



UNIVERSIDAD
Finis Terrae

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS
EMBARAZADAS DE LA COMUNA DE LA CISTERNA, REGIÓN
METROPOLITANA, 2018.**

JOSÉ CRISTÓBAL PIÑEDA GALAZ

Tesis 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

2018

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al apoyo incondicional de mi familia, quienes estuvieron en todo el transcurso de mi formación y también a todo el equipo de profesionales del servicio de salud odontológica de la comuna de la Cisterna, del CESFAM Eduardo Frei y Santa Anselmo, ya que sin su apoyo no se hubiese podido lograr este trabajo de investigación.

A mi tutora la Doctora Patricia Moya, por su gran compromiso y ayuda en la realización de este trabajo, y la vez por haber sido mi docente desde mi ingreso a la universidad y descubrir esta gran área del conocimiento que es la salud pública en la Facultad de odontología de la Universidad Finis Terrae.

INDICE

	Pág.
▪ Resumen.....	4
▪ Abstract.....	6
▪ Introducción.....	8
▪ Hipótesis y objetivos.....	10
▪ Marco teórico	
1. Comportamientos en el embarazo y la importancia en el ciclo familiar..	11
2. Conocimientos en salud oral y calidad de vida.....	13
3. Salud oral y enfermedades prevalentes durante el embarazo.....	15
4. Programas con enfoque en salud de la embarazada y el gestante	21
5. Fenómeno epidemiológico	25
6. Estudios sobre conocimientos en embarazadas	26
▪ Material y métodos.....	27
▪ Resultados	34
▪ Discusión	43
▪ Conclusión	49
▪ Bibliografía	50
▪ ANEXO 1.....	58
▪ ANEXO 2.....	59
▪ ANEXO 3.....	67
▪ ANEXO 4.....	70

RESUMEN

Introducción: El embarazo es un período único en la vida de la mujer que se caracteriza por una serie de alteraciones fisiológicas y conductuales que inducen a cambios en la cavidad oral, los que predisponen principalmente al desarrollo de caries dental y gingivitis. La gestación está rodeada de una serie de tabúes y creencias alrededor de la salud bucal que se han transmitido de generación en generación y la conservación de una buena salud bucal dependerá en gran parte de los conocimientos, actitudes y prácticas que han sido adquiridas con anterioridad a esta condición. Una mejor educación en salud bucal conduce a un mayor compromiso en la salud de la madre y su familia

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas que ingresan por Garantía Explícita en Salud (GES) a centros de atención primaria de salud de la Comuna de la Cisterna durante el año 2018.

Método: Estudio transversal en embarazadas que ingresan por GES “Salud Oral Integral de la embarazada” en centros de atención primaria de La Cisterna. Se aplicó un cuestionario validado, auto administrado que consta de 22 preguntas estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) sobre conocimientos de prevención en salud bucal (7 preguntas), principales enfermedades bucales (5 preguntas), gestación y atención odontológica (6 preguntas) y desarrollo y crecimiento dentario (4 preguntas). Cada respuesta correcta equivale a un punto y la sumatoria final determina el nivel de conocimientos. El punto de corte para ser considerado buen nivel de conocimientos es igual o mayor a 14 puntos; regular entre 7 y 13 puntos y deficiente entre 6 y 0 puntos. Variables estudiadas: edad, nacionalidad (chilena; inmigrante), paridad (primigesta; múltipara) y nivel educacional (básica, media, técnica, universitaria). Análisis descriptivo con cálculo de medias, desviación estándar y proporciones. Se utilizó T-Student para establecer relación entre nivel de conocimiento y las variables estudiadas (la variable resultado se consideró como continua). La probabilidad de mejor nivel de conocimientos según nacionalidad se estimó mediante un modelo de regresión lineal. Estudio aprobado por Comité Científico de Ética de Universidad Finis Terrae y Servicio de Salud Metropolitano Sur

Resultados: La muestra fue de 112 embarazadas, edad promedio 28,3 años, siendo 15 años la edad mínima y 41 la máxima. Un 30% de las embarazadas son inmigrantes; alrededor del 41% es primigesta; un 56,3% con educación técnica-universitaria. Se

observó un nivel de conocimientos bueno en un 42% y regular en 55% de las embarazadas, siendo los conocimientos de prevención en salud oral los mejores evaluados y los de crecimiento y desarrollo dentario los más deficientes. El puntaje promedio en el grupo estudiado fue 12,8 (DE: 3,13). La relación entre nivel de conocimientos en salud oral y nacionalidad ($p=0,004$) fue estadísticamente significativa, no así para las variables paridad ($p=0,47$) y nivel educacional ($p=0,05$). Al analizar el puntaje de conocimientos de las embarazadas chilenas e inmigrantes mediante regresión lineal simple, se observó en las inmigrantes una diferencia de -2.03 puntos (IC95%-3.54: -0.51 p 0,009).

Conclusiones: Las embarazadas muestran un nivel regular de conocimientos en salud oral, similares reportes de la literatura para países de América Latina. Ahora bien, considerando que la migración es un fenómeno creciente en el país, destaca el menor nivel de conocimientos en las inmigrantes como un problema de salud a resolver, lo que justifica avanzar en obtener información acerca de características más específicas de las familias que están migrando, y contrastarlas con las familias nacionales, como, por ejemplo: escolaridad materna, percepciones frente al embarazo adolescente, frecuencia de familias extendidas, calidad del cuidado de salud.

PALABRAS CLAVE. Embarazadas; nivel de conocimientos; salud oral.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a unique period in women's life. This period is characterized by a series of physiological and behavioral alterations that prompt changes in the oral cavity prejudicing the development of cavities and gingivitis. Gestation is surrounded by a series of taboos and beliefs related to oral health that have been transmitted by generations. Thus, the preservation of an accurate oral health will mostly depend on the knowledge, attitude and practices that had been acquired prior to that condition. Thereby, a better education in oral health leads to a bigger compromise in the mother's health and her family.

Objective: To determine the level of knowledge in oral health in pregnant women who got admitted by "Garantía Explícita en Salud (GES)" in primary health attention center in La Cisterna district during 2018.

Method: It is a transversal study of pregnant women who got admitted by "Garantía Explícita en Salud (GES)" in primary health attention center in La Cisterna. A validated questionnaire was applied. The questionnaire consists of 22 structural questions (dichotomous and multiple choice) about the oral health prevention (7 questions), principal oral illnesses (5 questions), pregnancy and odontological attention (6 questions), development and dental growth (4 questions). Each question is equivalent to 1 point and the final sum determines the level of knowledge. 14 points (or more) were considered as a result that shows an accurate level of knowledge; between 13 and 7 points were considered as regular knowledge and between 6 and 0 were considered as deficient knowledge. The variables were the age, nationality (Chilean or immigrant), parity (primiparous or multiparous) and educational level (Primary, secondary, senior technician or university). Descriptive analysis of means, standard deviations and proportions. It was used a T-student to establish the relation between the level of knowledge and the studied variables (the variable result was considered as constant). The probability of better level of knowledge depending on nationality was based in a linear regression model. Study approved by the Scientific Committee of Ethic of Finis Terrae University

Results: The sample was taken from 112 pregnant women who were in a average age of 28.3 years old, in which 15 years old was the lowest age and 41 years was the highest

age. A 30% of pregnant women were immigrants; 41% were primiparous: 56.3% have technical-universitarian level of education. It was observed an accurate level of education in a 42% of pregnant women; 55% of pregnant women had regular knowledge. In which the knowledge of oral health prevention was the best evaluated and the worst was the development and dental growth. The average score on the participants was 12.8 points (SD: 3.13). The relation between the level of knowledge of oral health and nationality ($p=0.004$) was statistically significant, but not in the parity variables ($p=0.47$) and the educational level ($P=0.05$). In the analysis of the knowledge score between Chileans and immigrants through linear regression simple. It was observed in the immigrants a difference of -2.03 points (IC95%-3.54:-0.51 p 0.009).

Conclusions: Pregnancy women show a regular level of knowledge about oral health which is similar to reports in literature from other Latin American Countries. However, considering that migration is a phenomenon that is rising in Chile, it is highlighted the low level of knowledge in immigrants as a health issue to solve. Therefore, it is fairly justified the action of improving the measures to obtain information regarding more specific characteristics of the families that are migrating, and to contrast this data to Chilean families, for example: the level of education of the mother, understanding of teenage pregnancy, frequency of extended families, quality of health care, etc.

KEYWORDS: Pregnancy; level of knowledge, oral health

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, el conocimiento referente a los diversos episodios que pueden afectar la salud bucal de la madre y el hijo son sólo creencias que se han transmitido de generación en generación, influyendo directamente en la conducta que asume la madre frente al proceso salud enfermedad. ⁽¹⁾

El embarazo es un estado de múltiples cambios, físicos, psicológicos y biológicos que afectan directamente la salud de la madre y la de su hijo. La información respecto a los cuidados de la salud bucal durante el periodo de gestación, se hace necesaria si se quiere prevenir las diversas enfermedades que pueden afectar su propia salud y la de su hijo.

Desde julio del 2010, existe una política pública orientada a la atención odontológica integral de la embarazada establecida como Garantía Explícita en Salud (GES). Esta garantía, incluida en el régimen general de garantías en la Reforma de salud, el Ministerio de Salud reconoce la importancia de esta etapa para la mujer, su hijo y a familia.

La GES “Salud Oral Integral de la embarazada”, consiste en una atención odontológica integral realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar su salud bucal. Tiene una duración de hasta 15 meses, después de que nazca el hijo, por lo que se incluye la atención de la mujer en la etapa del puerperio. Otro programa orientado a fortalecer el vínculo madre-hijo es “Chile Crece Contigo” (CHCC), cuya misión es acompañar, proteger y apoyar a niños y familias. Cumple un papel transcendental ya que acompaña a la madre desde el periodo de gestación hasta el inicio de la etapa escolar del hijo, con acciones preventivas, controles de niño sano, nutrición, atención odontológica.

La evaluación del conocimiento en salud oral en la embarazada, permite obtener información válida de la realidad de esta población que ingresa a un tratamiento

odontológico integral y de esta forma, planificar las estrategias educativas que permitan mantener su salud oral y la de su hijo en el tiempo. Es de vital importancia educar en salud oral, específicamente a las madres, ya que juegan un rol importante en el núcleo familiar, constituyendo el pilar del conocimiento, tanto de sus hijos como el de las generaciones futuras.

En Chile, son escasos los estudios relacionados con el nivel de conocimiento de salud oral en las embarazadas y dada su relevancia en material de prevención de la enfermedad caries dental para el binomio madre – hijo.

El propósito de este estudio fue conocer el nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas de la comuna de la Cisterna, durante el 2018.

HIPÓTESIS

Las embarazadas múltiparas presentan un mayor nivel de conocimientos en salud oral, comparado con las embarazadas primigestas.

OBJETIVOS

a) Objetivo General:

Conocer el nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas en la comuna de la Cisterna, año 2018.

b) Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las embarazadas, en la comuna de las Cisterna, año 2018.
- Medir el nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas, según variables sociodemográficas y clínicas.
- Comparar el nivel de conocimiento en salud oral en embarazadas en la comuna de las Cisterna, según las variables estudiadas.

MARCO TEORICO

1. Comportamientos en el embarazo e importancia en el ciclo familiar

El embarazo es uno de los procesos biológicos lleno de cambios para la madre y su entorno familiar. Puede vivirse como un periodo de enriquecimiento muy gratificante que se puede convertir en una gran oportunidad para crecer y compartir en familia, donde el cuidado tanto de la gestante como del feto debe considerarse en conjunto. ⁽²⁾

Los niños desde el útero perciben el entorno, y para esto es necesario brindarle un bienestar desde el principio acompañado de los cuidados necesarios para contribuir a un correcto desarrollo tanto biológico como psicológico. ⁽⁴⁾

El contribuir a propiciar un entorno saludable, no solo es parte del equipo de salud, sino también de las actitudes personales que tenga cada participante de la familia y el rol que tienen en el desarrollo del niño o niña en formación.

La organización mundial de la salud se ha preocupado considerablemente del curso de la vida, mediante el control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Este principio comprende acciones durante todos los ciclos de vida, comenzando con la salud materna, continuando con la infancia y la adolescencia, abarcando promoción de entornos saludables en la edad adulta, de la misma manera con el envejecimiento y cuidados adecuados al final de la vida. ⁽⁴⁾

Desde tiempos remotos, el ser humano busca explicaciones a fenómenos que ocurren a su alrededor. Dentro de estos los procesos vitales como el proceso salud enfermedad, el cual requiere una respuesta para poder buscar una solución, ya sea para disminuir o prevenir el daño. Dentro de esta analogía surgen las creencias basadas en la cultura popular, las que son transmitidas de generación en generación, y que se definen

como cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente inferida de lo que una persona dice o hace. ⁽⁵⁾

Existen diversas creencias y mitos en salud populares respecto a salud oral durante y después del embarazo que influyen en las actitudes que asumen las mujeres en el proceso salud enfermedad, dentro de las cuales destacan las siguientes según Rengifo en su estudio de creencias en salud oral. ⁽⁶⁾

- El 96,6% de la población embarazada tiene alguna creencia en torno a salud oral y su relación con el embarazo.
- La mayoría se centra que durante el embarazo el bebé sustrae calcio a los dientes de la madre y que se deben cepillar más veces por estar en este estado.
- Las enfermedades orales son hereditarias según una población de nivel educativo intermedio.
- Por cada embarazo se pierde un diente.
- La atención odontológica le hace daño al bebe.
- La toma de radiografías hace daño al bebe

En Chile un estudio sobre creencias y opiniones respecto a salud oral en la embarazada señala que el 98% de las embarazadas siente que es necesario una consulta odontológica, el 60% cree que el embarazo puede producir caries y el 70% cree que el embarazo puede producir la pérdida de piezas dentarias ⁽¹⁾

Adicionalmente se concibe que toda creencia se desarrolla, se transmite y mantiene a través del tiempo 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), en el contexto social (embaraza-embarazada), en el cual el individuo está inserto, la información que se toma del contexto es procesada y utilizada de acuerdo a cada sujeto.

