



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PERFIL DE LA DEMANDA GES “URGENCIA ODONTOLÓGICA
AMBULATORIA” EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO MACUL.
AÑOS 2013 – 2014.**

FRANCISCO STEFAN DOMANCIC ALUCEMA

Memoria presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae,
para optar al título de Cirujano Dentista

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile

2014

i

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Drago Domancic y Alice Alucema, por su entrega, amor, apoyo, consejo e incondicionalidad ante todo.

A mis hermanos Sindy Domancic y Axel Domancic, abuelos, Dragomiro Domancic, Magdalena Dragicevic, Adele Cegaina por su comprensión, ayuda y preocupación.

A Daniela Gutiérrez, por su amor, apoyo y consejo en todo este proceso.

A mis amigos y maestros de Kendo, en especial, Julio Villarroel, Ian Nakashima y Tomás Miranda, por sus enseñanzas, apoyo, ejemplo y amistad.

A mis amigos y familia, que me acompañaron a lo largo de este período.

A los doctores Juan Argandoña y Verónica Mery, por su desinteresado y noble consejo, ejemplo y apoyo en cuanto he necesitado.

A mi profesora, Dra. Patricia Moya, por su trabajo, apoyo y guía, sin quien este trabajo hubiese resultado inexistente.

A todos, infinitamente agradecido de haberlos encontrado y poder aprender de cada uno.

Este trabajo está dedicado a la memoria de mi abuelo, Raúl Alucema, cuyos pensamientos y palabras permanecen orientadoras.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco Teórico	2
Objetivos	11
Materiales y Métodos	12
Resultados	16
Discusión	24
Conclusión	29
Bibliografía	30
Anexos	35

RESUMEN

Antecedentes: Las urgencias en odontología se definen como un conjunto de patologías buco máxilo faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y provocan una demanda espontánea de atención. Están incorporadas como garantía explícita en salud desde la implementación del plan AUGE, en Julio del año 2006.

Objetivo: Conocer el perfil de demanda de urgencia odontológica GES en el consultorio de Centro Odontológico Macul durante el periodo Febrero 2013 – Agosto 2014.

Metodología: Estudio observacional transversal en un universo de 2015 registros de atención de pacientes por GES “Urgencia odontológica ambulatoria” en el Centro Odontológico Macul desde el 1 Febrero del 2013 al 31 de Agosto del 2014. Recolección de datos indirecta, a través del registro digital de urgencia odontológica del centro. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, jornada de atención y patología específica. Se utilizó el software estadístico SPSS 17.0 para el procesamiento de datos.

Resultados: El 60,1% fueron mujeres. La edad media fue 31,49 años (D.E.= 19,66). El grupo etarios más prevalentes fue de 20-39 años (38,2%). La Jornada de mañana registró mayor demanda (46,1%). La patología más prevalente fue la pulpitis (31,1%), seguido de abscesos submucosos y subperiósticos (27,2%). Los traumatismos dento alveolares registraron un 11,1% de los casos y afectaron especialmente a menores de 20 años. Sólo un 8,8% registra demanda por complicaciones post exodoncia.

Conclusiones: El perfil de la demanda GES “Urgencia odontológica ambulatoria” es preferentemente mujeres, de edades entre 20 a 39 años y con pulpitis y/o abscesos submucosos y subperiósticos como patología prevalente. El horario de atención es en el turno de mañana principalmente.

Palabras clave: Urgencia Dental, Infecciones Odontogénicas, Trauma Dentoalveolar.

INTRODUCCIÓN

En Chile el 90% de la población presenta lesiones de caries, la información sobre la prevalencia de las enfermedades y condiciones de salud buco dental, constituye un componente esencial para el desarrollo de políticas nacionales, como también la planificación y programación de nivel regional y local¹.

El grupo de Urgencias Odontológicas ha sido identificado como relevante en el contexto global de la población chilena y han sido incorporadas como garantía explícita en salud (GES) desde Julio del 2006, con el Plan AUGE, actualmente, GES^{2,3}.

Las urgencias en odontología se definen como un conjunto de patologías buco maxilo faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y provocan una demanda espontánea de atención⁴. La prioridad otorgada a la demanda espontánea de salud destaca la importancia de la adaptación de los servicios a la realidad puntual con la que se está tratando⁵.

Las urgencias odontológicas radican en enfermedades de base que por algún factor se manifiestan o complican con efervescencia, otras veces, se deben a hechos fortuitos⁵. Corresponden a un problema de alta prevalencia en la población cuya distribución varía según, sexo, edad, nivel socio demográfico, lugar donde se presenta, las costumbres entre otros factores⁶

Este estudio tiene como objetivo conocer el perfil de la demanda de GES “Urgencia Odontológica Ambulatoria” (UOA) en el Centro Odontológico Macul durante el periodo Febrero 2013 a Agosto 2014.

MARCO TEÓRICO

“Una Urgencia Odontológica es la aparición súbita de una condición patológica buco maxilofacial, que provoca una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente.”⁴

El objetivo de toda atención de urgencia es evaluar, tratar y prevenir toda lesión o enfermedad, que por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata⁴. Dada la limitación de los recursos odontológicos necesarios para prevenir, curar y rehabilitar toda la patología bucal existente en la población⁷, principalmente adulta, existe una elevada demanda de atención odontológica considerada de urgencia⁸, principalmente en los servicios odontológicos públicos.

El Ministerio de Salud ha implementado en el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) antes plan Auge, desde el 1 de Julio del año 2006 la incorporación de las “Urgencias Odontológicas Ambulatorias” junto a otras 55 patologías, garantizándose así la cobertura por parte de Fonasa e Isapres. Este número de patologías progresivamente ha ido ampliándose hasta la fecha^{2, 4, 7}.

El GES “Urgencia Odontológica Ambulatoria” comprende las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual; Pulpitis, Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico, Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales, Pericoronaritis Aguda, Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico, Gingivitis ulcero necrótica aguda, Complicaciones Post Exodoncia (Hemorragia post exodoncia y Alveolitis), Traumatismo dento alveolar⁴.

En Chile el 90% de la población presenta lesiones de caries, la información sobre la prevalencia de las enfermedades y condiciones de salud buco dental, constituye un componente esencial para el desarrollo de políticas nacionales, como también la planificación y programación de nivel regional y local¹.

Las afecciones del territorio buco maxilofacial de la población son de alta prevalencia y severidad, especialmente en la población adulta^{2, 3, 5, 6}, que presenta elevado daño de salud oral por múltiples razones, entre ellas está la de no haber accedido a programas preventivos en las primeras etapas de su vida, y/o tratamientos curativos en forma eficientes y oportuna⁸.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, producida por biofilm, la cual produce la pérdida progresiva de la estructura dental, socavándola, por lo cual si no es tratada a tiempo llevará a un compromiso estructural y/o vital irreversible, al afectar el tejido pulpar, produciendo infecciones con desenlaces aún más nefastos^{6,8}.

La caries dental es una enfermedad irreversible, y por ello acusa información sobre la historia de la enfermedad anterior⁶. Las sociedades han desarrollado diferentes formas de organizar los servicios de salud para tratar con esta situación y también han introducido una variedad de programas para prevenir las enfermedades orales, sus complicaciones, comúnmente manifestadas en urgencias y así promover la salud bucal^{7,8}.

