

Informe de Priorización de Preguntas Guía de Práctica Clínica Guía Urgencia Odontológica Ambulatoria: Infecciones de Origen Dentario, 2019

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas¹.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud², después de instruir en la metodología GRADE para la elaboración de GPC, incentivó al panel de expertos³ a formular preguntas de decisión clínica centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica de Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés y la intervención de comparación⁴.

1

Tabla n°1: Estructura “Población, Intervención, Comparación” (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

Tras el debate entre los panelistas y asesorías del Equipo Coordinador se formularon **30 preguntas clínicas** (ver Tabla n°2).

¹ Ministerio de Salud de Chile. [Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#). Gobierno de Chile. Santiago; 2014.

² Equipo del Ministerio de Salud, constituido por profesionales de División de Prevención y Control de Enfermedades y División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cumpliendo funciones de coordinador temático y coordinador metodológico respectivamente.

³ Expertos clínicos, referentes del MINSAL y en algunos casos representantes de pacientes y representantes de FONASA, convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

⁴ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

VALORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Tras formular las potenciales preguntas, en esta oportunidad la priorización individual se realizó en dos etapas a través de un cuestionario online, donde se les solicitó que evaluaran las preguntas y señalaran cuáles consideraban más importantes de considerar en la actualización 2019, en función de los siguientes criterios:

- a. ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- b. ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- c. ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- d. ¿La intervención genera impacto importante en
- e. el uso de recursos, ya sea en ahorro o gastos?

Tras la votación se calculó el promedio de todas las preguntas formuladas, resultando lo siguiente:

Tabla n°2: Preguntas clínicas formuladas y promedio de la importancia asignada a la pregunta clínica asignada por el panel.

Preguntas clínicas formuladas	Promedio ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=17)
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina más ácido clavulánico” en comparación a “usar amoxicilina”?	5,05
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, sin compromiso del estado general con alguna condición sistémica compensado o no compensado que aumente el riesgo de su progresión o diseminación (diabetes, insuficiencia hepática, inmunosupresión, situación de calle, etc) ¿Se debe usar “antibióticos” en comparación a “no usar”?	4,53
En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de profilaxis antibiótica, ¿Se debe “usar un macrólido (eritromicina, azitromicina)” en comparación a “usar un antibiótico del grupo de lincosaminas (clindamicina)”?	4,47
En personas inmunosuprimidos con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación a “no realizar tratamiento”?	4,11
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario (flegmón, absceso de espacios anatómicos), en atención de urgencia ambulatoria, que requieren hospitalización ¿Se debe “iniciar tratamiento antibiótico en forma precoz (dentro de los primeros 60 minutos)” en comparación a “iniciar tratamiento tardío (después de 2 horas)”?	3,95
En personas diabéticas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación “no realizar tratamiento”?	3,42
En personas inmunosuprimidos con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar profilaxis antibiótica” en comparación a “no realizar profilaxis”?	3,42
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, en atención de urgencia ambulatoria, que requieren hospitalización,	3,05

con tratamiento antibiótico de inicio precoz en la urgencia ¿Se debe “usar tratamiento vía oral” en comparación a “usar tratamiento endovenoso”?	
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina por 5 días” en comparación “usar amoxicilina por 7 días”?	2,89
En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y absceso apical agudo con o sin cavidad de acceso y con o sin sellado (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe usar antibióticos” en comparación a “no usar antibióticos”?	2,84
En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de profilaxis antibiótica ¿Se debe “usar azitromicina” en comparación a “usar eritromicina”?	2,84
En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y absceso apical agudo (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe “realizar cavidad de acceso (trepanación) más antibioticoterapia” en comparación a solo “realizar cavidad de acceso”?	2,79
En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento con antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar un macrólido (eritromicina, azitromicina)” en comparación a “usar un antibiótico del grupo de lincosaminas (clindamicina)”?	2,63
. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico con amoxicilina más ácido clavulánico ¿Se debe “usar amoxicilina 500mg más ácido clavulánico de 125mg” en comparación a “usar amoxicilina 875mg más ácido clavulánico de 125mg”?	2,63
. En personas con insuficiencia hepática con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar profilaxis antibiótico” en comparación a “no realizar profilaxis”?	2,53
En personas insuficiencia renal con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación a “no realizar tratamiento”?	2,47
En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento con antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar azitromicina” en comparación a “usar eritromicina”?	2,47
En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso, sin compromiso sistémico ¿Se debe “usar antibiótico” en comparación a “no usar antibiótico”?	2,32
En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso ¿Se debe realizar “drenaje canalicular (canal radicular) más drenaje quirúrgico” en comparación a “realizar drenaje canalicular”?	2,32
En personas con insuficiencia renal con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar profilaxis” antibiótico en comparación a “no realizar profilaxis”?	2,32
En personas insuficiencia hepática con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación a “no realizar tratamiento”?	2,21
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar	2,16

