



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE CARIES DENTAL EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS POR GES “SALUD ORAL
INTEGRAL”, EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN
PRIMARIA, COMUNA DE PUNITAQUI, IV REGIÓN DE
COQUIMBO, AÑO 2013.**

ROMMY LORENA MARGARITA TRAEGER GALLARDO

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

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya

Santiago, Chile

2014.

Agradecimientos

En especial a mi Padre, Madre, Hermana y Esposo por el apoyo incondicional brindado a lo largo de los años.

A Dra. Patricia Moya por su incondicional apoyo y su constante interés en la elaboración de mi tesis; quien estuvo siempre dispuesta a disipar dudas.

A Dra. Exy Gonzales y Dra. Karina Aldana del CES de la Comuna de Punitaqui, por estar siempre dispuestas a colaborar; como también al equipo del Módulo Dental Srta. Betsie Troncoso y Srta. Leslie Duarte, por hacer de mi internado una grata experiencia.

Resumen

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el estado de salud bucal de la madre influye en bienestar y en el riesgo de desarrollar caries tempranas en los niños, a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales. Esto permitió dar mayor urgencia en desarrollar un sistema de diagnóstico, control y tratamiento de patologías bucales en embarazadas en Chile. Desde julio 2010, la salud oral integral de la embarazada es una garantía GES del régimen general de garantías en salud (GES).

OBJETIVO GENERAL: Conocer la prevalencia y severidad de caries dental en la embarazada atendida por GES” Salud Oral Integral” en el centro de atención primaria comuna de Punitaqui en el período enero - diciembre del año 2013.

METODOLOGÍA: Diseño observacional de corte transversal, en pacientes embarazadas que cuenten con registro por atención en el servicio dental del centro de salud de la Comuna de Punitaqui, como ingreso a GES “Atención Odontológica Integral”, durante el periodo comprendido entre enero - diciembre del año 2013. Se midió prevalencia y severidad de caries dental, edad, paridad, frecuencia de derivación a atención secundaria, aseguramiento de salud, y relación entre Prevalencia, Severidad de la caries dental y paridad en la muestra estudiada. La información fue obtenida de las fichas clínicas. El análisis se realizó en programa estadístico.

RESULTADOS: La muestra final fue de 123 embarazadas, de 25.7 años de edad como media. Se observó que más del 51% está en FONASA A y un 22,76% en FONASA B. Al estudiar la distribución de la muestra por paridad, se observó que un 57,72% corresponde a pacientes multíparas y un 42,28% corresponde a pacientes primigestas. Al estudiar la prevalencia de caries, se observó que alrededor del 87% de las embarazadas presentaban caries dental. En relación a la severidad de la caries dental, la media del COPD fue de 9.32. En relación a la derivación a atención secundaria, la más prevalente corresponde a un 6,50% que registra derivación a la especialidad de rehabilitación oral. Al relacionar prevalencia de caries dental y paridad en la muestra en estudio no se observaron diferencias significativas. Por el contrario, al relacionar severidad de caries dental y paridad, las diferencias son estadísticamente significativas.

CONCLUSIÓN: La Salud Oral de mujeres embarazadas continúa siendo un problema de salud pública en Chile, debido a la elevada prevalencia y severidad de la caries dental. Esto se evidencia en la muestra estudiada, en variadas regiones de Chile, y en otros países con estudios similares.

Índice

Introducción	1
Marco Teórico	2
Objetivos	
1. Generales	13
2. Específicos	13
Metodología	
1. Diseño del estudio	14
2. Universo	14
3. Muestra	15
4. Criterios de Exclusión e Inclusión	15
5. Variables a estudiar	16
6. Técnicas de recolección de datos	18
7. Análisis e interpretación de los datos	19
8. Comité de Ética	20
Cronograma	21
Resultados	
1. Descripción de la muestra estudiada	22
2. Prevalencia y Severidad de la caries dental en la muestra estudiada	24
3. Relación entre Prevalencia y Severidad de la caries dental y paridad en la muestra estudiada	26
Discusión	28
Conclusión	30
Sugerencias	31
Bibliografía	32
Anexos	36

Introducción

El Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica de la gestante, buscando generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal. ⁽²⁾

Un estudio realizado en la región metropolitana, en el año 2009, demostró que el 98% de las embarazadas de nivel socioeconómico medio- bajo presentaba caries. ⁽¹⁾ Datos como este permitieron dar mayor urgencia en desarrollar un sistema de diagnóstico, control y tratamiento de patologías bucales en embarazadas en Chile.