La pulpitis es una condición inflamatoria persistente de la pulpa, sintomática o asintomática, causada por un estímulo nocivo que puede llevar al detrimento de la salud oral.^{6, 9}

La pulpitis aguda irreversible exhibe dolor causado por un estímulo caliente o frío o el dolor puede ser espontáneo. El dolor persiste por algunos minutos hasta varias horas, pudiendo también ser gatillado por el estímulo térmico.^{10, 11} La causa más común es la invasión bacteriana de la pulpa por caries, a pesar de que las otras causas tales como químicas, térmicas o mecánicas también pueden resultar en esta consecuencia². Una pulpitis reversible puede deteriorarse en irreversible^{6, 10, 11}.

La pulpitis irreversible es considerada una de las urgencias odontológicas más comunes¹². Un estudio realizado en un servicio de urgencia en Brasil encontró que

el dolor dentario de origen endodóntico fue el motivo de consulta más prevalente, con el 72% de los casos¹³.

La infección puede avanzar desde el foco dentario comprometiendo el periostio o colectándose bajo la mucosa oral, lo que se conoce como absceso subperióstico y absceso submucoso, respectivamente, ambos corresponden a abscesos apicales agudos. Los abscesos apicales agudos pueden causar severas complicaciones, incluso la muerte, aunque se trata de un desenlace poco frecuente. También pueden diseminarse comprometiendo espacios anatómicos faciales o generar celulitis^{2, 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19}.

En variados estudios^{8, 19, 20, 21} se asevera que los abscesos odontogénicos junto con las complicaciones derivadas del avance carioso son las urgencias más prevalentes en los servicios de urgencia sin especificar las frecuencias relativas de los cuadros. Se ha reportado que cerca del 60%-70% de las consultas de urgencia no traumática en odontología corresponden a abscesos apicales agudos y dolor dentario de origen endodóntico^{14, 20}.

En etapas tardías de destrucción e infección muchas veces el diente ya no puede ser tratado y no existe más remedio que realizar la exodoncia. La exodoncia, de por sí, puede dar paso a otras afecciones de carácter urgente como las alveolitis o las hemorragias².

La alveolitis es la complicación más frecuente de la exodoncia dentaria. Su frecuencia varía del 1 al 4 % de todas las extracciones dentales, y puede llegar del 20 al 30% en terceros molares mandibulares, especialmente en personas fumadoras. Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta década de vida²². Se ha descrito que las alveolitis pueden afectar a las mujeres en relación de 5:1 respecto al sexo masculino, presentando una mayor frecuencia entre las mujeres que toman anticonceptivos orales.

Por esto y debido a su elevada prevalencia en la población se le considera a la caries un problema de salud pública. Sin embargo, a partir de los años sesenta en

los países desarrollados se inició una gradual disminución de su frecuencia como respuesta a los programas de control y prevención masiva; programas que, en el primer mundo, han probado su eficacia⁷.

La Pericoronaritis es la inflamación de los tejidos blandos asociados con la corona de un diente parcialmente erupcionado y que, comúnmente, se asocia al tercer molar mandibular^{6, 23}.

La pericoronaritis aguda supurada no tratada, puede extenderse a espacios anatómicos vecinos, comprometiendo el estado general. En escasas ocasiones puede migrar a zonas más lejanas, comprometiendo la vía aérea, espacios profundos del cuello y mediastino. La pericoronaritis aguda no presenta predilección por sexo, raza o condición social. Siendo los adolescentes y jóvenes adultos el grupo más afectado. Lo sigue en frecuencia los adultos mayores y por último los niños, que durante el proceso de cambio se ven afectados a los 6 años, por la erupción del 1º molar definitivo y a los 12 años por el 2º molar definitivo^{6, 23}.

La enfermedad periodontal consiste en un conjunto de enfermedades infecciosas causadas por bacterias que afectan a las encías y a los tejidos y estructuras que rodean, protegen y sujetan el diente en los maxilares. La enfermedad periodontal es un problema de salud oral en Chile cuya prevalencia es aproximadamente un 96%. Su forma más común es progresiva y se inicia como una gingivitis (inflamación del borde de la encía que rodea al diente), la cual puede avanzar hasta llegar a producir la degradación del ligamento y hueso que rodea al diente. De esta forma el o los dientes van perdiendo soporte progresivamente y aunque su apariencia no lo indique, puedan perderse, siempre y cuando no sea tratado¹.

En Chile, el MINSAL a través de la norma en prevención de enfermedades gingivales y periodontales establece que lo que hoy se conoce sobre la etiología, prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales localmente, permite desarrollar e implementar estrategias de promoción y de prevención de estas enfermedades, ya sea a nivel individual como a nivel comunitario. De lo anterior se desprende la importancia de desarrollar programas de intervención, con sólidas bases en la situación real y actual del país^{4, 6}, de higiene bucal orientados a

educar a la población con el fin de prevenir el desarrollo de patologías asociadas a la cavidad bucal^{2,6}, dentro de las cuales está la enfermedad periodontal como un protagonista y usual factor en la aparición de urgencias según algunos autores^{1, 3, 6}.

La Gingivitis ulcero necrótica aguda (GUNA) es una lesión de carácter inflamatorio y de etiología infecciosa que afecta a la encía marginal y la papila interdentaria de las piezas dentarias. La gingivitis ulcero necrótica presenta una escasa prevalencia, menor al 1% de la población, en EEUU y Europa. Su frecuencia aumenta en algunos países en desarrollo de Asia, África y Sud América.

En un estudio epidemiológico realizado en Chile²⁴ se reporta una prevalencia de GUNA de 6,7% entre escolares y jóvenes hasta 20 años.

Los golpes en la cara y boca pueden lesionar dientes y/o tejidos de soporte, dando origen a los llamados traumatismos dentales, frecuentes en niños como causas de atención urgente^{2, 5}.

En ocasiones, posterior a un traumatismo dental, aparecen secuelas como oscurecimiento de dientes (dientes grises o negros) e infecciones. También se originan fracturas de coronas, de raíces o ambas, movilizaciones de dientes, lesiones de hueso y encías, e incluso pérdida, por avulsión, de uno o más dientes^{6,25}.

Un estudio realizado en Temuco, Chile durante los años 2004-2007 muestra que en niños entre 1 y 15 años (43% de la población estudiada), de todas las emergencias odontológicas que se presentaron, un 37,9% correspondió a traumatismos dentarios con un predominio del sexo masculino (67,4%). El 57,1% sufrió traumatismo dentario en el colegio siendo la edad media de 8,8 años. En los menores de 6 años, el lugar donde ocurre el traumatismo fue más frecuente en el hogar²⁶.

Estudios realizados en el hospital Roberto del Río, Chile, 2000, señalan que las lesiones traumáticas dento alveolares representan un 16.8% de las atenciones de urgencia. Se ha descrito como causas principales las caídas (56,5%), los deportes

y la actividad física (30,4)²⁷. Además, existe mayor predominio en niños (67.2%) que en niñas (32.8%)²⁸.

La morbilidad bucodental se describe como la influencia de los principales factores de riesgo de conducta en la salud bucodental. A pesar de las grandes mejoras experimentadas por la salud bucodental de las poblaciones en varios países, a nivel mundial sigue habiendo problemas. Sin embargo, como todos los fenómenos de esta realidad obedecen a ciertas causas que usualmente radican en hábitos de higiene, vida, salud, acceso a servicios o situaciones irreparables como la misma edad del paciente^{3,29}. Factores como éstos modificarán la distribución de las enfermedades en la población y también la aparición de urgencias^{2, 4}. La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos, pobres y más aún en los de edad más avanzada, dada la naturaleza acumulable del daño, dado lo anterior el perfil de la atención de urgencia variara de un lugar a otro y en el tiempo^{8, 29}.

