



UNIVERSIDAD
Finis Terrae
VINCE IN BONO MALUM

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES EN EMBARAZADAS
ATENDIDAS POR GES “SALUD ORAL INTEGRAL DE LA
EMBARAZADA” EN DOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD, AÑO 2013**

DANIELA JIMÉNEZ NAVARRO
CAROLINA JOPIA PALACIOS

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

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya Rivera.

Santiago, Chile

2014

Agradecimientos

A nuestras familias por el apoyo incondicional y a nuestros docentes por guiar nuestro camino profesional.

Resumen.

Antecedentes. El nivel de conocimientos y hábitos relacionados con la salud oral en la embarazada determina en gran medida la futura morbilidad oral que presentará el niño, reconociendo a los estilos de vida como uno de los principales determinantes sociales de la salud. La salud oral integral de la embarazada forma parte de los problemas de salud priorizados en el país.

Objetivos. Conocer la prevalencia de patologías orales más frecuentes en embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” en dos centros de atención primaria de salud durante los meses de enero a noviembre del año 2013.

Metodología. Estudio de corte transversal, en una muestra de 265 embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” que registraron alta integral en dos centros de salud (urbano y rural) entre los meses de enero a noviembre del 2013. Se estudió prevalencia e historia de caries y enfermedad periodontal según lugar donde recibió la atención y paridad. Los datos registrados fueron traspasados a planilla excel para el análisis estadístico con STATA 12.0.

Resultados. Un 71.7% de la muestra presentó caries dental. La historia de caries fue mayor en las embarazadas atendidas en el centro de salud urbano ($p < 0.05$). En relación a enfermedad periodontal, la prevalencia de gingivitis fue de 26%, y 13% de periodontitis, siendo mayor en el centro urbano (64% y 13% respectivamente). Las diferencias son estadísticamente significativas. La media de piezas perdidas fue de 4.35 (D.E. 3.5) siendo mayor en las embarazadas atendidas en centro de salud rural ($p < 0.000$). Con respecto a la severidad de la caries dental y paridad, las multíparas presentaron un COPD mayor que las primigestas ($p < 0.00$).

Conclusión. Existe la necesidad de reforzar las acciones educativas y preventivas en esta población considerada de alto riesgo en odontología, dado que el daño en su salud oral repercutirá posteriormente en el niño.

Índice.

Introducción	1
Marco Teórico	
1. Reforma de salud	3
2. Conceptos generales de embarazo y puerperio	9
3. Cambios orales asociados al embarazo	11
4. Patologías orales asociadas al embarazo	14
Hipótesis	19
Objetivos	19
Material y métodos	21
Resultados	25
Discusión	32
Conclusión	36
Bibliografía	37
Anexos	43

Introducción.

Todo embarazo implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones para la madre, su hijo, o ambos, por lo cual es necesaria una vigilancia adecuada durante el proceso reproductivo: embarazo, parto, puerperio. Los componentes básicos están orientados a pesquisar las condiciones de salud que pueden aumentar el riesgo de resultados adversos, realizar intervenciones terapéuticas reconocidas como beneficiosas y advertir a la embarazada sobre posibles emergencias. (14)

El nivel de conocimientos y hábitos que posee la población relacionados con la salud oral determina en gran medida la frecuencia con que se presentan las patologías que provocan más morbilidad. Este hecho confirma una vez más que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud.

En el período del embarazo la existencia de ciertas creencias y mitos populares en relación con la salud bucal influyen en las actitudes que asumen las embarazadas hacia el proceso salud enfermedad. La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública.

Dada la situación de Salud Bucal de Chile es necesario priorizar sobre grupos de riesgo, con intervenciones costo-efectivas y de alto impacto. En la búsqueda de estrategias eficaces se determinó, desde el año 2000, la priorización de la gestante para recibir atención odontológica integral permitiendo que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal. Para muchas

mujeres, el embarazo es el único período en el que se logra acceso a la atención dental, siendo una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo. (14)

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud. La Reforma de Salud en Chile incluyó en las garantías explícitas en salud, “Salud Oral Integral de la embarazada” que tiene como objetivos educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la gestante, programa que se está realizando desde julio del 2009 y cuya responsabilidad recae en el profesional odontólogo. (9)

Actualmente en nuestro país existen pocos datos relacionados al estado de salud oral en mujeres embarazadas. La información disponible se relaciona a períodos anteriores a la implementación del plan GES, por lo que esta es inespecífica y se asocia a poblaciones que no son representativas de la realidad del país. Si bien, no existen estudios epidemiológicos nacionales de prevalencia para caries y periodontitis con la metodología sugerida por la Organización Mundial de la Salud, en población de gestantes, los datos disponibles actualmente corresponden a lo informado por la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003).

Este estudio tiene como objetivo conocer cuáles son las patologías orales más prevalentes en embarazadas, atendidas por el programa GES en dos centros de salud de atención primaria, uno urbano de la región metropolitana y otro rural de la X región, durante el año 2013.

Marco teórico.

1 Reforma de salud.

El derecho a la protección de la salud es un derecho subjetivo fundamental reconocido por la Constitución Política de la República de Chile y por una serie de tratados internacionales ratificados por Chile y plenamente vigentes. En particular, el derecho a la protección de la salud exige la satisfacción de niveles mínimos o esenciales de prestaciones médicas y una obligación de no discriminar al momento de su aplicación. (10)

Para la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, de modo que la responsabilidad de los gobiernos en la salud de sus pueblos sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas capaces de garantizar “el disfrute del más alto nivel de salud física y mental”. (10)

En Chile, a pesar de la mejoría de los indicadores de pobreza y del sostenido incremento de las expectativas de vida, se continúan apreciando variadas y significativas inequidades, particularmente entre comunas, en indicadores de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y otras. La situación descrita motivó al gobierno del Presidente Ricardo Lagos a desarrollar una Reforma de Salud. Su elaboración fue encargada a un Comité Interministerial.

El Comité mencionado dió origen, entre otros puntos, al plan conocido como “Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE)”, que ha determinado un Plan de Salud Pública y un Plan de Salud de las Personas.