Las creencias están entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud ⁽⁷⁾, en donde surge el modelo de creencias en

salud MCS, el cual propuso explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, con énfasis en educación, considerando el comportamiento como resultado de la función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen.⁽⁸⁾ Este modelo relacionó la teoría psicológica de construcción o de toma de decisión, para explicar la opción comportamental con implicancias en salud de las personas, donde se determinó que posee tres dimensiones. La primera son las percepciones individuales, posteriormente son los factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructuras y por último los claves para la acción (consejos de familiares y amigos, campañas masivas y experiencia de con la enfermedad).Es por esto que en el embarazo ya está asociado a que la mujer se apega a sus creencias y costumbres que se fundamentan en el saber social, teniendo como fin conservar la salud y prevenir la enfermedad en situaciones como la alimentación y la higiene.⁽⁵⁾ donde modificar la conducta individual de la embarazada con el fin de reducir el riesgo de enfermar o aumentar la salud son objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública mediante distintas estrategias de atención⁽⁹⁾

La promoción de la salud es unas estrategias propuestas por la OMS para incrementar en la población el control sobre la salud y mejorarla. El éxito dependerá del conocimiento previo, de las pautas culturales y estilo de vida de la población objetivo⁽¹⁰⁾ La evidencia muestra que mientras más precoz sea la prevención basada en conocimiento solido de salud oral, no responsabilizando a la madre, sino más bien a los progenitores, este conocimiento positivo por transferencia, será heredado a sus hijos, por lo que se traduce a nivel de salud pública en mejores índices de salud oral, ya sea en niños y a futuras personas adultas.⁽¹¹⁾ Por lo tanto la educación para la salud es una estrategia que se constituye como una forma de enseñanza, que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta.⁽¹²⁾

2. Conocimientos en salud oral y calidad de vida

El conocimiento sobre salud oral que adquiere la mujer durante su vida es la piedra angular para el desarrollo de hábitos saludables y constituye una estrategia que permite promocionar actitudes favorables en su entorno familia. Una buena salud oral es un componente fundamental para el logro de una buena calidad de vida en las mujeres durante el embarazo y el puerperio. Y por tanto el recién nacido y el resto del grupo

familiar. El tener un conocimiento adecuado permitirá a las embarazadas tener un mayor dominio y control de los diversos problemas que pueden afectarle en su salud, por lo mismo un gran grupo de mujeres por un tema desconocimiento en general de la inocuidad de los procedimientos odontológicos no acude a los controles odontológicos y le podría impedir la búsqueda de atención a sus problemas orales. Las principales barreras para buscar atención en los servicios de salud bucal son miedo y la ansiedad al tratamiento, la baja percepción a los problemas dentales y el tratamiento, y los conceptos erróneos acerca de los efectos de los tratamientos dentales en el desarrollo del feto ⁽⁶⁾.

Una investigación en la cual el objetivo es identificar los factores subjetivos que limitan el acceso al tratamiento estomatológico de las embarazadas, constituido por 239 mujeres, el 20% sintió miedo o aprehensión donde el 100% de este resultado está asociado a la sensación de dolor. ⁽¹³⁾. Además, otro de los principales motivos por lo cual la embarazada no acude al control odontológico es debido al grado de responsabilidad que le otorgan a los médicos o matronas en la derivación a atención dental, donde el 80% espera la remisión del tratante, cuando en realidad el problema se trata de auto responsabilidad y de conocimiento en relación al daño o perjuicio que puede provocar la sepsis bucal para ella y su futuro bebé durante ese tiempo. ⁽¹⁴⁾

Calidad de vida, definida por la OMS como “La percepción personal del individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas e interés que a su vez se relacionan con distintos factores. ⁽¹⁵⁾ La autoestima y el bienestar, se pueden ver disminuidos por trastornos en la cavidad oral, esta afirmación dio lugar al concepto Calidad de vida relacionada con salud oral (CVRSO), lo que podría convertirse en una herramienta que permita comprender el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica, investigación odontológica y prevención de salud oral, así como también en la comunidad, puesto esto deberían ser la base para el desarrollo de los programas de salud oral ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

La percepción del paciente resulta importante cuando se evalúa la necesidad de tratamiento, planificación y la espera de un resultado clínico, en el consultorio odontológico. Actualmente, existe un creciente reconocimiento de que la salud oral tiene

un impacto en la vida social y psicológica del individuo. Por lo tanto, es importante determinar las causas por las cuales los pacientes tienden a buscar tratamiento y en qué medida afecta a su calidad de vida. ⁽¹⁸⁾

En un estudio realizado en pacientes estadounidenses con una edad promedio de 40 años, encontraron que las mujeres tenían más probabilidad de tener una percepción negativa respecto a su salud oral y como incide en su calidad de vida. ⁽¹⁹⁾ ⁽¹⁷⁾ En Turquía ocurre lo mismo la mitad de los pacientes adultos que acudieron al departamento de diagnóstico y radiología de la Facultad de odontología de la Universidad de Ataturk, lo hicieron por dolor y caries, donde las mujeres tienden significativamente a tener una autopercepción negativa acerca de su calidad de vida respecto a los hombres. ⁽¹⁸⁾

La encuesta de calidad de vida y salud 2006 ⁽²⁰⁾ reveló que la salud bucal afecta a la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar limitación y minusvalía social y funcional. Un 37% de la población mayor de 15 años declaró que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 se ven más afectados que los jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor. ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾

3. Salud oral y enfermedades prevalentes durante el embarazo.

La salud bucodental según la OMS se define como la ausencia de dolor orofacial, cáncer a la boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries y pérdida de dientes. También se consideran enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar. ⁽¹²⁾

Los cambios más frecuentes a los que están expuestas las embarazadas son de carácter adaptativos temporales en las estructuras corporales, como resultado del incremento de la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas incidiendo en la salud bucal con alteraciones reversibles o transitorias como también patológicas ⁽³⁾

El aumento de los niveles hormonales, se asocian a enfermedades bucales como la gingivitis del embarazo. Por su parte, la gonadotropina, se relaciona con náuseas y

vómitos, que pueden llegar a producir erosión en el esmalte (perimolisis), presente siendo más frecuente en el primer trimestre de gestación entre un 50 a un 90% de carácter matutino. Este malestar trae consigo un inadecuado comportamiento en relación a la higiene bucal, aumentando la acumulación de placa dento-bacteriana, factor determinante en el desarrollo de inflamación gingival y caries dental, lo que se agrava al asociarse a hábitos alimentarios desorganizados, modificaciones vasculares y una débil respuesta inmunológica.⁽²³⁾

Las enfermedades bucales en las embarazadas no se generan por si solas o por la condición, sino más bien a diversos factores, fundamentalmente de tipo conductuales y relacionados con el estilo de vida, que en conjunto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de estas enfermedades⁽²⁴⁾. También estos factores pueden estar relacionados con el nivel de conocimientos y hábitos relacionados con la salud bucal de las embarazadas y/o puérperas, entre ellos destacan factores sociodemográficos como la edad de la madre, nivel socioeconómico y de educación, ocupación, entre otras, como también la cultura medica- odontológica adquirida por indicaciones de autocuidado de los profesionales durante la atención de salud^{(24) (25)}, entendiéndose como autocuidado como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades.⁽²⁶⁾

Estudios demuestran que un creciente cuidado de la higiene bucal, control de la dieta, examen bucal periódico, atención odontológica en caso de requerirlo, contribuyen a disminuir o controlar las afecciones bucales que pudieran producirse⁽²⁷⁾

3.1 Gingivitis

La gingivitis es una patología que se produce por la acumulación de la placa bacteriana cuando la higiene del paciente es deficiente o mal efectuada, esta alteración se manifiesta por la inflamación y enrojecimiento de la encía libre y, en parte de la insertada, aumentando el grosor del contorno gingival, elevación de la temperatura del surco gingival. El punteado desaparece en mayor o menor medida. La encía sangra fácilmente al roce, por ejemplo, con el cepillado diario y la alimentación.⁽⁴²⁾

Esta patología es una de las más frecuentes durante el embarazo y puede aparecer sobre la séptima semana y alcanza su punto máximo en el octavo mes de gestación, afectando desde el 30% al 100% de las embarazadas. ⁽⁴⁾

Los factores de riesgo de la enfermedad periodontal en embarazadas son los mismos que afectan a la población general: carga bacteriana específica (*P. gingivalis*, *A. Actinomycetemcomitans*, *T. Forsythia*, *P. intermedia* y *F. Nucleatum*), tabaco, diabetes, factores genéticos asociados a la secreción de mediadores inflamatorios. Pero hay que tener en consideración que existen condiciones propias del embarazo que podrían convertirse a las mujeres embarazadas en personas más susceptibles, como la inmunosupresión temporal, aumento de niveles hormonales como estrógenos y progesterona, las cuales son hormonas que tienen una composición similar a la vitamina K, cuyos componentes servirán de nutrientes para las bacterias periodontopatógenas. ⁽⁴⁷⁾

En Estados Unidos, la enfermedad gingival afecta a un 49% de la población femenina de 20 y más años, mientras que la enfermedad periodontal se presenta en un rango de 37 a 46% de las mujeres en edad reproductiva (15-45 años) y hasta un 30% en el subgrupo de mujeres embarazadas. ⁽⁴⁾ En Chile, un estudio realizado en la ciudad de Frutillar, señala que el 97% de las embarazadas, necesita tratamiento periodontal ⁽³⁵⁾, y que la presencia de enfermedad periodontal en conjunto con una infección bacteriana se puede asociar con parto prematuro, siendo una de las causas de morbilidad perinatal en el mundo ⁽³⁶⁾.

Estudios revelan cierta relación de la enfermedad periodontal con el riesgo de nacimiento de pretérmino o con bajo peso al nacer, en virtud de la liberación por el tejido periodontal afectado de citosinas y otros mediadores, lo cual puede provocar dicho efecto a distancia ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ Dentro de las evidencias indican que más del 18% de los nacimientos de bajo peso se deberían atribuir a la enfermedad periodontal ^{(30) (31)}, existiendo una controversia si existe una real asociación entre la enfermedad periodontal y ambos fenómenos. Lo que se sugiere es que los tratamientos periodontales en embarazadas se realicen durante el segundo trimestre con el fin de proporcionar mejor seguridad para la madre y de esta forma contribuir a su salud. ^{(32) (33)}

Kotiwale y Panwar evaluaron la asociación entre la enfermedad periodontal y parto prematuro / bajo peso al nacer a través de un estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas en la India. Sus resultados indican que el promedio del índice periodontal comunitario fue mayor en las mujeres que tuvieron parto prematuro/bajo o peso al nacer, comparado con el grupo de que tuvo embarazos de término.⁽²⁴⁾

De acuerdo a los principios en la medicina basada en la evidencia, se aceptan que los ensayos clínicos randomizados con controles, constituyen de manera objetiva la eficacia terapéutica de un procedimiento determinado (9)

Según una revisión de la literatura que realizó Yassin en el año 2011, donde se evaluó el efecto del tratamiento periodontal sobre los resultados del embarazo en mujeres con periodontitis se llegó a la conclusión que en los ensayos clínicos ya realizados el tratamiento periodontal puede reducir las tasas de parto prematuro y /o bajo peso al nacer, incluso en Chile existen dos estudios clínicos aleatorizados donde se produjeron hallazgos notablemente positivos. El primero de ellos, se encontró que la terapia periodontal redujo significativamente en un 82% el resultado compuesto de bajo peso al nacer y parto prematuro. El segundo estudio evaluó el efecto del tratamiento de la gingivitis sobre los resultados adversos de la gestación, reportando que el tratamiento mecánico junto al uso de clorhexidina al 0,12% redujo significativamente las tasas de parto prematuro.⁽⁴³⁾

3.2 Caries

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, transmisible y de etiología multifactorial desde una perspectiva de causalidad, similar a otras enfermedades crónicas.⁽⁴⁾

La condición del embarazo tiende a modificar la conducta relacionada con la salud oral de la mujer, pudiendo alterar su riesgo de caries durante este periodo. El aumento de la acidez en la cavidad bucal, el mayor consumo de azúcar relacionado con los “antojos “y la menor atención a los cuidados de salud bucal tienden aumentar el riesgo de caries dental.⁽⁴⁴⁾

Es por eso que la evaluación del riesgo cariogénico cumple un rol fundamental previo a la realización de alguna intervención, debido a que tiene como propósito prevenir la enfermedad a través de la identificación de los factores causales, minimizando los factores de riesgo como la carga bacteriana, hábitos alimentarios y la acumulación de placa bacteriana y favorecer los factores protectores como la exposición a fluoruros, higiene oral y sellantes. ⁽⁴⁵⁾

En Francia un estudio determinó las principales indicares de riesgo de caries en embarazadas francesas, los cuales fueron la condición inmigrante, donde las mujeres no francesas tenían un 30% más de probabilidades en desarrollar lesiones de caries; la edad, en la cual las mujeres más jóvenes entre 18 y 24 años presentaron 37 % más de caries; el bajo nivel educacional, el inadecuado control prenatal; placa abundante ⁽⁴⁶⁾

Un estudio cuyo objetivo fue determinar la incidencia de caries y enfermedad periodontal en las embarazadas chilenas mediante un modelo de incidencia, prevalencia y mortalidad, se obtuvieron los siguientes resultados 86.870 nuevos casos de caries con una duración promedio de 1.9 años. En el caso de la enfermedad periodontal se esperan 7.983 casos incidentes al año con una duración de 3.2 años. Para la obtención de estos datos se utilizó la información del número de partos ocurridos en Chile según el INE al 30 de junio del 2009, en donde se estimó un universo de 230.831 mujeres. ⁽³⁷⁾

En cuba se propuso realizar un estudio para determinar la prevalencia de caries dental y algunos factores de riesgo asociados al primer y tercer trimestre del embarazo, donde el universo estuvo conformado por 31 embarazadas y la muestra de 21 participantes.