Se ha establecido que la salud oral del adulto mayor influye directamente en su calidad de vida.^{4, 8} El dolor oral es un factor importante de predicción del impacto psicosocial de la salud oral en el adulto mayor⁹. Los pacientes de bajo nivel socioeconómico sufren más problemas de dolor oral, por consiguiente de un mayor deterioro de su calidad de vida^{4,8}.

Sin importar la edad, el género o el nivel socioeconómico del adulto mayor, los estudios internacionales muestran que la salud oral de este grupo etario tiene una gran influencia en su calidad de vida. Además en Chile un alto porcentaje de ellos es desdentado y necesita tratamiento rehabilitador^{3, 4, 8}.

Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de los dientes. Las dos más grandes causas de edentulismo y de urgencias son la caries y la enfermedad periodontal^{4, 7}. Además existen otros factores que pueden llevar a la pérdida de un diente, como: pulpitis, atrición de los dientes, traumatismos y otros^{4, 5, 6}.

Las causas que pueden llevar a un daño irreversible del territorio maxilofacial, a un eventual edentulismo y por consiguiente a un deterioro de la calidad de vida de las personas son variadas, con ciertas predominancias ya conocidas en términos globales^{4, 6}, pero cuya realidad a nivel local aún se encuentra tras un velo de incertidumbre. Las caracteriza clínicamente la aparición repentina del problema o la detección tardía de un proceso de avance silencioso³⁰, el cual ha sido determinado probablemente por falta de una oportuna educación para la salud oral en generaciones pasadas⁴.

Un diente es un órgano, el cual si es cuidado manteniendo una buena higiene y un oportuno y buen control odontológico, puede permanecer sano y mantenerse toda la vida^{4, 8}. De este modo, una persona que siempre se ha preocupado de tener buena higiene, controlarse periódicamente con su odontólogo y tratar oportunamente los problemas y enfermedades de carácter buco dentario, puede llegar al ocaso de la vida con sus piezas dentarias naturales y por consiguiente, con una mejor calidad de vida^{2, 4}.

Los recursos que el Estado dispone para solucionar integralmente este problema son insuficientes, presentándose grandes brechas entre la oferta de provisión de servicios existente y las demandas potenciales de atención. Por esta razón, la respuesta a las demandas por tratamiento odontológico 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^{2,4}.

Tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, enfermedades bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral y los cánceres orofaríngeos, las enfermedades bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos buco dentarios son importantes problemas de salud pública³¹.

Una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general. La diversidad de las pautas de morbilidad bucodental y las distintas

tendencias según el país y la región reflejan los diferentes perfiles de riesgo y la influencia de los programas preventivos de atención bucodental⁴. Estos elementos constituyen fuertes influencias que modelan la demanda de servicios de urgencia y de problemas de salud. Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental deficientes, y el consumo de tabaco y alcohol) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental. Varias enfermedades bucodentales se asocian a enfermedades crónicas no transmisibles, debido principalmente a la existencia de factores de riesgo comunes. Además, hay enfermedades sistémicas (por ejemplo la diabetes o el VIH/SIDA) que facilitan a menudo problemas bucodentales^{1, 2, 31}.

El fortalecimiento y la adaptación mundial de los programas de salud pública mediante la aplicación de medidas eficaces de prevención de las enfermedades bucodentales y la promoción de la salud oral constituyen una necesidad urgente y constante⁸. Los retos que hay que superar para mejorar la salud bucodental son especialmente importantes en los países en desarrollo como el nuestro⁷.

El Minsal, procura formar generaciones sanas, que sean responsables de su Salud Bucal y que requieran cada vez menos intervenciones profesionales, sin embargo existe un gran daño acumulado de generaciones anteriores^{2, 3}. Es por ende, de vital importancia realizar un acucioso análisis de la realidad local contemporánea⁴, para poder dirigir los limitados recursos en forma efectiva a la resolución de los problemas de salud oral con planes idóneos⁴ y mediante esto, lograr un positivo impacto en la calidad de vida de la población⁸, es éste el principio que moviliza éste trabajo.

Las urgencias odontológicas generan una demanda espontánea de atención en los servicios primarios, secundarios y terciarios^{2, 4}. En la atención primaria en salud (APS), las jornada de atención se dividen en turno de mañana (8 a 12 horas), turno de tarde (13 a 17 horas) y en horario de extensión (15 a 20 horas). Se ha sugerido que la superposición de horarios de trabajo con los horarios de atención podría presentar un impedimento para que los individuos reciban

atención odontológica en forma oportuna y apropiada, concentrándose después de las 17 horas las visitas a los servicios de urgencia³². Por otra parte se ha reportado que los pacientes atendidos en urgencia hospitalaria después de las 17 horas preferirían atenderse en horario de mañana en cuanto a urgencias odontológicas³³. La información disponible sobre el horario en que los pacientes buscan atenderse es actualmente escasa más aun en la realidad nacional y la información disponible en la literatura sólo reporta el comportamiento de este aspecto en centros hospitalarios, sin embargo destacan la importancia de contar con esta información para poder responder satisfactoriamente a la demanda de atención^{32, 33}.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer el perfil de la demanda de GES “Urgencia odontológica ambulatoria” en el Centro Odontológico Macul durante el periodo Febrero 2013 - Agosto 2014

Objetivos específicos

1. Determinar la distribución de la demanda de GES “Urgencia odontológica ambulatoria” por sexo y tramo etario.
2. Determinar la distribución de GES “Urgencia odontológica ambulatoria” por jornada de atención.
3. Determinar la distribución de GES “Urgencia odontológica ambulatoria” por patología específica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal, a fin de caracterizar el perfil de la demanda de atención de urgencia odontológica ambulatoria en el Centro Odontológico Macul durante el periodo Febrero 2013 – Agosto 2014.

Universo y muestra

Se consideró como universo al total de registros de pacientes atendidos por GES “Urgencias odontológicas ambulatorias” en el Centro Odontológico Macul durante el periodo Febrero 2013 – Agosto 2014.

Criterios de inclusión

Todas las atenciones por GES “Urgencia odontológica ambulatoria” registradas digitalmente por el personal del centro odontológico Macul, que presentaron las variables estudiadas de forma completa y ordenada.

Variables

Las variables estudiadas fueron sexo, grupo de edad, horario de atención y patología GES registrada. La definición, dimensión e indicador de las variables se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Definición, dimensión e indicador de las variables estudiadas.

