



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES INCLUIDAS EN GES:
“URGENCIAS ODONTOLÓGICAS AMBULATORIAS (UOA)” EN
CESFAM PUERTO VARAS (ENERO – SEPTIEMBRE AÑO 2013)**

NATALIA PATRICIA ALARCÓN ARAYA

Tesis presentada a la Facultad de Odontología para optar al título de Cirujano
Dentista

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile

2014

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente al Universo por haberme dado la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera.

A mi querida familia, que sin su apoyo incondicional no habría podido hacerlo sola.

A mis adorables amigos, por hacer de estos años de estudio más amenos y llevaderos.

A los profesores que enseñan con dedicación, gracias a su paciencia y entrega se aprende mejor, entre ellos mi docente guía de tesis, la Dra. Patricia Moya, quien ha estado gentilmente presente en cada momento que necesité su ayuda.

Gracias a la Dra. Orietta Ligueros, jefa del programa odontológico del CESFAM de Puerto Varas, quien amablemente me autorizó a llevar a cabo esta investigación en dicho establecimiento, siempre dispuesta a colaborar; como también al equipo del Módulo Dental de Puerto Varas, por hacer de mi internado una grata experiencia.

ÍNDICE

○ Introducción.....	1
○ Marco teórico.....	3
○ Objetivo general y específicos.....	28
○ Materiales y método.....	29
○ Resultados.....	34
○ Discusión.....	42
○ Conclusión.....	47
○ Sugerencias.....	48
○ Bibliografía.....	49
○ Anexos.....	53

RESUMEN

Antecedentes. El Gobierno de Chile ha reorientado las políticas públicas en salud, estableciendo el Régimen General de Garantías en Salud (GES) a un conjunto priorizado de problemas de salud, entre los que se encuentra la Urgencia Odontológica Ambulatoria (UOA), problema de alta prevalencia en la población.

Objetivos. Conocer la prevalencia de patologías orales incluídas en GES: “Urgencias Odontológicas Ambulatorias (UOA)” en pacientes atendidos entre enero- septiembre del año 2013 en CESFAM Puerto Varas.

Metodología. Diseño de tipo transversal en una muestra de 408 pacientes de entre cuatro y ochenta y cinco años de edad, atendidos por urgencia GES en el CESFAM Puerto Varas entre enero a septiembre del año 2013. Se determinó prevalencia de patologías orales y relación con sexo, grupo etario, nivel socio-económico y lugar de residencia. La información se obtuvo a partir del registro en hojas diarias de atención y ficha electrónica “Rayén”. El análisis se realizó en programa estadístico STATA 12.0.

Resultados. Alrededor del 72% de las urgencias fueron realizadas en mujeres. La edad media fue de 33,68 años (D.E. 16,06). Un 49,26% de las urgencias se presentó en el grupo de 20 a 39 años. El 75% de los pacientes residen en sector urbano y más de la mitad pertenece a Fonasa A. La patología pulpar inflamatoria fue la más prevalente (57,8%), siendo similar la distribución por sexo ($p>0,05$). Existen diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad y lugar de residencia.

Conclusiones. Las urgencias estomatológicas constituyen un problema de salud de alta prevalencia en nuestro país, siendo la presencia de pulpitis la más recurrente en mujer joven y de estratos vulnerables. La implementación de medidas preventivas y mejoras en el acceso a tratamiento integral de la población no priorizada del país podría revertir esta situación.

INTRODUCCIÓN

Chile vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia de su progresivo envejecimiento, cambio de hábitos de vida y condiciones de trabajo. A partir del año 2004, el Gobierno de Chile ha reorientado las políticas públicas en salud, estableciendo el Régimen General de Garantías en Salud (GES) a un conjunto priorizado de problemas de salud, entre los que se encuentra la urgencia odontológica ambulatoria (1).

Las urgencias odontológicas ambulatorias (UOA) entraron en vigencia el 1 de Julio del 2007 y comprenden un conjunto de patologías bucomáxilo- faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención. Las UOA más comunes, establecidas por investigaciones a nivel mundial apuntan en primera instancia al dolor dentario, con o sin infección, en adultos entre 19 y 35 años (1).

Para mejorar la calidad y oportunidad en la resolución de los problemas buco-máxilo-faciales, el Ministerio de Salud consideró prioritario formular una Guía actualizada de la Atención de Urgencia Odontológica que permite otorgar tratamientos de acuerdo a las evidencias científicas existentes (2).

Está demostrado que la mayoría de las patologías pueden ser resueltas mayoritariamente por odontólogos generales, entrenados y actualizados, sin necesidad de servicios altamente especializados; para cumplir este desafío es preciso tener un conocimiento acabado de las características de la población

consultante, y así planificar y organizar las redes regionales de atención de urgencia odontológica, teniendo presente la variada disponibilidad de recursos en los diferentes establecimientos asistenciales (2).

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de patologías orales incluidas en GES: Urgencias Odontológicas Ambulatorias (UOA) atendidas en un centro de salud familiar (CESFAM Puerto Varas) durante el año 2013 y contribuir con evidencia sobre sus características en atención primaria como también de la población atendida.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y constituyen un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y el costo de su tratamiento (3). La falta de salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional (4).

Las patologías orales más prevalentes son la caries dental y las enfermedades periodontales. Estas entidades clínicas poseen una alta prevalencia, de alrededor de un 90% para la caries y de un 65% en el caso de las enfermedades periodontales, según la OMS (5).

El avance progresivo de las patologías antes mencionadas y la falta de tratamiento para las mismas, se traduce finalmente en cuadros clínicos de urgencia que constituyen el motivo de consulta en un importante número de casos (5).

Urgencias Odontológicas

En el año 2000, cuando se estudió el motivo de consulta de los pacientes que hacían fila a tempranas horas en los Consultorios de Nivel Primario, se encontró que el 40% de ellos demandaba por atención odontológica (2).

Las Urgencias Odontológicas Ambulatorias (UOA) comprenden un conjunto de patologías buco-máxilo-faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda

espontánea de atención, tanto en los centros de salud primaria como en los servicios de atención de nivel secundario y terciario (1).

Epidemiología de las Urgencias Odontológicas

La epidemiología de las urgencias odontológicas a nivel mundial destaca que el 22% de la población general de los Estados Unidos ha experimentado dolor orofacial en los últimos seis meses, y un 12% presentó dolor en alguna de sus piezas dentarias (6).

En Chile, en el año 2009, según la información disponible en el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del total de consultas de urgencia nacionales, un 20,4% correspondió a urgencias odontológicas ambulatorias (1).

Dentro de los problemas de salud más frecuentes en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en los casos acumulados entre Julio del año 2005 y Junio del 2012, las Urgencias Odontológicas Ambulatorias se encuentran en primer lugar con un 16,0%, a partir de datos de la Superintendencia de Salud (7).

El análisis de la información estadística existente en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), permite señalar que, en salud bucal, las causas más frecuentes de consulta por urgencia son debidas, entre otras, a: cuadros infecciosos consecutivos a caries dentales; enfermedades periodontales y sus complicaciones; alteraciones en la erupción dentaria y traumatismos dentoalveolares (2).

Las urgencias de carácter odontológico son un problema de alta prevalencia, situación que sin duda se mantendrá en nuestro país durante muchos años más, a causa de factores dependientes de la población y el estado (6). La solicitud de hora en consultorios y consultas privadas, las restricciones horarias de consultorios, costo económico y otros factores son motivos importantes por los cuales los usuarios optan por servicios de urgencia (8).

El objetivo general de toda atención de urgencia es evaluar y tratar toda lesión o enfermedad, que por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata e impostergable (8).

Los centros de atención de urgencia odontológica, son puntos críticos de atención y cuidados de la salud oral para la población, por lo tanto deben estar equipados para diagnosticar, proveer de tratamiento básico y asegurar una apropiada derivación de los pacientes hacia los demás niveles de atención y/o seguimiento cuando lo amerite el caso (1).

Debido a la naturaleza de este quehacer, es conveniente que todo servicio de urgencia hospitalaria contemple la participación de odontólogos capacitados y entrenados, de esta forma los pacientes recibirán una atención eficiente y de óptima calidad (8).

Régimen de Garantías en Salud: Urgencias Odontológicas Ambulatorias.

El programa de Garantías Explícitas de Salud (GES) también conocido como "AUGE" (Acceso Universal con Garantías Explícitas) surge el año 2005 como respuesta a las crecientes demandas de atención de salud de las

enfermedades consideradas más prevalentes y no cubiertas por los sistemas de salud. Dos años más tarde se incluye la atención de urgencia odontológica debido a la gran incidencia de patologías orales agudas (2).

La actual Reforma de salud tuvo como sustrato fundamental mejorar las condiciones de atención a la población desde puntos de vista éticos y científicos y simultáneamente enfocarla a las patologías más frecuentes y más onerosas para el ciudadano común (4).

El plan es financiado por el estado e impuesto como ley a través de un conjunto de cuatro garantías explícitas: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera; el que sean explícitas significa que crea la obligación de informar de estos beneficios a la población y exigir su cumplimiento (10):

A.- Garantía Explícita de Acceso: es la obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar la entrega de las prestaciones garantizadas a todos sus beneficiarios. El 95% de ellos provienen de FONASA y sólo el 5% de las ISAPRES; el 74% pertenecen a los estratos sociales más pobres de la población (grupos A y B de FONASA); atendiéndose el 81,4% de las consultas en el nivel primario de atención (10).

B.- Garantía Explícita de Oportunidad: entendido como el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, el tratamiento inmediato será para todo beneficiario en los casos con confirmación diagnóstica. En los casos de sospecha de Abscesos de espacios anatómicos del territorio

Bucomáxilofacial y Flegmón Orocérvicofacial de origen odontológico, se tendrá acceso a tratamiento inicial en urgencia (11).

C.- Garantía Explícita de Calidad: las prestaciones garantizadas deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud (11).

D.- Garantía Explícita de Protección Financiera: lo cual se traduce en cancelar sólo el copago (ANEXO 1), el cual corresponde a (11):

- Cero del valor de arancel para los afiliados al grupo A y B (FONASA).
- 10% del valor de arancel para afiliados al grupo C (FONASA).
- 20% para afiliados al grupo D (FONASA) y afiliados a ISAPRES.