Desde julio 2010, la salud oral integral de la embarazada es una garantía GES del régimen general de garantías en salud (GES). Esta consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.

Se ha diseñado como una oportunidad para resolver los problemas de salud bucal en la mujer y reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales. ⁽²⁾

El estado de salud bucal de la madre influye en bienestar y en el riesgo de desarrollar caries tempranas en los niños, a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales. ⁽⁹⁾ Existen factores asociados al desarrollo de la caries dental, como la edad, paridad, nivel socioeconómico y área geográfica donde reside la madre. Estos antecedentes justifican el desarrollo de intervenciones integrales que apunte a reducir los riesgos de patologías bucales tanto en la madre como en el hijo. ⁽¹⁰⁾

El objetivo de esta investigación es conocer la prevalencia y severidad de caries dental, en la embarazada atendida por GES “Salud Oral Integral” en el centro de salud de la comuna de Punitaqui durante el año 2013.

Marco Teórico

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos, en la sociedad, y el costo de su tratamiento. ⁽³⁾

La situación de la salud dentaria en Chile, es bastante estremecedora. Si bien, no existen estudios nacionales en relación a la caries dental en el adulto, el año 1995 se determinó que 100% de la población adulta (hombres y mujeres) de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, residentes en la Región Metropolitana (RM) presentaban caries con índices COPD (dientes cariados, obturados y perdidos) superiores a 25 en individuos mayores de 35 años. ⁽⁸⁾

La encuesta nacional de salud efectuada por el MINSAL durante el año 2003, señala que más de 70% de la población manifiesta tener su dentadura incompleta, a 90% de los individuos de nivel socioeconómico bajo le faltan piezas dentales y 66% de la población general tiene caries. ⁽⁷⁾

Los problemas bucales son comunes durante el embarazo. 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 a 45 años), y hasta en un 30% en el subgrupo de mujeres embarazadas. ⁽²⁾

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2003 indica que el promedio de dientes cavitados por caries en la población femenina de 17 a 24 años es de 1,4; mientras que en el grupo de 25 a 44 años, este promedio aumenta a 2,56 dientes cavitados por mujer. En cuanto a la pérdida de dientes, en el grupo de edad de 17 a 24 años, un 61,9% de las mujeres presentaba su dentición completa, porcentaje que disminuía a un 31,9% en el tramo de edad entre los 25 y 44 años. La prevalencia de desdentadas totales fue de 2,6% en el grupo de 25 a 44 años, dejando un 65,5% de desdentadas parciales. ⁽⁷⁾

En Chile, las políticas en salud bucal se han centrado básicamente en los niños, comenzando con los de 6 y 12 años, extendiéndose luego a la población menor de 20 años y a las embarazadas. ⁽²⁶⁾

Durante el embarazo ocurre una serie de alteraciones fisiológicas y conductuales que inducen a cambios en el entorno oral, lo cual predispone a un incremento en la incidencia de diferentes patologías de la cavidad oral, entre otros, caries dental y gingivitis. ⁽⁴⁾

Estudios clínicos han demostrado que los tejidos orales pueden ser afectados por el embarazo. Si bien está ampliamente difundida la creencia que la gestación es perjudicial para la dentadura, los efectos del embarazo en la iniciación o progresión de las caries no son claros. Existen evidencias de que los dientes no se ablandan y que los niveles de calcio u otros minerales no disminuyen en forma significativa; es principalmente el ambiente del diente el que se ve afectado, al aumentar el número de microorganismos cariogénicos, coincidentemente, con la disminución del pH y de la actividad tampón de la saliva durante la gestación. ⁽⁵⁾

En un estudio realizado en embarazadas por Christian L. Herrera G., Patricio Pantoja F., Tomás de La Maza De la M., Antonio Sanhueza C. y Luis A. Salazar N. en la Región de la Araucanía, Chile, el análisis clínico mostró que las embarazadas tenían un COPD de $10,2 \pm 4,7$, lo que indica una historia de caries cercana al 30% de la dentadura. Además, 100% de las embarazadas presentaba gingivitis. ⁽¹⁾

Hay consenso en la literatura que las pacientes embarazadas tienen un deterioro de su salud periodontal mayor en relación a las mujeres no embarazadas, en especial de la gingivitis, con prevalencias que fluctúan entre el 30% y 100%. ⁽³⁰⁾

Es difícil estimar la relación entre el aumento de caries y embarazo; sin embargo, Banoczy y cols, encontraron que las mujeres con hijos tienen un COPD más alto que las mujeres sin hijos. ⁽⁶⁾

Reconociendo la importancia de esta etapa para la mujer, su hijo y la familia, el Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica de la gestante, buscando generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal.