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores Definición Operacional
Sexo	Características que distingue entre individuos machos y hembras por sus células sexuales	Masculino (M) Femenino (F)	Registro en ficha Masculino=1 Femenino=2

Edad por Tramos Etarios	Segmento de edad en que pertenece según edad en años.	<ul style="list-style-type: none"> -Menores de 20 Años. -20-39 Años. -40-59 Años. -Mayores de 60 Años. 	<p>Registro en ficha</p> <ul style="list-style-type: none"> 1= Menores de 20 años 2= 20-39 años 3= 40-59 años 4= mayores de 60 años
Horario de atención	Momento del día en que se atendió la urgencia.	<ul style="list-style-type: none"> -Jornada mañana: de 7:30 a 12:00. -Jornada tarde: de 13:00 a 17:00. -Jornada Extensión: de 17:00 a 20:00. 	<p>Registro en ficha</p> <ul style="list-style-type: none"> 1=Jornada AM 2=Jornada PM: 3=Jornada de Extensión.
Patología específica	Patologías incluidas como Urgencia Odontológica Ambulatoria en Programa GES según Ministerio de salud en su Guía Clínica de Urgencias Odontológicas Ambulatorias, 2011.	<ul style="list-style-type: none"> -Pericoronaritis Aguda -Pulpitis -Absc Subperiostico o Absc. Submucoso -Absc. De espacios anatómicos faciales -Flegmón o celulitis oro faríngea de origen odontogénico -G.U.N.A. -Trauma Dentoalveolar -Complicaciones Post Exodoncia 	<ul style="list-style-type: none"> 1=Pericoronaritis 2=Pulpitis 3=Absc. Submucoso o Absc Subperiostico 4=Absc. De espacios anatómicos buco máxilo faciales 5=Flegmón oro faríngeo de origen odontogénico 6=G.U.N.A. 7=Trauma Dentoalveolar 8=Complicaciones Post Exodoncia

Recolección de datos.

Contacto con los directivos del centro de salud.

Se solicitó al Director del centro de salud y el encargado del Programa Odontológico, la autorización para realizar el estudio en el establecimiento de salud. A través de una carta se explicaron los objetivos del estudio y la necesidad de contar con el apoyo de la institución para facilitar los datos de los registros de GES “Urgencia odontológica ambulatoria” realizados durante el periodo 2013-2014 (ANEXO 1: CARTA A DIRECTIVOS DE CENTRO DE SALUD)

Instrumento de recolección de datos.

La recolección de datos necesarios para el estudio, se realizó de forma indirecta, a través del registro digital con que cuenta el centro de salud para las urgencias odontológicas ambulatorias. Se consideró a todos los pacientes atendidos durante el periodo de Febrero 2013 a Agosto 2014, conforme cumplían con los criterios de inclusión.

Los datos fueron traspasados digitalizados a una planilla Excel, con las variables estudiadas y un número identificador de cada caso para evitar el duplicado. (ANEXO 2: PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) a la cual solo tuvo acceso el investigador.

Aspectos éticos.

Los datos recolectados serán de uso exclusivo para el estudio y sólo con fines de investigación. La investigación fue aprobada por el comité de bioética de la UFT y oficializada mediante una carta donde se resguardan los aspectos éticos de investigación en seres humanos (ANEXO 3: CARTA COMITÉ DE BIOÉTICA)

Análisis estadístico.

Para efectos del análisis de datos, se realizó un estudio descriptivo uni y bivariado de todas las variables estudiadas. Los resultados obtenidos se presentan mediante tablas de distribución de frecuencia y/o gráficos (números absolutos y

porcentajes). El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS Statistics 17.

RESULTADOS

1.- Distribución de la demanda de GES “urgencia odontológica ambulatoria”.

La demanda estudiada fue de 2.015 registros GES “Urgencia odontológica ambulatoria”. El 60,1% correspondió a mujeres. (Ver tabla 1)

La edad media de los pacientes atendidos por GES fue 31,49 años (D.E.= 19,66), siendo la edad mínima 1 año y la máxima de 90 años. (Ver gráfico 1)

Tabla 2: Distribución de GES “urgencia odontológica ambulatoria” por sexo.

	Recuento	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer	1211	60,1	60,1
Hombre	804	39,9	100,0
Total	2015	100,0	

Gráfico 1: Distribución de GES “urgencia odontológica ambulatoria” por edad en años.

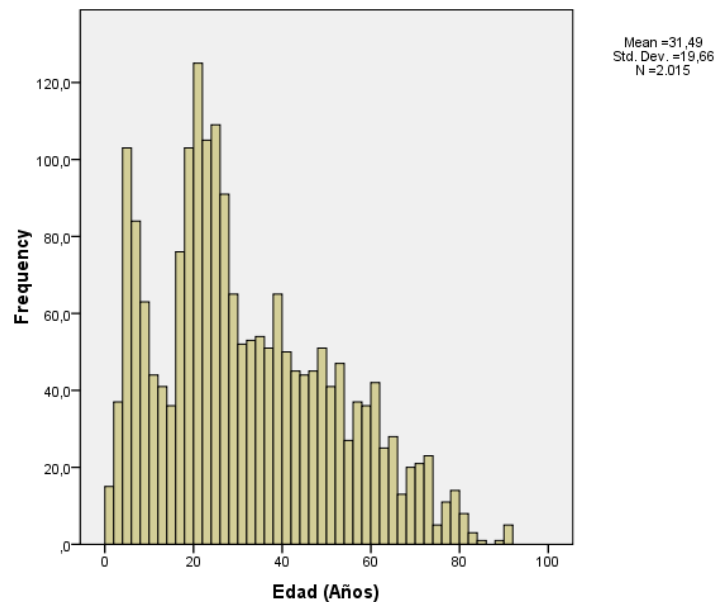


Tabla 3: Distribución de GES “urgencia odontológica ambulatoria” por tramos etarios.

Tramo de edad	Recuento	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menores de 20 años	602	29,9	29,9
20-39 Años	770	38,2	68,1
40-59 Años	423	21,0	89,1
60 y más años	220	10,9	100,0
Total	2015	100,0	

En relación a la distribución de la demanda de GES “Urgencia odontológica ambulatoria” según tramo etario, el grupo de 20 a 39 años presentó la mayor frecuencia (38,2%).

Tabla 4: Distribución de la GES “urgencia odontológica ambulatoria” por sexo según tramo etario.

Grupo de edades	Mujer	Hombre
Menores de 20 años	49,0%	51,0%
20-39 Años	65,2%	34,8%
40-59 Años	70,2%	29,8%
60 y más años	53,2%	46,8%

Se observó una mayor frecuencia de mujeres en la mayoría de los tramos de edad, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. ($p= 0,0001$)

2.- Distribución de la demanda de GES “urgencia odontológica ambulatoria” por jornada de atención.

La demanda por atención urgencia odontológica ambulatoria GES fue más prevalente durante la jornada de la mañana, seguida por la jornada de extensión (ver tabla 5).

Tabla 5: Distribución de GES “urgencia odontológica ambulatoria” según jornada de atención.

Turno	Recuento	Porcentaje
Jornada AM	928	46,1%
Jornada PM	411	20,4%
Jornada Extensión	676	33,5%
Total	2015	100,0%

3.- Distribución de la demanda de GES “urgencia odontológica ambulatoria” por patología.

Al estudiar la prevalencia de las patologías específicas de la demanda de GES urgencia odontológica ambulatoria según patología específica se observó que: Pulpitis fue la más frecuente (31,1%), seguida por Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico (27,2%). La Pericoronaritis aguda es otra Urgencia odontológica ambulatoria GES frecuente con un 18,6% (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución de la “urgencia odontológica ambulatoria” por patología.