Los recursos que el Estado dispone para solucionar integralmente este problema son insuficientes, presentándose grandes brechas entre la oferta de provisión de servicios existentes y las demandas potenciales de atención. Por esta razón, la respuesta a las demandas por patologías bucales de los adultos es mayoritariamente realizada a través de la Atención Odontológica de Urgencia, de los distintos tipos de establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (2).

La distribución geográfica de nuestro país es diversa, siendo necesario centrar las necesidades de salud a partir del perfil demográfico y epidemiológico

de la población de cada localidad en particular, de manera de considerar la ruralidad y dificultad de acceso y desplazamiento de los pacientes que acuden a la atención odontológica (2).

La demanda de asistencia en los Servicios de Urgencias está en constante crecimiento desde hace varias décadas, al igual que el desarrollo tanto en el ámbito turístico, urbano e inmobiliario que en la última década ha presentado Puerto Varas, ciudad chilena, ubicada en la Provincia de Llanquihue en la Región de Los Lagos (12); lugar donde se llevó a cabo el presente estudio.

Según datos del Censo de población y vivienda del año 2002, la comuna de Puerto Varas tiene una población de 32.912 habitantes, del total de la población de Puerto Varas, el 51,75% corresponde al género femenino y el 48,25% al masculino; la cual se concentra mayoritariamente en el sector urbano con un 73,87% y con un 26,13% en los sectores rurales; existiendo a nivel comunal 10.022 viviendas, de las cuales el 69,77% son urbanas y el 30,23% son rurales (12).

Para mejorar la calidad y oportunidad en la solución de los problemas buco-máxilo-faciales, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha considerado prioritario formular una Guía Clínica actualizada de la Atención de Urgencias Odontológicas Ambulatorias (2). La clasificación que será usada en este estudio para encasillar las patologías corresponde a la establecida por esta Guía, la cual aborda el manejo clínico de la población infantil y adulta sin co-morbilidades que presenta alguna de las siguientes patologías: Pericoronaritis, Patología Pulpar Inflamatoria (Pulpitis), Infecciones Odontogénicas, Gingivitis Úlcero-Necrótica (GUN), Trauma

Dento-alveolar (TDA) y las Complicaciones Post Exodoncia (hemorragia post-exodoncia de origen local, alveolitis) (1).

Pericoronaritis

Corresponde a la inflamación de los tejidos blandos asociados a la corona de un diente parcialmente erupcionado y que ocurre con mayor frecuencia en relación al tercer molar inferior (1, 13).

Es un proceso inflamatorio que se observa principalmente en pacientes jóvenes, entre la segunda y tercera década, por erupción de cualquier diente, fundamentalmente en los terceros molares, siendo la patología más frecuentemente asociada al proceso de erupción dentaria (1).

No presenta predilección por sexo, raza o condición social (1).

Durante el proceso normal de erupción de una pieza dentaria se produce la aparición de un tejido que rodea la corona del diente y que comúnmente se denomina capuchón pericoronario u opérculo, entre este tejido y la corona del diente se constituye un espacio virtual por donde circula saliva y restos de alimentos y que, por su localización, resulta muy difícil de higienizar, generándose las condiciones ideales para favorecer el crecimiento de bacterias, con la consiguiente inflamación e infección de los tejidos involucrados (1).

Se caracteriza porque el paciente relata dolor y al examen clínico se evidencia inflamación de los tejidos pericoronarios y frecuentemente presencia de pus, pudiendo agravarse el cuadro por el trauma producido por el diente antagonista (1); Es común también que presente linfadenopatía localizada, la cual puede acompañarse de celulitis, fiebre y trismus (13,14).

Este cuadro infeccioso debe ser tratado a tiempo, principalmente para evitar la extensión del proceso infeccioso a espacios vecinos que puede afectar el estado general del paciente e incluso en algunos casos comprometiendo la vía aérea, espacios profundos del cuello y mediastino (1).

Patología Pulpar Inflamatoria

Se entiende por Pulpitis a la Inflamación de la pulpa dental, debida usualmente a infección bacteriana por caries, fractura dentaria u otras condiciones que provocan la exposición de la pulpa a la invasión bacteriana. Factores como irritantes químicos, físicos, cambios hiperémicos y otros, también pueden provocarla (1).

La pulpitis, o inflamación de la pulpa dental, tiene como causa más frecuente a la caries dental; sin embargo un procedimiento operatorio, trauma o movimiento ortodóntico también pueden causarla (15).

La inflamación de la pulpa presenta diferentes etapas dependiendo de su reacción frente a las injurias, pudiendo ser Reversible o Irreversible. Si esta última no se trata, puede progresar a Necrosis Pulpar y luego a Periodontitis Apical (1).

La Pulpitis Reversible implica una pulpa inflamada que conserva la vitalidad y que mantiene la suficiente capacidad reparadora como para restablecer la salud si se elimina el irritante que la causa; Por el contrario, si la causa continua, los síntomas persistirán indefinidamente o la inflamación puede extenderse, llevando eventualmente a una Pulpitis Irreversible, donde la pulpa vital está inflamada y es incapaz de reparar (1).

La Guía Clínica del MINSAL de Urgencias Odontológicas Ambulatorias 2011, prefiere clasificar las Patologías Pulpares basándose en signos y síntomas clínicos, dado que el profesional tiene acceso a esta información. A continuación las Patologías Pulpares más frecuentes:

Pulpitis Reversible

Es aquella en que el dolor producido por estímulos térmicos desaparece una vez que éste es retirado, a diferencia de la Pulpitis Irreversible en que el dolor continúa, llegando incluso a ser espontáneo (15).

El dolor es gatillado por estímulos calientes, fríos y dulces, pudiendo ir de leve a severo (1), dura unos pocos segundos y disminuye espontáneamente (13).

En el diente se verán signos clínicos tales como: caries dental, restauración defectuosa, tratamiento restaurador reciente o trauma (1).

Pulpitis Irreversible, ésta puede ser asintomática o sintomática:

1) Pulpitis Irreversible Asintomática

En estos casos hay ausencia de síntomas clínicos o dolor, en caso de realizar pruebas de sensibilidad pulpar, se evidenciará una respuesta aumentada (1).

Dentro de los signos clínicos asociados se encuentran: Caries y restauraciones profundas, exposición pulpar y fisuras (1).

2) Pulpitis Irreversible Sintomática

Este tipo de patología pulpar se caracteriza por manifestaciones exageradas de dolor espontáneo, que es la característica principal de esta patología (15), ya sea intermitente o continuo; moderado a severo, dependiendo del grado de inflamación; pudiendo ser localizado o irradiado, y agudo o sordo (1, 16).

Presenta sensibilidad a los cambios térmicos, a los dulces, ácidos, a la presión, a la masticación, la cual persiste aun al retirar el estímulo. En algunos casos, la aplicación de frío produce un alivio del dolor por la vasoconstricción y la subsecuente disminución de la presión pulpar (15).

Dolor espontáneo continuo puede ser provocado por un cambio en la postura (por ejemplo, cuando el paciente se acuesta o se agacha) (16).

Clínicamente se observa una cavidad profunda (15), restauraciones profundas y/o exposición pulpar (1).

Durante el año 2010, del total de consultas brutas de urgencia GES, un 24,9% correspondió a consultas por pulpitis en el nivel primario de atención (DEIS 2011) (1).

En un estudio realizado en el Municipio de Colón, Venezuela, indican que las urgencias más frecuentes fueron los procesos pulpares y periapicales con un 58,4 % del total de las urgencias estomatológicas (17).

En otro estudio realizado en México, se determinó que la patología pulpar que se presentó con mayor frecuencia fue la Pulpitis Irreversible con 46.61% (18).

Infecciones Odontogénicas

Corresponden a procesos de la cavidad bucal y sus alrededores, de origen infeccioso multimicrobiano, y cuya primera causa se localiza en un diente afectado por caries (1).

La alta prevalencia de estas patologías se debe principalmente a las malas condiciones orales de la población (piezas dentarias cariadas, con compromiso pulpar, restauraciones en mal estado, lesiones periapicales, enfermedad periodontal), lo que en algunos casos se ve agravado por factores de orden sistémico (diabetes, inmunosupresión, alcoholismo, entre otros). La mortalidad es muy poco frecuente, la cual puede producirse en pacientes con defensas muy disminuidas, en general por compromiso de la vía aérea (1).

Cuando una lesión de caries afecta a la pulpa dental, se produce una pulpitis y finalmente necrosis de la pulpa. Una necrosis no tratada puede conducir a un absceso localizado o una infección generalizada dentro del tejido blando circundante que resulta en celulitis (13).

La necrosis pulpar es producto generalmente de la progresión de un proceso carioso, aunque también puede tener un origen traumático o iatrogénico. La infección se instala en el periápice y desde ahí puede evolucionar pudiendo convertirse en un proceso crónico como el Granuloma o Quiste periapical, o en un proceso agudo como el Absceso Dentoalveolar Agudo (ADAA), de evolución rápida y que se caracteriza por la formación de pus en el periápice. Cuando no se realiza el tratamiento adecuado y oportuno, la infección puede extenderse más allá del ápice dentario, acumulándose bajo el periostio y constituyendo el Absceso Subperióstico. La tendencia biológica natural de esta colección infecciosa es la búsqueda de una vía de drenaje a través del hueso, por lo tanto, en esta etapa el pus puede adoptar dos trayectos diferentes dependiendo de la resistencia que encuentre en los tejidos circundantes, la cual está determinada por las inserciones musculares. Uno de estos caminos es drenar hacia la mucosa oral constituyendo el Absceso Submucoso, mientras que otro es sobrepasar la inserción muscular y alojarse en el tejido celular subcutáneo constituyendo lo que se conoce como Celulitis (1).

Las infecciones de la cavidad bucal son un problema de salud pública frecuente, presentándose con mayor frecuencia aquellas originadas a partir de la caries dental (infecciones de la pulpa y absceso periapical) (1). Se ha informado que la prevalencia del ADAA varía entre un 5% a un 46% (20).

La Guía Clínica de Urgencias Odontológicas Ambulatorias del MINSAL, describe ciertas características clínicas de las infecciones odontogénicas (1):

➤ Absceso Dentoalveolar Agudo

También conocido como Absceso Periapical Agudo o Absceso Apical Agudo (AAA), es una respuesta inflamatoria altamente sintomática del tejido conectivo periapical (20), que se caracteriza por:

- Dolor localizado, severo, constante, espontáneo y de tipo lancinante
- Sensación de diente elongado
- El dolor no cede frente a AINES
- Astenia, Adinamia
- Diente sensible a la percusión
- Facies dolorosa.