Este último focaliza el tipo de beneficiario y garantiza para los pacientes procedimientos diagnósticos, tratamientos y seguimientos en un número limitado y progresivo de patologías específicas. (8)

1.1 Sistema de garantías explícitas en salud (AUGE/GES).

El régimen de garantías en salud es entendido como un instrumento de regulación sanitaria y le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, y los programas que el FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional. (9)

Las Garantías Explícitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el régimen GES. Dichas garantías se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- **Garantía explícita de acceso:** Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios.

- **Garantía explícita de calidad:** Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado. Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud. A partir del 2 de abril de 2007 se encuentran ya disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada.
- **Garantía explícita de oportunidad:** Referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto respectivo.
- **Garantía explícita de protección financiera:** La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del régimen establecido para estos efectos. No obstante, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D de FONASA. (9) (11)

1.2. Garantías explícitas en salud oral.

La Salud Bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por

la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida. (14)

La Salud bucal de la población chilena ha mejorado en el último tiempo, según los estudios realizados, sin embargo, aún existe una alta prevalencia de patologías orales en nuestra población, afectando la calidad de vida de quienes las padecen. Así lo demuestra la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada el año 2006, donde un 37% de los mayores de 15 años, dijeron sentir que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. (13)

Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales y Anomalías Dento Maxilares. Dada la alta prevalencia de estas patologías, ha sido necesario orientar las políticas de Salud Bucal a grupos de alto riesgo y vulnerables a estrategias promocionales y preventivas. (13).

En la actualidad, no existen los recursos necesarios para controlar la patología oral en toda la población, ya que el daño de los adultos es muy severo. Por esto, se ha priorizado la atención de la población de menor edad, que es cuando las medidas preventivas tienen su mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes. (13) (14)

La modalidad de atención odontológica, en el sistema público de salud, es integral, considerando la educación, aplicación de medidas de protección específica (según riesgo del paciente) y tratamiento restaurador en caso que exista daño. (13)

1.3. Embarazo y GES.

Durante el embarazo, ciertas infecciones de la madre pueden influir sobre la duración de la gestación (parto prematuro, antes de las 37 semanas) y también pueden afectar al feto. Por ello, la prevención de la infección congénita y perinatal es un problema de salud pública.

La Salud Oral Integral de la embarazada, consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.

Dentro de las patologías incorporadas en la resolución de salud oral integral quedan incorporadas las siguientes enfermedades:

- Caries limitada al esmalte (caries incipiente).
- Caries de la dentina.
- Caries del cemento.
- Otras caries dentales.
- Película pigmentada
- Otros depósitos blandos densos: Materia alba.
- Cálculo dentario supragingival.
- Cálculo dentario subgingival.
- Placa bacteriana.
- Otros depósitos sobre los dientes sin especificar.
- Depósitos especificados sobre los dientes.
- Dentina secundaria o irregular.
- Gingivitis aguda.

- Gingivitis crónica.
- Retracción gingival.
- Periodontitis aguda.
- Periodontitis crónica.
- Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local.
- Edentulismos.
- Pulpitis.
- Necrosis de la pulpa.
- Degeneración de la pulpa.
- Formación anormal de tejido duro en la pulpa.
- Periodontitis apical aguda originada en la pulpa.
- Periodontitis apical crónica.
- Absceso periapical con fístula.
- Absceso periapical sin fístula.
- Quiste radicular. (14)

Tendrá acceso a tratamiento integral toda mujer con confirmación de su condición de embarazo. Este se dará inicio dentro de 21 días desde la solicitud de atención y se podrá finalizar con un alta integral hasta 9 meses de ocurrido el parto o interrupción del embarazo. (14)

Considerando las tendencias de la Salud Bucal que muestran los distintos estudios realizados y la importante inversión social realizada en los últimos años en salud, educación, vivienda, etc., se espera que la Salud bucal de nuestra población mejore, sin embargo, los cambios se manifestarán en el largo plazo.

2. Conceptos generales de embarazo y puerperio.

La condición de salud de la mujer previa al embarazo, es fundamental para el resultado final del proceso; patologías médicas y del ámbito odontológico, que aparecen durante el mismo como complicaciones propias, o como cuadros intercurrentes e inciden en forma importante en el pronóstico de la unidad materno-fetal. (15)

Embarazo se define, como el período de tiempo comprendido desde la fecundación del ovocito secundario por el espermatozoide hasta el momento del parto. La duración de la gestación se mide por la denominada edad gestacional, este período se expresa en días o semanas completos, por lo que un embarazo normal va desde la semana 0 hasta las 37 a 42 semanas de gestación. (15)

El manejo de la embarazada debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que debe ser evaluado tanto por la esfera médica como odontológica, a través del control pre y post natal mediante acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que se puedan considerar de morbilidad materna y perinatal. (16)

Después del nacimiento, la madre pasa por una etapa llamada puerperio, la cual se define como el período que sigue al parto, extendiéndose desde el fin de este, hasta la total recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Tradicionalmente se ha considerado el puerperio como el período de 6 a 8 semanas que sigue al parto, aunque tiene duración variable porque depende principalmente de la lactancia. (17)

El embarazo es un período de cambios biológicos y psicológicos radicales de adaptación para una mujer. Aunque son muchas las características comunes a los embarazos, existen igualmente muchas experiencias únicas e irrepetibles para cada mujer. El estado gravídico propiamente dicho, con todos los riesgos y tratamientos relacionados, puede ser el desencadenante de variadas reacciones psicológicas. Es una experiencia física y emocional compleja que es intrínsecamente tensionante. Este proceso se asocia a cambios en la conducta alimentaria, el sueño y la actividad sexual. (18)

El embarazo se puede considerar tanto una fase biológica como psicológica de la vida que requiere ajuste o adaptación. La adaptación emocional de una mujer en el embarazo se verá afectada por su capacidad previa para dominar problemas y resolver conflictos. (18)

Durante este período y tan pronto como una mujer sabe que está embarazada, existen algunas elecciones por hacer en el estilo de vida. Estas incluyen cuestiones relacionadas con los hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína, consumo de drogas, asistencia prenatal, situación laboral etc. (18)