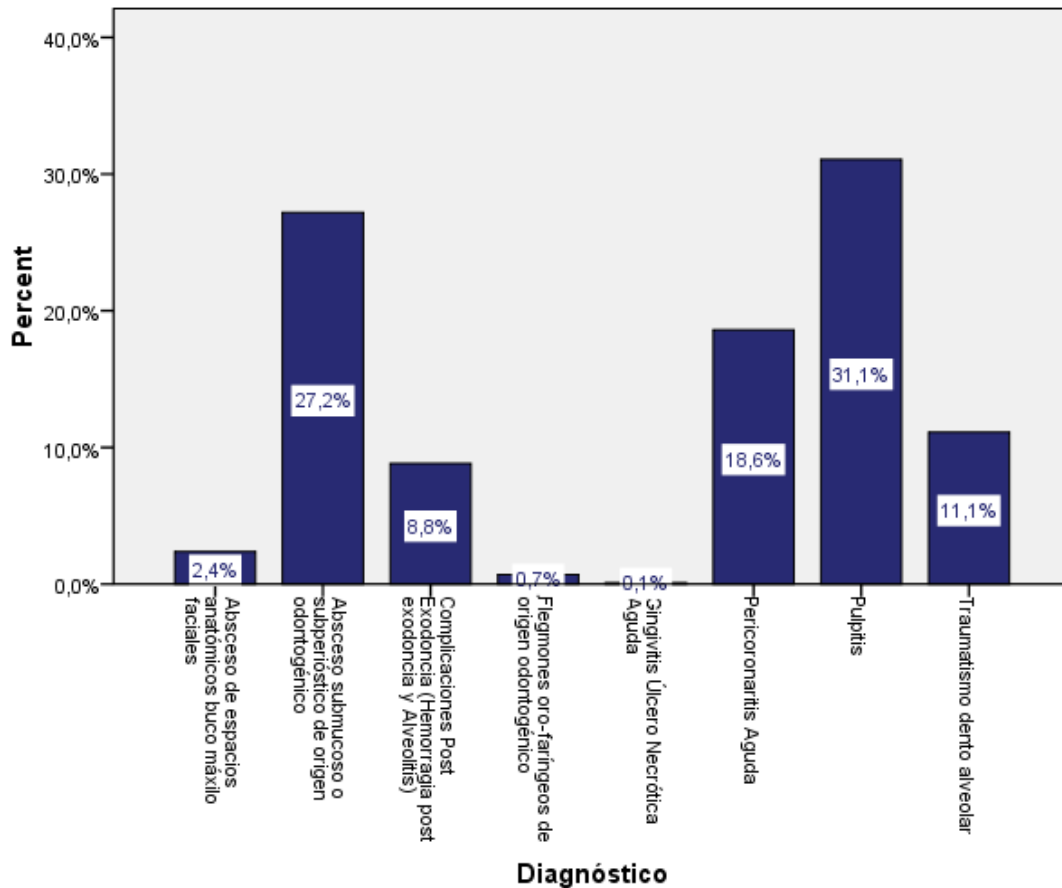
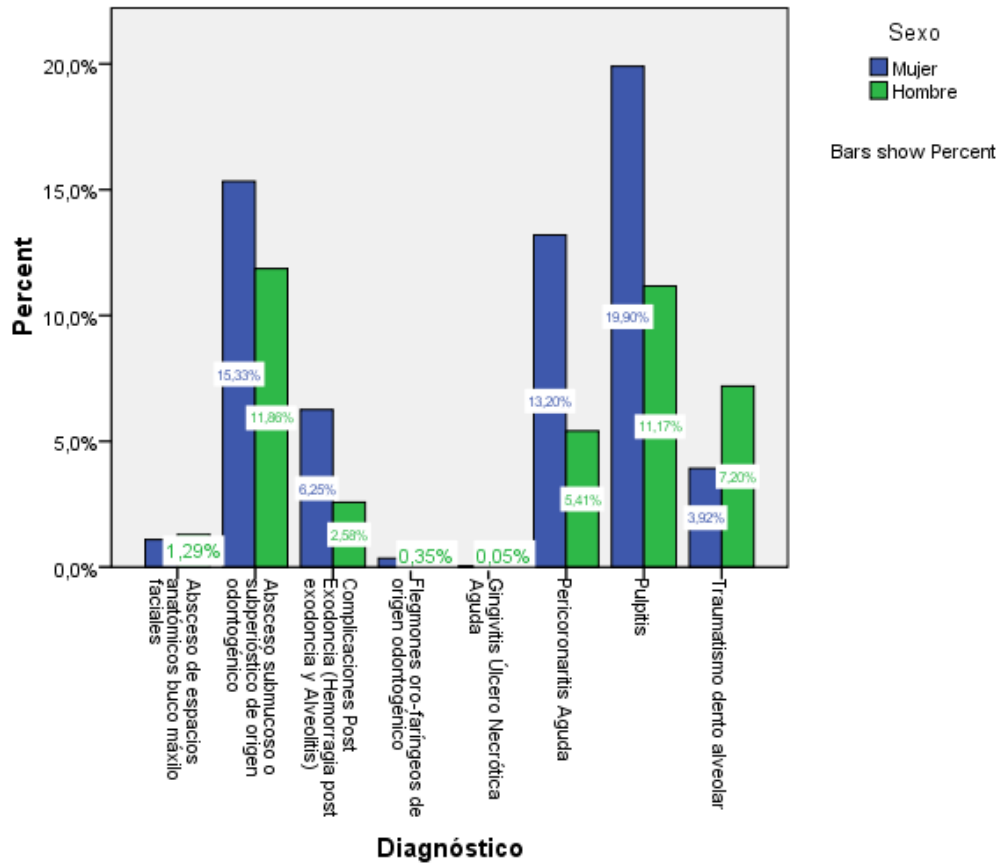


Gráfico 3: Distribución de GES “urgencia odontológica ambulatoria” por patología según sexo.



La pulpitis como patología más prevalente en GES “Urgencia odontológica ambulatoria, se observó con mayor prevalencia en mujeres (19,9 %).

En cuanto a los abscesos submucosos o subperiósticos, la relación entre hombres y mujeres fue más equilibrada (11,8% y 15,3% respectivamente).

Tabla 6: Distribución de las GES “urgencia odontológica ambulatoria” por patología específica según tramo etario.

Patología	Tramos Etarios			
	Menores de 20 años	20-39 Años	40-59 Años	60 y más años
Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales	2,7%	1,2%	1,7%	7,3%
Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico	23,8%	17,4%	38,3%	49,5%
Complicaciones Post Exodoncia (Hemorragia post exodoncia y Alveolitis)	4,3%	8,6%	11,6%	16,8%
Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico	0,5%	0,4%	1,7%	0,5%
Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda	0,2%	0,0%	0,0%	0,5%
Pericoronaritis Aguda	16,3%	34,3%	2,6%	0,9%
Pulpitis	19,6%	36,6%	41,1%	23,6%
Traumatismo dento alveolar	32,7%	1,6%	3,1%	0,9%
Total	100%	100%	100%	100%

En los menores de 20 años, el traumatismo dento alveolar es la patología que registra mayor frecuencia.

En el tramo de 20 a 39 años, la mayor frecuencia se presentó en las pericoronaritis aguda (34,3%) y en el tramo de 40 a 59 años, la pulpitis se presentó con mayor frecuencia (41,1%) junto con los abscesos submucosos y subperiósticos de origen odontogénico (38,3%).

DISCUSIÓN

Este estudio buscó describir el perfil de la demanda de atención por GES “Urgencia Odontológica Ambulatoria” en el centro odontológico Macul durante el período 2013-2014.