➤ Absceso Subperióstico

- Dolor severo, espontáneo, bien localizado y pulsátil, que aumenta a la palpación
- Dolor no cede frente a AINES
- Sensación de diente elongado
- Astenia, Adinamia
- Aumento de volumen muy discreto en fondo de vestíbulo, frente al ápice del diente afectado, cubierto por mucosa normal
- Periodontitis Apical exacerbada
- Aumento de volumen facial cubierto de piel de aspecto normal
- Puede presentarse síndrome febril.

➤ Absceso Submucoso:

- Se produce una franca disminución de la sintomatología dolorosa
- Disminución del edema facial

- El vestíbulo en relación al diente causal está francamente ocupado por un aumento de volumen de consistencia fluctuante y límites netos
- Mucosa que recubre el aumento de volumen se aprecia eritematosa.

➤ Celulitis o Flegmón:

Representa un cuadro infeccioso que se localiza en el tejido celular subcutáneo, que compromete, además, al tejido subaponeurótico; Tiene diversas formas clínicas de presentación, pero la más frecuente de observar es el Osteoflegmón. Sus características clínicas son:

- Aumento de volumen que produce asimetría facial evidente
- Compromiso sistémico
- Astenia, adinamia
- Sensación y facies febril
- Piel comprometida sobre el aumento de volumen, caliente, rojo, adherido y el proceso hace cuerpo con el hueso
- Consistencia firme
- Trismus severo (en caso de compromiso de Músculos masticadores)
- Compromiso vía aérea (en caso de compromiso de piso de boca).

El objetivo de tratar las infecciones odontogénicas es restablecer la salud del paciente y evitar la propagación de estos cuadros, de modo de prevenir secuelas y complicaciones (1), ya que existe el riesgo de que los organismos del Absceso Periapical se diseminen al torrente sanguíneo, causando complicaciones sistémicas (20).

Los procesos infecciosos de espacios anatómicos profundos y flegmones deben ser derivados de manera oportuna para su adecuado manejo a nivel terciario (1).

Gingivitis Úlcero-Necrótica (GUN)

La Gingivitis Úlceronecrotica o Gingivitis Ulcerativa Necrosante o Necrotizante (GUN, GN) puede definirse como una infección gingival aguda (21), de carácter inflamatorio y que afecta a la encía marginal y a la papila interdientaria que rodean a las piezas dentarias (1).

Los pacientes afectados son casi siempre adolescentes o adultos jóvenes; siendo el inicio de la GUN asociado a mala higiene oral, estrés, desnutrición, gingivitis pre-existente y consumo de tabaco, los que son considerados como factores predisponentes (1). Se afirmó que los pacientes que padecen Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) pueden presentar mayor incidencia de GUNA (21).

Esta forma de Gingivitis es bastante rara (21).

Las características indispensables del diagnóstico de GUN son: dolor de rápida aparición, evolución rápida, ulceración necrótica o “decapitamiento” de papilas interdientales y sangrado espontáneo a la mínima presión (1, 21).

El diagnóstico diferencial más importante de la GUN quizás sea con relación a la Gingivoestomatitis herpética primaria (21).

Una diferencia crucial entre GUN y PUN radica en saber si la enfermedad se limita a la encía o afecta también al aparato de inserción (21). Algunas formas de GUN pueden progresar y comprometer el periodonto de inserción, formándose una Periodontitis Úlcero-necrótica (PUN), cuando la necrosis compromete a la mucosa alveolar, se denomina Estomatitis Necrotizante, que está relacionada con funciones inmunitarias muy comprometidas, típicamente asociadas con la infección por VIH y desnutrición (1).

La gingivitis úlcero-necrótica presenta una prevalencia escasa, menor al 1% de la población, en EEUU Y Europa (1).

En los países en desarrollo, la prevalencia de Periodontitis Necrosante (PN) es superior a la de los países industrializados y la enfermedad suele afectar a los niños (22).

Trauma Dentoalveolar (TDA)

El Trauma Dento-Alveolar corresponde a una lesión traumática que afecta al diente propiamente tal y a las estructuras de soporte que lo rodean, consecutiva a un impacto violento (1).

Debido a su frecuencia se han convertido en un problema de salud pública, por lo cual han sido incluidos en el tratamiento de urgencia odontológica en el tercer régimen de las Garantías Explícitas de Salud (GES-AUGE) 2007-2008 (4).

Entre el 4% y el 30% de los niños han sufrido algún traumatismo en los dientes anteriores (1).

Estudios internacionales muestran que los Traumatismos Dento-alveolares son lesiones frecuentes en la población infantojuvenil (4), presentando la mayor incidencia entre los 6 y los 12 años de edad (24), más específicamente a los 8 años, para ambos géneros (4).

La pérdida o fractura de un diente anterior puede provocar problemas con la masticación, fonética y estética, pero también puede tener un impacto en la personalidad y en la calidad de vida de la persona (25).

Los Traumatismos Dento-Alveolares, tanto para la Dentición Temporal como para la Permanente que se describen en la Guía Clínica de Urgencias Odontológicas Ambulatorias, están basados en la clasificación de Andreasen (1, 24, 25), entre los cuales se encuentran:

1) Fractura Dentaria y/o Alveolar:

- Fractura coronaria no complicada (esmalte y dentina sin exposición pulpar)
- Fractura coronaria complicada (esmalte y dentina con exposición pulpar)
- Fractura corono-radicular
- Fractura radicular
- Fractura alveolar.

2) Luxaciones:

- Concusión
- Subluxación (Aflojamiento anormal sin desplazamiento del diente)
- Luxación Extrusiva (desplazamiento parcial del diente de su alveólo)
- Luxación lateral (desplazamiento del diente hacia vestibular o Lingual/Palatino)
- Intrusión (desplazamiento del diente hacia apical)
- Avulsión (completo desplazamiento del diente fuera de su alveolo).

Se han descrito como Factores relevantes de TDA: el género, la edad, el tipo de dentición, la etiología del trauma, el tipo y la ubicación de la lesión, el número de dientes afectados y la oclusión (25).

Dentro de los síntomas y signos de TDA encontramos: dolor, inflamación, sangrado o hemorragia crevicular, desplazamiento de piezas dentarias, deformación de la arcada y pérdida de tejidos (1).

El MINSAL recomienda que toda lesión traumática sea tratada oportunamente para evitar complicaciones (1).

En dentición definitiva:

Estudios internacionales consignan que los traumatismos fueron más frecuentes en la dentición permanente (82%), debido posiblemente a que a medida que los niños crecen se tornan más activos y pueden realizar fuerzas más potentes (25).

Los niños sufren más TDA que las niñas (1, 4, 25), ocurriendo con mayor frecuencia entre los 7 y los 10 años (1), lo cual puede deberse a que los niños practican deportes más agresivos o con mayor riesgo de accidentes (25).

De acuerdo al tipo de tejido afectado, las Fracturas Coronarias No Complicadas son las más frecuentes (40.88%), seguido de la Fractura de esmalte solamente, la Luxación Lateral también se presentó en un porcentaje relativamente alto (25); los dientes más afectados fueron los Incisivos Centrales Maxilares (77.66%) (4, 25).

En los dientes permanentes jóvenes la causa más frecuente de TDA es la caída con un 35% (1, 25), y en segundo lugar el accidente en bicicleta con un 18%; siendo el lugar más común de ocurrencia del accidente la calle (45%), seguida por el colegio (34%) (1).

En dentición temporal:

El trauma en los dientes temporales es relevante, ya que puede causar daño en los dientes permanentes (25).

La Subluxación fue el diagnóstico más frecuente, y estudios internacionales mencionan tanto subluxaciones como luxaciones (4).

Al igual que en la Dentición Permanente, el género masculino fue el más afectado (4), y la edad en que se observó mayor frecuencia de TDA fue a los 2 años (4, 25), debido a que en esta edad los niños comienzan a caminar y a correr,

aumentando el riesgo de caídas; y luego entre los 4 y 5 años, donde empiezan a practicar deportes. Los dientes más afectados fueron los Incisivos Centrales Maxilares (4, 25), seguido por los Incisivos Laterales Superiores (25).

Las causas más frecuentes son por caídas y golpes contra objetos (1), habitualmente en la casa (1, 4).

El diagnóstico adecuado ayuda a establecer un tratamiento correcto, por lo cual la historia y el examen clínico minucioso son necesarios en estos casos (24).

Complicaciones Post-exodoncia

Incluimos aquí las complicaciones que considera la Guía Clínica del MINSAL, las cuales se pueden producir posteriormente a la extracción dentaria, ya sea a los pocos minutos, al cabo de horas, o de días. Estas complicaciones pueden llegar a ser muy importantes y en algunos casos fatales, sobre todo en el caso de infecciones graves, por lo que deberemos tratarlas a su debido tiempo (26).

A. Alveolitis

Es una reacción inflamatoria que ocurre en el alveólo dentario, debido a una alteración en la cicatrización de una exodoncia (26). Se caracteriza por un dolor intenso que se instala entre el primer y tercer día después de una exodoncia y que puede estar localizado en el alveólo o irradiarse a los maxilares. Según los signos y síntomas se puede clasificar en: Alveolitis Húmeda y Alveolitis Seca (1):

Alveolitis Húmeda:

- Coágulo disgregado y con presencia de tejido granulomatoso
- Inflamación y exudado alveolar
- Dolor de mediana intensidad, espontáneo y provocado
- Halitosis
- Suelen producirse por reacciones a cuerpo extraño en el interior del alvéolo, después de haberse efectuado la extracción dentaria. En estas ocasiones podremos encontrar esquirlas óseas y/o restos de dientes fracturados (1, 26).

Alveolitis Seca

La alveolitis seca es la más importante, y su clínica es muy típica. Dado el dolor muy intenso que se presenta, es una de las complicaciones post-extracción que requieren mayor atención y estudio (26).

La alveolitis seca es un proceso inflamatorio agudo, no purulento localizado en el alvéolo, que determina un retraso en la curación de la herida y se caracteriza, por su aparición tardía (2-4 días después de la extracción dentaria), dolor importante e irradiado y ausencia de los signos inflamatorios típicos (tumor, calor, rubor) (26).