Se ha visto, que el comportamiento de numerosas enfermedades está determinado en gran medida por las conductas y actitudes individuales hacia el auto cuidado de la salud, al mismo tiempo estas conductas están reguladas por patrones culturales y de tradición popular, así como por el significado que el individuo le otorgue a la enfermedad. En el período del embarazo la existencia de ciertas creencias y mitos populares en relación con la salud bucal influyen en las actitudes que asumen las embarazadas hacia el proceso salud enfermedad. La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o

de aumentar la salud y el bienestar, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública. Estos objetivos son llevados a cabo a través de intervenciones dirigidas hacia la comunidad, ya sea mediante estrategias educativas que pueden ser transmitidas a través de los medios de comunicación, como con la participación de agentes de salud que deben desarrollar potencialidades que los capaciten para ejercer liderazgo social en la prevención de la enfermedad y promoción de salud u otros enfoques de tipo comunitario. (19)

Las actitudes, comportamientos y valores, transmitidos a través de la televisión, radio, prensa escrita, etc. y reafirmados por los agentes sanitarios influyen en el valor que la salud tiene para los individuos, en los comportamientos saludables que estos exhiben, en el incremento de su motivación hacia el autocuidado y en su autorresponsabilidad con respecto a la salud. (19)

Adicionalmente se concibe que toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica, por lo cual las creencias durante el embarazo tienen gran ámbito de desarrollo en el contexto de familia (abuela-madre-embarazada) y en el contexto social (embarazada-embarazada), en el cual el individuo está inserto, la información que se toma del contexto es procesada y utilizada de acuerdo a cada sujeto. (20)

3. Cambios orales asociados al embarazo.

El embarazo es un proceso fisiológico de muchos cambios, ya sea en el ámbito vascular, metabólico, nutricional, hormonal, etc., que abarca no solamente el útero y sus anexos, sino que también todo el cuerpo, y en esto la cavidad oral no es excepción. (17)

La cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentarse algunas alteraciones reversibles o transitorias y otras consideradas como patológicas.

La gingivitis constituye una de las alteraciones periodontales comúnmente identificadas en las mujeres embarazadas. Estudios epidemiológicos sobre gingivitis gravídica mostraron una prevalencia en el orden de 35% y 100%.(15)

Durante la gestación, las encías se encuentran edematosas, inflamadas y sangran con mucha facilidad. En ocasiones puede observarse un aumento exagerado del tejido gingival, de color violáceo y pedunculado, denominado por los odontólogos granuloma piogénico o del embarazo. (17)

Aunque no existe un consenso general relacionado a los factores que intervienen en su aparición hay tendencia a conceptuar que el embarazo por sí mismo, no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este período se relacionan con la presencia de la biopelícula, el cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal, interviniendo los factores hormonales y exagerando la respuesta a los irritantes locales. (22)

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo incluyen la elevación de progesterona y estrógeno. Se ha demostrado que la influencia hormonal sobre el sistema inmune contribuye significativamente en la etiología y patogénesis de la gingivitis del embarazo. Existe un descenso de la razón CD4/CD8, y los linfocitos en sangre periférica descienden, in vitro, en respuesta al número de mitogénesis. Además, hay un descenso en la migración funcional de células inflamatorias y fibroblastos. (22)

En el segundo mes de gestación comienzan los síntomas y signos inflamatorios, que se mantienen o aumentan durante el segundo trimestre, llegan al máximo al octavo mes, descienden durante el último, y remiten después del parto, por lo tanto la gingivitis del embarazo es una condición auto limitante y transitoria. El tejido gingival retorna a su original estado saludable postparto, cuando los niveles de estrógeno y progesterona logran valores basales (23) (22).

Según Buhs afirma que el pH de la saliva como la producción de ésta, al parecer no varía durante el embarazo (17), actualmente se ha visto que esto no es así, debido a que durante este período, la composición salival se ve alterada, disminuyendo el pH salival y la capacidad buffer, así también se afecta la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal favorable para el desarrollo de éstas al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones. (24)(23)

Sin embargo, con respecto a los tejidos dentarios la evidencia señala que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, así como tampoco el intercambio de calcio es causante del desarrollo de caries dentales. Durante el período de gestación existen condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido sigue la creencia de que la caries se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. No obstante, en estudios realizados con anterioridad han demostrado que a diferencia del esqueleto, en esta etapa no existe desmineralización de los dientes (26). El esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo de calcio que trae aparejado: La caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos sobre el esmalte dentario y no de repetidos embarazos, el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. (22) (26)

Por otro lado, y como producto de los cambios hormonales de las embarazadas, es posible observar una mayor frecuencia de alteraciones de tejidos blandos, como se describió anteriormente. (25)

Las náuseas y los vómitos ocurren al inicio del embarazo y constituyen un fenómeno muy frecuente, que aparece en el 50-85% de las mujeres en el primer trimestre del embarazo (17), por lo que puede ocasionar irritación en los tejidos dentarios contribuyendo a la acumulación de placa dento bacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie de las piezas dentarias. Con todos estos factores interactuando entre sí, la caries dental logra establecerse, y llega a producir en algunos casos la mortalidad dentaria. (27)

4. Patologías orales asociadas al embarazo.

4.1. Embarazo y caries.

La caries es una enfermedad multifactorial en la que influyen varios factores para que sea posible su expresión, es un proceso acumulativo y la severidad del daño aumenta con la edad. Cuenta con una alta prevalencia en la población general no quedando exentas las mujeres embarazadas que se enfrentan a un estado transitorio que favorece el deterioro de la salud bucal. (1) (2)

El período gestacional se asocia con una mayor incidencia de caries, aunque la asociación entre embarazo y caries no ha podido ser demostrada científicamente. Existen condiciones presentes durante el período gestacional que se comportan como factores de riesgo de lesiones cariosas en las mujeres

embarazadas, tales como higiene oral deficiente, dieta cariogénica, bajo pH salival, ocurrencia de vómitos y embarazos previos. (2)

Alteraciones conductuales, cambios de dieta, el aumento de ácidos en la boca asociado a vómitos y acidez de la saliva, junto con la disminución del flujo salival, predispondrían a un aumento en la incidencia de caries, sin embargo la evidencia no es concluyente se estima cercana al 100%. (1) (2)

Es principalmente el ambiente del diente el que se ve afectado, al aumentar el número de microorganismos cariogénicos, coincidentemente, con la disminución del pH y de la actividad tampón de la saliva durante la gestación. Es difícil estimar la relación entre el aumento de caries y embarazo; sin embargo, Banoczy y cols, encontraron que las mujeres con hijos tienen un COPD más alto que las mujeres sin hijos. (3)

