor entendimiento acerca de lo que es una buena salud bucal (Colgate, 2018).

La variable “estado de salud” (HTA, diabetes) finalmente no fue considerada para este estudio, debido a que el resultado fue poco significativo.

En este estudio se demostró, que las variables “número de piezas con caries”, “número de caries” y “número de piezas extraídas”, disminuyeron. Esto se podría deber a que la comunidad está siendo educada por los programas odontológicos, aumentando los

tratamientos preventivos, lo que coincide con Moreno (2014), quien apunta a que la mejoría de la salud bucal puede deberse a actitudes individuales, específicamente conocimientos, hábitos y prácticas que están relacionadas con el uso masivo de las cremas dentales fluoradas, al uso correcto de los elementos de higiene oral y a la implementación de programas preventivos masivos.

El aumento en la indicación de periodoncia, podría estar basado en el aumento de tratamientos preventivos en los pacientes, con el fin de mejorar el estado de salud bucal y general de los pacientes atendidos en el operativo. El acúmulo de placa bacteriana no es el único factor responsable de la aparición de la enfermedad periodontal, sino también, la forma en que progresa dicha acumulación, dependiendo de las características de cada huésped. Además, se ha demostrado que existe una relación entre la salud oral y la salud general de los pacientes, donde la enfermedad periodontal puede provocar susceptibilidad en el padecimiento de enfermedades sistémicas como son las enfermedades coronarias, aterosclerosis, ataques cardíacos, partos prematuros y nacimiento de niños con bajo peso (Bettina, 2006).

Del total de pacientes de la muestra (n=670), sólo 52 de ellos se atendieron tanto el año 2016 como el 2017, centrándose en este grupo el objetivo del estudio.

*Se evidenció que la indicación de flúor, indicación de periodoncia, número de caries, número de piezas con caries y número de piezas extraídas, disminuyó de un año a otro en los pacientes con seguimiento. Esto podría deberse al impacto que habrían tenido las intervenciones de este equipo de profesionales frente a la salud bucal de las personas de*

esta comuna, lo que coincide con Pucca (2015), quien reporta importantes avances de la campaña de atención primaria y salud, y la conformación de 47.000 equipos de salud bucal, que han impactado al 87% de los municipios de Brasil.

Los resultados demuestran una disminución del número de piezas con caries y del número total de caries en los pacientes en los que se realizó seguimiento entre el año 2016 y 2017, vinculándose posiblemente este resultado, a las intervenciones preventivas focalizadas en la comuna de Curarrehue. Couto (2004), demostró que si bien la caries aumenta progresivamente con la edad, una vez transcurrido el tiempo, ésta se puede detener cuando se aplican programas preventivos de salud bucal de una manera continua y eficiente. Así como también Wennhall (2008), señala que un temprano comienzo de programas de salud oral tiene beneficios significativos en la prevalencia de caries, y que mientras más acudan los niños a controles odontológicos, tendrán menor incidencia de caries.

La disminución en la indicación de periodoncia en pacientes con seguimiento podría deberse a la promoción y educación en estos. Según un estudio realizado por Pérez (1993), la terapia preventiva periodontal demostró tener gran incidencia en los pacientes, además de la educación, motivación e instrucción de higiene oral, así como el control adecuado de la placa bacteriana y la remoción de cálculo acumulado en la cavidad oral.

Por otra parte, como se observó en la figura 4, la indicación de flúor disminuyó significativamente de un año a otro, lo cual debiera haber sido de manera contraria. La aplicación de flúor, como tratamiento preventivo, es una de las variables que se esperaba

que aumentara, tanto en pacientes nuevos como en pacientes con seguimiento, ya que se recomienda, siempre ir aumentando el porcentaje de indicación de flúor como método preventivo en la aparición de lesiones cariosas.

## CONCLUSIONES

En Chile, en general los programas de salud y específicamente en el área de la odontología, sobre todo en zonas vulnerables donde la atención dental no es prioridad para la población, corresponden a una necesidad, ya sea por los elevados costos de los tratamientos, por la ignorancia de la población frente a los problemas que conllevan las enfermedades bucodentales o por el difícil acceso a centros de atención.