Los principales resultados del estudio son una demanda de atención preferentemente por mujeres (60,1%), la media de edad de los pacientes que solicitaron atención fue 31,49 años (D.E.= 19,66) y al estratificar por grupo de edad, los menores de 20 años (38,2%) corresponden al grupo con mayor demanda seguido por el grupo de 40 a 59 años (29,9%). La jornada de mañana ocupa la primera preferencia (46,1%), seguida por la jornada de extensión (33,5%). De las patologías más prevalente, la pulpitis registró un 31,1% de la demanda de atención de urgencia, seguido por abscesos submucosos y subperiósticos (27,2%). Un 11,1% de los casos fueron consultas por traumatismos y afectaron especialmente a menores de 20 años. Sólo un 8,8% registró demanda por complicaciones post exodoncia.

Al comparar los resultados con la evidencia existente, la mayor prevalencia de demanda de urgencias en mujeres observada en este estudio difiere de estudios internacionales. Reportes de departamentos de urgencia dental hospitalaria señalan una relación 1:1 entre hombres y mujeres³³, mientras que otro estudio señala que la relación entre hombres y mujeres dentro de los que acudieron por tratamiento odontológico inespecífico en un lapso de 5 años también fue de un 50% mujeres³⁴.

En cuanto a la realidad nacional, un estudio realizado en la región del Maule encontró que el 85% de los participantes fueron mujeres en el grupo de 35 a 44 años de edad y de 77,4% en el grupo de 65 a 74 años. Los autores señalan que el motivo obedece a que las mujeres tienen mayor experiencia de caries que los hombres y además a que pueden presentar mayor interés por recibir atención de salud oral²⁹.

En cuanto a los grupos de edades más frecuentes de demanda de GES urgencia odontológica ambulatoria, en el presente estudio fueron los menores de 20 años y de 20 a 39 años. Estos resultados difieren con la evidencia que indica que la carga de enfermedades orales en la sociedad chilena es alta y más alta aun conforme la edad de las personas va en aumento y la carga del daño es mayor⁸.

En cuanto al horario de la demanda de atención, se observó que el turno de mañana concentró la mayor demanda de atenciones (46,1%), seguido por el turno de extensión (33,5%). Esto difiere de la evidencia existente donde el mayor porcentaje de atenciones de urgencia odontológica en un centro hospitalario generalmente es después de las 17 horas con una posterior disminución por la noche³² Sin embargo la mayor demanda por atención en la jornada de mañana es consistente con lo reportado en otro estudio, donde al encuestar a los pacientes del servicio hospitalario de urgencia dental en qué horario preferirían recibir atención de urgencia, estos mayoritariamente respondieron que por la mañana³³. La información existente en este campo es escasa, sin embargo de relevancia si se quiere adaptar los recursos y servicios para responder a las demandas según estas se manifiesten, siendo evidente que existen perfiles variables y que este tema necesita más investigación.

Al estudiar cómo se comportó la prevalencia de la GES Urgencia Odontológica Ambulatoria en relación a las patologías específicas más frecuentes, se observó que en este estudio las pulpitis (31,1%) son las más prevalentes.

La Pulpitis es la consecuencia de una lesión cariosa no tratada en la mayoría de los casos, la cual no recibe tratamiento por tanto la infección progresa hasta comprometer la pulpa aún vital⁶, En conjunto, la pulpitis y los abscesos submucosos o subperiósticos representaron el 58,3% del total de patologías registradas, lo cual respalda lo aseverado en diferentes estudios que sitúan la prevalencia de estos dos cuadros en servicios de urgencia entre el 60% y el 70% como conjunto^{14, 20}. En ambas patologías se vieron más afectadas las mujeres. La pulpitis fue más frecuentes en mujeres (64,1%) en todos los tramos etarios.

Los Abscesos Submucosos y Subperiosticos son el desenlace de la Pulpitis⁶. Los abscesos submucosos y subperiosticos de origen odontogénico se presentó en frecuencia levemente menor en hombres (43,6%) comparado con las mujeres (56,4%) Un 49,5% de los pacientes 60 y más años presentó abscesos submucosos o subperiosticos de origen odontogénico. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en la literatura extensamente, las pulpitis y los abscesos apicales agudos (i.e.: absceso submucosos y abscesos subperiosticos) son los cuadros más prevalentes de las urgencias odontológicas presentadas en servicios de urgencia^{9, 14, 19, 20, 21}.

Si bien las patologías comprendidas en el grupo de las Infecciones Odontogénicas son elocuentes complicaciones de caries y/o enfermedad periodontal y por tanto es esperable que su prevalencia sea alta (alta prevalencia de los cuadros primarios)⁶ la elevada prevalencia y su presencia estable a lo largo de los diferentes grupos etarios es preocupante, particularmente la pulpitis. No obstante su claro predominio frente a otras patologías debe llamar la atención a los planes preventivos y de promoción de salud, al ser cuadros infecciosos prevenibles o cuando menos retrasables para la población.

Siendo la pulpitis y los abscesos submucosos y subperiosticos de origen odontogénico las patologías más frecuentes y manteniéndose ambas como especialmente prevalentes en mujeres, es destacable que ambas resultan primordialmente de una complicación prevenible y conocida del proceso de avance de una lesión cariosa⁶, lo cual llama a establecer medidas especiales de prevención en este grupo identificado como especialmente vulnerable⁴. Éste hecho, contribuiría a explicar la alta prevalencia de estos cuadros, sin embargo, la marcada inclinación a afectar mujeres es algo que requiere más investigación. En la literatura se ha sugerido que los niños son un grupo especialmente afectado por flegmones y abscesos, sin embargo, éste trabajo no presenta evidencias que respalden dichas propuestas^{6, 35}.

En relación a los Traumatismos dento alveolares (TDA), éstos demostraron ser un problema prevalente, aunque se manifestaron en menor magnitud a la reportada

en otros estudios⁵, como los realizados en el hospital de Niños Roberto del Río, que señalan que en el año 2000, las lesiones traumáticas dentoalveolares representaron el 16,8% de las atenciones de urgencia.

Los TDA son más frecuentes en menores de 20 años (32,7%) y en hombres (51,0%) más que mujeres (49,0%). Lo anterior respalda lo planteado en la literatura que reporta que los hombres serían más afectados que las mujeres y en cuanto al grupo etario que señala que los más afectados serían los niños entre 7 y 12 años de edad^{28, 36, 37, 38, 39, 40, 41}. Lo anterior se condice con la participación más habitual de hombres menores en actividades física de contacto, como deportes y otras actividades^{25, 26, 28, 37, 42}.

La Pericoronaritis es la inflamación del saco pericoronario y se asocia con la corona de un diente parcialmente erupcionado o en proceso de erupción. El 34,3% y 16,3% de los pacientes de los tramos etarios entre 20 y 39 años y menores de 20 años, respectivamente acudió por pericoronaritis aguda, lo que corrobora lo sugerido en la literatura^{6, 23}. Contrario a lo planteado en algunos estudios, se establecieron algunas diferencias por sexo⁶, siendo las mujeres más afectadas que los hombres (13,4% y 5,4% respectivamente).

Según la clasificación diagnóstica para GES urgencias odontológicas ambulatorias, no se diferenció entre hemorragia y alveolitis, sino que se agruparon como complicaciones post exodoncia. La documentación actual sostiene que la alveolitis es la complicación más frecuente de la exodoncia⁶ y en relación a la cual el tabaquismo y el consumo de anticonceptivos orales son factores clásicos que elevan el riesgo de ocurrencia, más no siendo los únicos²². Se ha descrito que la alveolitis puede afectar a las mujeres en relación de 5:1 respecto a los hombres, sin embargo en éste estudio se observó una relación cercana a 2:1 concentrando un 6,25% del total de los casos en mujeres. La frecuencia por tramo etario de complicaciones post exodoncia fue en aumento sostenido desde los menores de 20 años con un 4,3% a 16,8% en el tramo de 60 y más años, concordando con la literatura²².