El cambio en las condiciones salivales alteran las funciones propias de la saliva para el control cariogénico, tales como limpieza mecánica, lubricante de las superficies mucosas y dentarias, efecto antimicrobiano y capacidad buffer. Durante el embarazo se crean condiciones salivales favorables para el crecimiento bacteriano en el medio bucal, se altera su composición y el pH esta disminuido, incluso se describen modificaciones en las poblaciones bacterianas. Junto al desequilibrio del pH debemos destacar la dieta cariogénica y el aumento de vómitos que condicionarían un ambiente propicio para el desarrollo de Streptococo mutans y Lactobacilo acidófilo, agentes etiológicos de caries dental. (2) (3)

El sistema inmune materno se suprime en alguna medida para evitar el rechazo madre feto; la existencia de una disminución en la actividad de las células

T y el bloqueo del proceso inicial de activación de linfocitos por la progesterona han sido reportados. Todos estos factores podrían hacer que la embarazada responda de forma ineficiente ante el ataque de la caries dental y cabe pensar en la posibilidad de una respuesta intensificada en una segunda exposición al mismo evento. (32)

El fortalecimiento en el enfoque social de los determinantes de salud ha dado mayor importancia al entorno social, tanto en la determinación del estado de salud oral de la población como en la respuesta en términos de intervenciones sanitarias, en lugar de enfocarse sólo en cambios del comportamiento individual. (4)

4.2. Embarazo y enfermedad periodontal:

Factores genéticos, ambientales y biológicos favorecen la progresión del proceso destructivo. Las variaciones en los niveles de estrógeno y progesterona pueden exacerbar una enfermedad periodontal. Existe consenso de que las mujeres embarazadas presentan un deterioro de su salud periodontal en relación a mujeres no embarazadas, la gingivitis tiene prevalencias entre 30% y 100% (5) (6); otro estudio reporta prevalencia de gingivitis en mujeres embarazadas que oscila entre 25% y 100% (7), siendo más marcado este aumento en la segunda mitad del embarazo coincidente con el aumento de niveles de estrógeno y progesterona que induce cambios a nivel vascular, celular, microbiológico e inmunitario. Formación de edema gingival y una respuesta inflamatoria aumentada frente a la placa bacteriana, que también ha sufrido cambios en su componente subgingival. El sistema inmune materno está disminuido (5) (6) (7)

En el tejido gingival existen receptores del estrógeno y de progesterona, los estrógenos se metabolizan en ese tejido y pasan de estrona a estradiol. La progesterona produce alteraciones clínicas en los capilares gingivales y puede provocar la llamada gingivitis gestacional, caracterizada por la presencia de eritemas, edemas, exudado gingival y el aumento de la permeabilidad capilar.

La carga de bacterias aerobias y anaerobias en la cavidad bucal aumenta durante el embarazo, especialmente de *Prevotella intermedia*, que utiliza la progesterona y el estradiol para su metabolismo debido a su semejanza estructural con la vitamina K. Las concentraciones habituales de progesterona y estradiol durante el embarazo estimulan la síntesis de prostaglandinas en la encía de la embarazada.

A esto se debe añadir que durante la infección periodontal aumenta aún más el número de microorganismos anaerobios gram negativos que se acumula en las encías, así como las concentraciones de lipopolisacáridos y endotoxinas producidos por esos microorganismos. Además de las prostaglandinas E2, también se acumulan algunos mediadores de la inflamación, como los factores de necrosis tumoral α y la interleucina 1β . La combinación de estos dos procesos puede llegar a constituir un riesgo para la integridad del feto y la placenta en mujeres con una respuesta inmunitaria celular reducida producto del embarazo.
(5) (6)

4.3. Embarazo y lesiones de la mucosa oral.

El aumento de hormonas sexuales y su efecto en el componente vascular de los tejidos asociado a la presencia de factores locales predispondrían a la mujer embarazada ante la aparición de lesiones en la mucosa oral. Granuloma

piogénico o tumor del embarazo parece ser una alteración frecuentemente observada en las mujeres embarazadas, mostrando según diversos investigadores, cifras de prevalencia alrededor del 5% en la población gestante. (5)

Aunque la literatura mundial abunda en estudios epidemiológicos sobre lesiones de la cavidad bucal pocos son los trabajos publicados que brindan información sobre las alteraciones prevalentes en la boca, durante el embarazo. (6)

La prevalencia de lesiones de la mucosa bucal fue similar en embarazadas y no gestantes (30%). Granuloma piógeno y glositis migratoria benigna fueron las únicas lesiones que se observaron con mayor frecuencia durante el embarazo. (5)

(6)

Hipótesis.

La prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas atendida por GES “Salud Oral Integral de la Embarazada” es mayor en aquellas que reciben atención de salud dental en una localidad rural que las que reciben atención de salud en una localidad urbana.

Objetivos.

Objetivo general

Conocer la prevalencia de patologías orales más frecuentes en embarazadas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada” en dos centros de atención primaria de salud durante los meses de enero a noviembre del año 2013.

Objetivos específicos

En embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada”, en dos centros de atención primaria durante los meses de enero a noviembre del año 2013, se quiere:

1. Determinar la prevalencia y severidad de la caries dental, según lugar de atención de salud (urbano y rural)

2. Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal, según lugar de la atención de salud (urbano y rural).

3. Determinar la prevalencia de piezas perdidas, según lugar de la atención de salud (urbano y rural).

4. Relacionar la severidad de la caries dental con la paridad.

Material y Método.

1.- Diseño: Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal.

2.- Universo y muestra: El universo estudiado estuvo constituido por embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” y dadas de alta integral entre los meses de enero y noviembre del 2013, en dos centros de atención primaria de salud, uno urbano ubicados uno en la región metropolitana y otro en sector rural de la X región. El total de embarazadas ingresadas en el año 2013 a la atención de salud odontológica en el centro urbano fue de 136 y 360 en el centro de salud rural.

Muestra: La muestra estudiada correspondió a todas las embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” y dadas de alta entre los meses de enero y noviembre del 2013, en el centro de salud urbano y rural, que aceptaron participar en el estudio, previa firma del documento de consentimiento informado.

Criterios de inclusión: Fueron incluidas en el estudio todas las embarazadas que registraron el alta odontológica integral por GES “Salud oral integral de la embarazada”. Las participantes asistieron a control de embarazo en ambos centros atención primaria de salud, urbana y rural y aceptaron mediante la firma del consentimiento informado, participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio aquellas embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” que no terminaron su tratamiento odontológico registrando en la ficha, alta disciplinaria.