amoxicilina 500mg cada 8 horas” en comparación a “usar amoxicilina 1g cada 12 horas”?	
En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y diagnóstico de infección de origen dentario tratado en urgencia (cavidad de acceso más sellado, drenaje) para tratamiento conservador ¿Se debe “usar antibiótico” en comparación a “no usar antibiótico”?	2,11
En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y diagnóstico de infección de origen dentario, candidato a tratamiento conservador del diente (endodoncia) ¿Se debe “realizar cavidad de acceso más sellado” en comparación a “realizar solo cavidad de acceso (trepanación) y no sellar”?	1,79
En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso con drenaje quirúrgico ¿Se debe “dejar elemento de drenaje” en comparación a “no dejar elemento de drenaje”?	1,79
. En personas con dentición permanente con absceso submucoso ¿Se debe “realizar tratamiento quirúrgico (cavidad de acceso y drenaje) más analgésico” en comparación a “solo realizar tratamiento quirúrgico (cavidad de acceso y drenaje)”?	1,68
En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso ¿Se debe “realizar radiografía” en comparación a “no realizar”?	1,58
En personas con dentición permanente con absceso apical agudo (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe “usar analgésico antiinflamatorio no esteroide, sin tratamiento quirúrgico” en comparación a realizar “tratamiento quirúrgico (cavidad de acceso y drenaje)”?	1,42
En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina 1g (2 comprimidos de 500mg)” en comparación a “usar amoxicilina 1g (1 comprimido)”?	1,11
En personas con dentición permanente con sintomatología clínica compatible con absceso apical agudo (incluye el absceso subperiostico), ¿Se debe “realizar radiografía periapical” en comparación a “no realizar radiografía”?	0,89

¹ Escala de entre 0 -7 Sin evaluar “0”, Importante “3” y Muy importante “7”.

PREGUNTAS PRIORIZADAS

Tras la votación de los panelistas, se revisó la priorización de las preguntas a actualizar. La coordinadora temática y la coordinadora metodológica de la guía consideraron necesario, manteniendo el orden de prioridad, agrupar las preguntas relacionadas con el uso de antibiótico, tanto para profilaxis como para tratamiento, agrupar las preguntas relacionadas con familia de fármacos y las preguntas relacionadas con poblaciones cuya condición sistémica aumentan el riesgo de progresión o diseminación de la infección (personas con diabetes , insuficiencia hepática, inmunosupresión , situación de calle , etc).

Las preguntas priorizadas seleccionadas, fueron enviadas a la Coordinadora clínica ⁵, quien tuvo la oportunidad de precisar preguntas o hacer un ajuste a la priorización.

A continuación se presenta cuadro con las preguntas que fueron agrupadas:

⁵ Coordinador Clínico: profesional elegido por el panel de expertos para representarlo y solucionar dudas clínicas del equipo metodológico.

Preguntas de GPC Urgencia Odontológica: Infecciones de Origen Dentario Agrupadas		Puntaje obtenido	Preguntas originales desagregadas, formuladas por panel. Deberán ser consideradas en los comentarios, de los panelistas, para la implementación de las recomendaciones.	Puntaje obtenido
1.	En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina más ácido clavulánico” en comparación a “usar amoxicilina”?	5,05	En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina más ácido clavulánico” en comparación a “usar amoxicilina”?	5,05
			En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico con amoxicilina más ácido clavulánico ¿Se debe “usar amoxicilina 500mg más ácido clavulánico de 125mg” en comparación a “usar amoxicilina 875mg más ácido clavulánico de 125mg”?	2,63
2.	En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, sin compromiso del estado general, con alguna condición sistémica (compensada o no compensada) que aumente el riesgo de su progresión o diseminación de la infección (diabetes, insuficiencia hepática, inmunosupresión, situación de calle, etc) ¿Se debe usar “antibióticos” en comparación a “no usar”?	4,53	En personas diabéticos con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, sin compromiso del estado general ¿Se debe realizar “profilaxis antibiótica” en comparación a “no realizar”?	4,53
			En personas inmunosuprimidos con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación a “no realizar tratamiento”?	4,11
			En personas diabéticas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación “no realizar tratamiento”?	3,42