En el primer trimestre el 80,95% estaban afectadas por caries dental y se observó aparición de lesiones nuevas en 6 embarazadas, en el tercer trimestre. Los factores de riesgo presentados con mayor frecuencia en el primer trimestre fueron la dieta cariogénica en el 66,66% y la higiene bucal deficiente en el 47,61% de las pacientes, acompañado del embarazo previo. ⁽³⁸⁾

La deficiencia del cepillado se relaciona fundamentalmente con dos motivos: las náuseas que producen la práctica de este hábito, porque la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia del estado, lo que contribuye a la acumulación de placa bacteriana con bacterianas organizadas y adheridas a ella sobre la superficie del diente. Con todos estos factores interactuando entre si la caries dental logra establecerse, y llegar a producirse, en algunos casos la mortalidad dentaria. ⁽²³⁾

Una de las estrategias para poder controlar esta patología e mediante una dieta saludable, con baja frecuencia de consumo de productos cariogénico como los son los hidratos de carbono fermentables favorece a una nutrición adecuada del feto. Además del uso de colutorios para el control del pH salival, preferir cepillos suaves y tener una correcta higiene pueden contrarrestar la erosión dentaria además del uso de productos fluorados que contribuyen al proceso de remineralización y la disminución de la progresión de la caries. ^{(44) (43)}

Otros cambios bucales dependientes del embarazo son las alteraciones de tejidos blandos: extraoralmente, se encuentra con frecuencia en los labios secos y fisurados: con queilitis angular, generalmente la mucosa oral de la gestante se muestra reseca y fisurada, lo que conlleva a sobreinfección por herpes o por cándida; y la mucosa orofaríngea se muestra congestiva, hay sialorrea y olor desagradable ⁽²³⁾.

En Colombia se revisó 502 historias clínicas de mujeres embarazadas que asistieron a controles prenatales y odontológicos, donde el 75.1% de las pacientes tuvo entre 1-3 controles y el 93.2% presentó patología dental durante la gestación, donde las más frecuentes fueron gingivitis (75,4%) y caries dental (67,6%). 21,1% no tenía dientes cariados y el 30,4% presentaba pérdida de piezas dentales. Al 70% se le realizó obturación dental durante el embarazo y el 9.9% no asistió a controles odontológicos ⁽⁴⁰⁾. En este mismo país dentro de sus políticas de atención a la embarazada se encuentra la resolución 412 de 2000, que incluye remisión a la atención odontológica, identificación de factores de riesgo relacionados con el embarazo y planificación de los futuros controles, donde se busca lograr una gestación sana. ⁽⁴¹⁾

Todos estos aspectos hacen que se considere a las embarazadas como grupo poblacional de riesgo por lo que las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedad y atención oportuna son de vital importancia y están dirigidas a lograr salud para la madre y el niño. En esta tarea juega un rol fundamental el odontólogo tratante, al contribuir en la modificación de los conocimientos, hábitos y costumbres de las gestantes, con el propósito de alcanzar un comportamiento responsable ante su propia salud y la de su futuro bebe ⁽³⁹⁾

4 PROGRAMAS CON ENFOQUE EN SALUD DE LA EMBARAZADA Y EL GESTANTE

4.1 Programa Chile crece contigo

El programa Chile crece contigo es una política pública, que consiste en entregar acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas, incluyendo principios orientadores y prestaciones garantizadas desde la gestación. ⁽⁴⁸⁾ Este programa vela por la adecuada protección social de los ciudadanos y desarrollo de las personas, poniendo énfasis en la primera infancia como etapa clave en la formación del ser humano. El grupo inicial y prioritario son las mujeres embarazadas del país, las que acceden a una serie de prestaciones médicas, beneficios sociales, actividades de educación en temas promocionales y preventivos, entre otras. Sin embargo, no existe una mención explícita del componente de salud bucal a desarrollar en este grupo al respecto. ⁽¹¹⁾

En el año 2013 se publicó un monitoreo del programa Chile crece contigo entre los años 2008-2011, donde se evaluó la implementación del programa en 29 servicios de salud del país, dentro de los resultados ingresaron 200 mil mujeres cada año a controles prenatales, representando el 80% de los recién nacidos en el país, donde las visitas domiciliarias a gestantes con riesgo psicosocial fue una variable que no tuvo un aumento significativo con variaciones importantes entre los centros de salud. ⁽⁴⁹⁾

La información disponible para la evaluación del Chile Crece contigo se evaluó mediante 5 indicadores, en los cuales se dan a conocer las actividades y el enfoque del programa:

- **Evaluación del riesgo psicosocial de la madre:** En el primer control prenatal se aplica una encuesta para la detección temprana del riesgo psicosocial, con el fin de pesquisar factores de riesgo que pueden afectar el bienestar de la madre y el desarrollo integral del niño antes de nacer. Los resultados permiten priorizar acciones en salud y activar prestaciones diferenciadas de la red de protección social según corresponda.
- **Tasa de visitas domiciliarias integrales:** número total de vistas realizadas en relación al total de las madres con riesgo psicosocial. Son realizadas por integrantes del equipo de salud y su principal objetivo es la promoción de mejores condiciones ambientales y de relación familiar, para favorecer la salud materna y el desarrollo integral de la primera infancia.
- **Participación de madres en talleres educativos:** corresponden a talleres de educación grupal de preparación para el parto y la crianza, dirigidos a las mujeres y sus parejas o acompañantes. Tiene la finalidad de dar apoyo cognitivo y emocional durante el embarazo, aumentar la capacidad del autocuidado y bienestar emocional y fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza en el primer periodo del recién nacido (a). Los talleres constan de 6 sesiones; 4 en atención primaria, en las cuales se pretende favorecer la formación del vínculo seguro, aprender las distintas posiciones que se pueden adoptar durante el trabajo de parto y parto, promover el vínculo madre, padre e hijo (a), fortalecer el rol del padre en el proceso de gestación, nacimiento y crianza y promover la lactancia materna.
- **Parto acompañado:** un foco primordial de las acciones educativas de Chile crece contigo es promover la participación activa del hombre durante todo el proceso de la gestación, parto y crianza de sus hijos (as).

- **Apego precoz:** favorecer e instruir al contacto del recién nacido piel a piel, sobre el vientre y pecho de su madre y el amamantamiento los primeros 20-30 minutos post parto, contribuyendo al fomento de la lactancia materna, y el vínculo madre-hijo a través de campañas publicitarias y material educativo para el equipo de salud.

Otro estudio realizado en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo en la comuna de Alto Biobío, donde el universo del estudio consta de 74 mujeres repartidas en 7 comunidades, señala que la población estudiada muestra un nivel muy alto de daño bucal y limitados conocimientos de salud oral. Las multíparas y de mayor edad empiezan a acceder mayoritariamente a tratamientos de urgencias que llevan a la pérdida de sus dientes. ⁽¹¹⁾ En cuanto al vínculo madre e hijo, es importante para el odontólogo indagar sobre cuál es el conocimiento que ha adquirido la madre sobre salud bucal, así como también identificar las deficiencias que ella posee para el cuidado de la salud bucal de su hijo, siendo la educación la herramienta fundamental para disminuir los altos índices de enfermedad existentes en la población general. ⁽⁵⁰⁾

4.2 Garantía explícitas en salud oral: Salud oral integral de la embarazada.

Durante el año 2002 se planteó los objetivos sanitarios para la década 2000-2010, los cuales eran los siguientes:

1. Mejorar los logros sanitarios obtenidos en el siglo XX
2. Disminuir la inequidad
3. Enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad chilena respecto a su salud
4. Proveer servicios a la altura de las expectativas de la población.

En el año 2002, el Ministerio de salud acuñó el término AUGE (Acceso universal con garantías explícitas) a la nueva reforma, que consta de 4 garantías explícitas; Acceso, oportunidad, Calidad y protección financiera, que protegerían a los Chilenos para recibir los “bienes de la salud pública” (tanto de forma colectiva como individual) y “bienes de la salud de las personas” individualmente considerados, ⁽⁵¹⁾ iniciando con 25 patologías y a partir del año 2010 son 69 prestaciones presentes en el sistema de salud nacional,

siendo parte de ellas la salud oral de las embarazadas según el Decreto Supremo N° 01, de la ley 19.966 con fecha 27-02-2010.⁽⁴⁾

La Salud Oral Integral de la Embarazada, es el cuarto régimen de Garantías GES en salud oral. Esta garantía incluye en esta atención odontológica: examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y la entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental), prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes.

El inicio del tratamiento parte 21 días desde que solicitó la atención hasta 15 meses después de la primera atención.

En el año 2007 el Ministerio de salud publicó la primera guía clínicas respecto al Ges de atención integral en salud oral de las embarazadas, con el objetivo de entregar las herramientas al equipo de profesionales para llevar a cabo diversos procedimientos odontológicos que abarcan desde actividades promocionales e preventivas hasta procedimientos rehabilitadores con sus respectivas recomendaciones basados en la evidencia científica, siendo la última actualización la guía clínica del año 2013.

4.3 Programa CERO

El Programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico, es una estrategia que beneficia directamente a los niños y niñas a partir de los 6 meses de vida hasta los 7 años de edad.

El programa Cero tiene como objetivo contribuir a la reducción de la prevalencia e incidencia de las patologías orales más frecuentes en la población infantil, a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y refuerzo de hábitos saludables. Este programa se ejecuta en todos los establecimientos de Atención Primaria de Salud del país.

Según la orientación técnica administrativa del programa, la principal herramienta consiste en la aplicación de una pauta de riesgo que determina estrategias de prevención específicas. La pauta de evaluación de riesgo de patologías orales es una acción de tamizaje/screening y no de diagnóstico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define tamizaje como: “el proceso de identificar a aquellas personas que tienen un riesgo

suficientemente alto de tener una condición específica, que amerita una evaluación mayor o una acción directa.” La pauta debe ser aplicada por el odontólogo a todos los padres que acompañan a los niños y niñas menores de 7 años que ingresan a la atención odontológica en el centro de salud. La Pauta CERO es una adaptación nacional de instrumentos de evaluación de riesgo cariogénico utilizados a nivel internacional. ⁽⁵⁴⁾

La frecuencia de los controles odontológicos se debe determinar por el riesgo que presenta cada usuario, con el objetivo de modificar los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. A la vez en las familias genera una modificación respecto a la atención dental, cambiando el enfoque centrado en el tratamiento, a uno de mantener la salud la salud bucal y disminuir patologías futuras, cuyo incentivo fundamental es aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición.

5. Fenómeno epidemiológico en Chile

En la actualidad se estima que cerca de 3% de la población mundial vive en un país distinto de su nacimiento, es decir, uno de cada 35 personas en el mundo es inmigrante internacional. ⁽⁵⁵⁾ Esto implica que las costumbres y estilos de vida de cada inmigrante pueden ser diferentes a la realidad nacional, incidiendo en sus conocimientos y salud bucal, como también pueden ocasionar cambios en la epidemiología local. ⁽⁵⁶⁾

El 53% de la población inmigrante en Chile es mujer, donde la población peruana está representada por 37% continuado por los argentinos según el informe del 2009. ⁽⁵⁷⁾

El estudio de embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago de Chile, buscó analizar la proporción de partos en las madres inmigrantes en un Hospital público de Santiago, Chile y sus datos demográficos, además comparar el peso y la talla de sus hijos en relación a la madre chilena. Los componentes de su hipótesis son que las madres inmigrantes tienen un menor control de embarazo además un mayor riesgo de presentar hijos con bajo peso de nacimiento ⁽⁵⁸⁾. Es considerado como adecuado 5 o más controles

durante el periodo de gestación, donde el grupo de estudio el 97,9% se presentaba a sus controles, en comparación a la población chilena con un 99,1% respectivamente. Respecto al bajo peso al nacer el 5,4 % de los recién nacidos de madres extranjeras tenían bajo peso al nacer, comparado con la población chilena el 8,4% de los niños presentaban esta condición.

El bajo peso al nacer es una de las consecuencias que se presenta en la literatura cuando la embarazada no tienen controles regulares al odontólogo, con otras consecuencias dentro de las que se encuentran diabetes mellitus y gestacional, baja talla al nacer, preeclampsia y alteraciones renales. El estudio anterior concierne controles médicos, por lo tanto, falta evidencia de la cantidad de controles odontológicos que tienen tanto las mujeres chilenas y extrajeras y su asociación a manifestaciones orales.

6. Estudios sobre nivel de conocimientos en embarazadas.

En una revisión sistemática realizada por Aguilar & Rivero., 2018, en la cual se integraron 18 estudios sobre el conocimiento en salud oral de la embarazada, se señala que, la mayoría de los autores concuerdan que el conocimiento respecto a la salud oral es deficiente. ⁽⁶⁰⁾ Esto genera un importante problema para la salud pública, debido a que el bajo nivel de conocimientos en la embarazada puede tener un efecto negativo en la salud oral de su hijo, promoviendo la gestación de hábitos bucales no funcionales que conllevan al desarrollo de anomalías dento maxilares y aumento del riesgo del desarrollo de caries dental.

Para conocer la realidad nacional, el año 2013 se realizó una investigación respecto al nivel de conocimientos en salud oral y utilización del GES odontológico en púérperas atendidas en una clínica privada en Santiago, donde los resultados muestran que sólo un 35% de las mujeres atendidas tiene un buen conocimiento en salud oral, y un

57% de la muestra cuenta con estudios universitarios, concluyendo que a pesar del GES para embarazadas, persiste una brecha respecto a educación en salud oral ⁽⁵⁹⁾.

Según la información proporcionada por el MINSAL, durante el año 2016, del total de gestantes ingresadas a control prenatal en el Sistema Público de Salud, el 72% de ellas se atendió a través del GES “Salud Oral integral en la Embarazada”. ⁽⁵²⁾

El diagnóstico comunal de salud de la Comuna de La Cisterna Durante el 2011 señala que, un 69% de la población se atiende en el sistema público, y por ende el acceso a la atención médica y odontológica se facilita en la población inscrita en los centros de atención primaria ⁽⁵³⁾. Si bien la cobertura alcanzada en el sistema público es elevada, existe escasa o nula evidencia respecto a los conocimientos adquiridos sobre los cuidados en salud oral que debe entregar el odontólogo como parte de la prestación garantizada.

En Chile, son escasos los estudios relacionados con conocimiento de salud oral en embarazadas y puérperas. Si bien es cierto la educación y prevención en salud oral es preferentemente responsabilidad del odontólogo, esta acción debe involucrar a la familia, educación primero a los padres para transferir un adecuado conocimiento a los hijos. ⁽³⁶⁾

MATERIALES Y METODOS

Diseño del estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de tipo transversal, con un componente analítico para establecer diferencias entre grupos.