La atención odontológica integral de la mujer embarazada es una intervención preventiva, promocional y recuperativa, considerando que para muchas mujeres, el embarazo es una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud. ⁽²⁾

Últimamente en Chile se ha dificultado la observación y tratamiento oportuno de patologías orales que efectivamente pueden complicar un embarazo por infección secundaria no oral a partir de un foco primario oral. ⁽²⁸⁾

El embarazo constituye una etapa importante para la mujer, donde experimenta cambios fisiológicos que favorecen el correcto desarrollo del niño, pero estos cambios pueden alterar la flora oral normal y producir patologías como caries y enfermedad periodontal. Además, la madre constituye la principal fuente de contagio, sobre todo para la caries, llegando a producir alteraciones para el futuro niño como son partos prematuros y bajo peso al nacer.

Teorías recientes sugieren que la enfermedad periodontal puede afectar el resultado del embarazo por mecanismos relacionados con el aumento de la circulación de patógenos y marcadores inflamatorios. Las gestantes con periodontitis pueden experimentar bacteremias más severas y frecuentes. Como resultado, la cavidad uterina se ve expuesta

y/o colonizada por bacterias periodontales o sus productos (por ejemplo, lipopolisacáridos). Una vez que éstos alcanzan la unidad materno-fetal, las bacterias orales pueden generar una cascada inflamatoria que conduce a trabajo de parto anticipado, pudiendo generar parto prematuro y bajo peso al nacer. ⁽¹²⁾

Ensayos clínicos aleatorizados realizados en Chile en población de bajo nivel socioeconómico obtuvieron resultados alentadores respecto de las tasas de parto prematuro y bajo peso al nacer en mujeres que recibieron terapia periodontal durante la gestación. ⁽¹³⁾

La condición de 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 oral, el mayor consumo de azúcar debido a los “antojos” y la menor atención a los cuidados de salud oral tienden a aumentar el riesgo de caries. ⁽¹¹⁾

La relación entre el embarazo y las caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora bucal, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos. ⁽²⁹⁾

Considerando la compleja realidad de la salud oral en Chile, específicamente la alta prevalencia de caries y la no existencia de antecedentes sobre esta patología en mujeres embarazadas de regiones distintas a la RM, se hace necesario conocer cuál es la realidad de la salud dentaria de estas mujeres. ⁽¹⁷⁾ Esto, no sólo considerando la trascendencia que tiene para ella misma, sino que, más importante aún, el hecho de que la calidad de la salud bucal de los niños, tiene relación con la salud bucal de sus madres; se ha demostrado que la principal fuente de adquisición y transmisión de las bacterias con potencial cariogénico en niños, es a partir de la saliva de sus propias madres. ⁽¹⁶⁾

El desarrollo de caries en niños menores de 6 años se ha asociado a diversos factores de riesgo relacionadas con la madre y el hijo. Cogulu et al describen la

colonización temprana por *S. mutans*, la acumulación de biofilm en el niño y las prácticas que favorecen la transmisión bacteriana desde la madre al hijo (compartir cucharas durante las comidas) como importantes factores de riesgo de caries en niños. ⁽²⁰⁾

Si bien la madre no es la única fuente de transmisión, distintos estudios destacan su importancia. En Suecia, un estudio transversal demostró que las madres de niños(as) de 18 meses y tres años que presentaban altos índices salivales de *S. mutans* se relacionaban con altos niveles de bacterias en la boca de sus hijos. ⁽²⁵⁾

Por otro lado, Herrera et al midieron los niveles de SM en gestantes de nivel socioeconómico bajo de la región de La Araucanía con historia de caries (COPD promedio: 10,2; ds 4,7). Los resultados de los recuentos microbiológicos indicaron que el 100% de las mujeres se encontraban infectadas y el 70,6% mostró recuentos superiores a 500.000 ufc/ml, lo que indica un alto riesgo para el desarrollo de caries. ⁽¹⁹⁾

En un programa preventivo iniciado durante el embarazo en beneficiarias del Centro Médico Almirante Nef de la Región de Valparaíso, se observó que los niños que participaron en un programa que incluía medidas preventivas de salud bucal para las madres y sus hijos hasta los 6 años y educación periódica cada 6 meses, tenía menor prevalencia de caries que los niños que no participaron en el programa. En el grupo con programa preventivo, el 70% de los niños estaba libre de caries a los 10 años, mientras que en el grupo control, solo el 33% estaba sano. ⁽¹⁸⁾

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres. A la fecha se describen 80 patologías incluidas, dentro de estas se ubica en el lugar 66 la salud oral integral de la embarazada.