3. Variables: Las variables estudiadas se detallan en la siguiente tabla.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Instrumento
Prevalencia de caries	Lesiones ubicadas en esmalte, dentina o cemento, cavidades.	No presenta caries. Presenta caries.	No presenta = 0 Presenta = 1	Ficha clínica.
Enfermedad Periodontal	Condiciones inflamatorias que afectan tanto al periodonto de protección como de inserción.(EP)	No presenta EP Presenta Gingivitis Presenta periodontitis.	No presenta EP = 0 Presenta gingivitis = 1 Presenta periodontitis= 2	Ficha clínica.
Piezas perdidas	Piezas dentarias ausentes en boca.	Variable continua	Número entero	Ficha clínica
Paridad	Nº de hijos vivos	Primigesta Multípara	Primigesta = 1 Multípara = 2	Ficha clínica
Lugar de la atención de salud	Centro de salud donde se realiza la atención odontológica.	Urbano Rural	Urbano = 1 Rural = 2	Ficha clínica

4.-Recolección de la información: Para lograr los objetivos propuestos para este estudio, se envió en primera instancia una carta dirigida a la dirección de ambos centros de salud.

4.1.-Carta a la dirección de los centros de salud: Se envió una carta dirigida a la dirección de ambos centros de salud, solicitando la autorización para la recopilación de los datos necesarios para realizar este estudio. (Anexo 1).

Esta carta tiene como objetivo solicitar en ambos centros de salud, tanto urbano como rural, la autorización para realizar la investigación utilizando los datos de las embarazadas bajo control. En esta carta se explicó de manera clara la forma en que se recolectarían los datos y la utilización de un documento de consentimiento informado para las participantes. (Anexo 2)

Posterior a la autorización por parte de la dirección de ambos centros de salud para realizar el estudio, se procedió a verificar en las fichas clínicas disponibles, la presencia de los registros necesarios para el estudio.

4.2.-Instrumento de recolección de información. Se confeccionó como instrumento de recopilación de datos, una ficha ad hoc para el estudio, la cual fue utilizada por las investigadoras en aquellas embarazadas que aceptaron participar. (Anexo 3)

Los datos fueron traspasados a una planilla Excel confeccionada especialmente para esta investigación.

5.- Aspectos éticos: Se resguardó de manera cautelosa y responsable la identidad de las embarazadas que participaron en este estudio haciendo uso de números foliados. Se solicitó el uso de la información previa firma de un consentimiento informado. (Anexo 2). Se envió una carta al Comité de ética de la Universidad Finis Terrae para la aprobación del este estudio. (Anexo 4 y 5)

6.- Análisis estadístico: Los datos recolectados fueron traspasados a una planilla excel y analizados mediante estadística descriptiva. Se calculó media, D.S. y proporciones de las variables estudiadas.

Para analizar si existen diferencias significativas entre las variables estudiadas, prevalencia de caries y enfermedad periodontal, paridad y lugar de la atención, se realizaron pruebas estadísticas, t-student para comparación de medias y chi² para las proporciones.

7.- Cronograma:

Actividades	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Presentación del anteproyecto	X				
Confección del Marco teórico	X				
Trabajo de campo		X	X		
Resultados y Conclusiones				X	
Corrección y entrega tesis					X

Resultados.

1. Caracterización demográfica de la muestra estudiada.

La muestra estudiada correspondió a 265 embarazadas atendidas por GES“Salud oral integral de la embarazada” y dadas de alta integral entre los meses de enero a noviembre del año 2013; de éstas 85 fueron atendidas en el centro de salud urbano y 180 fueron atendidas en el centro de salud rural.

Tabla N°1.- Distribución porcentual de la muestra, según lugar de la atención de salud.

Variable lugar	Universo	Muestra	Porcentaje
Urbano	136	85	62.5 %
Rural	360	180	50%

La proporción de la muestra estudiada en cada centro de salud con respecto al universo es similar, siendo de 62.5% para el centro de salud urbano y de 50 % para el centro de salud rural. (Ver tabla 1)

Tabla N°2.- Distribución porcentual de la muestra estudiada, según paridad.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	117	44.15%
Múltiparas	148	55.85%
Total	265	100%

Al estudiar la distribución de la muestra según paridad, se observa un porcentaje levemente mayor en el grupo de múltiparas (55,85%) que corresponden a embarazadas que cursan su segundo embarazo o más. (Ver tabla 2)

Tabla N°3.-Distribución porcentual de la muestra según lugar de la atención de salud y paridad.

Paridad	Lugar de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	Urbano	43	36.75 %
	Rural	74	63.25 %
	Total	117	100%
Múltiparas	Urbano	42	28.37 %
	Rural	106	71.63 %
	Total	148	100

$p = 0.147$

Al estudiar la distribución de las embarazadas según lugar de la atención de salud y paridad, se observa una menor proporción tanto de primigesta como de múltiparas en urbano; sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Ver tabla 3)

2. Prevalencia y severidad de la caries dental.

Tabla N°4.-Prevalencia de caries dental en la muestra estudiada según lugar de la atención de salud.

Lugar	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	Con caries	72	84.7 %
	Sin caries	13	15.3 %
	Total	85	100 %
Rural	Con caries	118	65.56 %
	Sin caries	62	34.44 %
	Total	180	100. %
Total	Con caries	190	71.7 %
	Sin caries	75	28.3 %
	Total	265	100 %

p = 0.001

En relación a la prevalencia de caries dental en las embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada”, se observó que un 71.7% de ellas presentó caries dental.(Ver tabla 4)

Al estudiar la distribución de la prevalencia de caries dental según lugar de la atención de salud, se observó una proporción mayor en aquellas atendidas en el centro urbano (84.7%) comparado con las que recibieron atención en rural (65.56%). Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p=0.001$)

Tabla N°5.-Historia de caries en la muestra según lugar de la atención de salud.

Variable	Observado	Media	DE	Min.-Máx
Urbano	85	12.58	5.15	3-28
Rural	180	11.63	4.85	0-26
Total	265	11.93	4.96	0-28

P: 0.07

La severidad de la caries dental en las embarazadas atendida por GES “Salud oral integral de la embarazada”, fue medida con el indicador de Klein y Palmer, índice COPD.