Se presenta clínicamente con (1, 26):

- Un alveólo abierto y desnudo, sin coágulo
- Paredes óseas expuestas
- Dolor intenso, constante e irradiado que se exacerba con la masticación y genera impotencia funcional
- Halitosis.

La Alveolitis es la complicación más frecuente de la exodoncia (1, 26). Su frecuencia varía entre 1 y 4% de todas las extracciones dentales, y puede llegar del 20 al 30% en terceros molares mandibulares, especialmente en personas fumadoras (1).

La frecuencia en la aparición de alveolitis seca varía, según los diferentes autores, de 2,17% a 3 ó 4%. De todas formas cuanto más complicada y traumática sea la exodoncia, más incidencia de alvéolo seco podremos encontrar (26).

Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta década de vida (1).

Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto sobre la etiología del proceso, se considera como una afección multifactorial, donde existen algunos factores que aumentan su frecuencia (1).

Factores de riesgo para Alveolitis (1):

- Técnica quirúrgica poco cuidadosa y traumática
- Inexperiencia del cirujano
- Uso de técnicas anestésicas y/o vasoconstrictores que disminuyan la irrigación del alveólo
- Irrigación deficiente del alveólo post-exodoncia por presencia de cuerpos extraños
- Tabaquismo en el post-operatorio inmediato y mediato

- Uso de anticonceptivos orales y mujeres en período de menstruación
- Inflamación o infección local preexistente
- Pacientes inmunosuprimidos.

Una vez instaurada la Alveolitis, ésta tiende a remitir en 7 a 15 días, pero con un adecuado tratamiento médico-quirúrgico disminuye notablemente el tiempo de curación (1).

B. Hemorragia Post-exodoncia

Corresponde al sangrado del alveólo después de efectuada la exodoncia y que persiste, a pesar de las medidas hemostáticas realizadas en primera instancia, por el odontólogo y por el paciente, lo que determina una consulta de urgencia (1).

La presentación clínica puede ser inmediata, ya sea terminada la exodoncia o en las primeras 24 horas posteriores a ella, como también tardía, esto es, días después de la exodoncia (1).

El examen clínico puede revelar una cavidad oral con abundante sangrado, un apósito embebido en sangre o la formación de un coágulo fuera del alveólo que por el impacto se disgrega y sangra. Cursa generalmente con Halitosis y en casos de sangrado de mayor evolución, adinamia y palidez facial (1).

Su causa puede ser el no seguir las indicaciones post-exodoncia dadas por el profesional al paciente, como también por antecedentes no pesquizados en la

anamnesis o el examen físico (discrasias sanguíneas o tratamiento anticoagulante, por ejemplo). El tratamiento inoportuno o inadecuado puede significar un compromiso del estado general del paciente que puede ir desde una lipotimia, pasando por una anemia hasta un shock hipovolémico (1).

Factores predisponentes para hemorragias alveolares (1):

- Patologías de base que afecten la hemostasia
- Mala absorción digestiva de elementos esenciales para la formación de los factores de coagulación
- Tratamiento con anticoagulantes orales (TACO)
- Historia previa de hemorragia post-extracción

En la mayoría de los casos, la extracción dentaria es una intervención quirúrgica simple que, efectuada de forma cuidadosa y competente, y en personas sanas, sólo produce un malestar leve, y cicatriza rápidamente. En la práctica, la aparición de complicaciones es rara y, por lo general, éstas son leves (26).

No obstante, para Brabant y Oberkenbaum, la frecuencia de complicaciones en la extracción dentaria es relativamente alta, y éstas se presentan en un 20% de las exodoncias, aunque en muchos casos pueden pasar desapercibidas o ser de poca importancia (26).

Siempre después de una intervención quirúrgica, incluidas las exodoncias convencionales, se deberán dar instrucciones; en ellas se explica al paciente que existe un pequeño sangrado que suele ceder en los 30-60 minutos posteriores. Debido a que los coágulos son fácilmente perturbados, los pacientes deben ser informados y advertidos de no enjuagar su boca, de no masticar fuerte, no beber

líquidos calientes o alcohol o y no hacer ejercicios durante las próximas 24 horas (27).

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de patologías orales incluídas en GES: “urgencias odontológicas ambulatorias” en pacientes atendidos entre enero- septiembre 2013 en CESFAM Puerto Varas.

Objetivos específicos:

1.- Determinar la frecuencia de patologías orales incluídas en GES “urgencias odontológicas ambulatorias” según: sexo, grupo etario, nivel socio-económico y lugar de residencia.

2.- Determinar tipo de patología oral más frecuente de consulta por GES “urgencias odontológicas ambulatorias” según: sexo, grupo etario, nivel socio-económico y lugar de residencia.

3.- Relacionar las patologías orales más frecuentes con características propias del usuario como son sexo, grupo etario, nivel socio-económico y lugar de residencia.

Materiales y Métodos

Diseño: de corte transversal.

Universo: la población a estudiar está representada por los pacientes atendidos por “Urgencias Odontológicas Ambulatorias” GES en el CESFAM de Puerto Varas, entre el 1° de enero y el 30° de septiembre del año 2013.

Selección de la Muestra: la muestra está constituida por todos los pacientes atendidos por “urgencias odontológicas ambulatorias” GES en CESFAM de Puerto Varas, durante el período que comprende desde enero a septiembre del año 2013.

Criterio de exclusión: fueron excluidos del estudio todos aquellos pacientes que fueron atendidos por urgencia GES, pero el registro de sus datos en la hoja diaria no era legible. También se excluyeron los pacientes que se encontraba de paso por la ciudad, no existiendo registro de ellos en el Programa electrónico “Rayén”.

Variables: Las variables estudiadas son:

- Variable independiente: relativas a la variable persona:
 - Sexo
 - Edad
 - Nivel socio-económico (FONASA).
 - Lugar de residencia

- Variable dependiente:
 - Relativa a la variable tipo de patología de urgencia GES.
 - Relativo al mes en que se atendió.
 - Cantidad de veces que acudió al servicio de urgencias odontológicas durante el periodo en estudio.

Para analizar la edad, se establecieron seis intervalos de grupos etarios, que abarcaron todos los pacientes en estudio. Estos intervalos se definieron como los siguientes: a) 0 a 9 años; b) 10 a 19 años; c) 20 a 39 años; d) 40 a 59 años; e) 60 a 69 años y f) 70 y más años.

Las patologías incluidas en la Guía de UOA GES, se clasificaron numéricamente en seis grupos, cada uno de ellos engloba los distintos diagnósticos clínicos que lo conforman.

El siguiente cuadro muestra un resumen de las variables estudiadas, su definición conceptual, su dimensión y el indicador correspondiente.

Cuadro resumen. Variables estudiadas.

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador
Sexo	Características de las personas	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	<ul style="list-style-type: none"> • H= 0 • M= 1
Edad	Años de vida	Variable continua	0 a x ⁿ
Nivel Socio-económico	Se asimila a la clasificación entregada por FONASA a los usuarios del sistema público de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Fonasa A • Fonasa B • Fonasa C • Fonasa D • Isapre • Otro • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • fonasa A= 1 • fonasa B = 2 • fonasa C = 3 • fonasa D = 4 • isapre = 5 • otro = 6 • ninguna = 7
Lugar de residencia.	Espacio geográfico donde habita la persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	<ul style="list-style-type: none"> •Urbano= 1 •Rural= 2
Patologías de Urgencia GES.	Patologías incluidas en la Guía de UOA	<ul style="list-style-type: none"> • Pericoronaritis • Patología Pulpar Inflamatoria • Infecciones Odontogénicas • Gingivitis Úlcero-Necrótica (GUN) • Trauma Dento-alveolar (TDA) • Complicaciones Post Exodoncia. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pericoronaritis= 1 •Patología Pulpar Inflamatoria = 2 •Infecciones Odontogénicas= 3 •Gingivitis Úlcero-Necrótica (GUN)= 4 •Trauma Dento-alveolar (TDA)= 5 •Complicaciones Post Exodoncia= 6

También se observó la distribución mensual de las consultas de urgencia, donde se clasificó del 1 al 9 de acuerdo al mes del año en que fue atendido el

paciente, asignándole un nº 1 al mes de enero, un 2 a febrero, y así consecutivamente hasta el mes de septiembre.

Instrumentos de recolección de los datos

Para cumplir con los objetivos planteados en este estudio, se solicitó a la Jefa del Programa Odontológico del CESFAM de Puerto Varas su autorización para el acceso a la información de las urgencias odontológicas GES realizadas entre enero y noviembre del 2012, a partir de las hojas diarias de registro de acciones dentales y a la ficha electrónica “Rayén”.

Posterior a la autorización, se procedió a la obtención de la información necesaria para el estudio mediante la revisión del registro realizado en las hojas diarias de atenciones (ANEXO 2), desde el 1º de enero al 30 de septiembre del año 2013. Los registros cuentan con el nombre del paciente, edad, sexo, si es consulta nueva o repetida y el motivo de consulta. Estos registros fueron traspasados a una planilla Excel confeccionada para este estudio.

Una vez obtenidos estos datos, se accedió a la Ficha electrónica de Datos “Rayén”, en el cual mediante el nombre del paciente y la edad, se pudo acceder a la información que respecta al RUT, tipo de FONASA al cual pertenece el paciente, como también al lugar residencial del cual proviene. Con este último registro, se obtuvo toda la información necesaria para el estudio.

Aspectos éticos

Se envió una carta al comité de ética de la Universidad Finis Terrae para solicitar la aprobación del protocolo de investigación, asegurando que éstos serán utilizados sólo con fines científicos (ANEXO 3).

La Jefa del Programa Odontológico del CESFAM de Puerto Varas autorizó mediante una carta (ANEXO 4), el acceso tanto a las hojas diarias de acciones odontológicas, como al programa electrónico “Rayén”, asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos en el estudio.

Plan Estadístico

Los datos fueron registrados y traspasados por el investigador en una planilla Excel confeccionada para el estudio. Luego, éstos fueron codificados y transferidos al programa STATA 12.0 para su análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo se determinó: media, porcentajes y desviación estándar de cada una de las variables estudiadas y se aplicó prueba estadística Chi2 para determinar si las diferencias entre las variables estudiadas son estadísticamente significativas.

RESULTADOS

1. Distribución sociodemográfica de la muestra estudiada.

La muestra corresponde a los pacientes atendidos por GES “urgencias odontológicas ambulatorias” en el CESFAM Puerto Varas durante los meses de Enero a Septiembre del año 2013.