Con el GES, todos los asegurados de FONASA tienen el derecho a exigir las garantías establecidas para los diversos problemas de salud que contempla. Las garantías

son: acceso a la atención, plazos máximos para otorgar las atenciones garantizadas y prestaciones, calidad igual para todos y protección financiera. ⁽²²⁾

El Régimen establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los asegurados, y en caso de no ser cumplidas, éstas deben exigirse a FONASA y, en último término, a la Superintendencia de Salud.

Garantía de Acceso: Es el derecho a recibir las atenciones garantizadas en el consultorio o en el servicio de urgencia, de corresponder, bajo la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud garantizado.

Garantía de Protección Financiera: Es el derecho a que se determine el valor que al afiliado le corresponde pagar por las atenciones de acuerdo al Arancel GES, las normas que rigen el cálculo del copago y los topes máximos autorizados.

Garantía de Oportunidad: Es el derecho a recibir las atenciones garantizadas dentro de plazos máximos, en la forma y condiciones establecidas para cada problema de salud garantizado.

Garantía de Calidad: Prestaciones médicas adecuadas para el tratamiento de la enfermedad, esta solo será entregada por todos los profesionales y técnicos de la salud que brinden atención AUGE que están inscritos en el Registro de Prestadores Individuales que administra la Superintendencia de Salud. ⁽²²⁾

En FONASA, los asegurados de los tramos A y B tienen gratuidad por las atenciones garantizadas, mientras que los tramos C y D tienen un copago de 10% y 20%, respectivamente. ⁽²²⁾ (Ver tabla 1). ⁽²³⁾

Tabla 1. Protección Financiera GES

TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES	PERIODICIDAD	ARANCEL \$	COPAGO %	COPAGO \$
Tratamiento	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario	Cada Vez	106540	20%	21310
	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Secundario	Cada Vez	88630	20%	17730

En Chile, la resolución de la salud oral integral GES permite que queden incorporadas las siguientes patologías orales: caries limitada al esmalte (caries incipiente), caries de la dentina, caries del cemento, cálculo dentario supragingival, cálculo dentario subgingival, placa bacteriana, gingivitis aguda, gingivitis crónica, retracción gingival, periodontitis aguda, periodontitis crónica, edentulismos, pulpitis, necrosis de la pulpa, periodontitis apical aguda , periodontitis apical crónica, absceso periapical con fistula, absceso periapical sin fístula y quiste radicular.

Dado el impacto de este tipo de patologías y la complejidad de su investigación resulta de gran importancia la contribución activa de los pacientes en su detección precoz. La posibilidad de un proceso colaborador entre pacientes y personal de salud es sólo posible si se incorporan los elementos culturales, la estructura social, y la historia del grupo objeto de la intervención. En este contexto, la cultura se relaciona profundamente con conceptos como estilo de vida, formas de sociabilización y autoayuda, mecanismos de intervención que serían los cimientos en que se basa la promoción en salud. ⁽²⁸⁾