Población y muestra: La población a estudiada son embarazadas que se inscribieron en el CESFAM San Anselma, Eduardo Frei Montalva y Centro comunitario de Salud Familiar de la comuna de La Cisterna. Según el informe estadístico de la comuna, la cantidad de embarazadas de enero del 2016 a septiembre del mismo año son 448, correspondiendo un 53,4% de las embarazadas inscritas en el CESFAM Santa Anselma y un 46,5% del CESFAM Eduardo Frei, que a la vez integra las embarazadas atendidas en el centro de salud familiar. ⁽⁵³⁾ .

Tamaño de la Muestra: Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó el valor reportado por Núñez y cols (2014); para buen nivel de conocimientos en salud oral (35%) en púerperas, con un nivel de confianza de 95% y error del 5%. La muestra mínima a estudiar será de 156 embarazadas de la comuna de la Cisterna.

Selección de la muestra: Se invitó a participar a todas las embarazadas que se inscriban en el programa GES “Salud oral integral de la gestante” en alguno de los tres centros de atención primaria de la comuna de La Cisterna, durante los meses de junio y julio del 2018. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, donde el 45% de la muestra corresponde a embarazadas del CESFAM Eduardo Frei y un 55% del CESFAM santa Anselma de un total de 156 participantes.

Criterios de inclusión: Se estableció como criterio de inclusión para el estudio, la condición de embarazo actual, independiente de los meses de gestación, la inscripción en el programa GES “Salud oral integral de la gestante” en uno de los centros de atención primaria de la comuna y la voluntariedad de participar mediante la firma de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Fueron excluidas del estudio, aquellas embarazadas que, por problemas de tipo físico, psicológico/mentales o alguna otra condición de salud, signifique un impedimento para responder el cuestionario auto reportado.

Variables: Las variables consideradas para este estudio son:

- a) **variable respuesta o dependiente:** nivel de conocimiento en salud oral de la embarazada. Esta variable considera cuatro dimensiones del conocimiento en salud oral, que son: hábitos de higiene oral, tratamientos, enfermedades orales y uso de la garantía explícita en salud oral.
- b) **variables independientes:** Para su medición, fueron divididas en:

Sociodemográficas: Considera la edad de la embarazada en años de vida cumplidos, nacionalidad, chilena o extranjera, nivel educacional, paridad, es decir si es el primer embarazo (primípara), o si ya ha tenido otros hijos (multípara);

Clínicas: Serán consideradas como variables clínicas el acceso a atención dental, dientes perdidos y motivo por el cual lo perdió.

Cuadro 1.- Operacionalización de las variables a estudiar.

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Dimensión categorías	Instrumento y codificación
Nivel de conocimientos de salud oral	Conjunto de información adquirida referida a salud oral.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos de higiene ▪ Tratamientos odontológicos ▪ Enfermedades orales ▪ GES embarazo 	Cuestionario (1) bajo (2) regular (3) bueno
Edad	Número de	Cuantitativa	1. menor a 30 años	Cuestionario

	años vividos de un individuo		2. mayor a 30 años	Número de años
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Chilena • Extranjera 	<p>Questionario</p> <p>(1) Chilena</p> <p>(2) Extranjera</p>
Nivel educacional	Estandarización de la cantidad de educación percibida como persona natural.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Básica incompleta o completa 3. Enseñanza media incompleta o completa 4. Técnica 5. Universitaria 6. Otra 	<p>Questionario</p> <p>(1) Sin estudios</p> <p>(2) Básica incompleta o completa</p> <p>(3) Enseñanza media incompleta o completa</p> <p>(4) Técnica</p> <p>(5) Universitaria</p> <p>(6) Otra</p>
Paridad	Número de hijos nacidos vivos o perdidos durante la gestación.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primípara (primer hijo) 2. Multípara (Segundo o más hijo) 	<p>Questionario</p> <p>(1) Primer hijo</p> <p>(2) Segundo hijo</p> <p>(3) Tercer hijo</p> <p>(4) Cuarto hijo o más</p>
Acceso a la atención dental antes de estar embarazada	Acción de poder concurrir por atención odontológica a un centro de salud.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, me controlo regularmente con el dentista 2. Sólo en ocasiones y por urgencia dental 3. No he recibido atenciones dentales 	<p>Questionario</p> <p>(1) Sí, me controlo regularmente con el dentista</p> <p>(2) Sólo en ocasiones y por urgencia dental</p> <p>(3) No he recibido atenciones dentales previas</p>
Perdida de dientes	Realización de una extracción	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<p>(1) Si</p> <p>(2) No</p>

permanentes	dental, siendo adulta.			
Motivo de pérdida de dientes	Razones por la cual perdió su diente.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. por caries dental 2. por traumatismo 3. Movilidad 4. Otra causa 	<ol style="list-style-type: none"> (1) caries dental (2) Traumatismo (3) Movilidad (4) Otra causa

▪ **Recolección de datos:**

1. Se envió una carta al Director de Salud de la comuna, (Anexo 1) solicitando autorización para realizar la investigación y a los encargados del departamento odontológico de los centros de atención primaria de la comuna de la Cisterna.
2. Para medir el nivel de conocimientos en salud oral en las participantes, se utilizó el cuestionario (Anexo 2) reportado por Núñez y cols, 2013, en la investigación “Nivel de conocimientos de salud oral y utilización de ges odontológico en púerperas atendidas en clínica privada, Santiago, Chile, en idioma español y creole. Este cuestionario es auto administrado y cuenta con 22 preguntas de selección múltiple relacionadas con el nivel de conocimientos en cuatro dimensiones: hábitos de higiene, tratamientos odontológicos, enfermedades orales y uso del GES durante el embarazo. El resultado de la encuesta mide el nivel de conocimientos mediante las categorías, bueno (≥ 14 puntos), regular (entre 7 y 13 puntos), bajo (< 7 puntos).

Además, al final de este cuestionario, el investigador adicionó tres preguntas que responden al cuidado que ha tenido la madre de su salud bucal como factor predictor de la conducta sobre el cuidado de la salud bucal de su hijo. Estas variables se les denominó variables clínicas y son: Si ha tenido acceso a la atención dental previo a estar en la condición de embarazo, si ha perdido algún diente definitivo y el motivo porque lo perdió.

3. Aplicación del instrumento: el cuestionario es auto reportado y fue entregado por el investigador a cada embarazada que ingrese al programa GES “Atención odontológica integral de la gestante” en alguno de los centros de salud de la comuna.

En la sala de espera, previo a la atención dental por el profesional correspondiente, el investigador entregó el cuestionario a la participante, explicando su contenido y una vez leído y firmado el consentimiento, pudo proceder a responder en forma autónoma. La participación al estudio es de carácter voluntaria y anónima. Una vez que el cuestionario este completado, este se guardó en un sobre para la tabulación y análisis estadístico.

- **Análisis e interpretación de los datos:**

Los datos fueron digitados en una planilla Excel y cada variable fue codificada para ser transferida al software EPIDAT.

Se realizó un análisis descriptivo univariado y bi-variado de las variables en estudio, con el cálculo de las medias, desviación estándar, proporciones e intervalos de confianza con un 95 % de confiabilidad. Se aplicó prueba de contraste de hipótesis (T-Student), para la comparación de variables independientes y la variable dependiente, nivel de conocimientos en salud oral de la embarazada.

6. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la siguiente investigación, se elaboró un documento de consentimiento informado (Anexo3), en el cual explica los fines del estudio, y la participación de las embarazadas, respetando la autonomía como principio bioético en investigaciones. Además, para resguardar la confidencialidad de la información de los participantes, se utilizó números de folios en los cuestionarios y base de datos.

Los documentos fueron enviados al Comité de Ética de la Universidad Finis Terrea para su aprobación y evaluados previamente por el encargado de investigación de la

Universidad, autorizando la realización del trabajo, mediante la entrega de la solicitud a la Facultad de odontología con la Firma de la encargada del comité ético de la Universidad.
(Anexo 4)

La realización de esta investigación es requisito para optar al título de Cirujano Dentista y los resultados podrían ser publicados como un aporte a la comunidad científica

7. Cronograma

CARTA DE GANT 2018												
ACTIVIDADES	31/03	15/04	30/05	30/06	30/07	30/08	30/09	12/10	20/10	30/10	15/11	30/11
Aprobación de Idea de investigación												
Formulación de												

anteproyecto		■										
Entrega y defensa de anteproyecto			■									
Revisión de anteproyecto por Comité de ética				■								
Preparación y trabajo de campo					■	■						
Tabulación y análisis de datos							■					
Resultados e discusión								■	■			
Redacción de la tesis										■		
Revisión y entrega final de la tesis											■	■

RESULTADOS

La muestra estudiada corresponde a 112 embarazadas, de 28.39 años de edad como media, en donde la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 41 años. El 29.5% corresponde a población inmigrante; el 41,1% son primigesta y el 56,3% de las embarazadas cuentan con estudios técnico o superior. El 53, 6% son madres solteras y un 59% es múltipara. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Características de las participantes del estudio. Comuna de la Cisterna, año 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar	Valor P
Edad	Menor o igual a 30 años	76	67,9	12,60	3,2	0,465
	Mayor a 30 años	36	32,1	13,25	2,78	
Nacionalidad	Chilena	79	70,5	13,31	2,67	0,10
	Extranjera	33	29,5	11,60	3,81	
Nivel educacional	Escolar	49	43,8	12,26	3,35	0,14
	Superior	63	56,3	13,26	2,91	
Estado civil	Soltera	60	53,6	12,58	3,16	0,49
	Pareja	52	46,4	13,07	3,11	
Actividad laboral	Sin trabajo	50	44,6	12,5	3,24	0,61
	Con trabajo	62	55,4	13,06	3,05	
Atención odontológica	Control	63	56,3	12,65	3,19	0,23
	ocasional o urgencia					
	Control regular	49	43,8	13,02	3,08	
Número de embarazos	Primigesta	46	41,1	12,87	2,94	0,87
	Múltipara	66	59	12,77	3,29	

Las embarazadas extranjeras corresponden a un 29,5%, siendo un 30,3% de origen haitiano, 12,12% peruanas y un 51,51% otras, donde la respuesta es de carácter escrito. (Ver tabla 2) (Anexo 2, pregunta edad)

Tabla 2: Distribución de las embarazadas extranjeras de la muestra. Comuna de la Cisternas, año 2018.

El 67,08% de las mujeres chilenas son menores de 30 años, 47,3 % de la población De la misma la población mayor corresponde al grupo de las haitianas donde el 80% son menores de 30 años. (Ver tabla 3)

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Peruana	4	12,12%
Haitiana	10	30,3%
Colombiana	2	6%
Otro	17	51,51%
Total	33	100%

de las embarazadas menores de 30 correspondiendo al población evaluada. manera ocurre con extranjera con participación que

Tabla 3: Distribución de las embarazadas de la comuna de la Cisterna según grupo etario y nacionalidad.

Nacionalidad	Edad	Frecuencia	% Grupal	% General
Chilena	Menor a 30	53	67,08	47,3
	Mayor a 30	26	32,91	23,21
Peruana	Menor a 30	3	75	2,6
	Mayor a 30	1	25	0,8
Haitiana	Menor a 30	8	80	7,1
	Mayor a 30	2	20	1,78
Colombiana	Menor a 30	0	0	0
	Mayor a 30	2	100	1,78
Otros	Menor a 30	12	70,5%	10,71%
	Mayor a 30	5	29,4%	4,46%
Total		112	100%	100%

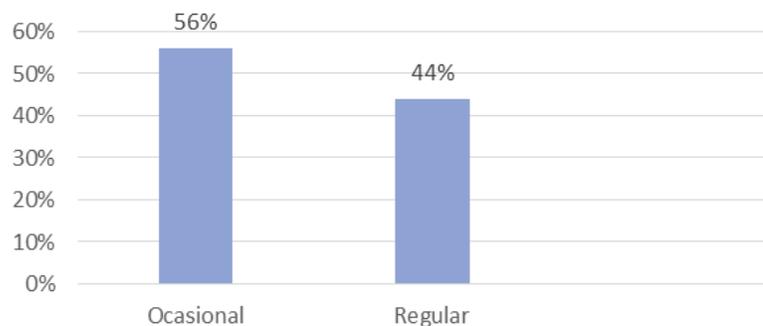
El 36,36% de la población extranjera participante del estudio presenta educación técnico o superior. En cambio, la población chilena el 53,16% presenta educación superior. (Ver tabla 4)

Tabla 4: Relación entre el nivel educacional y nacionalidad en embarazadas. Comuna de la Cisternas, año 2018.

Nacionalidad	Nivel educacional	Frecuencia	Porcentaje
Chilena	Escolar	37	46,83%
	Superior	42	53,16%
	Total	79	100%
Extranjera	Escolar	21	63,63%
	Superior	12	36,36%
	Total	33	100%

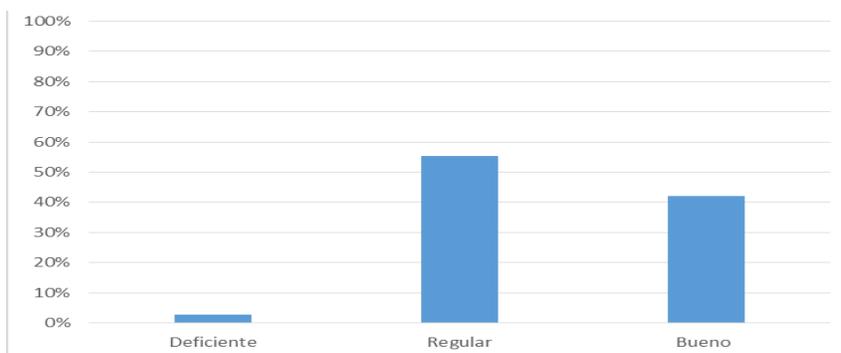
De las 112 embarazadas participantes de la investigación el 56% relata que sus controles al odontólogo son de forma ocasional o de urgencia correspondiendo a 63 embarazadas y el 44% lo hace de forma regular según las indicaciones del profesional. (Ver figura 1)

Figura 1.- Frecuencia de control odontológico de las embarazadas. Comuna de la Cisterna, año 2018.



El nivel de conocimiento se evaluó mediante la aplicación de la encuesta que está compuesta por 22 preguntas. Donde la categoría bueno corresponde al puntaje igual o superior a 14 puntos, regular entre 7 a 13 y deficiente menor a 7 puntos. El 55% de la muestra estudiada tiene un conocimiento regular, un 42% bueno y un 3 % deficiente. (Ver figura 2)

Figura 2. Distribución porcentual del nivel de conocimientos en embarazadas. Comuna de la Cisternas. Año 2018.