La historia de caries en la muestra estudiada fue de 11.93 (D.E. 4.96), siendo levemente mayor en la población urbana (COPD : 12.58 ; D.E. 5.15). Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas. (Ver tabla 5)

3. Prevalencia de enfermedad periodontal en la muestra según lugar de la atención de salud.

Tabla N°6.-Prevalencia de enfermedad periodontal según lugar de la atención de salud.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	Sin EP	11	13. %
	Gingivitis	54	64. %
	Periodontitis	20	23. %
	Total	85	100. %
Rural	Sin EP	150	83 %
	Gingivitis	16	9 %
	Periodontitis	14	8. %
	Total	180	100. %
Total	Sin EP	161	61. %
	Gingivitis	70	26. %
	Periodontitis	34	13. %
	Total	265	100. %

p = 0.000

Otra de las variables estudiadas en las embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” fue la enfermedad periodontal, donde se diferencié la gingivitis de la periodontitis.

La prevalencia de gingivitis en las embarazadas fue de 26%, siendo mayor en el centro urbano (64%); en cuanto a la prevalencia de periodontitis, esta

alcanzó un valor de 13% en el total de la muestra, siendo mayor en las embarazadas del centro urbano (23%). Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. (Ver tabla 6)

4. Media de piezas dentarias perdidas en las embarazadas, según lugar de la atención de salud.

Tabla N°7-. Media de piezas dentarias perdidas en la muestra según lugar de la atención de salud.

Variable	Observado	Media	DS	Min.-Máx.
Urbano	85	2.91	4.04	0-28
Rural	180	5.03	3.10	0-25
Total	265	4.35	3.5	0-28

P: 0.00

Al estudiar la media de piezas dentarias perdidas en las embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” se observó que en promedio presentan 4.35 piezas dentarias perdidas.

Según el lugar de la atención de salud, la media de piezas dentarias perdidas en las embarazadas atendidas en el centro de salud rural fue mayor (media: 5.3; D.E. 3.10), siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas. (Ver tabla 7)

5. Relación entre severidad de la caries dental y paridad.

Tabla N°8. Relación entre severidad de caries dental y la paridad en embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada”

Grupo	Observadas	Media	Intervalo confianza (95%)
Primigestas	117	10.47	9.62- 11.33
Múltiparas	148	13.09	12.29-13.89
Diferencia		2.61	3.78-1.44

p = 0.00

Uno de los objetivos planteados en este estudio fue relacionar la severidad de la caries dental con la paridad en las embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada”; observando que las múltiparas presentaron un índice COPD mayor (13.09) que las primigestas (10.47). Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas. (Ver tabla 8)

Discusión.

Uno de los objetivos de la garantía explícita en salud GES “Salud Oral Integral de la embarazada” es educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la gestante y cuya responsabilidad recae en el profesional odontólogo. (9) Conocer la prevalencia de las patologías bucales que afectan a las embarazadas atendidas por GES, fue el objetivo de esta investigación.

La principal patología que afecta a la población general es la caries dental, cuya prevalencia aumenta en forma sostenida con la edad, llegando casi al 100% en la población adulta (13). A los 2 años ya se observa una prevalencia de caries dental de un 16.8% (30).

La prevalencia de caries dental en la muestra estudiada fue de 71,7%, siendo mayor en las embarazadas atendidas en un centro de salud urbano(84.7%).

La historia de caries medida a través del índice COPD fue de 11.93 (D.E.4.96) para la muestra estudiada. Este valor es similar al reportado por Misrachi et al (28) que, en población similar fue de 10.22 (DE: 4.68). Otros estudios en embarazadas, realizados en Talca (29) y La Araucanía (3) reportan valores de historia de caries similares.

El estudio realizado en población primigesta, en un centro de salud en la ciudad de Talca (29) refiere un valor del COPD de 8.26 (DE: 3.81). Este valor fue inferior al observado en este estudio para la misma población, reportando un COPD de 10.47 (IC:95% 9.62 - 11.33).

Un estudio realizado en la región de la Araucanía (3) determinó un índice COPD de 10.2 (DS: 4.7), siendo levemente inferior al observado en este estudio, sin embargo otro estudio realizado en la región metropolitana (31) reportó una historia de caries mayor en embarazadas (COPD: 15.82 ;DS: 5.39).

Al comparar la historia de caries en las embarazadas según lugar donde recibieron la atención odontológica, se observó un COPD levemente mayor en aquellas atendidas en el centro de salud urbano 12.58 (DS: 5.15) que en aquellas atendidas en sector rural 11.63 (DS: 4.85), sin embargo las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

Otro problema que afecta la salud bucal es la enfermedad periodontal, la cual alcanza una prevalencia mayor al 70% en la población adulta según MINSAL(13). La gingivitis fue diagnosticada en el 26.42% de la muestra estudiada y un 12.83% registró periodontitis, patología que debe ser referida a especialista en la atención primaria de salud.

Estudio realizado en México en embarazadas reportó valores de prevalencia de gingivitis y periodontitis de 54.54% y 31.82 respectivamente (5). Herrera y cols en su estudio realizado en embarazadas de la región de La Araucanía (3) refiere que el 100% de las embarazadas presentó gingivitis. Estos valores difieren a lo observado en este estudio, donde la prevalencia de gingivitis y periodontitis es menor.

Estudio realizado en Lousiana (33) reporta que de la población de embarazadas estudiadas, un 66.7% presentó periodontitis durante el período gestacional, sin embargo estos valores disminuyeron a 33.3% a los 22 meses post parto. La misma tendencia se obtuvo al analizar parámetros como sangramiento al sondaje, profundidad al sondaje y nivel de inserción clínica.

En relación a la pérdida de piezas dentarias en las embarazadas, se evidenció un promedio de 4.35 (D.E. 3.5) dientes perdidos, en un rango que va de 0 a 28 dientes.

En las embarazadas que recibieron atención en el centro de salud rural, la media de piezas dentarias perdidas fue mayor (5.03) comparado con las que recibieron atención en el centro de salud urbano (2.91). Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0.05$) Estos valores se consideran similares a los valores reportados por Misrachi et col. (28) en un estudio realizado en la comuna de Independencia, Chile, donde el 34,5% presentaba entre 1 a 3 piezas perdidas y el 10% entre 7 y 12. El estudio realizado en Talca en embarazadas, señala que el 51% de la muestra de embarazadas presentó dentición completa (29) Es importante recordar que, en Chile, según el MINSAL, la población adulta entre 35-44 años, un 20% conserva su dentadura completa y tiene un promedio de 6.5 dientes perdidos.