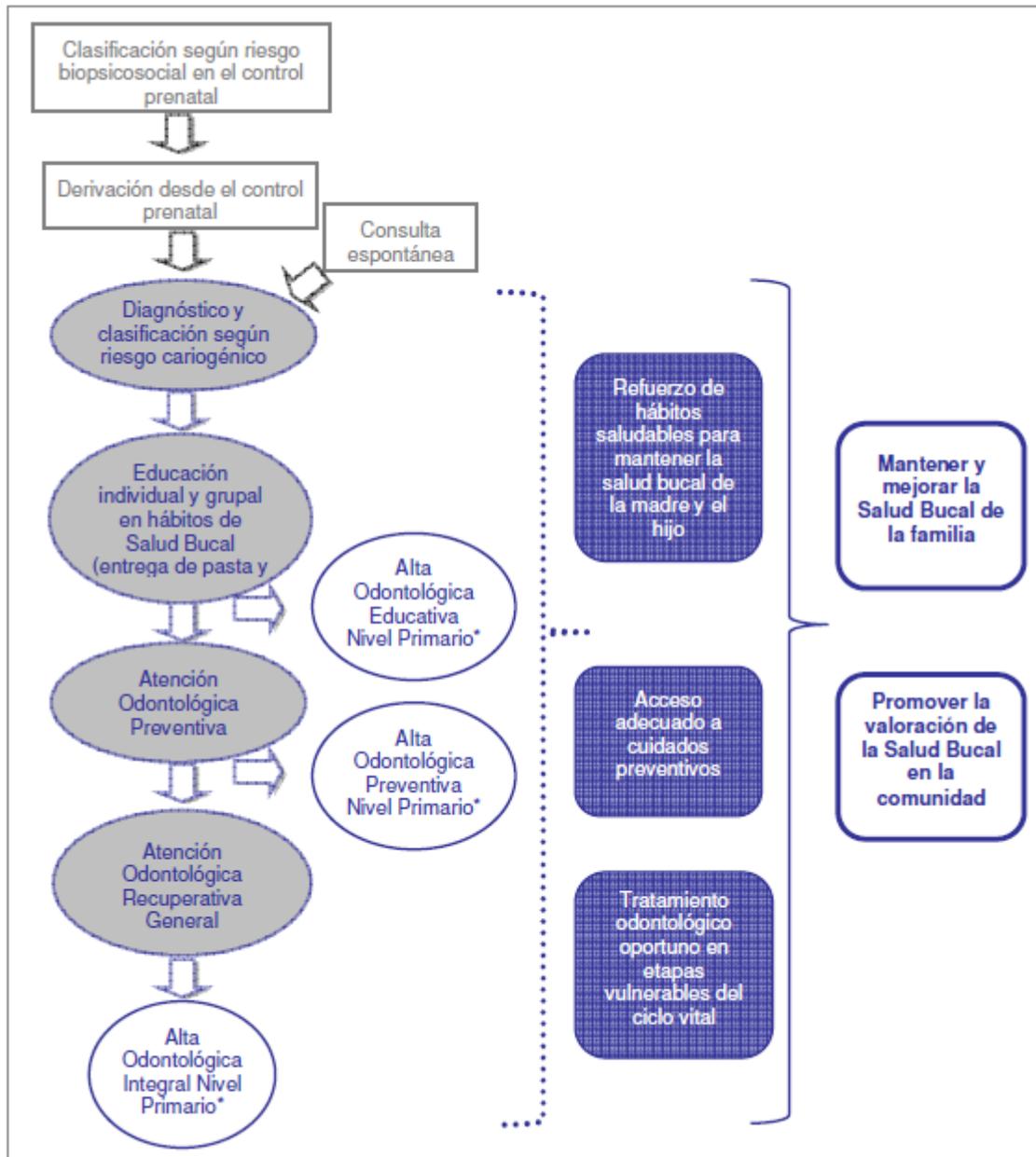
En la mayoría de los países desarrollados se ha realizado un progreso notable en el campo de la salud bucodental con programas de prevención que ponen en relieve el uso óptimo de fluoruro, la higiene bucodental y hábitos de alimentación sanos. No obstante, la situación está comenzando a deteriorarse en muchos países en desarrollo, donde las enfermedades bucodentales están difundiéndose. ⁽²⁷⁾

Como primera etapa debe evaluarse el riesgo cariogénico, lo que tiene como propósito prevenir la enfermedad a través de la identificación de los factores causales, minimizando los factores de riesgo (por ejemplo: carga bacteriana, hábitos alimentarios, acumulación de placa) y optimizando los factores protectores (por ejemplo: exposición a fluoruros, higiene oral, sellantes).⁽²⁴⁾

Toda mujer con confirmación de su condición de embarazo, tendrá acceso al tratamiento dental integral GES. Este tendrá inicio dentro de 21 días desde la solicitud de atención y el fin de tratamiento será logrando un alta integral hasta 9 meses de ocurrido el parto.