			En personas inmunosuprimidos con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar profilaxis antibiótica” en comparación a “no realizar profilaxis”?	3,42	
			En personas con insuficiencia hepática con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar profilaxis antibiótica” en comparación a “no realizar profilaxis”?	2,53	
			En personas insuficiencia renal con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación a “no realizar tratamiento”?	2,47	
			En personas con insuficiencia renal con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar profilaxis” antibiótico en comparación a “no realizar profilaxis”?	2,32	7
			En personas insuficiencia hepática con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario ¿Se debe “realizar tratamiento antibiótico” en comparación a “no realizar tratamiento”?	2,21	
3.	En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de profilaxis antibiótica, ¿Se debe “usar un macrólido (eritromicina, azitromicina)” en comparación a “usar un antibiótico del grupo de lincosaminas (clindamicina)”?	4,47	En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de profilaxis antibiótica, ¿Se debe “usar un macrólido (eritromicina, azitromicina)” en comparación a “usar un antibiótico del grupo de lincosaminas (clindamicina)”?	4,47	
			En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de	2,84	

			<p>profilaxis antibiótica ¿Se debe “usar azitromicina” en comparación a “usar eritromicina”?</p> <p>En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento con antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar un macrólido (eritromicina, azitromicina)” en comparación a “usar un antibiótico del grupo de lincosaminas (clindamicina)”?</p> <p>En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento con antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar azitromicina” en comparación a “usar eritromicina”?</p>	<p>2,63</p> <p>2,47</p>
4.	<p>En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario (flegmón, absceso de espacios anatómicos), en atención de urgencia ambulatoria, que requieren hospitalización ¿Se debe “iniciar tratamiento antibiótico en forma precoz (dentro de los primeros 60 minutos)” en comparación a “iniciar tratamiento tardío (después de 2 horas)”?</p>	3,95		
5.	<p>En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, en atención de urgencia ambulatoria, que requieren hospitalización, con tratamiento antibiótico de inicio precoz en la urgencia ¿Se debe “usar tratamiento vía oral” en</p>	3,05		

	comparación a “usar tratamiento endovenoso”?			
6.	En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina por 5 días” en comparación “usar amoxicilina por 7 días”?	2,89		
7.	En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y absceso apical agudo (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe usar antibióticos” en comparación a “no usar antibióticos”?	2,84	En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y absceso apical agudo (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe usar antibióticos” en comparación a “no usar antibióticos”?	2,84
			En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y absceso apical agudo (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe “realizar cavidad de acceso (trepanación) más antibioticoterapia” en comparación a solo “realizar cavidad de acceso”?	2,79
			En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y diagnóstico de infección de origen dentario tratado en urgencia (cavidad de acceso más sellado, drenaje) para tratamiento conservador ¿Se debe “usar antibiótico” en comparación a “no usar antibiótico”?	2,11
8.	En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso, sin compromiso sistémico ¿Se debe “usar antibiótico” en comparación a “no usar antibiótico”?	2,32		
9	En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso ¿Se debe realizar “drenaje canalicular	2,32		

	(canal radicular) más drenaje quirúrgico” en comparación a “realizar drenaje canalicular”?		
10.	En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de infección de origen dentario, candidato a tratamiento conservador del diente (endodoncia) ¿Se debe “realizar radiografía” en comparación a “no realizar”?		Pregunta introducida por el Dpto. Salud Bucal, dada su importancia en la canasta de prestaciones de la Garantía Explícita en Salud Urgencia Odontológica.

El Departamento de Salud Bucal decidió incluir la pregunta: En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de infección de origen dentario, candidato a tratamiento conservador del diente (endodoncia) ¿Se debe “realizar radiografía” en comparación a “no realizar”? dada su importancia en la canasta de prestaciones de la Garantía Explícita en Salud Urgencia Odontológica.