Existe una relación entre la severidad de la caries dental y paridad, observando un mayor índice COPD en las múltíparas.

Los valores observados de historia de caries, enfermedad periodontal y piezas dentarias perdidas en las embarazadas, permiten detectar la necesidad de mejorar la educación en salud oral en el grupo de embarazadas específicamente; tanto por ser considerada una población de riesgo como por ser la fuente principal de transmisión de bacterias cariogénicas a los niños en el período conocido como ventana de la infectividad. Es importante recordar que las mujeres con hábitos deficientes en cuanto a salud oral, traspasarán a sus hijos hábitos de salud oral poco eficientes.

Conclusión.

Considerando los objetivos propuestos para este estudio, se puede concluir que: La prevalencia de caries dental en la muestra estudiada fue de 71.7%, siendo mayor en aquellas embarazadas atendidas en el centro de salud urbano (84.7%). Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p=0.001$).

Al medir historia de caries dental, el índice COPD fue de 11.93 (D.E.4.96) para la muestra estudiada, siendo mayor para el centro urbano (12.58; DS: 5.15). Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

La prevalencia de gingivitis en las embarazadas fue de alrededor de un 26.0%, siendo mayor en el centro urbano(64%); en cuanto a la prevalencia de periodontitis, esta alcanzó un valor de 13% en el total de la muestra, siendo mayor en las embarazadas del centro urbano (23%). Las diferencias encontradas por lugar de la atención son estadísticamente significativas. ($p = 0.000$)

La media alcanzada por pérdida de piezas dentarias fue de alrededor de cuatro dientes, siendo mayor en embarazadas atendidas en el centro de salud rural (alrededor de cinco dientes perdidos). Las diferencias por lugar de la atención son estadísticamente significativas. ($p = 0.000$)

Con respecto a la severidad de la caries dental y paridad, se puede concluir que las múltiparas presentan una mayor historia de caries dental que las primigestas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. ($p = 0.000$).

Bibliografía.

1. Corsini G, Zaror C, Vallejos.C. Uso de modelos epidemiológicos para estimar la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas chilenas. Rev.clin. periodoncia implantol. 2012; 5:74-77.
2. Pérez A, Betancourt M, Nápoles N, Miranda M, González B. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. Revista cubana de estomatología. 2011; 48(2): 104-112.
3. Herrera C, Pantoja P, De la Maza T, Sanhueza A, Salazar L. Diagnóstico microbiológico y molecular de bacterias cariogénicas en mujeres embarazadas de la región de La Araucanía, Chile. Rev. Chilena de infectología. 2007; 24 (4), 270-275.
4. Angel P, Fresno MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población mapuche-huilliche de isla Huapi. Rev.clin. periodoncia implantol. 2010; 3(2):69-72.
5. Díaz L, Castellanos J. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. Med oral patol oral cir bucal. 2004; 9: 430-437.

6. Kinane D, Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. En: Lindhe J Factores modificadores: diabetes, pubertad, embarazo, menopausia y tabaquismo. 4ª.ed. Colombia: médica panamericana; 2008: 192-195.

7. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, Buchanan W, Bofill J, Papapanou PN, Mitchell DA, Matseoane S, Tschida PA. Tratamiento de la enfermedad periodontal y el riesgo de parto prematuro. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2007; 72(1): 68-69.

8. Román O, Muñoz F. Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos Aspectos generales y valóricos. Revista Médica Chile. 2008; 136: 1599-1603.

9. Bastías G. Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o Régimen de garantías explícitas en salud (GES) su origen y evolución. Boletín escuela de medicina U.C. 2007; 32(2): 51- 58.

10. Rojas M. El derecho a la salud en el plan AUGE. Informe anual sobre derechos humanos en Chile. 2007; 6: 207- 235.

11. Vicente D, Joaquín L. El plan AUGE: 2005 al 2009. Revista Médica Chile 2010; 138: 1040-1046.

12. Fernández R. ¿GES o no GES? Esa es la cuestión. Revista médica de Chile. 2011; 204: 345-356.

13. Ministerio de salud Chile. Documento Diagnóstico de situación de salud bucal. Serie guías clínicas. Santiago: Ministerio de salud de Chile; 2009.

14. Ministerio de Salud Chile. Guía clínica Atención odontológica integral de la embarazada. Serie guías clínicas. Santiago: Ministerio de salud de Chile; 2008.

15. Barrera C, Biotti M, Castro R, Lagos R y otros. Guía Perinatal. CEDIP. Santiago: Ministerio de salud de Chile; 2003.

16. Oyarzún E. Alto Riesgo Obstétrico. 2a ed. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 1997.

17. Pérez A, Donoso E. Obstetricia. 3ª.ed. Santiago de Chile: Mediterráneo: 1999.

18. Karen A, Reyes Cl. Cambios Psicológicos durante el embarazo y depresión postparto. Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2008; 73 (3):Pág. 80-81.

19. Almarales C, Llerandi Y. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev. Cubana Estomatol. 2008 abr.-jun.; 45 (2): Pag.60- 69.

20. Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. Rev Fac Odontol Univ. Antioq. 2009; 20(2): 171-178.

21. Ministerio de Salud de Chile. Análisis de Situación Salud Bucal. [Internet]. Santiago de Chile; c2011 [cited 2011 Oct 7]. Available from: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>.

22. Bratthall D, Hansel-Petersson G. Reason for the caries decline: what do the experts believe? Eur J Oral Sci. 1996; 104: 416-32.

23. Fleming T. Compendio de Periodoncia. Barcelona: Masson; 1995.

24. Bastarrechea M, Natividad M, Betancourt A. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Rev. Cubana de Estomatología. 2009 Julio; 46(4): 1-15.