Al ingresar una paciente embarazada, existe un flujograma establecido por el Ministerio de Salud para el manejo de la paciente y su motivo de consulta, el cual es representado en el esquema N° 1.⁽²⁾

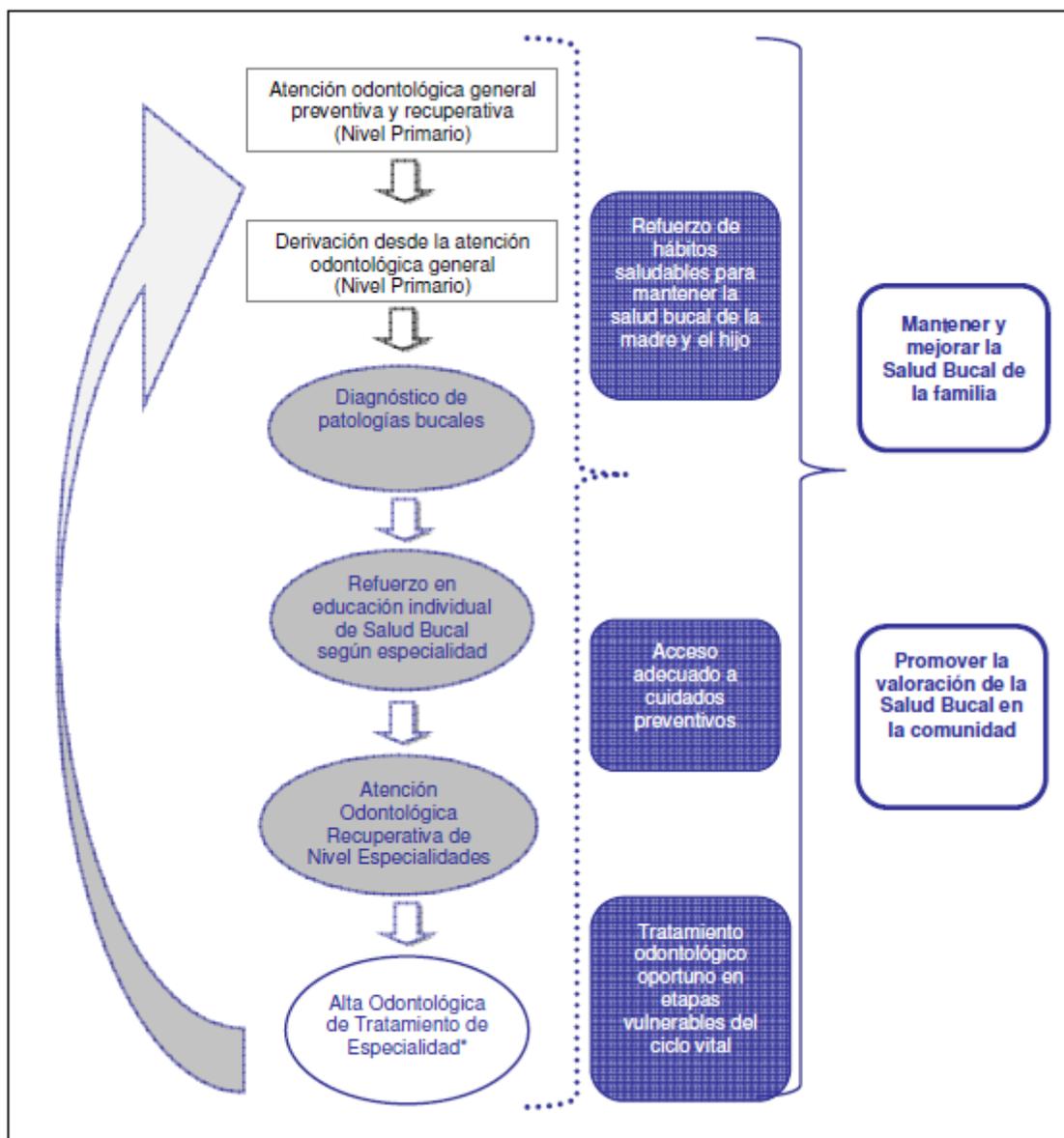
Esquema N° 1: Flujograma de la atención odontológica general para la mujer embarazada (Nivel primario).



En cuanto a la atención de especialidades odontológicas, durante el año 2012 se realizaron 44.012 atenciones, siendo las especialidades más frecuentes la endodoncia (32,8%), periodoncia (13,1%) y rehabilitación protésica (21,3%).⁽²¹⁾

A su vez, está establecido un flujograma para atención de especialidades en las pacientes embarazadas, el cual está representado en el esquema N°2. ⁽²⁾

Esquema N°2: Flujograma de la atención odontológica integral para mujeres embarazadas que requieren atención de especialidades.



En el Decreto N° 59 del 23 de diciembre de 2011, firmado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional respectivamente, se definen las metas sanitarias nacionales para el año 2013.

Los objetivos sanitarios señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar en el año 2020, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema de salud Chileno.