*“Friendship and Oral Health”* es un programa odontológico que se inició con el fin de otorgar atención primaria a la población de Curarrehue. Uno de sus principales objetivos es mejorar el estado de salud bucodental en los pacientes a partir de la educación, promoción y prevención de la salud oral y con tratamientos odontológicos enfocados en la necesidad específica de cada paciente.

Es importante el impacto que generan este tipo de programas en la salud bucodental en las poblaciones que presentan un difícil acceso a tratamientos de este tipo, ya que directa o indirectamente, se está mejorando la calidad de vida de estos individuos.

Luego de realizar este estudio y evaluar las variables consideradas significantes en el estado de salud oral, se determina que el programa es efectivo en la población de Curarrehue entre el año 2016 y 2017, ya que existe una disminución de piezas con caries, de número de caries y de indicación de extracción en aquellos pacientes que tuvieron seguimiento. En cuanto a los tratamientos preventivos, aplicación de flúor específicamente, aún falta dar un mayor énfasis e incluirlo como parte del tratamiento en todos los pacientes que asisten al programa.

## **RECOMENDACIONES**

Una de las limitantes más significativas para realizar este estudio fue la recolección de datos, ya que muchas de las fichas clínicas se encontraban con mala caligrafía y desordenadas, lo cual dificultó la lectura de éstas. Se encontraron borrones, comentarios extras, información en otros lugares distintos a los correspondientes, según el formato de la ficha, etc. Otro obstaculizador fue el idioma en el que estaban completadas las fichas. Existen odontólogos estadounidenses que forman parte del operativo y que además de escribir en un idioma distinto al nuestro, ocuparon muchas palabras abreviadas, lo que conllevó a invertir una mayor cantidad de tiempo para entender a que se referían.

Es por esto, que se recomienda a los integrantes del operativo, completar las fichas con letra clara y con información específica y ordenada, para así lograr un buen entendimiento en futuros estudios relacionados a este tema.



## ANEXOS

### ANEXO 1. Variables e Indicadores.

#### **Género**

**Clasificación:** Variable cualitativa, nominal, dicotómica.

**Definición conceptual:** Sexo de los pacientes.

**Definición operacional:** Clasificación de los ´pacientes según su género.

**Indicador:** Género de los pacientes, masculino o femenino.

#### **Estado de salud general**

**Clasificación:** Variable cualitativa, nominal, policotomica.

**Definición conceptual:** Tipos de patologías sistémicas que puedan presentar los pacientes.

**Definición operacional:** Patologías sistémicas como diabetes mellitus tipo I y II e Hipertensión Arterial.

**Indicador:** Presencia o ausencia de patologías sistémicas en pacientes.

#### **Estado de salud bucal**

**Clasificación:** Variable cualitativa, dependiente, nominal, policotómica.

**Definición conceptual:** La salud bucal comprende un estado de completa normalidad anatómica y/o funcional de la cavidad bucal, así como de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial.

**Definición operacional:** Medido a través de los resultados obtenidos mediante fichas clínicas.

**Indicador:** Presencia o ausencia del factor de riesgo.

### **Año de atención**

**Clasificación:** Variable cualitativa, independiente, nominal, dicotómica.

**Definición conceptual:** Año en el que se atendieron los pacientes.

**Definición operacional:** Clasificación según año de atención.

**Indicador:** Año en el que paciente fue atendido, 2016 o 2017.

## **Indicadores**

- Edad
- Sexo
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Número de caries
- Número de piezas con caries
- Número de piezas extraídas
- Indicación de periodoncia
- Indicación de exodoncia
- Indicación de flúor

## **ANEXO 2.** Consentimiento informado para tener acceso a las fichas clínicas.

### Consentimiento Informado

**Investigador: Amparo Alister, Camila Campos, Valentina Carrillo**

Documento de Consentimiento Informado para participar en la investigación: Evaluación del estado bucal de los pacientes de operativo odontológico “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 - 2017”

Amparo Alister, Camila Campos, Valentina Carrillo

Investigación I, Odontología, Universidad del Desarrollo, Concepción año 2017

#### **Parte I: Información**

##### Introducción

Nosotras, Amparo Alister, Camila Campos y Valentina Carrillo, estudiantes de Odontología, Universidad del Desarrollo, sede Concepción año 2017. Estamos investigando la Evaluación del estado bucal de los pacientes de operativo odontológico “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 - 2017

##### **Propósito**

Nuestro objetivo principal es comparar el estado bucal de los pacientes antes y después de atenderse en el operativo odontológico “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 – 2017.