A nivel nacional las mujeres que tienen buen nivel de conocimiento en salud oral corresponde a un 19,5% mujeres menores de 30 años, tendencia que se mantiene con la población extranjera. (Ver tabla 5)

Tabla 5: Distribución del nivel de conocimientos de las embarazadas según grupo etario y nacionalidad. Comuna de la Cisternas, año 2018.

Nacionalidad	Edad	%	Bueno	Regular	Malo
Chilena	Menor a 30	47,3%	19,64%	27,67%	0
	Mayor a 30	23,21%	12,5%	10,71%	0
Peruana	Menor a 30	2,6%	0	2,67%	0
	Mayor a 30	0,89%	0	0	0,89%
Haitiana	Menor a 30	7,14%	0,89%	5,35%	0,89%
	Mayor a 30	1,78%	0,89%	0,89%	0
Colombiana	Menor a 30	0%	0	0	0
	Mayor a 30	1,78%	0,89%	0,89%	0
Otros	Menor a 30	10,71%	6,25%	3,5%	0,89%
	Mayor a 30	4,46%	0,89%	3,5%	0
Total		112=100%	41.96%	55,3%	2,6%

Las mujeres multíparas corresponden al 58% de la población que compone la investigación, donde el 43% de las embarazadas presentan buen conocimiento y 4,54% mal. A diferencia del 39,13% de las primigestas que logran un buen nivel de conocimiento y un 60,89% regular (ver tabla 6).

Tabla 6: Distribución del nivel de conocimiento según paridad en embarazadas. Comuna de la Cisternas, año 2018.

Paridad	Nivel de conocimientos			Total
	Bueno	Regular	Malo	
Primigesta	39,13%	60,89%	0	41,07%
Multíparas	43,93%	51,51%	4,54%	58,92%
Total	41,96%	55,3%	2,64%	100%

En ambas casos, el mayor porcentaje de personas que tienen un buen nivel de conocimiento tienen educación superior, ya sea técnica o universitaria. Lo relevante es que el conocimiento regular se concentra en la población con nivel educación escolar en la población extranjera y las chilenas con educación superior un 48,3% tienen un conocimiento regular. (Ver tabla 7)

Tabla 7: Relación entre el nivel educacional y nivel de conocimiento en salud oral según nacionalidad en embarazadas. Comuna de la Cisternas, año 2018.

Nacionalidad	Nivel educacional	%	Nivel de conocimientos		
			Bueno	Regular	Malo
Chilena	Escolar	46,83%	41,66%	51,16%	0%
	Superior	53,13%	58,3%	48,83%	0%
	Total	100%	100%	100%	
Extranjera	Escolar	63,63%	22,22%	89,47%	66,66%
	Superior	36,36%	81,81%	10,52%	33,33%
	Total	100%	100%	100%	100%

El instrumento de evaluación está compuesto por dimensiones, donde cada una de ellas cuenta con una cantidad de preguntas, la cual tiene asignada 1 punto por cada correcta.

En la siguiente tabla se muestra el puntaje promedio de respuestas correctas por cada dimensión con un total de 22 preguntas. (Ver tabla 8)

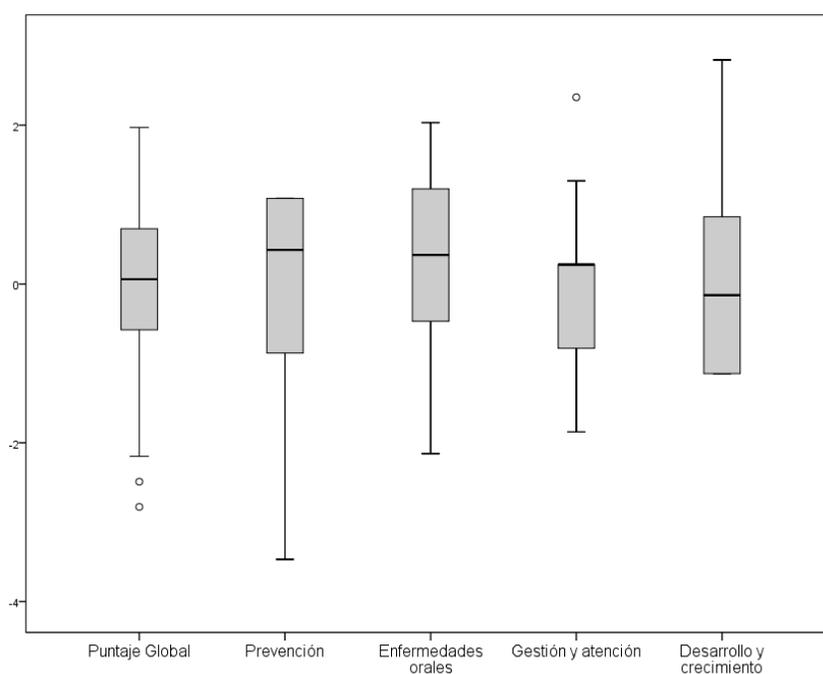
(x) cantidad de preguntas que componen cada dimensión a evaluar.

Tabla 8: Estadísticos de resumen del nivel de conocimiento general y por dimensión.

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana
Puntaje global	12.813	3.13	4.0	19.0	13.0
Prevención (7)	5.33	1.53	0.0	7.0	6.0
Enfermedades orales (5)	2.56	1.19	0.0	5.0	3.0
Gestión y atención (6)	3.76	0.94	2.0	6.0	4.0
Desarrollo y crecimiento (4)	1.14	1.01	0.00	4.00	1.0

Con el fin de poder evaluar cual es la dimensión en la que se obtiene un mejor desempeño y peor respecto al nivel de conocimiento, se deben estandarizar las dimensiones, para que estas sean proporcionales. La dimensión que obtuvo un mejor resultado sobre la media es la prevención y el que tiene peor desempeño es crecimiento y desarrollo. Prueba de Friedman (0,97). (Ver figura 3)

Figura 3: Estandarización de las dimensiones del cuestionario “Nivel de conocimientos en salud oral”.



Según el percentil 75, un 65,20% de las embarazadas, logran obtener un puntaje que considera a la muestra tener un buen nivel conocimiento en el área de gestión y atención. (Ver figura 4)

Figura 4: Distribución porcentual de buen conocimiento de las embarazadas según dimensión.

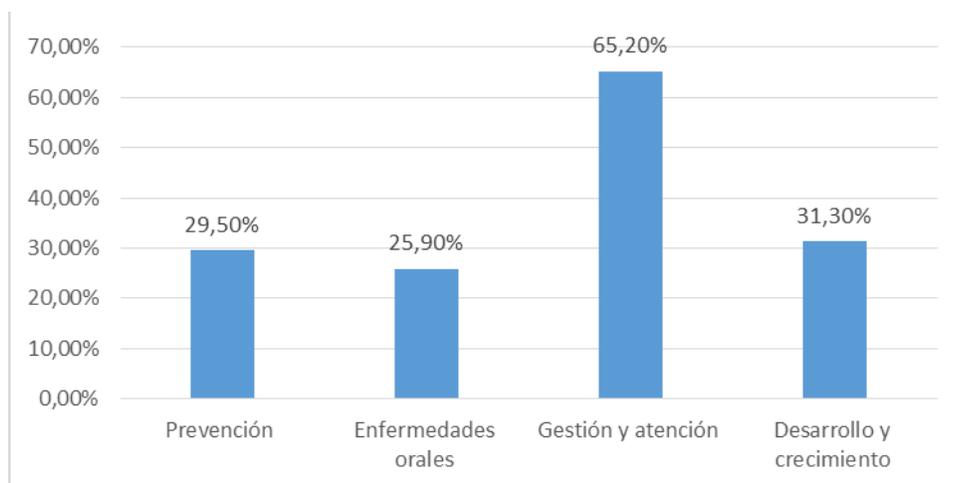


Tabla 9: Relación de los factores sociodemográficos con un buen conocimiento.

	PREVENCION			ENFERMEDADES ORALES		
	EX (B)	I.C		EX (B)	I.C	
		95% EX(B)	MAX		95% EX (B)	MAX
		MIN		MIN	MAX	
Nacionalidad	0,847	0,327	2,198	0,757	0,282	2,031
Paridad	1,573	0,612	4,046	1,352	0,526	3,477
Nivel educacional	2,223	0,905	5,460	0,756	0,310	1,796
Grupo etario	1,912	0,754	4,851	1,277	0,487	3.346
Trabajo	0,894	0,365	2,192	1,214	0,488	3,020

	GESTIÓN Y ATENCIÓN			DESARROLLO Y CRECIMIENTO		
	EX (B)	I.C		EX (B)	I.C	
		95% EX(B)	MAX		95% EX (B)	MAX
		MIN		MIN	MAX	
Nacionalidad	0,302	0,120	0,759	1,240	0,582	3,062
Paridad	0,266	0,120	0,702	2,215	0,882	5,564
Nivel educacional	0,935	0,390	2,241	1,747	0,737	4,141
Grupo etario	1,486	0,574	3,845	0,656	0,255	1,691
Trabajo	1,396	0,582	3,348	1,418	0,589	3,413

DISCUSION

La atención en salud bucal a las mujeres embarazadas es una práctica sanitaria que es evaluada por las entidades de salud y tiene una meta sanitaria que abarca el 68% de la población inscrita en los diversos centros de atención primaria a nivel nacional según el Plan Nacional de salud 2018-2030. ⁽⁶⁴⁾

En la Cisterna a partir del año 2016 la meta sanitaria respecto a la cantidad de altas según centro de atención llegan al 71,5% en el CESFAM Eduardo Frei, un 78,6% en el CESFAM Santa Anselma, y a nivel comunal un 75,2% ⁽⁵³⁾ superando los valores establecidos por el MINSAL.

Las metas sanitarias sirven para cumplir los objetivos que plantea el Ministerio de salud, pero a la vez tiene un efecto controversial respecto en los incentivos tanto para el establecimiento, como para sus trabajadores, donde solo evalúa una variable clínica correspondiendo al porcentaje de altas, sin tener noción si el tratamiento fue efectivo a largo plazo y si las acciones que plantean las Guías del MINSAL fueron llevadas a cabo por las entidades de salud. Por lo cual evaluar el nivel de conocimiento nos permite determinar las necesidades que tiene la población en la dimensión de educación en salud, que acude a control odontológico y permite forjar las bases de conocimiento que contribuirán a la familia en un futuro próximo.

La muestra que fue sometida a esta investigación alcanzó un promedio de 28,3 años de edad, y en su mayoría, 59% tiene más de un hijo. Las fuentes laborales para las mujeres en Chile han ido en aumento, debido a mejoras en las condiciones laborales y acceso a educación, en este estudio un 55,4 % trabaja activamente.

La mayoría de las mujeres en las cuales se les aplicó la encuesta, refiere tener un nivel educacional superior, ya sea universitaria o técnica en un 56,3%, pero el resultado de evaluación arroja que el 55% tiene un conocimiento regular en salud oral, similar al estudio realizado en Chile en una clínica privada, donde la 57% refiere educación universitaria, y el 64% de las participantes tiene un nivel regular de conocimiento, donde las madres con un nivel educacional superior o técnico tiene un 4,6% más de

conocimiento que las madres con nivel educacional inferior. ⁽⁵⁹⁾ En México Córdova y Cols, en su investigación realizada en el año 2007 tuvo un resultado similar a esta investigación donde el 66% de la muestra tiene un conocimiento regular ⁽⁶¹⁾, lo mismo ocurre con Rodríguez en el año 2002, el 60% tiene conocimientos moderados. ⁽⁶²⁾

En España, en una investigación integrada por 50 gestantes el nivel de conocimiento regular prevaleció en un 64 % en los primeros trimestres, donde el 65% de las embarazadas que tenían estudios universitarios tenían un conocimiento regular y un 10% bueno. ⁽⁶⁰⁾ En cambio en Perú ^{el} 86% tiene un nivel de conocimiento deficiente en un estudio que integran 407 embarazadas. ⁽⁶⁶⁾

Respecto al estudio de Núñez ⁽⁵⁹⁾ en Chile, donde el 35% de la muestra logra tener un buen conocimiento, esta investigación logra un 42% correspondiendo a 47 embarazadas de distinta nacionalidad, a diferencia con el estudio de Núñez donde no evalúa la variable nacionalidad. A la vez también se puede comparar que las personas que obtienen un conocimiento deficiente en ambos estudios son similares entre un 2% a 3%.

Con lo que refiere a la atención odontológica, la muestra del estudio arrojó que 49 embarazadas se controlan regularmente, representando el 43,8 % de la muestra y solo un 2% no han recibido atención odontológica en ninguna oportunidad. Al analizar el resultado podemos evidenciar que más de la mitad de las embarazadas previo o durante a esta condición acuden al control odontológico por alguna situación de urgencia o de manera irregular, aumentando el riesgo de desarrollar diversas patologías en el transcurso del tiempo, corriendo un riesgo para su salud y la de su hijo. Un estudio realizado en embarazadas entre 18 a 44 años de edad que reciben atención prenatal en un Hospital universitario de Nigeria, reportó que un 33% visitó al dentista durante el embarazo siendo la principal razón dolor 88%. ⁽²⁵⁾ Otro estudio en Australia realizado a 649 mutiparas, el 35 % no fue al odontólogo durante el embarazo, siendo una de las causas los grandes costos que estos tiene, factor que en Chile no ocurre al ser una garantía GES. ⁽⁵³⁾

Un estudio que evalúa conocimientos, actitudes y prácticas en embarazadas de Quito, el 55% de la embarazadas visito por última vez a su dentista en el control prenatal y un 19,6% en los últimos 6 meses. ⁽⁶⁵⁾

Es relevante señalar que muchas veces la visita al odontólogo por parte de la embarazada, depende del conocimiento que puede tener respecto a los beneficios de la garantía de salud, ya que, si no se hace una derivación oportuna por parte de los

profesionales de salud matronas, enfermeros en el control prenatal, la embarazada pierde el beneficio de lograr una correcta salud bucal y de las diversas prestaciones a las cuales se puede ver beneficiada. Un estudio realizado por Sánchez y Cols ⁽¹³⁾ señala que el 87% de las embarazadas apenas conoció su condición, esperan la remisión médica o del enfermero, donde su principal motivación es su salud personal. Otro estudio en Quito ⁽⁶⁵⁾ señala que el 88% de las embarazadas necesita de la indicación de su ginecólogo para ir al odontólogo.