Dentro de las metas, la tercera corresponde a metas odontológicas, se describe la meta 3b, la cual corresponde a un 65% cobertura alta odontológica total en embarazadas. Este indicador se logra con:

$$\frac{\text{Número de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del año 2012}}{\text{Número total de embarazadas ingresadas de enero a diciembre del año 2012}} * 100$$

El cálculo anterior con datos del año 2012 determinará la meta para el año 2013. Este valor permitirá determinar la meta para cada año siguiente. ⁽¹⁴⁾

Objetivos

Objetivo General

Conocer la prevalencia y severidad de caries dental en la embarazada atendida por GES” Salud Oral Integral” en el centro de atención primaria comuna de Punitaqui en el período enero - diciembre del año 2013.

Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de caries dental en embarazadas atendidas por GES “Salud Oral Integral”.
2. Determinar la severidad de caries dental en embarazadas atendidas por GES “Salud Oral Integral”.
3. Relacionar prevalencia y severidad de caries dental con edad y paridad en embarazadas atendidas por GES “Salud Oral Integral”.

Metodología

1. Diseño del estudio

Diseño observacional de corte transversal

2. Universo

La población objetivo está representada por embarazadas ingresadas a la unidad de maternal en un centro de atención primaria, en la comuna de Punitaqui durante el año 2013.

El estudio será realizado en Punitaqui, una comuna que se ubica en la Cuarta Región de Coquimbo, en la parte sur poniente de la Provincia del Limarí a 32 Km. Al sur de Ovalle entre los 30° 01' y 31° 18' latitud sur y en los 70° 11' y 71° 10' de longitud este. (Anexo N° 1)

Sus límites administrativos son los siguientes: Al norte y al oeste limita con la comuna de Ovalle; noreste con la comuna de Monte Patria, al sudeste con la comuna de Combarbalá y al sur con la comuna de Canela, de la provincia del Choapa.

Tiene una superficie de 1.339.3 Kms², la población comunal es de 10.236 habitantes, viviendas 4983 (datos censo preliminar 2012), tenía durante el censo año 2002 un claro predominio de la población rural (62,1%). Analfabetismo de 801 personas. La capital comunal es la ciudad de Punitaqui. ⁽¹⁴⁾

Según el per cápita de cada año y total de inscritos según sexo y edad en el CES (Centro de Salud) de atención primaria en la comuna de Punitaqui, en

el año 2011 correspondió a 12.208 pacientes que debieron ser atendidos en dicho establecimiento, asimismo el año 2012 correspondió a 11.420 pacientes y para el año 2013 se atendieron 11.665 pacientes. De acuerdo a estos datos se proyectó que para el año 2014 debe cumplirse la meta de 11.520 pacientes. ⁽¹⁵⁾ (Anexo N° 2)

El universo estuvo constituido por 169 embarazadas inscritas e ingresadas a la unidad de maternal durante el período enero – diciembre del año 2013.

3. Muestra

La muestra para este estudio corresponde a todas las embarazadas que cuenten con registro por atención en el servicio dental del centro de salud como ingreso a GES “Atención Odontológica Integral”, durante el periodo comprendido entre enero - diciembre del año 2013. El total de registros es de 123 embarazadas.

4. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión:

- i. Registro legible que incluya todas las variables a estudiar de embarazadas con atención Odontológica GES en el periodo enero - diciembre año 2013.

5. Variables a estudiar

Las variables a estudiar son:

- Variable dependiente: Prevalencia e Historia de caries dental y Relativa a la variable derivación a atención secundaria Odontológica incluidas en GES.
- Variable independiente (relativas a la variable persona): edad, paridad y seguro de salud FONASA.

Estas se presentan en la tabla N°2.

Tabla N°2: Definición y operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensión	Instrumento e Indicador
Prevalencia de caries dental	Diagnóstico del componente cariado mayor a 0 dentro del índice COPD.	C = 0; sin caries. C > 0; con caries.	Fichas clínicas Sin caries = 0. Con caries = 1.
Historia de caries dental	Experiencia de caries pasada y presente en dentición permanente.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cariado ○ Obturado ○ Perdido ○ Índice COPD 	Fichas clínicas Continua, n ^x
Derivación a atención secundaria Odontológica incluidas en GES.	Conjunto de especialidades Odontológicas entregadas en el nivel secundario de atención e incluidas en GES, que darán solución a patologías derivadas del nivel primario	<ul style="list-style-type: none"> ○ Endodoncia. ○ Periodoncia. ○ Prótesis dental ○ Radiología. 	Fichas clínicas. 0. Sin derivación. 1. Endodoncia. 2. Periodoncia. 3. Prótesis dental. 4. Radiología. 5. 2 y 3.
Edad	Número de años vividos por el individuo.	Continua.	Fichas clínicas
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500 gramos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primigestas. ○ Multíparas. 	Fichas clínicas Primigesta = 1. Multípara = 2.