##### **Tipo de intervención de Investigación**

En esta investigación se recolectarán y se analizarán las fichas clínicas de todos los pacientes que han sido tratados en el programa “*Friendship and Oral Health*” en

Curarrehue entre los años 2016 y 2017 y de esta forma determinar la cantidad de caries en los pacientes y el cambio que genera este programa en la población entre estos años.

### **Selección de participantes.**

Se incluirán las fichas clínicas de todos los pacientes atendidos por el programa de *“Friendship and Oral Health”* en Curarrehue entre los años 2016 y 2017.

### **Procedimiento y Protocolo**

Se comenzará con la recolección de las fichas clínicas de todos los pacientes y luego se traspasarán los datos de cada uno a un Excel donde serán tabulados y evaluados según las variables establecidas.

### **Descripción del Proceso**

Para empezar la investigación, se necesitará la autorización del representante legal del operativo odontológico *“Friendship and Oral Health”* para tener acceso a las fichas clínicas de cada paciente.

Se establecerán las variables que influyen en el estado de salud bucal de los pacientes como por ejemplo el número caries, el sexo, el estado basal de las personas, etc.

Después, se comenzará con la recolección de las fichas clínicas y clasificación de la información de cada individuo que participó en el programa *“Friendship and Oral Health”* entre los años 2016 a 2017. Se tabulará la información en el software Microsoft Excel. La principal variable a evaluar será la cantidad de caries dental en cada paciente.

Finalmente, los resultados serán analizados para determinar si el estado oral de los pacientes ha mejorado, se ha mantenido o ha empeorado con el paso de los años de operativos.

Autorización del representante legal de *“Friendship and Oral Health”* para tener acceso a las fichas clínicas de cada paciente, Recolección de las fichas clínicas y clasificación de la información de cada paciente.

Tabular la información en el software Microsoft Excel.

Análisis de resultados para determinar si el estado oral de los pacientes ha: mejorado, mantenido o empeorado

**Confidencialidad.**

Con esta investigación, se obtendrá información importante sobre el estado bucal de los pacientes de operativo odontológico “*Friendship and Oral Health*” en Curarrehue entre los años 2016 - 2017. Los datos recogidos sólo tendrán un fin investigativo y no serán compartidos con terceras personas ajenas a la investigación, por lo tanto, cualquier dato entregado será CONFIDENCIAL.

Fecha 14 de septiembre del 2017

Yo RODRIGO HARISTOY ORTIZ director del operativo odotológico “*Friendship and Oral Health*”, he leído la información y estoy de acuerdo en autorizar el análisis de fichas clínicas de todos los pacientes atendidos en Curarrehue entre los años 2016 – 2017, por las alumnas Amparo Alister, Camila Campos y Valentina Carrillo.

.....

Firma

**ANEXO 3.** Ficha clínica utilizada en el operativo Friendship and Oral Health.

**FICHA ODONTOLÓGICA FRIENDSHIP AND ORAL HEALTH 2017**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nº FICHA: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS** (Enfermedades sistémicas, medicamentos, etc.)

IMPORTANTE (explicar abajo)       NO IMPORTANTE

**Notas:**

	Examen y plan de tratamiento
	Enseñanza Higiene Oral
	Cepillado
	Fluoración

**DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A PRIORIDAD**

PIEZA	DIAGNÓSTICO + PLAN DE TRATAMIENTO (Caries indicando caras involucradas, Fractura, Desalajo restauración, Restauración defectuosa)	TRATAMIENTO REALIZADO	FECHA	FIRMA (Estudiante o tutor)