Según el estudio de Núñez ⁽⁵⁹⁾ el 31% de las embarazadas recibieron atención dental, ya sea en el sector privado o público, siendo este último en un 22%. En la comuna de la Cisterna existen 1 box por CESFAM encargados de la atención de las embarazadas, donde luego de ser derivadas por el personal de salud con el odontólogo, se informa el programa y se entrega la notificación. Además, las mujeres al contar con esta garantía y al ser un centro de atención primaria, las prestaciones de especialidad que no pueden ser resueltas en el establecimiento son derivadas al Hospital Barros Luco Trudeau, donde son prioridad en atención.

Según Garbero ⁽²⁵⁾, los pacientes cuando reciben instrucciones de su médico tratante, ya sea en los controles o en el mismo tratamiento, lo realizan sin dificultad, pero si este omite alguna información respecto a alternativas de tratamiento o algún programa al que puede optar, el paciente no realizará la búsqueda de la información para mejorar su salud. Además, en su estudio el 38.3% de las embarazadas tenía la derivación del médico tratante al odontólogo, demostrando lo desinformado por parte de otros profesionales respecto a la importancia del control odontológico durante el transcurso del embarazo.

En su investigación Garbero comparó el nivel de conocimiento, tanto de las mujeres que se recibieron atención dental durante el embarazo y aquella que no recibió atención odontológica, donde ambos grupos tenían un nivel de conocimiento regular, confirmando que la educación por parte del odontólogo, no fue lo suficiente en los grupos atendidos.

El nivel de conocimiento respecto a las variables edad, nivel educacional, paridad, ocupación no resultó estadísticamente significativo. Al análisis bi variado el valor que fue

significativo es la relación entre la nacionalidad y el nivel de conocimiento, donde las embarazadas chilenas tienen un mayor nivel de conocimiento en relación a las extranjeras. También el nivel de conocimiento se vio en aumento en relación con la paridad a medida que aumenta el número de hijos se puede evidenciar un mayor nivel de conocimiento, sin embargo, un 4,54 % de las multíparas tuvo un resultado deficiente. El grupo de las embarazadas chilenas menores de 30 años es donde se concentra la mayor cantidad de un buen desempeño en el instrumento a diferencia del estudio de Núñez, donde a medida que la edad aumentaba, el nivel de conocimiento lo hacía de la misma forma. Este factor se puede asociar al aumento de información disponible, entre los cuales tiene; el cuaderno de maternidad, el cual cuenta con indicaciones en salud oral, principales enfermedades y registro de controles. A diferencia con las madres más adultas cuya información no se encontraba disponible. Además, el acceso a internet donde puede ingresar a la página web, que contiene toda la información del GES y el programa Chile Crece contigo que tiene guías de ayuda relacionados con temas interesantes en salud bucal, etc. También cabe resaltar que en la actualidad los programas de acompañamiento por parte de las enfermeras, matronas, médicos y odontólogos a las embarazadas ha ido en aumento.

Existen otros estudios cuyos cuestionarios estaban compuestos por preguntas por dimensiones, al igual que esta investigación, dentro de estos se encuentra una investigación realizada en Perú en el Hospital Nacional Daniel Carrión, en el cual es cuestionario estaba agrupado principalmente en 4 dimensiones al igual que este estudio en prevención, enfermedades bucales, gestación y atención odontológica y crecimiento o formación dentaria. ⁽⁶²⁾

La dimensión de prevención fue la mejor evaluada, al igual que el estudio de Núñez ⁽⁵⁹⁾, donde el 78,7% de la muestra tuvo mayor cantidad de respuestas correctas. El promedio de respuesta correctas en prevención son 5 de un total de 7. Para saber si realmente esta dimensión fue la mejor evaluada se realizó la estandarización de las dimensiones para poder analizar el resultado y su relación con la media.

En comparación con estudios realizados en Latinoamérica el resultado es superior, pero si bien las embarazadas saben que una mala higiene bucal tiene

consecuencias a nivel de la cavidad oral, no le asignan una importancia o no saben como lograrlo, dando a conocer que la educación en salud oral no es ejercida por el odontólogo.

El nivel de conocimientos sobre salud oral fue regular en alrededor de la mitad de la muestra, siendo concordantes los resultados con los valores reportados para América Latina ⁽⁶⁰⁾, sin embargo, estos valores distan de los resultados que se obtienen en países desarrollados, como Estados Unidos, donde el conocimiento y prevención tienen un mayor enfoque en salud pública. ⁽³⁶⁾ ⁽⁶⁶⁾ ⁽⁵⁹⁾ No obstante, esta investigación obtiene un 42% de embarazadas con buen nivel de conocimiento superior a la investigación realizada por Núñez el año 2011, cuyo porcentaje es 35%. ⁽⁵⁹⁾

En un estudio realizado en Perú, donde se evaluaron 2 centros hospitalarios se observó que solo el 14 % de la muestra estudiada tiene conocimientos sobre los elementos de higiene bucal, y menos del 50 % tiene conocimiento sobre alimentación durante el embarazo y su efecto en los dientes del niño. ⁽⁶⁶⁾

Sobre las principales enfermedades bucales existe un conocimiento regular, donde el promedio de preguntas correctas son 2,56 de un total de 5 preguntas que componen la dimensión, similar a los valores reportados por la investigación de Núñez ⁽⁵⁹⁾ que un 54,4% de la muestra tiene un conocimiento regular. De las personas que obtuvieron un buen conocimiento el 25% lo obtiene en esta dimensión, donde se consideran temas como caries temprana de la infancia, enfermedad periodontal, y caries. Sin embargo, en la actualidad existe el programa CERO, donde se realiza un control clínico a temprana edad y se entrega educación a la madre respecto a alimentación, prácticas y hábitos nocivos que pueden afectar a la salud del bebe pudiendo aumentar el conocimiento en esta área y disminuir la incidencia de caries, pero actualmente no se cuenta con evidencia científica en relación al impacto que ha tenido el programa debido a que es reciente.

La tercera dimensión las preguntas se encontraron enfocadas a conceptos de alimentación, creencias y atención odontológica durante el embarazo y en el niño, donde el promedio corresponde a 3,76 de un total de 6 preguntas, donde el puntaje más inferior fue de 2 preguntas correctas.

Las preguntas peor evaluadas son respecto a la atención odontológica, donde un 69% de la muestra desconoce cuando se puede recibir odontológica segura; y la segunda es respecto a la atención odontológica del niño, en la cual el 56% no sabe en que etapa debe acudir con su hijo a control odontológico. Ambas preguntas tienen el mismo resultado en el estudio en la clínica privada en Santiago ⁽⁵⁹⁾, donde el 38% respondió correctamente respecto a la atención odontológica segura durante el embarazo y un 18% contestó acertadamente en relación a la edad en que el niño debe ir a control odontológico.

Al analizar este resultado podemos inferir la falta de comunicación entre los profesionales de salud y a la vez del odontólogo tratante con el paciente, donde se debe indicar que posterior a la finalización del GES, debe acudir con su hijo a un control odontológico y a la vez utilizar los minutos de atención en orientar a la madre en los cuidados de salud bucal de su hijo. Garbero y cols ⁽²⁵⁾ propone a los profesionales odontólogos tener una comunicación más fluida y directa con todos los profesionales de la salud y un trabajo comunitario de promoción y educación para la salud.

Lo positivo de los resultados de esta dimensión es que han disminuido las creencias respecto a los efectos adversos que tiene el embarazo en la salud bucal, como el uso de los anestésicos, uso de radiografía, descalcificación y pérdida dentaria, que fueron señalados al principio de la investigación.

La última dimensión corresponde a desarrollo y crecimiento, en la cual las preguntas se enfocaron en la dentición temporal. Esta es la dimensión que fue la peor evaluada con un promedio de 1 respuesta correcta de un total de 4, y los resultados bajo la media según el puntaje global y la estandarización de las dimensiones. En el estudio de Núñez ⁽⁵⁹⁾, donde se aplicó el mismo instrumento el 30% logro respuestas correctas. Otro estudio en Perú esta dimensión el 94% de las embarazadas tiene un conocimiento malo ⁽⁶⁶⁾. La poca cantidad de información asociada a la práctica más bien clínica hace de que las embarazadas desconocen cuantos dientes temporales tendrá su hijo, solo el 16 % de la muestra respondió de forma correcta, valor que en la investigación de Núñez es un 8%. En cambio, el 50% de las embarazadas sabe cuando erupcionan los dientes de su bebe, resultado que es positivo, ya que es superior a los valores reportados por otros estudios

en Chile y a la vez permite a la madre tener un mayor control respecto a las distintas alteraciones que pueden sufrir los dientes con una alimentación inadecuada, el uso de medicamentos e patologías.

CONCLUSION

Las embarazadas estudiadas corresponden a una población joven, con más de un hijo en alrededor del 50% de ellas. Las embarazadas muestran un nivel regular de conocimientos en salud oral, similares reportes de la literatura para países de América Latina. Ahora bien, considerando que la migración es un fenómeno creciente en el país, destaca el menor nivel de conocimientos en las inmigrantes como un problema de salud a resolver, lo que justifica avanzar en obtener información acerca de características más específicas de las familias que están migrando, y contrastarlas con las familias nacionales, como, por ejemplo: escolaridad materna, percepciones frente al embarazo adolescente, frecuencia de familias extendidas, calidad del cuidado de salud.

También cabe señalar que dentro de la investigación a evaluar la nacionalidad se registró los países Perú, Haití, Colombia y Chile, pero no se consideró el fenómeno de la inmigración venezolana que puede ser parte del 51% que no se identificó con los países señalados anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

1. Fuentes R, Oporto G, Bustos L. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av. Odontoestomatol* .2009; 25(3): 147-154.
2. Chacón A, Gutiérrez A, Montañez J, Villamizar A, Pieschacón A, Camargo D. Factores de riesgo a caries y enfermedad periodontal en mujeres gestantes. *Memorias XII y II Encuentro nacional de investigación odontológica*. 2001 Oct. Cali, Colombia: División de investigación ACFO-Escuela de Odontología, Universidad del Valle; 2001.
3. Díaz M, Castellanos J. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med. oral patol. oral cir bucal* 2004; 9(5): 430-437. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000500009&lng=es
4. MINSAL. Guía clínica atención odontológica integral de la embarazada. Santiago, Chile, Ministerio de salud, 2013.
5. Jiménez GM, Méndez N. Creencia y hábitos alimentarios durante el periodo de embarazo y lactancia de mujeres de aldeas del departamento de Chiquimula, Guatemala, beneficiadas por el Instituto Bensons. Disponible en: <http://www.bensoninstitute.org/Publication/RELAN/V14/V142/Creencias.htm>.
6. Rengifo, H, Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev. Fac.Odontol. Univ. Antioq.*, 20 (2):171-8,2009

7. Coombes Y, McPherson K. Review of health related models of behavior change: a report prepared for the department of health in England-London: health promotion sciences unit of London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.
8. Cabrera G, Tascón J, Lucumi D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Fac Nac Salud Pública 2001; 19(1): 91-101.
9. Márquez I. Conceptos actuales sobre infección periodontal en infante prematuro de bajo peso. Perinatal Reprod Hum 2009 Abril;23(2):74-81
10. Almarales, C. & Llerandi, Y. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev. Cubana Estomatol., 45(2):0-0, 2008.
11. Cartes, R.; Mardones, S. & Paredes, C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. Rev. Chil. Salud Pública, 13(3):136-42, 2009.
12. Nota informativa N° 318. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental (internet). WHO.2012.
13. Sánchez R, Cadenas J. Factores que limitan el acceso de las embarazadas al tratamiento estomatológico. Rev. Med. Electrón. 2011 Oct; 33(5):575-587
Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000500002&lng=es
14. Hernández C. Causas del abandono o no inicio del tratamiento estomatológico en embarazadas. Rev Cienc Med Camagüey. 1989; 5(2):99-107.
15. De la Fuente, J.; Sumano, O: Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ. Odontol., 29(63):83-92, 2010
16. Bennadi, D. & Reddy, C. V. K. Oral health related quality of life. J. Int. Soc. Prev. Community Dent., 3(1):1-6, 2013

17. Díaz C, Casas I. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.* 2017 Abr; 11(1): 31-39.
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>.
18. Caglayan F, Altun O, Miloglu O. Correlation between oral health-related quality of life and oral disorders in a Turkish patient population. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 14(11):e573-8, 2009
19. Botello M, Matthews A, Level of oral health impacts among patients participating in PEARL: a dental practice-based research network. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 40(4):332-42, 2012
20. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología. II Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>
21. Franco A, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2009; 15(2): 78-90.
22. Palomer L. Inequidades en salud bucal: Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta bioeth.* 2016 Nov; 22(2):315-319.
Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2016000200018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200018>.
23. Bouza M, Martínez J, Carmenate Y. El embarazo y la salud bucal. *Rev. Med. Electrón.* 2016 Ago.; 38(4):628-634.
Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242016000400013&lng=es
24. Kothiwale S, Panwar V. Poor periodontal health of pregnant women as a risk factor for preterm and low birth weight. *Indian J. Dent.* octubre de 2011; 2 (4):129-33.

25. Garbero, I. & Delgado A. Oral health in pregnant: knowledge ant attitudes. Acta Odontol.43 (2):135-40, 2005.
26. Sosa M, Salas A. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Guías prácticas de estomatología (Internet). La Habana: Editorial ciencias médicas ;2003
27. Dobarganes M, Lima M, López N, Pérez R. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. AMC. 2011 Jun; 15(3):528-541.
Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552011000300010&lng=es
28. Hernández Y, Olivera L. Enfermedad periodontal y propuesta de un método educativo sanitario en un grupo de embarazadas. Rev Cien Med La Habana. 2007 13(1).
Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_1_07/hab06107.htm
29. Murrieta J, Juárez L, Linares C, Zurita V. Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene bucal y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Bol Med Hosp Infant Mex. 2004; 61(1).
Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166511462004000100006&script=sci_arttext&tlng=en
30. Offenbacher S, Lief S, Boggess KA, Murtha AP. Maternal Periodontitis and Prematurity. Part I: Obstetric Outcome of Prematurity and Growth Restriction. Annals of Periodontology 2001; 1(6):164-74
31. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lief S, McKaig RG. Progressive Periodontal Disease and Risk of Very Preterm Delivery. Obstetrics & Gynecology 2006; 107:29-36.
32. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG 2006; 113 (2):135-43.