Finalmente las siguientes son las 10 preguntas a actualizar en la versión 2019 de la GPC.

1. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina más ácido clavulánico” en comparación a “usar amoxicilina”?
2. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, sin compromiso del estado general con alguna condición sistémica, compensada o no compensada, que aumente el riesgo de su progresión o diseminación de la infección (diabetes, insuficiencia hepática, inmunosupresión, situación de calle, etc) ¿Se debe usar “antibióticos” en comparación a “no usar”?
3. En personas con dentición permanente, alérgicas a los beta lactámicos (Penicilina) y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de profilaxis antibiótica, ¿Se debe “usar un macrólido (eritromicina, azitromicina)” en comparación a “usar un antibiótico del grupo de lincosaminas (clindamicina)”?
4. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario (flegmón, absceso de espacios anatómicos), en atención de urgencia ambulatoria, que requieren hospitalización ¿Se debe “iniciar tratamiento antibiótico en forma precoz (dentro de los primeros 60 minutos)” en comparación a “iniciar tratamiento tardío (después de 2 horas)”?
5. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario, en atención de urgencia ambulatoria, que requieren hospitalización, con tratamiento antibiótico de inicio precoz en la urgencia ¿Se debe “usar tratamiento vía oral” en comparación a “usar tratamiento endovenoso”?

6. En personas con dentición permanente y diagnóstico de infección de origen dentario con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ¿Se debe “usar amoxicilina por 5 días” en comparación “usar amoxicilina por 7 días”?
7. En personas con dentición permanente con compromiso sistémico y absceso apical agudo con o sin cavidad de acceso y con o sin sellado (incluye el absceso subperiostico) ¿Se debe usar antibióticos” en comparación a “no usar antibióticos”?
8. En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso, sin compromiso sistémico ¿Se debe “usar antibiótico” en comparación a “no usar antibiótico”?
9. En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de absceso submucoso ¿Se debe realizar “drenaje canalicular (canal radicular) más drenaje quirúrgico” en comparación a “realizar drenaje canalicular”?
10. En personas con dentición permanente con diagnóstico clínico de infección de origen dentario, candidato a tratamiento conservador del diente (endodoncia) ¿Se debe “realizar radiografía” en comparación a “no realizar”?

Las restantes preguntas que no fueron priorizadas, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Nombre	Profesión, instituciones
Antonio Quintero Harvey	Odontólogo, Periodoncista. Investigador de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes
Jacqueline Calderón Muñoz	Técnico de Nivel Superior en Enfermería, Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU Dr. Carlos Lorca) – Servicio de Salud Metropolitano Sur
Jorge Valdebenito Pino	Enfermero, Departamento de Enfermedades Transmisibles - División de Prevención y Control de Enfermedades
Nicole Wachtendorff	Odontóloga, Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) – Servicio de Salud Metropolitano Sur
Romina Venturino Solar	Odontóloga, Departamento Odontológico. División de Gestión de la Red Asistencial
Mónica Arce Yañez	Odontóloga, Endodoncista, Sociedad de Endodoncia de Chile
Duniel Ricardo Ortuno Borroto	Odontólogo, Sociedad Chilena de Salud Pública Oral
Bernardita Zúñiga Oliva	Odontóloga, Cirujana y Traumatóloga Buco Maxilofacial, Sociedad de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial de Chile.
Carlos Campos Pino	Odontólogo, Unidad Odontológica - Departamento de Gestión de los Cuidados – División de Atención Primaria
José Jara Sandoval	Químico Farmacéutico, Facultad de odontología. Universidad de Chile
Juan Arellano Mañan	Químico Farmacéutico, Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción

Catalina Gutiérrez Ruíz	Médico Internista, Infectóloga, Sociedad Chilena de Infectología
Andrés Fodor Becsky	Odontólogo, Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) – Servicio de Salud Metropolitano Central
Roberto Gonzalez Vásquez	Odontólogo, Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) – Servicio de Salud
Elizabeth Lozano Sepúlveda	Odontólogo, Periodoncista, Sociedad de Periodoncia de Chile
Claudia Carvajal Pavez	Odontóloga, Matrona, Salubrista, Departamento Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
Paola Aguilera Ibaceta	Matrona, Departamento de Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional. Fondo Nacional de Salud