**DERIVACIONES (RX, CIRUGÍA, PERIODONCIA, ENDODONCIA)**

PIEZA	DIAGNÓSTICO	ESPECIALIDAD DONDE SE DERIVA	FECHA	FIRMA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

1. Acepto que se me realice el procedimiento odontológico, determinado por el Alumno tratante y/o Dentista supervisor como el adecuado para mi tratamiento, en la Clínica Odontológica Comunitaria FAOH, sede Concepción, y bajo las condiciones que esta entidad me sugiera, liberando de toda responsabilidad a dicha Institución, al alumno y al dentista supervisor.
2. Que se me ha explicado y he sido informado de los riesgos del procedimiento y tratamiento al que seré sometido (a), de sus complicaciones mas frecuentes, así como de la existencia o no de otras alternativas de tratamientos.
3. Que he sido informado de los riesgos y efectos adversos de la anestesia y demás medicamentos contemplados en el tratamiento, prestando expresamente consentimiento para que se me administre.
4. Me comprometo a asistir puntualmente a cada sesión que se me indique, avisando con la necesaria anticipación, a aceptar el tiempo requerido por el alumno para realizar el procedimiento clínico en cada sesión y a seguir estrictamente las indicaciones necesarias para el tratamiento.
5. Me comprometo a dar fidedignamente toda la información familiar y personal que se requiera para un adecuado diagnóstico y tratamiento, haciendo saber al Alumno Tratante y/o Dentista Supervisor cualquier duda o consulta que se me presente.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Alumno Tratante

Observaciones adicionales:

**Dentición Permanente**

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1 | 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8

4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1 | 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

**Dentición Temporal**

5.5 5.4 5.3 5.2 5.1 | 6.1 6.2 6.3 6.4 6.5

8.5 8.4 8.3 8.2 8.1 | 7.1 7.2 7.3 7.4 7.5



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arteaga, O., Urzúa, I., Espinoza, I., & Muñoz, A. (2009). Prevalencia de Caries y Pérdida de dientes en Población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. *Revista Clin. Periodoncia, implantología, rehabilitación oral*, 2(3), pp. 161- 166.

Ávalos-Márquez JC, Huillca-Castillo N, Picasso-Pozo MA, Omori-Mitumorio E, Gallardo-Schultz A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *KIRU*. 2015; 12(1): pp. 61-5.

Badenier O, Cueto A, Moya R y col (2007). Estudio de Prevalencia de las enfermedades bucodentales y necesidades de tratamiento en la V Región.

Benavides, J. y Cerón, X. (2017). Salud oral en poblaciones vulnerables. *Revista Criterios*, 24(1), pp. 381-394.

Bettina, A. (2006). Importancia de la salud oral y su conexión con la salud general. *Biomedicina*, (3), pp. 246-251.

Borges, T. (2017). Higiene bucal, hábitos alimentares e prevalência de cárie dentária *em adolescentes da zona rural e urbana no Rio Grande do Sul, Brasil*. *Gaúcha odontologia*, (65), pp. 139-147.

Carrillo, C. (2010). Desmineralización y remineralización. *Revista ADM*, 67, pp. 30 -32.

Cataño, A., Coello, J., Ribas, D. (2012). *Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social, un deber, una necesidad, un reto*. España: Fundación Odontología Social.

Colgate (2018). Hombre versus mujer en la salud bucal. Sitio web: <https://www.colgate.com/es-bo/oral-health/conditions/gum-disease/ada-05-its-man-vs-woman-on-oral-health>

Couto, M. y Romero, Y. (2003). Prevalencia de caries dental e Higiene Oral en preescolares “Hogar Infantil Municipal Magallanes” y Monseñor Luis Eduardo Henríquez”. Municipio San Diego. Edo. Carabobo. Facultad de Odontología, U.C.

Cueto, V. (2009). Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales. *Odontoestomatología*, (11).

Davies, G., Duxbury, J., Boothman, N., Davies, R., Blinkhorn, A. (2005). A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent Health*, (20), pp. 118-22.

De Estrada, J. (2006). Técnicas actuales utilizadas en el tratamiento de la caries dental. *Revista Cubana de Estomatología*, 42.