Alrededor del 72% de la muestra estudiada fueron mujeres (ver gráfico 1) y la edad media fue de 33,68 años (D.E. 16,06) donde la edad mínima fue de 4 años y la edad máxima de 85 años (ver tabla 1).

Gráfico 1.- Distribución de la muestra por sexo. CESFAM Puerto Varas, año 2013.

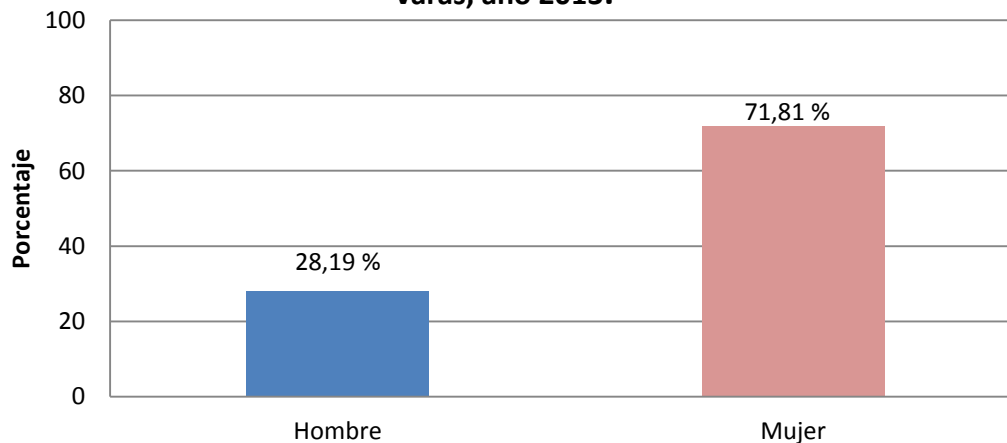


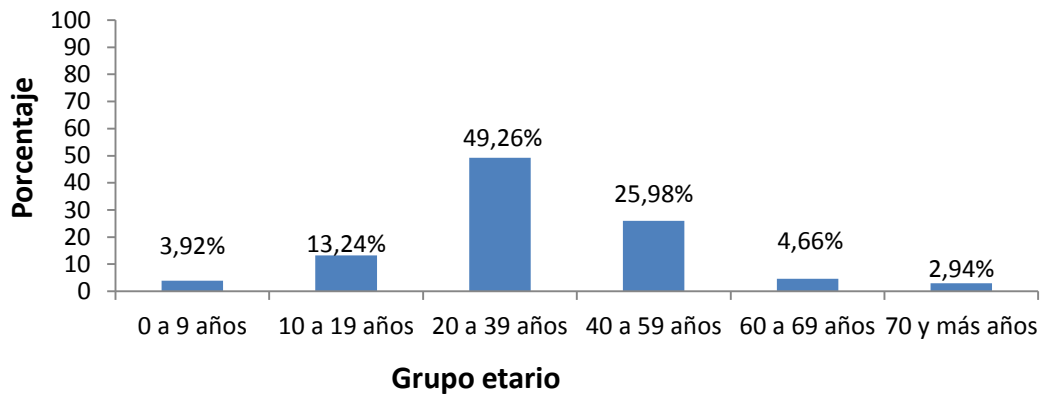
Tabla 1.- Estadístico descriptivo de edad. CESFAM Puerto Varas, año 2013.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
edad	408	33.68	16.06	4	85

Al estudiar la distribución de la muestra por grupo de edad, se observó que un 49,26% se presentó en el grupo de 20 a 39 años, seguido por los que tienen entre 40 a los 59 años con un 25,98% (ver gráfico 2).

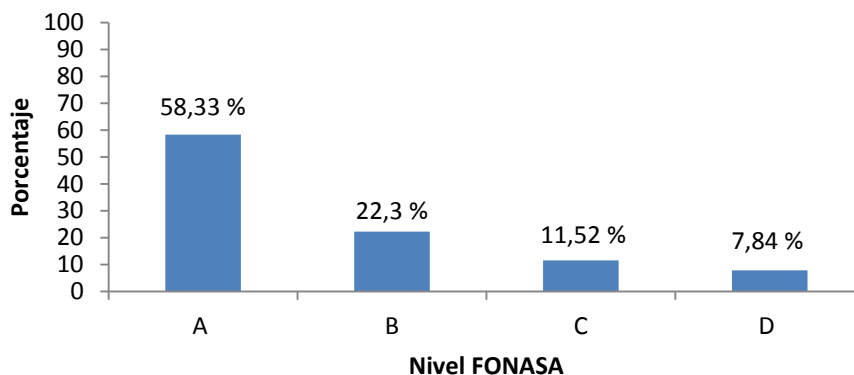
El grupo de 70 y más años de edad es el que presentó menor proporción de consultas de urgencias GES (2,94%).

Gráfico 2.- Distribución del total de las atenciones de urgencia GES, según grupo etario. CESFAM Puerto Varas, año 2013.



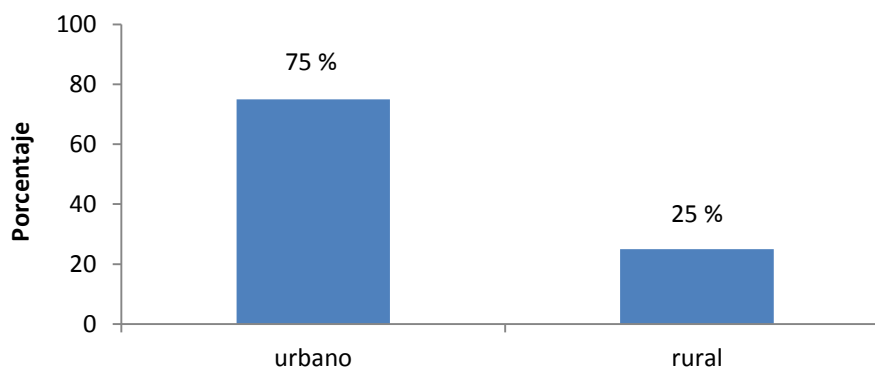
En relación al nivel socioeconómico medido a través del nivel FONASA, se observó que más de la mitad (58,33%) está en FONASA A o indigente y un 22,3% en FONASA B. (ver gráfico 3).

Gráfico 3.- Distribución de la muestra por nivel FONASA. CESFAM Puerto Varas, año 2013.



El CESFAM Puerto Varas recibe atención de pacientes que residen en área urbana y rural. Al estudiar esta distribución, se observó que tres cuartas partes de la muestra (75%) refieren pertenecer al sector urbano como lugar de residencia. (Ver gráfico 4).

Gráfico 4.- Distribución de la muestra según lugar de residencia. CESFAM Puerto Varas, año 2013.



2.- Distribución de las patologías “Urgencias Odontológicas Ambulatorias” GES en muestra estudiada.

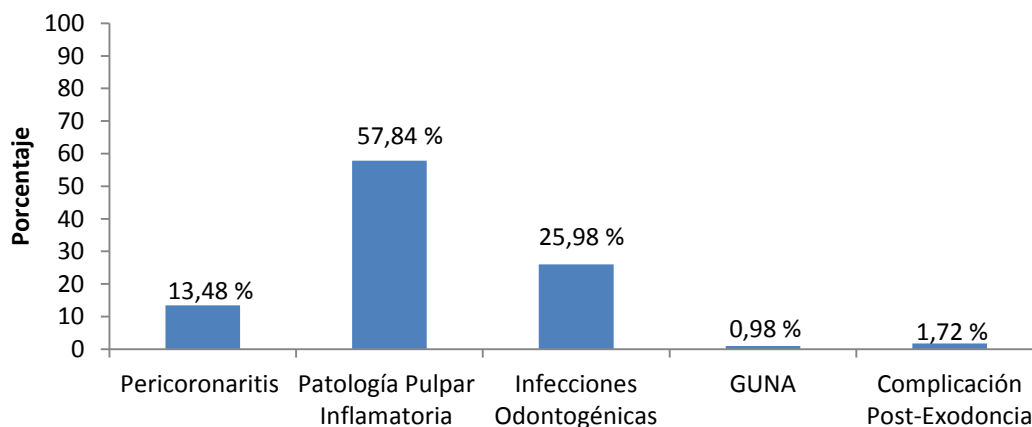
La urgencia GES que presentó mayor prevalencia correspondió a la patología pulpar inflamatoria, con un 57,84% (ver gráfico 5).

Las Infecciones Odontogénicas se observaron en un 25,98% de los casos y en un 13,48% la Pericoronaritis.

El resto de las Urgencias GES tuvieron valores considerablemente menores; las complicaciones post-exodoncia se presentaron en un 1.72% y la Gingivitis Úlcero Necrotizante Aguda en menos del 1% de los casos.

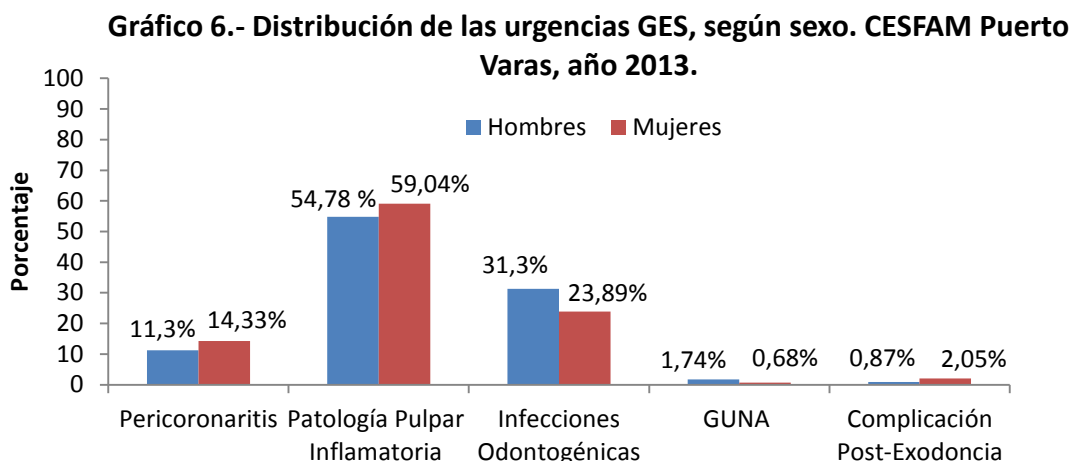
Los Traumatismos Dento alveolares quedan excluidos del estudio, ya que por medio de un convenio existente, éstos son derivados al Hospital Base de Puerto Montt, donde son atendidos en su totalidad.