33. Jeffcoat M, Hauth, J, Geurs N. Periodontal disease and preterm birth. Results of a pilot intervention study. *Journal of Periodontology* 2003; 74:1214-8.
34. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med* 2006, 2; 355 (18):1885-94.
35. Norambuena P, Palma I. Necesidad de tratamiento periodontal en embarazadas, frutillar, Chile, 2015. *Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2016; 9(2): 121-124.
36. Córdova J, Bulnes R. Nivel de conocimientos sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. *Horizonte sanitario.* 2007; 6(2):18-25.
37. Corsini G, Zaror C. Uso de modelos epidemiológicos para estimar la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas chilenas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2012 Ago.; 5 (2): 74-77. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072012000200004&Ing=es.
38. Pérez C, Betancourt M, Espeso N. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Rev Cubana Estomatol.* 2011 Jun; 48(2):104-112. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200002&Ing=es.
39. Yero M, García M. Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. *Consultorio La California.* 2012. *Gac Méd Espirit* 2013 Abr 15 (1): 20-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100004&Ing=es.
40. Palma C. Embarazo y salud oral. *Odonto Pediatr.* 2009;17(1):1-5
41. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 412 de 2000 (febrero 25): Por lo cual se establecen distintas actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatoria cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

42. Lindhe J, Niklaus P, Karring T. Peridontología Clínica e implantología Odontológica. 4 ed. Bogotá : Panamericana ;2008.1096p
43. Yassin S, Alonso A., García M, Pérez R Enfermedad periodontal y resultados adversos del embarazo: revisión de la literatura. Parte II. Avances en Periodoncia. 2016 Dic; 28(3):137-145.
Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16996585201600030004&lng=es.
44. Silk H, Douglass A, Douglass J, Silk L. Oral health during pregnancy. Am. Fam. Physician; Abril.2008; 77 (8):1139-44.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care. American Academy of Pediatric Dentistry; 2011. Disponible en :
http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf
46. Vergnes J, Kaminski M, Lelong N. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. 99 GPC Salud oral integral de la embarazada, 2013 – Ministerio de Salud Plos One. 2012; 7 (5): e33296.
47. Raber J, Van Steenberg T, Van der Velden U. Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: clinical, endocrinological, and 101 GPC Salud oral integral de la embarazada, 2013 – Ministerio de Salud microbiological aspects. J. Clin. Periodontol. Septiembre: 1994;21(8):549-58
48. El Futuro de los niños es siempre hoy. Propuestas del consejo asesor presidencial para las reformas de las políticas de la infancia. Junio 2006. Disponible en:
http://www.oie.es/inicial/futuro_ninos_siempre_hoy_chile.pdf.
49. Atalah E, Cordero M, Guerra M. Monitoreo de los indicadores del Programa "Chile Crece Contigo" 2008-2011. Rev. chil. pediatri.; octubre 2014: 85(5): 569-577.
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000500007>

50. Hartnett E, Haber J. Oral Health in Pregnancy. *AJOG*. 2016; 45(4):565-573.
51. Urrutia M, Villegas N, Poupin L. Garantías explícitas en salud: conocimiento y fuentes de información en un grupo de mujeres del programa auge cáncer cérvico uterino. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2010; 75(4): 221-226.
Disponibile en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000400002>.
52. Página web: <https://www.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-salud-bucal/>
53. Diagnóstico en salud comuna de la Cisterna 2016. Tomo I
54. Programa CERO. Orientación técnico administrativa población en control con enfoque de riesgo. División de Atención Primaria, Unidad Odontológica. MINSAL. 2018
55. Gushulak B. Macpherson D. Globalization of infectious Diseases: The impact Of migration. *CID* 2004; 38:1742-8
56. Vásquez R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Rev. chil. pediatr.* Abril 2009; 80(2): 161-167.
Disponibile en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200009&lng=es.
57. Jansà M. García P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* Agosto 2004; 18(4): 207-213.
Disponibile en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400033&lng=es.
58. Vásquez R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Rev. chil. pediatr.* Agosto 2012; 83(4): 366-370.
Disponibile en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000400007&lng=es.

59. Núñez J, Moya P. Nivel de conocimientos de salud oral y utilización de Ges odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. *Int.J.Odontostomat.* 2013; 7(1):39-46.
60. Aguilar M, Rivero T. Conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas. Revisión sistemática. *JONNPR.* 2018; 3(3):202-214.
61. Córdova J, Bulnes R. Nivel de conocimientos sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la mujer Villahermosa. *Horizonte sanitario.* 2007 aug;6 (2):18-25
62. Rodríguez M. Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel Carrión. *Rev.SISBIB.* 2002;(1):126.
63. Castro R, Victoria J. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en gestantes que acuden al centro de obras sociales “Maternidad de María” distrito de Chimbote, Provincia de la Santa, Región Ancash. *JONNPR.* 2018; 3(3):159-249.
64. Plan nacional de salud bucal “2018-2030”. Departamento de salud bucal. División de prevención y control de enfermedades. Ministerio de salud Gobierno de Chile. 2017.
65. Arias C, Orozco F. Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo, de mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. *Odontoinvestigación.* 2017;3(1): 1-17.
66. Sotomayor J, Reyes S, Ochoa T. Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. *Odontol. Sanmarquina* 2012; 15(1):10-13. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2821>

ANEXO 1

Santiago, abril, 2018.

Director de Salud.

Centros de atención primaria. CESFAM Santa Anselma, CESFAM Eduardo Frei Montalva, Centro comunitario de atención familiar.
Comuna La Cisterna

Estimado Director.

Mi nombre es José Cristóbal Piñeda Galaz, alumno de 6° año de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae, y el motivo de esta carta es para señalar mi interés para realizar un trabajo de investigación sobre la evaluación del nivel de conocimiento de las embarazadas en comuna de La Cisterna, requisito para optar al título profesional de cirujano dentista.

Dicha investigación tiene como objetivo la evaluación del nivel de conocimiento de las embarazadas en la comuna de la Cisterna durante el 2018. Se requiere de la aplicación de un cuestionario autogestionado en idioma español, que, en forma completamente voluntaria y anónima, deberán responder las participantes. Los resultados constituirán un aporte tanto a la evidencia científica como a la comuna, pudiendo constituir un insumo para elaborar proyectos educativos acordes a las necesidades de las embarazadas de la comuna.

El protocolo de este trabajo de investigación contará con la aprobación del comité de ética de la Universidad Finis Terrae.

Esperando poder contar con su apoyo, se agradece su colaboración se despide atentamente

José Cristóbal Piñeda Galaz

Rut: 18.750.864-9

Alumno 6 ° año Facultad de odontología

Universidad FinisTerra



ANEXO 2

“Nivel de conocimientos en salud oral en embarazadas. Comuna de la Cisterna, Región metropolitana, Chile, año 2018”

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y encierre en un círculo la respuesta que usted estime correcta o se acerca a su realidad. Sólo debe marcar una respuesta.

SU EDAD EN AÑOS ES:	NUMERO DE EMBARAZOS	NACIONALIDAD	NIVEL EDUCACIONAL
	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto o más	1. Chileno 2. Haitiano 3. Colombiano 4. Peruano 5. Otro _____	1. Sin estudios 2. Básica completa o incompleta 3. Enseñanza Media completa o incompleta 4. Técnica 5. Universitaria Otro
	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD LABORAL	ACCESO ATENCION DENTAL PREVIA

	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Separada o divorciada Otro	1. Sin trabajo actual 2. Dueña de casa 3. Trabajadora dependiente 4. Trabajadora independiente Otro	1. Si, me controlo regularmente con el dentista 2. Sólo en ocasiones y por urgencia dental 3. No he recibido atenciones dentales
--	---	---	--

1. ¿Ha recibido atención dental por GES o AUGE estando embarazada?		
a. Si		b. no
2. Si tu respuesta es "SI", Ud. se atendió en :		
a. Sistema público (consultorio)	b. Sistema Privado (clínica particular)	c. No recuerda
3. ¿Cree Ud. Que la alimentación llevada durante el embarazo afectara los dientes de su hijo?		
a. Si		b. no
4. Principalmente ¿Cuándo debo cepillarme los dientes?		
a. Antes del desayuno		b. Antes y después de cada comida
c. Después del desayuno		d. Antes de acostarse
5. ¿considera al flúor importante para los dientes de su hijo?		
a. Si		b. No
6. ¿Lavaría las encías de su bebe antes que salgan sus dientes?		
a. Si		b. No
7. ¿Usted pondría a dormir a su hijo tomando mamadera?		
a. Si		b. No
8. ¿Cuál considera usted que son medidas preventivas en salud bucal?		
a. Dulces, cepillo, pasta dental	b. Flúor, pasta dental, leche	c. Cepillo, hilo dental, sellantes
9. ¿Cree usted que si su hijo se succiona el dedo, chupete, mamadera u otras cosas afectaría su dentición?		
a. Si		b. No

10. ¿a qué edad considera usted que debe llevar por primera vez a su hijo al dentista?	
a. Al erupcionar su primer diente	b. Cuando tenga edad suficiente
c. Cuando le duela algún diente	d. Cuando le salgan todos sus dientes
11. La placa Bacteriana es:	
a. Restos de dulces y comida en la boca	b. Manchas blanquecinas en los dientes
c. Restos de alimentos y microorganismos	d. No se o no recuerdo.
12. La caries del biberón es :	
a. Una enfermedad causada por el consumo de dulces	b. Una enfermedad que afecta a los dientes de leche
c. Una enfermedad causada por la falta de aseo	d. No se o no recuerdo
13. Considera usted que ¿la caries es una enfermedad infecciosa?	
a. Si	b. No
14. ¿Considera cierto que, por cada embarazo, la madre pierde un diente?	
a. Si	b. No
15. ¿sabe cuántos tipos de dentición tendrá su hijo (a)?	
a. 1	b. 2
c. 3	d. No se o no recuerdo
16. ¿La gingivitis es?	
a. Inflamación de los dientes	b. La enfermedad de las encías
c. Inflamación del labio	d. No se o no recuerdo
17. ¿La enfermedad periodontal es?	
a. Heridas en la boca	b. Una enfermedad en las encías
c. Pigmentación de los dientes	d. No se o no recuerdo
18. ¿Considera que los fármacos utilizados durante el embarazo pueden afectar los dientes de su hijo?	
a. Si	b. No
19. ¿considera usted que tomarse radiografías dentales con protección contra los	

rayos durante el embarazo puede afectar la salud de su hijo?	
a. Si	b. No
20. ¿considera usted que el uso de anestésicos locales durante el embarazo puede afectar la salud bucal de su hijo?	
a. Si	b. No
21. ¿En qué periodo del embarazo se puede recibir atención odontológica segura?	
a. Entre el 1° y el 3° trimestre	b. Entre el 3° trimestre y el 6° mes
c. Entre el 6° y el 9° mes	d. No se
22. ¿sabe cuándo empiezan a formarse los dientes de su hijo?	
a. A las 6 semanas de embarazo	b. A los 6 meses de embarazo
c. A los 6 meses de nacido	d. No se o no recuerdo
23. ¿sabe cuántos dientes de leche tendrá su hijo?	
a. 10	b.20
b. 24	c. No se o no recuerdo
24. ¿Sabe cuándo erupcionan los dientes de su hijo?	
a. A los 3 meses después de nacer	b. A los 6 meses de nacido
c. Al año de nacido	d. No se o no recuerdo
25. ¿Se ha realizado alguna vez una extracción dental?	
a. Si	b. No
26. ¿Recuerda el motivo porque se extrajo el diente?	
a. Dolor	b. Traumatismo
c. Movilidad del diente	D. otra causa



"Nivo konesans sou sante bikal nan fanm ansent nan pwogram GES la, nan komin Cisterna, rejyon, metwopoliten nan, Chili, ane 2018"



ENSTRUKSYON YO: a

Li ak atansyon chak kesyon ki nan kesyonè a epi fè yon won nan repons ke ou kwè ki kòrèk la oswa ki rapwoche ak reyalitè a. Sèlman ou dwe make yon repons.

Laj:	KANTITE GWOSÈS	NASYONALITE	NIVO EDIKASYON
	1. premye 2. dezyèm 3. twazyèm 4. Katyèm de oswa plis	1. Chilyen 2. Ayisyen 3. Kolonbyen 4. Pewouvyen 5. Lòt _____	1. San etid 2. Primè konplè 3. Etid Segondè 4. Teknik 5. Inivèsite 6. Lòt

KONDISYON MATRIMONYAL	TRAVAY AKTIVITE	AKSÈ NAN SWEN DANTÈ
1. Sèl 2. Marye 3. Plasaj 4. Separe oswa divòse 5. Lòt	1. San travay aktyèl 2. Metrès kay 3. Travayèz depanndan 4. Travayèz endepandan 5. Lòt	1. Wi m', mwen tcheke regilyèman kay dantis 2. Se sèlman detanzantan ak pou ijans dantè 3. Mwen pa te resevwa swen dantè
1. Ou te resevwa swen dan nan pwogram GES oswa AUGÈ a pandan ou ansent?		
a. Wi		b. Non

2. Si nou reponn se "WI", ou te ale nan		
a. yon sistèm piblik (biwo)	b. sistèm pwive (klinik).	c. Ou pa sonje



3. Prensipalman kiè mwen dwe bwose dan mwen yo	
a. Anvan dejene a	b. Anvan ak aprè chak manje
c. Aprè dejene a	d. Anvan al dòmi

4. ¿Ou kwè ke alimentasyon ou pandan gwosès lan pral afekte dan piti ou a?	
a. Wi	b. non

5. ¿Èske ou konsidere fliyò enpòtan pou dan piti ou a?	
a. wi	b. non

6. ¿Ou panse lave jansiv tibebe w lan anvan ti dan li yo parèt?	
a. wi	b. non

8. ¿Kisa ou konsidere nan lis sa yo sante sewòm prévention?		
a. Bonbons, bwòs dan, bwòsadan, pat.	b. Fliyòrid, pat, lèt.	c. Brose, dan, étanchéité.