- Ekstrand, K. (2004). Improving Clinical Visual Detection-Potential for Caries Clinical Trials. *J Dent Res* 83 (spec Iss C): C67-C71, 2004
- Escobar, G., Sosa, C., Burgos, L., (2010). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. *Salud pública de México*, 52(1), pp. 46-51.
- Feijón, E. (2011). Gingivitis. Características y prevención. *Rev. Formación dermatológica*, 12, pp. 1-17.
- Fejerskov, O., Kidd, E. (2009). *Dental Caries*. Oxford: Blackwell Munksgaard.
- Fernández, C. (2011). Programas preventivos basados en fluoruros en preescolares de riesgo social con altos índices de caries. *Área Odontopediatría*, (5), pp.14-23.
- Gamonal J. (1996). Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65 a 74 años de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo de la provincia de Santiago, Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento, Región Metropolitana, pp. 1-15.
- Garrafa, V. (2016). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia y Sociedad Brasileña de Bioética. Brasilia. Sitio web: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/declaracion-universal-sobre-bioetica-y-derechos-humanos-dubdh-onu-2005>.
- González, A., González, B., González, E. 2012. Nutrición, dieta y salud oral. En Castaño A, Ribas B. *Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social, un deber, una necesidad, un reto*. Sevilla: Fundación Odontología Social. 155-69
- Green, W., y Anderson, L. (1986). *Community Health*. Mosby, College Publishing. St. Luis USA.
- Haristoy, R. (2017). Una década de Friendship and Oral Health. Universidad del Desarrollo.
- Hidalgo, I., De Estrada, J., Pérez, J. (2007). La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Rev. Cub. Estomatología.*; 23 (3):56-61.
- Marinho, V. C. C. (2009). Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *European Archives of Paediatric Dentistry*; 10 (3): 183-191.
- Martins, A., Barreto, S., Pordeus, I. (2007). Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Panam Salud Pública*, (5), pp. 308-316.
- Ministerio de Salud. (2015). *Salud Bucal*. Chile. Sitio web: <https://www.minsal.cl/salud-bucal/>

Ministerio de Salud. (2017). Gobierno de Chile. Promoción y prevención en salud bucal. Sitioweb:[http://saludbucal.minsal.cl/fundamentos\\_salud\\_bucal/salud\\_bucal\\_calidad\\_vida.html](http://saludbucal.minsal.cl/fundamentos_salud_bucal/salud_bucal_calidad_vida.html)

Ministerio de Salud. (2017). Zonas rurales de Tomé contarán con atención odontológica en terreno. 2017, de MINSAL Sitio web: <http://web.minsal.cl/zonas-rurales-de-tome-contaran-con-atencion-odontologica-en-terreno/>

Moncada, G., Urzúa, I. (2008). Cariología Clínica. Santiago: Colgate.

Nowak, A. (2011). Paradigm shift: Infant oral health care--primary prevention. J Dent, 39 Suppl 2, pp. 49-55.

Odalys, V., Ilisástigu, Z., Rodríguez, A. (2002). Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Revista Cubana de Estomatología, (39).

Olavarría, M. (2006). Pobreza y acceso a los programas sociales. Gestión y Política Pública, XV (1), pp. 3-48.

OMS. (2012). Salud Bucodental. Chile, 2012. Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.

Pericas, J. (2011). Promoción de la salud bucodental. Pediatría Atención Primaria, 13.

Petersen, P. (2003) The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol.; 31 Supl 1:3-23

Ramírez, F., Pérez, B., Sánchez, C., Colín, E. (2010). Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista ADM, 67, pp. 21-25.

Reisine, S. Douglass, J. (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiology, (26), pp. 32-44.

Romero, Y. (2006). Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del preescolar “Monseñor Luis Eduardo Henríquez”. Municipio San Diego, Estado Carabobo. Odous científica, (7), pp. 27-42.

Urzúa, I., Stanke, F., Mariné, A. (1999). Nuevas estrategias en cariología. Factores de riesgo y tratamiento. Ediciones Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Cap. 3,5.

Velasco, K. (2011). Aplicación de Sellantes y Fluorización (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil.

Wennhall, I., Matsson, L., Schröder, U., Twetman, S. (2008). Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. *International Journal of Paediatric Dentistry*; 18: 84-90.

Yánac, L., Girano, J., Chipana, J. (2016). Tratamiento quirúrgico vs. tratamiento no quirúrgico en la enfermedad periodontal.. *Rev. Simiykita.*, 2, pp. 106 - 113.