Gráfico 5.- Distribución de la prevalencia de urgencia GES. CESFAM Puerto Varas, año 2013.



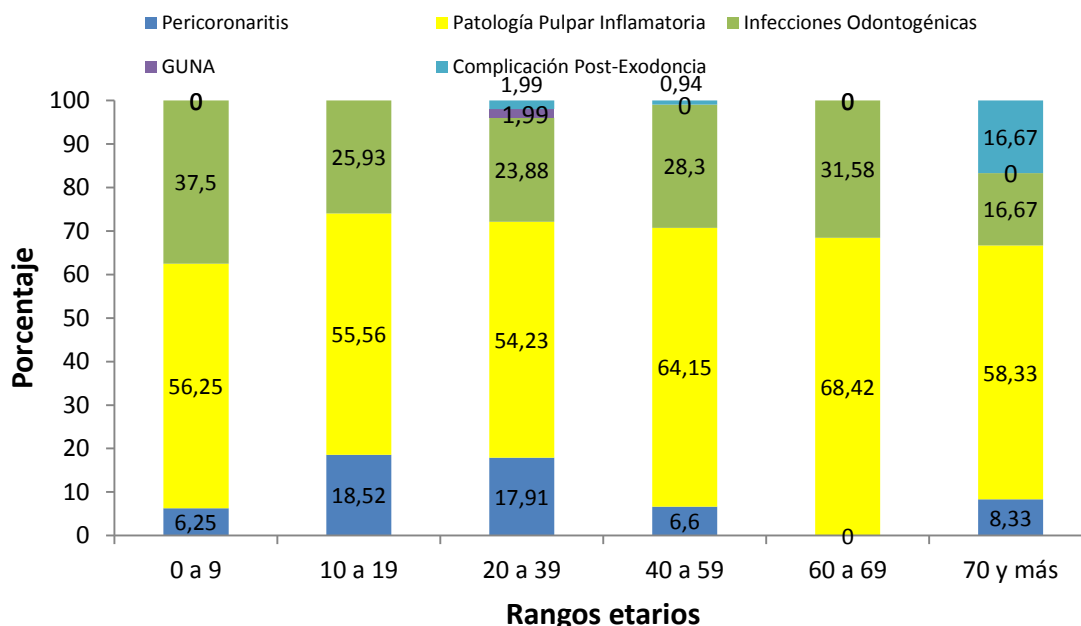
3.- Distribución de las patologías “Urgencias Odontológicas Ambulatorias” GES según sexo, grupo de edad, Nivel FONASA y lugar de residencia en muestra estudiada.

Al estudiar la prevalencia de urgencias GES y su distribución por sexo (Ver gráfico 6), la Patología Pulpar Inflamatoria se observa como condición más prevalente en ambos sexos, con una distribución muy similar (59,04% en mujeres y 54,78% en hombres). Sin embargo, las Infecciones Odontogénicas se presentan en mayor proporción en hombres (31,3%) que en mujeres (23,89%). Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($p= 0.383$).



La patología pulpar inflamatoria fue la condición observada sobre el 50% en todos los rangos etarios (ver gráfico 7). En las Infecciones Odontogénicas, la mayor proporción se observó en los niños de 0 a 9 años de edad (37,5%). En relación a la Pericoronaritis, se observó una mayor frecuencia en los grupos etarios comprendidos entre los 10 y 19 años (18,52%) y los 20 y 39 años de edad (17,91%). Las diferencias encontradas por grupo de edad son estadísticamente significativas ($p= 0.014$).

**Gráfico 7.- Distribución de las urgencias GES, según grupo edad.
CESFAM Puerto Varas, año 2013.**

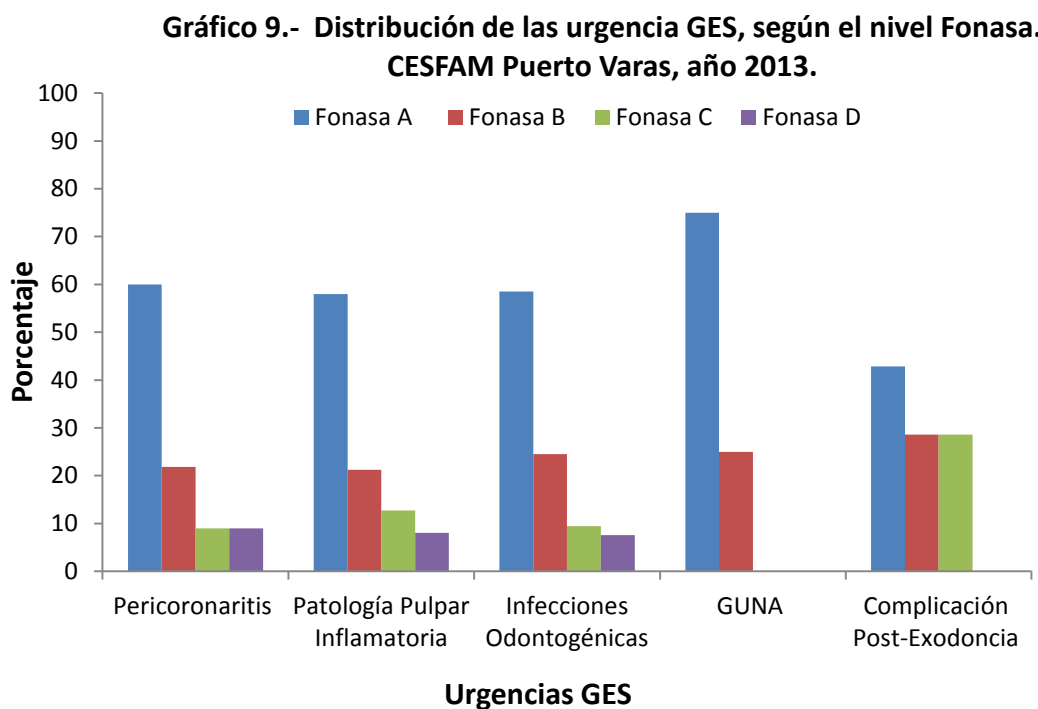


Al estudiar las urgencias GES según lugar de residencia (rural o urbano), se puede apreciar que en la mayoría de las patologías, la población consultante corresponde al sector urbano, presentando tanto la pulpitis, las infecciones odontogénicas y las complicaciones post-exodoncias, proporciones sobre el 70%.

Es importante destacar que para la gingivitis úlcero-necrótica, la totalidad de los casos provenían de la zona rural (Ver gráfico 8). Las diferencias encontradas por lugar de residencias son estadísticamente significativas ($p = 0.000$).

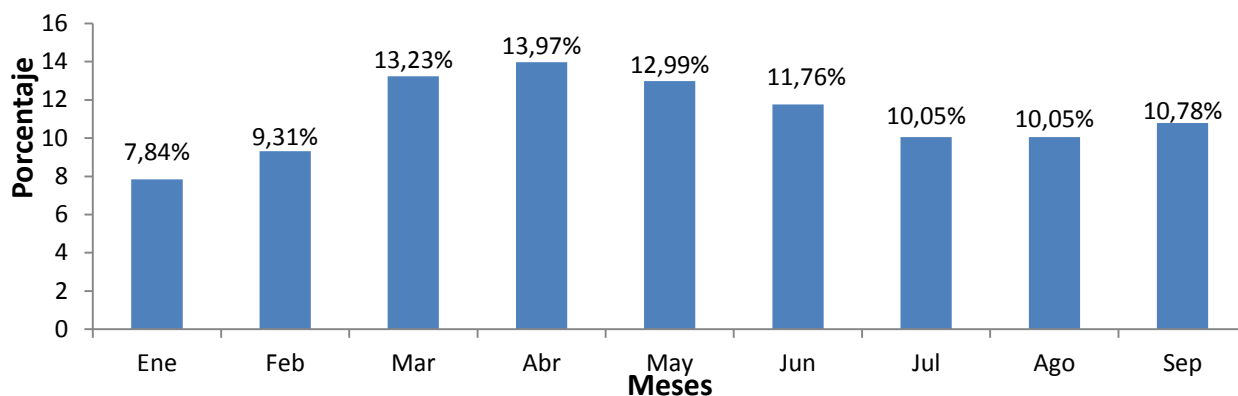
Respecto a la distribución que presentan las urgencias GES según el nivel FONASA al cual pertenece el paciente (ver gráfico 9), se observó que, en todas las urgencias, la mayor proporción de los casos pertenece a FONASA A o

indigente, seguido de FONASA B. No existen diferencias estadísticamente significativas por nivel FONASA ($p = 0.950$).



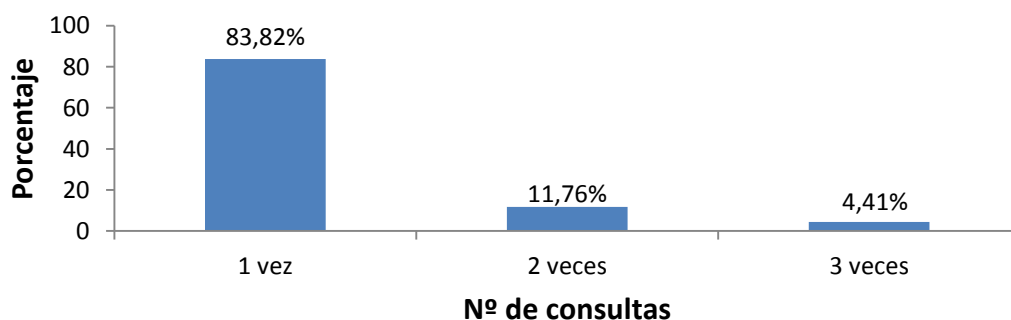
Al estudiar el comportamiento en el tiempo (meses del año) de las urgencias GES, se observó que la mayor proporción se presentó en el mes de abril (13,97%) y marzo (13,23%). Cabe destacar que en los meses de verano (enero y febrero), existe una menor proporción de las atenciones de urgencia, situación que se repite en los meses invernales de julio y agosto.

Gráfico 10.- Distribución del total de las urgencias GES, según mes. CESFAM Puerto Varas. Año 2013.