7. ¿Ou ta mete piti ou an dòmi ak bibon?	
a. Wi	b. non

9. ¿Ou panse ke si piti ou an souse dwèt sousèt, bibon oubyen lòt bagay ka afekte dantasyon li; fè dan?	
a. wi	b. non

10. ¿a ki laj ou konsidere ke w ta dwe mennen piti ou nan dantis, pou premye fwa?	
a. Lè premye dan li parèt	b. Lè li ase gran pou sa
c. Lè li gen yon dan fè mal	d. Lè li gen tout dan li

11. Plak bakteryèn nan se:	
a. Maladi akòz moun ki manje anpil bagay dous	b. Tach blan sou dan
c. Rèz manje ak Micro-organismes nan bouch	d. Pa konnen, pa sonje



12. Kari dantè nan bbon an se.	
a. Yon sèl maladi ki koze pa konsomasyon anpil bagay dous	b. Yon sèl maladi ki afekte dan
c. Yon maladi ki koze pa mank de netwayaj kò	d. Pa konnen pa sonje

13. ¿Èske w konnen ki kantite kalite dan piti ou an genyen?	
a. 1	b. 2
c. 3	d. Pa konnen pa sonje

14. ¿Ou kwè ke kari dantè a se yon maladi atrapan?	
a. wi	b. non

15. ¿Èske ou konsidere sa vre ke pou chak gwosès, manman an pèdi yon dan?	
a. wi	b. non

16. ¿Jansiv anfle/senye se?	
a. Enflamasyon dan yo	b. b maladi jansiv la
c. enflamasyon clang nan bouch	d. Pa ou, ni mwen pa sonje

17. Maladi parodyal la se/ oswa maladi jansiv se?	
a. blesi nan bouch	b. b yon maladi jansiv
c. Dan ak tach	d. Pa konnen pa sonje

18. ¿ Èske ou kwè ke remèf ke ou te itilize pandan gwosès lan kapab afekte dan piti ou a?	
a. wi	b. non

19. ¿ Èske ou konsidere fè radyografi pou dan ak pwoteksyon kont reyon x pandan gwosès lan kapab afekte piti ou?	
a. wi	b. Non

20. ¿ Èske ou konsidere ke itilizeasyon anestez lokal pandan gwosès lan kapab afekte sante dan piti ou a?	
a. Si	b. non



21. ¿Nan ki peryòd pandan gwosès la ou kapab resevwa swen dan an sekirite?:	
a. yon ant 1 ^o ak 3èm sezon	b. ant 3èm mwa ak 6èm nan
c. Ant 6èm ak 9 èm mwa.	d. mwen pa konnen

22. ¿Èske w konnen kilè dan pitit ou a kòmanse kreye?	
a. nan 6 semèn gwosès la	b. 6 mwa gwosès
c. Nan 6 mwa nesans	d. Pa konnen, ni mwen pa sonje

23. ¿Èske w konnen konbyen ti dan pitit ou an ap genyen?	
a. 10	b. 20
c. 24	d. Pa konnen oubyen mwen pa sonje

24. Èske w konnen lè dan pitit ou a eklate?	
a. Sou 3 mwa apre akouchman	b. Nan 6 mwa nesans
c. Panda yon ane	d. Pa konnen oubyen mwen pa sonje

25. ¿Èske ou te rache dan panda laj adilt ou?	
a. wi	b. Non

26. ¿Ou Sonje pou ki motif ou te rache dan sa ?	
a. doulè	b. chòk
c. a dan souke	d. lòt koz



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, o no en una investigación, y si es el caso, para autorizar el uso de información personal.

Lea cuidadosamente este documento, puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador y tomarse el tiempo necesario para decidir.

Nombre del Estudio:	NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS EMBARAZADAS DE LA COMUNA DE LA CISTERNA, CHILE. 2018.
<i>Investigador Responsable:</i>	Dra. Patricia Moya R. Drapatriciamoya @yahoo.com +56993595419
<i>Unidad Académica:</i>	SALUD PUBLICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD FINIS TERRAE

Usted ha sido invitada a participar en un estudio de investigación que reúne al grupo de embarazadas participantes del programa de garantía Explicita en Salud (GES) “Atención odontológica integral” en la comuna de La Cisterna, cuyo objetivo es **identificar el nivel de conocimientos en salud oral de la embarazada atendida por GES de la comuna de La Cisterna.**

La investigación consiste en la aplicación de un cuestionario con preguntas referentes a sus conocimientos sobre salud oral y que va adjunto a este documento. Las respuestas obtenidas serán analizadas e incluidas en el estudio, omitiendo sus datos personales.

Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación de salud, sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más acerca del grado de conocimientos en salud oral de las pacientes embarazadas atendidas con cobertura GES odontológico en el servicio público, con el fin de contribuir en estrategias que beneficien su salud oral y la de su bebé.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su identidad no será publicada. Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como paciente de esta institución y no se verá afectada la calidad de la atención de salud que merece.

Si usted retira su consentimiento, sus respuestas serán eliminadas y la información obtenida no será utilizada.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación Odontológica puede contactar o llamar a **Dra. Patricia Moya R**, Investigador Responsable del estudio, al teléfono +56996595419.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: cec@uft.cl del Comité Ético Científico, para que la encargada Pilar Busquets Losada, lo derive a la persona más adecuada y de respuesta a sus requerimientos.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Se me ha explicado y comprendo el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo. No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante la investigación y que pueda tener importancia directa para mí.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

Firma de participante

Nombre:

Fecha:

KONSANTMAN ENFÒM

"Nivo konesans nan kesyon sante dantè pou fanm ansent nan pwogram GES Komün Cisterna, nan Rejyon Metwopolitèn, Chili, 2018."

Travay envestigasyon
Fakilte odontoloji nan Inivèsite Finis Terrae.
Pwofesè gid Dra. Patricia Moya
Sate Piblik

Ou te envite pou patisipe nan yon etid rechèch ki rasanble gwoup patisipan fanm ansent nan pwogram garanti Eksplisit nan Sante (GES)

" swen dantè konplè" nan komün Cisterna a, e ki gen pou objektif pou idantifye nivo konesans fanm ansent ki resevwa swen nan GES la genyen nan sante nan bouch, nan fason pou kontribye nan estrateji ki benefisye sante nan bouch ou ak tibebe w la.

Rechèch la enplike aplikasyon yon kesyonè konsènan konesans yo nan sante nan bouch epi li se tache ak dokiman sa a. Repons yo jwenn yo pral analize ak enkli nan etid la, san divilgasyon enfòmasyon pèsònèl ou.

Patisipasyon ou nan rechèch sa a konplètman volontè, pa gen okenn risk pou sante ou, oswa depans asosye ak sa.

Ou gen dwa pou refize patisipe oswa retire konsantman ou e kanpe sou envestigasyon an nan moman ou jije ke li apwopriye pou fè sa. Nan fè sa, ou pap pèdi ankenn dwa ke ou genyen kòm yon pasyan nan enstitisyon sa a epi sa pa pral afekte bon jan kalite atansyon nan swen sante ou ap resevwa. Si ou anile konsantman ou, repons ou yo pral elimine epi yo pa pral itilize enfòmasyon yo jwenn lan pou pou etid sa a.

Mwen
menm _____

RUT _____ nan dat _____ / _____ / _____.

Mwen deklare ke yo te eksplike e mwen konprann objektif envestigasyon sa a, risk yo, avantaj yo ak dwa yo ke mwen ap patisipe epi mwen ka retire li nan moman mwen vle. Mwen siyen dokiman sa a volontèman, san yo pa fòse m

Siyati patisipan an

ANEXO 4

REMEDIAL DIRIGIDO COMITÉ DE ÉTICA UNIVERSIDAD FINIS TERRAE.

Investigación de “Nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas, comuna de la Cisterna, Chile, 2018”

Alumno José Cristóbal Piñeda Galaz
Facultad de odontología.

Estimada Pilar Busquets Losada

Presidenta del comité de ético Universidad Finis Terrae:

Me dirijo como autor del proyecto de investigación Nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas de la comuna de la Cisterna, Chile, 2018, con el apoyo de mi tutor Doctora Patricia Moya, para realizar la argumentación y cambios correspondientes a la resolución N°30/2018 entregada a la Facultad el día 28 de junio del presente año.

Dentro de las observaciones se plantean las siguientes, con sus respectivas aclaraciones y modificaciones:

- 1. Pareciera ser que el título de la investigación, no se condice con el instrumento escogido, pues este no mide conocimiento, sino, más bien es un test de conocimientos.**

El título principal del anteproyecto fue modificado por el segundo revisor por parte de la Facultad, el cual originalmente era nivel de conocimiento en salud oral de las embarazadas inscritas en el programa GES, de la comuna de la Cisterna, 2018”, donde la sugerencia fue eliminar la palabra GES e integrar la palabra centros de salud de la comuna.

Según una revisión sistemática respecto al conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas (Aguilar M , 2018), señala que la gran mayoría de los estudios que se llevaron a cabo son mediante la aplicación de encuestas o cuestionarios no validados, en los que principalmente las interrogantes comprendían medidas de higiene oral de la gestante, conocimiento de la gestante sobre la higiene oral de la cavidad oral del bebe entre otros, siendo similar al cuestionario presentado a la comisión. Por lo tanto, consideramos que el título es atingente al instrumento que se utilizara para responder a nuestra pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de conocimientos de las embarazadas de la comuna de la Cisterna?

- 2. Se sugiere revisar el objetivo específico N°2, puesto que es anterior al objetivo de esta investigación (“determinar el grado de fiabilidad del cuestionario de conocimientos de salud oral en embarazadas, en la comuna de la Cisterna”)**

Este objetivo específico será eliminado, debido a que para hacer efectivo el cuestionario previamente es contraproducente determinar la fiabilidad en caso de ser un instrumento erróneo, considerándose un error en la medición de la investigación.

3. En relación al instrumento

- **se encuentra validado en Perú, España, pero no en Chile; justifique su elección:**

Se escogió este instrumento debido a que fue utilizado por una investigación realizada en Chile para conocer el nivel de conocimientos de salud oral y la utilización del GES odontológico en 200 puérperas atendidas en el servicio integral de la mujer de una clínica privada, del sector norte de Santiago de Chile durante el 2011.

Se decidió mantener el instrumento, con el fin de realizar el diagnóstico donde se concentra la mayor cantidad de atención odontológica que es el sector público a través del programa GES de atención odontológica a la embarazada (72% de las prestaciones a nivel nacional).

Este instrumento surge de la construcción de tres instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres /cuidadores de niños/as de 0-5 años de estrato socioeconómico bajo, con el fin de evaluar su confiabilidad por medio del análisis de sus ITEM y consistencia interna. (Martignon et, al 2008), se utilizó el coeficiente Alfa de Cron Bach siendo este confiable con un resultado de 0.82-0.80 y 0.62, siendo este último menos confiable, para ser luego rediseñado con el fin de contribuir a futuras investigaciones.

En Chile, previo a la aplicación del cuestionario se realizó un estudio piloto en 12 puérperas, con el objetivo de detectar problemas en el vocabulario y conceptos, ya que este instrumento se encuentra validado para personas con habla hispana, por lo tanto, este instrumento se puede implementar sin restricción alguna para personas de habla hispana, como lo es en el caso de la población chilena.

- **Impresiona que muchas de las preguntas inducen a respuestas relacionadas con la habilitación social más que el dominio del conocimiento.**

Dentro de las preguntas, se debe integrar preguntas de carácter social para conocer a la población participante de este estudio. Esto no influye en el resultado del nivel de conocimientos, ya que no son parte del puntaje del cuestionario que clasifica el nivel de conocimiento en, bajo, regular o bueno. Además, en la misma investigación realizada en Chile, se encuentran como variables la paridad, nivel educacional, edad, ocupación, agregando en la nueva aplicación del instrumento la Nacionalidad.

- **Al parecer, se hizo una adaptación, a juzgar por la pregunta 1: “Ha recibido atención dental por GES o AUGE”. Si es así sería adecuado señalarla.**

Se menciona la palabra GES, y AUGE, ya que esta prestación de atención odontológica a las embarazadas surge con el nombre GES a partir de julio del 2010, siendo contemplada en el régimen general de garantías en salud, por lo tanto, las mujeres que fueron madres posteriores a este año conocen este concepto en caso de que hayan recibido alguna atención odontológica posterior a esa fecha.

AUGE corresponde a el plan de acceso universal a garantías explícitas en salud, actualmente conocido como régimen general de garantías en salud (GES), el cual es un programa integral de salud que prioriza a un grupo de 80 patologías, y garantiza en todas ellas acceso a tratamientos oportunos, de calidad, y protección financiera, encontrándose dentro de estos la atención odontológica integral a la embarazada.

Es por esto que es importante plantear ambos nombres, debido a que existen profesionales que lo mencionan como GES o AUGE siendo este el mismo concepto con sus respectivos beneficios para el usuario.

▪ **Con respecto a la traducción en creole ¿Quién y cómo se realizó?**

El objetivo de la encuesta en creole es que el idioma no sea un criterio de exclusión de la investigación, sino que todas aquellas embarazadas inscritas en el programas GES puedan ser partícipe de la investigación, por eso se solicitó la ayuda de Djimy Delice egresado de Antropología de la Universite d'Etat d'Haiti y sociología de la Universidad Arcis, quien posee el dominio del Francés, creole y Español, y reside en Chile desde el 2010, siendo traductor en diversos centros de atención pública.

Se enviaron los documentos de consentimiento informado y cuestionario en formato digital, quien realizó la traducción pertinente de los archivos en forma voluntaria, con el objetivo de cooperar con la investigación.



RESOLUCIÓN N°30/2018

Santiago, 9 de julio de 2018

Vistos, y considerando la revisión a cargo de los miembros del Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae, de los remediales propuestos para el proyecto titulado **“Nivel de conocimientos en salud oral de las embarazadas. Comuna de la Cisterna, Chile, 2018”** de Cristóbal Piñeda, el valor social, los objetivos de la investigación, su marco teórico y metodología, ya han sido valorados positivamente por la comisión evaluadora, calificándolo como **aprobado**.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink is written over a circular stamp. The stamp has a double border and contains the text 'UNIVERSIDAD FINIS TERRAE' at the top, 'COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO' in the center, and 'UNIVERSIDAD FINIS TERRAE' at the bottom.

Pilar Busquets Losada
Presidente Comité Ético-Científico
Universidad Finis Terrae