La GUNA es una lesión de carácter inflamatorio y de etiología infecciosa polibacteriana que afecta a la encía marginal y la papila interdientaria de las piezas dentarias en forma fulminante y dramática. La gingivitis úlcero necrótica presenta una prevalencia escasa, menor al 1% de la población, en EEUU y Europa²⁴. Su frecuencia aumenta en algunos países en desarrollo de Asia, África y Sud América. En un estudio epidemiológico realizado en Chile se encontró una prevalencia de 6,7% entre escolares y jóvenes hasta 20 años, sin embargo en este estudio se registró una prevalencia del 0,1% de GUNA con una relación 1:1 entre hombres y mujeres.

CONCLUSIÓN

El perfil de la demanda GES “Urgencia odontológica ambulatoria” en el centro odontológico Macul, fue preferentemente mujeres, de edades entre 20 a 39 años con la pulpitis y/o abscesos submucosos y subperiósticos como patología más prevalente. El horario de atención con mayor demanda por GES urgencia odontológica ambulatoria es el turno de mañana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarrete CA, Burgos AA. Programa de higiene bucal, y su impacto en flora bacteriana. Rev. chil. pediatr. [serial on the Internet]. 2008 Jun [cited 2014 Nov 20]; 79(3):267-271. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300004&lng=es.
2. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias. [cited 12 Dec 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222b6448161ecb1e04001011f013f94.pdf>
3. González J, Núñez N. Características epidemiológicas de las consultas de urgencia en la Unidad de Emergencia Odontológica del Hospital Herminda Martín de Chillán durante el año 2003. Talca, Chile: Universidad de Talca (Chile). Escuela de Odontología; 2004. [cited 16 december 2014]. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/1040>
4. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica de Urgencia Odontológica. [cited 12 Dec 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7f2a6ebf9b5c1580e04001011e014d0e.pdf>
5. Peral C, Barrientos FJ, Galdeano M, Sánchez LA, Verrier A. Estudio epidemiológico de las urgencias en cirugía oral y maxilofacial en un hospital general. Rev Esp Cir Oral y Maxilof. 2004 Ene; 26: 393-400.
6. Douglass AB. Common dental emergencies. Am Fam Physician. 2003 Feb; 67(3): 511-6
7. Vargas V, Krause C, Díaz V. Cobertura sanitaria universal, un tema ético sanitario: Caso chileno en odontología. Revista Dental de Chile. 2014; 105 (1): 17-20.
8. Montes Jose Luis. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Revista Dental de Chile. 2001; 92 (3): 29-31.

9. Cope A, Francis N, Wood F, Mann MK, Chestnutt IG. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jun 26; Disponible en: 6:CD010136. doi: 10.1002/14651858.CD010136.pub2
10. Weine, F. *Endodontic therapy.* 6th. ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Co; 2004.
11. Hahn C-L, Best AM, Tew JG. Cytokine Induction by *Streptococcus mutans* and Pulpal Pathogenesis. Clements JD, ed. *Infection and Immunity* 2000; 68(12):6785-6789.
12. Keenan JV, Farman AG, Fedorowicz Z, Newton JT. A Cochrane systematic review finds no evidence to support the use of antibiotics for pain relief in irreversible pulpitis. *J Endod.* 2006; 32(2):87–92.
13. De-Paula KB, Silveira LS, Fagundes GX, Ferreira MB, Montagner F. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in Brazil. *Braz. oral res.* [serial on the Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 26]; 28(1):1-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100250&lng=en. Epub Aug 26, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0041>.
14. Quinonez C, Gibson D, Jokovic A, Locker D. Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 abr; 37:366–371.
15. Green AW, Flower EA, New NE. Mortality associated with odontogenic infection! *Br. Dent. J.* 2001; 190:529 –530.
16. Flynn TR. The swollen face. Severe odontogenic infections. *Emerg Med Clin North Am.* 2000; 18:481–519.
17. Gendron R, Grenier D, Maheu-Robert L. The oral cavity as a reservoir of bacterial pathogens for focal infections. *Microbes Infect.* 2000; 2:897–906.

18. Gill Y, Scully C. Orofacial odontogenic infections: review of microbiology and current treatment. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1990; 70:155–158.
19. Wong NHY, Tran C, Pukallus M, Holcombe T, Seow WK. A three-year retrospective study of emergency visits at an oral health clinic in south-east Queensland. *Aust. Dent. J.* 2012, 57, 132–137. – Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/11/8/8058/htm#sthash.zrPsMRi0.dpuf>
20. Ladrillo TE, Hobdell MH, Caviness AC. Increasing prevalence of emergency department visits for pediatric dental care, 1997–2001. *J Am Dent Assoc* 2006; 137:379–385.
21. Oliva MG, Kenny DJ, Ratnapalan S. Nontraumatic dental complaints in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2008; 24:757–760.
22. Malkawi Z, Al-Omiri M.K, Khraisat A. Risk Indicators of Postoperative Complications following Surgical Extraction of Lower Third Molars. *Med Princ Pract.* 2011; 20:321–325.
23. Folayan MO, Ozeigbe EO, Onyejaeka N, Chukwumah NM, Oyedele T. Non-third molar related pericoronitis in a sub-urban Nigeria population of children. *Niger J Clin Pract.* 2014; 17:18-22.
24. Lopez R, Frydenberg M, Baelum V. Contextual effects in the occurrence of periodontal attachment loss and necrotizing gingival lesions among adolescents. *Eur J Oral Sci.* 2009; 117: 547–554.
25. Akhlaghi N, Nourbakhsh N, Khademi A, Karimi L. General Dental Practitioner’s Knowledge about the Emergency Management of Dental Trauma. *Iran Endod J.* 2014; 9(4):251-256.
26. Díaz JA, Bustos L, Brandt AC, Fernández BE. Dental injuries among children and adolescents aged 1–15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. *Dental Traumatology.* 2010; 26: 254–261.

27. Asnaashari M, Tavakkoli MA, Shafiei AS. Prognosis of traumatic injuries to the anterior teeth (treated in shahid beheshti and tehran dental schools during 1996-2001). *Iran Endod J.* 2006; 1(1):37-42.
28. Akhlaghi N, Nourbakhsh N, Khademi A, Karimi L. General Dental Practitioners' Knowledge about the Emergency Management of Dental Trauma. *Iran Endod J.* 2014; 9(4):251-256.
29. Quinteros ME, Cáceres DD, Soto A, Mariño RJ, Giacaman RA. Caries experience and use of dental services in rural and urban adults and older adults from central Chile. *International Dental Journal.* 2014; 64: 260–268.
30. Genco R, Offenbacher S, Beck J. Periodontal disease and cardiovascular disease: epidemiology and possible mechanisms. *J Am Dent Assoc.* 2002 Jun; 133 Suppl:14S-22S.
31. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ [serial on the Internet].* 2005 Sep [cited 2014 Dec 12] ; 83(9): 661-669. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862005000900011>.
32. Okunseri C, Okunseri E, Fischer MC, Sadeghi SN, Xiang Q, Szabo A. Nontraumatic dental condition-related visits to emergency departments on weekdays, weekends and night hours: findings from the National Hospital Ambulatory Medical Care survey. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2013 Sept; 2(5):69-76.
33. Austin R, Jones K, Wright D, Donaldson N, Gallagher JE. Use of the out-of-hours emergency dental service at two south-east London hospitals. *BMC Oral Health.* 2009; 9(1):19. Available from: [10.1186/1472-6831-9-19](https://doi.org/10.1186/1472-6831-9-19)