Durante el período estudiado, el 83,82% de los pacientes acudió al Servicio de Urgencias Odontológicas una sola vez (ver gráfico 12). Existe un 11,76% de los pacientes que acudieron dos veces; y sólo un 4,41% acudieron en tres ocasiones.

Gráfico 12.- Distribución porcentual del número de consultas por paciente en atención de urgencia. CESFAM Puerto Varas, año 2013.



DISCUSIÓN

Los resultados de la distribución por sexo observados en el presente estudio, coincidieron con los datos entregados por investigaciones realizadas en Chile, Venezuela, Cuba, Perú, Brasil y Burkina Faso (5, 17, 28, 29, 30, 31) los cuales señalan que es el sexo femenino el que más solicita los servicios de urgencia estomatológica. Según se ha planteado, esto puede deberse a la mayor preocupación que tienen las mujeres por su salud bucal, sobre todo, por razones estéticas y porque dedican más tiempo a ocuparse de su salud en general (17).

En un estudio realizado en Chillán por González Mardones (6), no se encontró mayor diferencia en la atención entre mujeres y hombres. En contraste a lo anterior, Fodor et al. (8) y Tramini et al. (32), observaron un ligero predominio del sexo masculino por sobre el femenino, lo que se explicaría por el hecho de que los hombres buscan atención odontológica sólo cuando presentan problemas dentales urgentes (32).

En cuanto a la edad promedio cuantificada, se aprecia semejanza con datos arrojados por estudios europeos (32, 3), siendo de 36,1 años (DE 15,28) según el investigador francés y de 34,8 años (DE 16,8) para el estudio alemán.

Los grupos de edad que demandaron más atención en el servicio de urgencia corresponden a personas adultas entre los 20 a 39 años y de 40 a 59 años, grupo clasificado como laboralmente activo, lo cual se correlaciona con reportes entregados por distintos autores (8, 17, 29, 31, 3).

Esta mayor proporción de adultos entre los 20 y 59 años de edad que acude al servicio de urgencia odontológica podría atribuirse a la falta de tiempo para el autocuidado por su condición laboral. También se relaciona con el nivel educacional, intelectual y cultural, pero se ve debilitado por el descuido personal, la sobrecarga laboral y familiar (17). Es importante destacar que esta población corresponde a grupos no priorizados en la atención odontológica integral para los centros de atención primaria de salud en el país.

Las personas con menor concurrencia y utilización de la urgencia GES corresponden a grupos de edades extremos, al igual que lo reportado en otros estudios nacionales y extranjeros (5, 8, 17).

Esta menor proporción de consultas de urgencias odontológicas en adultos mayores puede atribuirse al hecho de que existe un alto nivel de edentulismo parcial o total en esta población (30) y a la existencia de cobertura dental como grupo priorizado para la atención primaria.

La implementación en Puerto Varas de un módulo dental de atención pediátrica para descongestionar la atención en el CESFAM ha permitido brindar prestaciones odontológica integrales a niños entre los 0 y 15 años de edad, lo que explicaría la baja proporción de consultas de urgencias GES en este grupo de edad.

La elevada proporción de personas que acudieron al servicio de urgencias del CESFAM Puerto Varas, y pertenecen a nivel FONASA A y B son coincidentes con lo reportado por otro estudio nacional (8), donde la urgencia odontológica es

más prevalente en los grupos más vulnerables en términos socio-económicos; característica que también es observada en estudios extranjeros (31, 32, 34).

Respecto al lugar de residencia de los pacientes, la mayor proporción corresponde al sector urbano, lo que se condice con un estudio realizado en África. Esto podría deberse a la dificultad de acceso por distancia y movilización que limitan a las personas que viven en sectores rurales (31).

Al analizar la distribución de la prevalencia de las patologías que forman parte de las urgencias GES, la mayoría de los estudios consultados coinciden con indicar a la patología pulpar inflamatoria como la causa más frecuente para acudir al servicio de urgencias estomatológicas. (5, 6, 8, 17, 31, 3); seguido por las Infecciones Odontogénicas (3).

En cuanto a la patología pulpar inflamatoria, ésta se presenta en una proporción levemente mayor en mujeres, lo que es coincidente información con lo reportado por estudios internacionales (17, 29, 31).

La mayor frecuencia de las infecciones odontogénicas en el sexo masculino observadas en el presente estudio, son coincidentes con lo reportado por Cachovan et al. (3).

Muñoz et al. (35) reportaron que la proporción de Pericoronaritis correspondía a 2:1 en mujeres y hombres respectivamente; información que no

concuerta completamente con los resultados obtenidos en este estudio, pues se observó una menor diferencia entre ambos sexos.

La alta frecuencia observada de la Patología Pulpar Inflamatoria en todos los grupos de edad es concordante con lo referido en otras investigaciones (17, 31). Esto se fundamenta por el hecho de que la caries dental es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la actualidad que, al no ser tratada progresa rápidamente hasta llegar a provocar dolor intenso que demanda en el individuo la atención de urgencia.

Es importante destacar la relación observada entre gingivitis úlcero-necrotizante y ruralidad, explicable por las malas condiciones de higiene oral y falta de educación en salud oral.

La distribución mensual de las consultas de urgencia en el CESFAM de Puerto Varas difiere en cuanto a estacionalidad respecto a lo observado por Fodor et al. (8), quienes reportan que no existe variación entre los distintos meses del año. El factor climático es un aspecto que podría tener un rol en la fluctuación de las atenciones.

La limitación de los recursos odontológicos necesarios para prevenir y rehabilitar las patologías bucales existente en la población, sumado a las orientaciones ministeriales existentes en odontología, destinadas a la atención odontológica integral de grupos prioritarios, indican que se continuará presentando una elevada demanda de atención urgencia en los centros de atención primaria de salud por algunos años más, hasta que se logre el impacto esperado con el

desarrollo de las estrategias promocionales y preventivas destinadas a los grupos prioritarios y, el aumento en las coberturas de atención (2).

La inclusión del GES en Odontología ha significado un importante avance en la salud oral de la población chilena, logrando disminuir considerablemente las inequidades sociales existentes en salud, principalmente para la población más desfavorecida (10).

CONCLUSIÓN

Las urgencias odontológicas continúan siendo un problema de salud pública en Chile, debido a la elevada prevalencia con que se presentan. Esto se evidencia tanto en la capital como en regiones, en este caso puntual, Los Lagos.

Alrededor del 72% de las consultas de urgencias fueron realizadas por mujeres y la edad media de la muestra estudiada fue de 33,68 años (D.E. 16,06).

Un 49,26% de las consultas de urgencias se presentó en el grupo de 20 a 39 años y un 25,98% entre los que tienen 40 a 59 años de edad. El 75% de los pacientes residen en sector urbano y más de la mitad pertenece a Fonasa A.

En este estudio se describe la prevalencia de patologías orales incluídas en GES: Urgencias Odontológicas Ambulatorias (UOA) en el CESFAM de Puerto Varas, siendo la patología pulpar inflamatoria la más prevalente (57,8%).

La distribución de las patologías por GES: Urgencias Odontológicas Ambulatorias según sexo fue similar, sin embargo, para las infecciones odontogénicas fue en mayor en hombres (31,3%) que en mujeres (23,89%). Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

Al relacionar las patologías por GES: Urgencias Odontológicas Ambulatorias con grupo de edad, nivel FONASA y lugar de residencia sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar con grupo de edad y lugar de residencia ($p < 0.05$).

SUGERENCIAS

Se sugiere estudiar los Traumatismos Dentoalveolares atendidos en el Hospital Base de Puerto Montt como urgencia GES, dado que constituiría un aporte el conocer su comportamiento epidemiológico para la región.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio de Salud (MINSAL). Serie de Guías Clínicas. Guía Clínica de Urgencia Odontológica Ambulatoria. Santiago, Chile. MINSAL; 2011.
- (2) Ministerio de Salud. Departamento de Salud Bucal, División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Norma técnica de Urgencia Odontológica. Chile, 2003 [cited 2013 Dic 26]. Disponible en:
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/UrgenciaOdontologica.pdf>
- (3) Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. September 2005; 83(9):644.
- (4) Román O, Muñoz F. Una mirada crítica en torno al Plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. Rev Med Chile. 2008; 136: 1599-1603.
- (5) Oyonarte R, Godoy E. Estudio Epidemiológico de la Atención Odontológica Primaria de Urgencia en la Comuna de Las Condes. Santiago de Chile, 2009. [cited 2013 Dic 26]. Disponible en:
<http://www.odontomarketing.com/articulos/art18.htm>
- (6) González J. Características Epidemiológicas de las Consultas de Urgencia en la Unidad de Emergencia Odontológica del Hospital Herminda Martín de Chillán durante el año 2003. Universidad de Talca. Santiago de Chile, 2003. [cited 2013 Dic 26]. Disponible en :
http://dspace.utalca.cl/retrieve/2583/gonzalez_mardones_j.pdf
- (7) Escobar L. Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Abril, 2013. [cited 2013 Dic 26]. Disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-8207_ppt_1.pdf
- (8) Fodor A, Navarrete E, Cáceres E, Muñoz F. Dental emergency attention at a public assistance hospital. Rev Dent de Chile. 2005; 96(3):3-6.
- (9) Bucchi C, Sepúlveda C, Monsalves MJ, Bustos L. Measurement of user satisfaction in patients receiving emergency dental care at five primary health care centers. Int. J. odontostomat. 2012; 6 (3):275-280.
- (10) Valdivieso V, Montero J. El plan auge: 2005 al 2009. Rev Med Chile. 2010; 138: 1040-1046.