25. Fuentes R, Oporto G, Alarcón A. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. Av. Odontoestomatol 2009; 25 (3): 147-154.
26. Sánchez IM. Manifestaciones orales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas. Rev. Medicina Oral. 2005; 59:23-5.
27. OMS. Sistemas alternativos de atención buco-dental. (Serie de informes técnicos N° 750). Ginebra: OMS. 2001.
28. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa J, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(4): 455-61.
29. Carrión C, Nuñez F. Diagnóstico de salud oral de primigestas que acuden a control prenatal al consultorio Dr. José D. Astaburuaga. Talca: Universidad de Talca Chile- Escuela de odontología; 2004.
30. Rojas R, Camus M. Estudio epidemiológico de las caries según índice c.e.o.d y C.O.P.D en preescolares y escolares de la comuna de Río Hurtado, IV región. Revista dental de Chile. 2001; 92 (1):17-22.
31. Villagrán E, Linossier A, Donoso E. Recuento de Streptococco mutans en saliva de mujeres embarazadas de la región metropolitana: estudio transversal. Rev Med Chile. 1999; 127(2): 165-70.

32. Pérez A, Donoso E. Obstetricia. 4ª.ed. Santiago de Chile: mediterránea; 2011.

33. Xie Y. Xiong X. Elkind-Hirsch K. Pridjian G. Maney P. Delarosa R. Buekens P. Ghange of periodontal disease status during and after pregnancy. J periodontal. 2013; 84:725-731.

ANEXOS

Anexo 1.

Carta a la Dirección de Salud.

Santiago, Julio 29 de 2013.

Doctora
Centro de atención primaria
Presente

Distinguido(a) Dr.(a)

El objetivo de esta carta es solicitar su autorización para realizar en el centro de salud que Ud. dirige, un trabajo de investigación (Tesis Universitaria) que es requisito para optar al título de Cirujano Dentista en la Universidad Finis Terrae.

El trabajo de investigación a realizar es sobre Prevalencia de patologías orales en embarazadas atendidas por GES “Salud oral integral de la embarazada” en dos centros de atención primaria de salud, durante el año 2013.

La obtención de la información necesaria para el estudio se realizará a través de la revisión de la historia clínica de las embarazadas, previa firma del documento de consentimiento informado por las participantes en el estudio.

La investigación será efectuada por las Srtas. Daniela Jiménez y Carolina Jopia, alumnas de 6to año de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae y bajo la supervisión de la Dra. Patricia Moya, docente de Salud Pública de dicha universidad.

Esperando una buena acogida a esta solicitud, saluda atentamente,

Daniela Jiménez y Carolina Jopia.
Alumnas 6to año odontología. UFT

Anexo 2.-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada:

La línea social de la UFT, está realizando una investigación relacionada con la prevalencia de las patologías orales que afectan a las embarazadas, sus factores de riesgo y como éstas repercuten en su salud general. Para llevar a cabo este estudio se requiere conocer la historia de caries y enfermedad en sus encías, dato que debe estar registrado en su historia clínica.

Este estudio no tiene ningún riesgo para su salud ni costo alguno. Todos los datos serán resguardados de manera cautelosa y responsable como también la intimidad e identidad de las participantes, haciendo uso de ellos sólo con fines científicos.

Se agradece su participación.

Reconozco que he leído el documento y comprendo perfectamente su contenido. Se me ha dado la posibilidad de formular preguntas y todas me han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Por lo tanto, doy mi consentimiento para la revisión de mi historia clínica.

Yo

_____ RUT N° _____ autorizo a las investigadoras **Carolina Jopia Palacios y Daniela Jiménez Navarro**, a cargo de su tutor responsable Dra. Patricia Moya, para recoger la información necesaria para el estudio de mi historia clínica, que será utilizada sólo con fines científicos.

Firma.

Anexo 3

Ficha de recolección de datos.

N° Folio: _____

RUT: _____

Ficha: _____

- Paridad.

0) Primigesta.

1) Multigesta.

- Caries:

0) No

1) Si

- Piezas perdidas: _____

- Enfermedad periodontal:

0) No tiene.

1) Gingivitis.

2) Periodontitis (derivada a especialista).

Anexo 4:

Carta al Comité de ética

Santiago, Julio 29 de 2013.

Señores Comité de Ética:

Mediante la presente, me dirijo a Uds. para solicitar la evaluación por parte de este comité, del trabajo de investigación sobre Prevalencia de patologías orales en embarazadas atendidas por GES “[Salud oral integral de la embarazada](#)” en dos centros de atención primaria de salud, año 2013. Requisito para optar al título de Cirujano Dentista en la Universidad Finis Terrae.

La obtención de la información necesaria para el estudio se realizará a través de la revisión de la historia clínica de las embarazadas, previa firma del documento de consentimiento informado.

Se resguardará de manera cautelosa y responsable la intimidad e identidad de las participantes, y haciendo uso de los datos sólo con fines científicos.

Atentamente

Daniela Jiménez y Carolina Jopia.

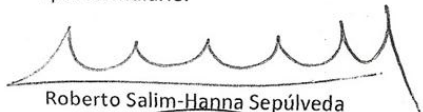
Alumnas 6to año odontología. UFT


Anexo 5

REUNION COMITÉ DE ETICA (res/34)

Nombre de la investigación clínica: Prevalencia de patologías orales y generales en embarazadas atendidas mediante GES "Salud Oral Integral de la embarazada" en dos centros de atención primaria de salud, año 2013 de las alumnas tesistas Carolina Jopia Palacios y Daniela Jiménez Navarro, 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 las patologías orales y generales más frecuentes en embarazadas atendidas mediante GES en dos centros-uno urbano y otro rural-de atención primaria de salud durante el año 2013.
- 2) Este estudio de carácter observacional de corte transversal y descriptivo, corresponderá a embarazadas atendidas por GES entre los meses de agosto y noviembre de 2013, excluyendo aquellas que presenten patologías que no permitan realizar el examen clínico. El N aún no se encuentra definido.
- 3) Los datos necesitados serán recolectados a través de la revisión de sus fichas clínicas solicitadas al Centro de Salud Primaria en carta que se acompaña.
- 4) Existe un formulario de consentimiento informado de quienes deseen voluntariamente permitir dicha revisión.
- 5) Se debe resguardar en todo momento la confidencialidad y el anonimato de cada uno de los individuos involucrados en el estudio no divulgando los resultados ni haciendo uso de ellos sin fines científicos.
- 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 periódicamente se le entreguen por parte de las alumnas tesistas, 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 las alumnas tesistas de la Facultad de Odontología, no tenemos ninguna objeción ética que formularle.


Roberto Salim-Hanna Sepúlveda


Cristian Nazer Astorga

En Santiago, a 30 de septiembre de 2013.