34. Guessous I, Theler J-M, Durosier C, Stringhini S, Bodenmann P, Gaspoz J-M, Wolff H. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health* 2014 30; 14:121.
35. Goldberg MH, Topazian RG. Odontogenic infections and deep fascial space infections of dental origins. In: Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR, eds. *Oral and maxillofacial infections*. 4th.ed. Philadelphia: Saunders; 2002. pp.158-87.
36. Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2002; 18:287–98.
37. Andresaen JO, Andreassen FM, Andersson L. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 4th.ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.
38. Borssen A, Holm AK. Traumatic dental injuries in a cohort of 16-year-olds in northern Sweden. *Endod Dent Traumatol* 1997; 13:276–80.
39. Sue SM, Lombardi SM, Sheller B, Williams BJ. Diagnosis and treatment of dental trauma in a children's hospital. *Pediatr Dent*. 1988; 20:112–20.
40. Marcenes W, Beiruti N, Tayfour D, Issa S. Epidemiology of traumatic dental injuries to permanent incisors of school children aged 9–12 in Damascus, Syria. *Endod Dent Traumatol*. 1999; 15:117–23.
41. Sandalli N, Cildir S, Guler N. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. *Dent Traumatol*. 2005; 21:188–94.
42. Bruns T, Perinpanayagam H. Dental trauma that require fixation in a children's hospital. *Dent Traumatol*. 2008; 24:59–64.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA A DIRECTIVOS CENTRO DE SALUD

Estimados Directivos del Centro Odontológico Macul

Mediante la presente me remito a solicitar a ustedes autorización y apoyo para llevar a cabo el proyecto de investigación tesista para optar al título de Cirujano Dentista de la Universidad Finis Terrae, “Perfil de la Demanda de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en el Centro Odontológico Macul, 2013 – 2014” a desarrollarse por quien remite en vuestro centro de salud.

Dicho trabajo cuenta con la aprobación previa del comité de Bioética de la Universidad Finis Terrae que se adjunta, siendo pertinente explicitar que no se habrá de vulnerar ningún dato sensible de algún paciente y se protegerá y resguardará la información entregada en todo momento, siendo ésta sólo material de investigación del investigador Sr. Francisco Stefan Domancic Alucema con la guía de la Dra. Patricia Moya Rivera.

Saludos Cordiales,

Francisco Stefan Domancic Alucema. RUT 15.932.252-1

ANEXO 2: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

Sexo	Edad	Horario de Atención	Patología Específica

ANEXO 3: CARTA COMITÉ DE BIOETICA



RESOLUCIÓN 01/2014

Santiago, 4 de marzo 2014

Vistos y considerando:

- 1) La revisión a cargo de los miembros de la Comisión de Ética de los proyectos de investigación de los alumnos de la Facultad de Odontología.
- 2) La elaboración de informes de cada uno de los proyectos de investigación y las observaciones de los evaluadores.

Se resuelve:

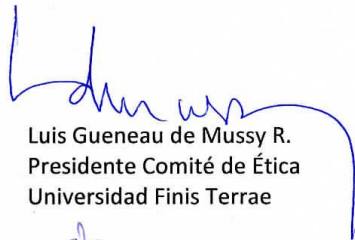
- 1) Aprobar desde el punto de vista ético los siguientes proyectos de investigación:
 - i) “Comparación de la eficacia en la desobturación total del canal radicular del sistema rotatorio niti con el sistema convencional. Estudio in-vitro”, de Juan Francisco Herbosa Lucarelli y Andrei Mijail Schumilo Farizo.
 - ii) “Percepción del estado de salud general relacionado con prevalencia y severidad de la caries dental en estudiantes de primer año de la Academia de Gendarmería de Chile, año 2013”, de Juan Hormazábal Yáñez y Michelle Zeldis Avayú.
 - iii) “Análisis comparativo de la filtración marginal de restauraciones de resina compuesta realizadas con Single Bond Universal con y sin grabado selectivo del esmalte. Estudio In vitro”, de Francisco Fernando Moncada Rossitto.
 - iv) “Evaluación in vitro de la efectividad del uso de adhesivos previo a la aplicación de sellantes para aumentar el grado de sellado marginal”, de Macarena Olivares Abrego.
 - v) “Estudio experimental in vitro de la distancia desde la furca al piso de la cámara pulpar, desde el piso hasta el techo de la cámara pulpar y desde el

techo hasta la superficie oclusal en primeros molares mandibulares permanentes”, de Francisco Javier Pereo Nieto.

- vi) “Análisis comparativo in vitro de la resistencia adhesiva de restauraciones de resina compuesta directa realizadas con la técnica de hibridación sobre dentina húmeda y sobre dentina seca rehumectada”, de Patricia Pierret Ortiz y Constanza Reyes Bonifay.
- vii) “Patologías más frecuentes registradas en el GES “Urgencias Odontológicas Ambulatorias” en centros de atención primaria, VI Región del Libertador Bernardo O’Higgins, Ciudad de San Fernando, año 2012”, de Nicolás Sainz G y Mauricio Vega V.
- viii) “Calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes que ingresan a rehabilitación protésica en el campo clínico Macul, año 2013-2014”, de José Manuel Otero y Cristián Toro.
- ix) “Análisis morfo estructural de la capa híbrida de restauraciones realizadas con la técnica de hibridación convencional y la técnica de desecado y re humectación de la dentina con adhesivo”, de Felipe Gálvez Papisideris.
- x) “Perfil de la demanda de Urgencia Odontológica GES en el Centro de atención Primaria en la Región Metropolitana durante el año 2013”, de Francisco Stefan Domancic Alucema.

2) A su vez, el proyecto de investigación “Comparación del efecto en analgesia preventiva del Paracetamol 1gr y Ketorolaco 10mg en la cirugía de terceros molares incluidos”, de Leslie Brito González y María Ignacia Escámez Quevedo, debe incorporar las siguientes observaciones para su aprobación definitiva, la cual queda pendiente hasta que el proyecto sea revisado nuevamente por los miembros de la Comisión:

- Los aspectos metodológicos ya están analizados por el Dr. Rene Castro y coincidimos con su evaluación. Específicamente el calcular el tamaño de la muestra para obtener resultados estadísticos significativos. Esto es lo que le dará validez científica. Debería mencionarse esto como una limitación.
- Desde el punto de vista de la participación de los pacientes debe quedar claro:
 - a) El derecho de retirarse del estudio
 - b) La gratuidad de los medicamentos usados para el dolor: Fármacos para analgesia preventiva: Syndol® \$11.326, Supracalm® \$3.800, Ibuprofeno \$ 400.


Luis Gueneau de Mussy R.
Presidente Comité de Ética
Universidad Finis Terrae


Patricio Ventura-Juncá del Tobar
Director Instituto de Bioética
Universidad Finis Terrae


Francisca Valdivieso Undurraga
Profesora Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile


Enrique Navarro Beltrán
Director de Investigación y Publicaciones
Facultad de Derecho



C.c. Secretario General
Vicerrectores
Miembros del Comité de Ética