- (11) Supersalud.gob.cl [homepage on the Internet]. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile; 2003. [citado 26 Dic 2013]. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-3696.html>
- (12) Ilustre Municipalidad De Puerto Varas. Plan de Desarrollo Comunal 2012-2017. Puerto Varas. [cited 2013 Dic 26]. Disponible en www.ptovaras.cl/web/pdf/PLADECO_PTOVARAS_2017.pdf
- (13) Douglass AB, Douglass JM. Common Dental Emergencies. American Family Physician. 2003 Feb 1; 67(3):511-516.
- (14) Malagón LG, Malagón BO. Causas del Dolor. En: Garrido MA, editors. Urgencias Odontológicas. Bogotá: Médica Panamericana; 2003. p. 42-44.
- (15) Malagón LG, Malagón BO. Causas del Dolor. En: Garrido MA, editors. Urgencias Odontológicas. Bogotá: Médica Panamericana; 2003. p. 58-60.
- (16) Cohen S, Burns R. editor. Pathways of the Pulp. 6a.ed. Orlando, Florida, U.S.A.: Mosby-Year Book; 1994.
- (17) Soto Caballero DR, Troya Borges E, Padilla Suárez E, Rodríguez Ramos SL. Morbilidad por urgencias estomatológicas. Clínica Docente Estomatológica 27 de Noviembre. Municipio Colón, Cuba. 2007-2008. Rev Méd Electrón. 2011;33(1).
- (18) Soberaniz-Morales V, Alonzo-Echeverría L, Vega-Lizama E. Frecuencia de Patología Pulpar en la Clínica Hospital de Petróleos Mexicanos Coatzacoalcos, Veracruz. Rev Cient. Odont. 2012; 8(1):7-11.
- (19) Bascones MA, Aguirre UJM, Bermejo FA, Blanco CA, Gay-Escoda C, González MMA, Gutiérrez PJJ, Jiménez SY, Liébana UJ, López-Marcos JF, Maestre VJR, Perea PEJ, Prieto PJ, Vicente RJC, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Avances en Odontoestomatología. 2005; (21):311-319.
- (20) Matthews D, Sutherland S, Basrani B. Emergency Management of Acute Apical Abscesses in the Permanent Dentition: A Systematic Review of the

- Literature. Journal of the Canadian Dental Association. November 2003; 69(10):660.
- (21) Lindhe J, Karting T, Lang N. Gingivitis ulceronecrosante. En: Periodontología clínica e implantología odontológica. 4ª.ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. p. 215-217.
- (22) Lindhe J, Karting T, Lang N. Enfermedad Periodontal Necrosante. En: Periodontología clínica e implantología odontológica. 4ª.ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. p. 257-274.
- (23) Castro P, Dreyer E. Prevalencia de traumatismos dentoalveolares en pacientes infantiles del complejo asistencial Dr. Sótero del Río. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2012; 5(3):128-131.
- (24) Malagón LG, Malagón BO. Situaciones específicas de trauma. En: Garrido MA, editors. Urgencias Odontológicas. Bogotá: Médica Panamericana; 2003. p. 168-173.
- (25) Kovács M, Pacurar M, Petcu B, Bukhari C. Prevalence of Traumatic Dental Injuries in Children Who Attended Two Dental Clinics in Târgu Mures Between 2003 and 2011. OHDM. 2012 Sept; 11(3):116-124.
- (26) Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de Cirugía Oral. Vol I. Capítulo 10: Accidentes y complicaciones de la exodoncia. Madrid, España: Ergón; 2004. p. 309-339.
- (27) Roberts G, Scully C, Shotts R. ABC of oral health: Dental emergencies. BMJ. 2000; 321:559-562.
- (28) Viltres G, Cuevas MA. Comportamiento de algunas enfermedades pulpares como urgencias en pacientes de 15 y más años. Multimed. 2013; 17(4):1-18.
- (29) Cigales A, Chaviano M, Sánchez Z, Robaina E, García M. Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jaüey Grande, Matanzas. 2007 Sept-dic. [citado 26 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema03.htm>

- (30) Portal LG. Comportamiento del servicio de urgencias estomatológicas en la clínica “Pedro Celestino Aguilera González” del municipio Playa. Rev haban cienc méd. 2013; 12(1):85-95. [citado 26 Dic 2013]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n1/rhcm10113.pdf>
- (31) Varenne B, Msellati P, Zoungrana C, Fournet F, Salem G. Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina Faso. Bulletin of the world Health Organization. 2005 Sept; 83(9):650-655.
- (32) Tramini P, Al Qadi B, Valcarcel J, Gibert P. Factors associated with the use of emergency dental care facilities in a French public hospital. Spec Care Dentist. 2010; 30(2):66-71.
- (33) Cachovan G, Phark J, Schon G, Pohlenz P, Platzer U. Odontogenic infections: An 8-year epidemiologic analysis in a dental emergency outpatient care unit. Acta Odontol Scand. 2012;1-7. [citado 26 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22816380>
- (34) Lewis C, Lynch H, Johnston B. Dental Complaints in Emergency Departments: A National Perspective. Annals of emergency medicine. Julio 2003; 42(1): 93-99.
- (35) Muñoz SC, Inostroza AY, Moreno J, Díaz CC. Epidemiología y tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. Int. J. Odontostomat. 2010; 4(3):241-244.

ANEXOS

Anexo 1:

Fonasa A y B = Copago \$ 0 (del valor de arancel)

Fonasa C = Copago 10% del valor de arancel

Fonasa D = Copago 20% del valor del arancel.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago %	Copago \$	
Tratamiento	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico	Cada vez	12.620	20%	2.520	
	Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario	Cada vez	4.290	20%	860	
	Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario	Cada vez	4.290	20%	860	
	Gingivitis Necrótica (GUNA) con Compromiso del Estado General	Úlcero Aguda con del	Cada vez	11.470	20%	2.290
	Complicaciones Post Exodoncia	Dento	Cada vez	8.250	20%	1.650
	Traumatismos Dento		Cada vez	21.850	20%	4.370

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago %	Copago \$
	Alveolares				
	Pericoronaritis	Cada vez	13.030	20%	2.610
	Pulpitis	Cada vez	9.070	20%	1.810

Anexo 3.a

Santiago, julio 31 de 2013.

Estimados Señores del Comité de Ética:

De mi consideración, me dirijo a ustedes para informarles que estoy desarrollando Tesis, la cual tiene como objetivo conocer la prevalencia de patologías orales incluídas en GES: “urgencias odontológicas ambulatorias” en pacientes atendidos en el CESFAM Puerto Varas durante el período de enero a septiembre 2013.

La obtención de la información y recopilación de datos se realizará a través de la revisión de fichas clínicas de pacientes atendidos por GES Urgencias Odontológicas Ambulatorias en el CESFAM de Puerto Varas entre el 1° de Enero y el 30 de Septiembre del presente año.

Tanto la identidad, como la información de los pacientes que entren en este estudio, serán resguardadas de manera responsable, no divulgando los datos ni haciendo uso de ellos sin fines científicos.

La información recopilada será indispensable y útil para llevar a cabo la investigación, la cual será un aporte a los conocimientos epidemiológicos nacionales; y con la cual optaré al Título de Cirujano Dentista.

Atentamente,

Natalia Patricia Alarcón Araya

Alumna 6to año odontología

Universidad Finis Terrae

Anexo 3.b

REUNION COMITÉ DE ETICA (res/41)

Nombre de la investigación clínica: Prevalencia de patologías orales incluidas en GES "Urgencias Odontológicas Ambulatorias (UOA) en CESFAM Puerto Varas (Enero-Septiembre 2013) de la alumna tesista Natalia Patricia Alarcón Araya, a cargo de la profesora guía Dra Patricia Moya Rivera. de la Facultad de Odontología. se ha concluido lo siguiente:

- 1) Que se trata de un estudio que busca conocer el perfil del usuario que consulta por urgencias GES, observando características propias de la persona, como son sexo, edad, nivel educacional, nivel socio económico y lugar de residencia.
- 2) Este estudio de carácter observacional de corte transversal y descriptivo, corresponderá a todos los pacientes atendidos por GES "urgencias odontológicas ambulatorias" en el CESFAM Puerto Varas durante el periodo de enero a septiembre de 2013.. El N aún no se encuentra definido.
- 3) Los datos necesitados serán recolectados a través de la ficha clínica y la constancia GES del grupo predefinido anteriormente en el CESFAM de Puerto Varas en el periodo indicado.
- 4) Existe una carta compromiso ante este Comité de Etica en que se explicita la finalidad buscada y se garantizan los aspectos relativos a la búsqueda y manejo de la información.
- 5) Se debe resguardar en todo momento la confidencialidad y el anonimato de cada uno de los individuos involucrados en el estudio.
- 6) La experiencia de la docente a cargo Dra. Patricia Moya Rivera-cuyos antecedentes se tuvieron a la vista-académica de la Facultad de Odontología, por su preparación, competencia y experiencia docente y profesional, da garantías de corrección y ética en la investigación y objetivos del proyecto, así como la metodología propuesta.
- 7) La Facultad de Odontología, a través de su Coordinador de Investigación, deberá controlar mientras se desarrolla la investigación, de acuerdo a las informaciones que periodicamente se le entreguen por parte de la alumna tesista, si se están cumpliendo desde el punto de vista señalado antes los objetivos y procedimientos.
- 8) Tal como está presentado en consecuencia, este proyecto de investigación clínica de la alumna tesista de la Facultad de Odontología, no tenemos ninguna objeción ética que formularle.


Roberto Salim-Hanna Sepúlveda


Cristian Nazer Astorga

En Santiago, a 15 de octubre de 2013.

Anexo 4.a

Miércoles, 31 de julio de 2013

Estimada Dra. Orieta Ligueros:

De mi consideración, me dirijo a usted por motivos relacionados al Estudio de Prevalencia de Patologías Orales incluidas en GES: “Urgencias Odontológicas Ambulatorias (UOA)” en CESFAM Puerto Varas (Enero-Septiembre 2013), el cual me autorizó a llevar a cabo en dicho establecimiento.

Mediante la presente carta, solicito a usted autorización para tener acceso a las hojas diarias de atención de urgencia y también al programa de registro clínico electrónico “Rayén” del CESFAM Puerto Varas, fuente de datos de las cuales se extraerá la información necesaria para llevar a cabo la investigación.

Tanto la identidad, como la información de los pacientes que entren en este estudio, serán resguardadas de manera responsable, no divulgando los datos ni haciendo uso de ellos sin fines científicos.

Desde ya muy agradecida por su colaboración,

Atentamente

Natalia Alarcón Araya

Alumna 6º año

Facultad de Odontología

Universidad Finis Terrae

Anexo 4.b

Jueves, 01 de Agosto de 2013

Estimada Natalia Alarcón:

Mediante la presente carta, te autorizo a tener acceso a las hojas diarias de atención de urgencia y también al programa de registro clínico electrónico "Rayén" correspondientes a nuestro establecimiento; siempre y cuando toda la información sea resguardada cuidadosamente y usada solamente con fines científicos, específicamente para tu investigación.

Te saluda atentamente,



Dra. Orieta Ligueros

Jefa del programa Odontológico

CESFAM Puerto Varas.