Nivel socioeconómico medido a través del seguro de salud.	Aseguramiento en salud.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fonasa A ○ Fonasa B ○ Fonasa C ○ Fonasa D ○ Sin previsión ○ Sin registro 	Fichas clínicas Fonasa A = 1. Fonasa B = 2. Fonasa C = 3. Fonasa D = 4. Sin previsión = 5. Sin registro = 6.
--	-------------------------	---	--

6. Técnicas de recolección de datos

a. Contacto con el director del centro de salud y con encargadas de la unidad odontológica.

Para cumplir con los objetivos planteados en este estudio, se procedió en una primera instancia a coordinar una reunión con el Sr. Samuel Baeza Avello, Director del CES de atención primaria de la comuna de Punitaqui, y con las Doctoras: Karina Aldana Pereira y Exy Gonzales Aragón, ambas cirujanos dentistas encargadas de la unidad odontológica del Centro de Salud. (Anexo N°3)

El propósito de esta reunión fue solicitar la autorización para realizar la investigación “Prevalencia y severidad de caries dental en embarazadas ingresadas al servicio dental por GES “Salud Oral Integral” en el periodo enero - diciembre del año 2013.

b. Instrumento para la recolección de datos.

Los datos necesarios para el estudio fueron recolectados a partir de los registros de las fichas clínicas de embarazadas ingresadas a atención GES odontológica en el periodo enero - diciembre del año 2013, pertenecientes a Centro de Salud de atención primaria en la comuna de Punitaqui, IV Región, Chile.

En el Centro de Salud de la comuna de Punitaqui se encuentran habilitados dos box dentales, cada uno de estos a cargo de un Odontólogo general. De esta manera cada

cirujano dentista encargado de la unidad odontológica dio la autorización para recolectar los nombres de las embarazadas ingresadas a GES odontológico durante el periodo enero – diciembre del 2013 y así pude acceder a las fichas clínicas, en las cuales se incorpora una ficha odontológica específica para embarazadas donde se agregan datos obstétricos y odontológicos.

De este instrumento, se obtuvieron los datos, tales como: edad, COPD, paridad, aseguramiento de salud y tipo de derivación a atención secundaria.

Los datos obtenidos de las fichas clínicas fueron tabulados en una planilla formato Excel que contiene las variables estudiadas.

7. Análisis e interpretación de los datos

Se realizó un análisis descriptivo univariado para la descripción de la muestra estudiada. Mediante un análisis bivariado de las variables estudiadas, se calculó medias, de proporciones con IC al 95% de confiabilidad.

Se relacionó las variables edad y paridad con prevalencia y severidad de caries dental.

Se pretende establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas. Para ello se aplicará la prueba estadística T-Student.

Los resultados fueron expuestos en tablas y gráficos.

8. Comité de ética

Para dar cumplimiento con los principios de la ética en investigaciones, se solicitó aprobación del protocolo de estudio por parte del comité de ética e investigación de la universidad Finis Terrae, según lo dispuesto en el artículo 2 de la resolución 008430/93.

Asimismo, se solicitó autorización al director del Centro de Salud de atención primaria de la comuna de Punitaqui, Sr. Samuel Baeza Avello, para la utilización de los datos registrados en las fichas clínicas, manteniendo la confidencialidad y anonimato de los sujetos estudiados.

Este estudio se desarrolló conforme al siguiente criterio, contar con el consentimiento informado, por escrito por parte de Sr. Samuel Baeza Avello. (Anexo N°4)

Además, el estudio implicó revisión y tabulación de datos obtenidos de las fichas clínicas y fueron expresados en números y sin la identificación de los sujetos estudiados.

Cronograma

Actividad	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014
Presentación del proyecto				
Elaboración del marco teórico				
Trabajo de campo.				
Presentación de Resultados.				
Discusión y conclusiones				
Elaboración del informe final				
Entrega de la TESIS				

Resultados

1.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA ESTUDIADA

La muestra corresponde a embarazadas que cuenten con registro por atención en el servicio dental del centro de salud como ingreso a GES “Atención Odontológica Integral”, durante el periodo comprendido entre enero - diciembre del año 2013.

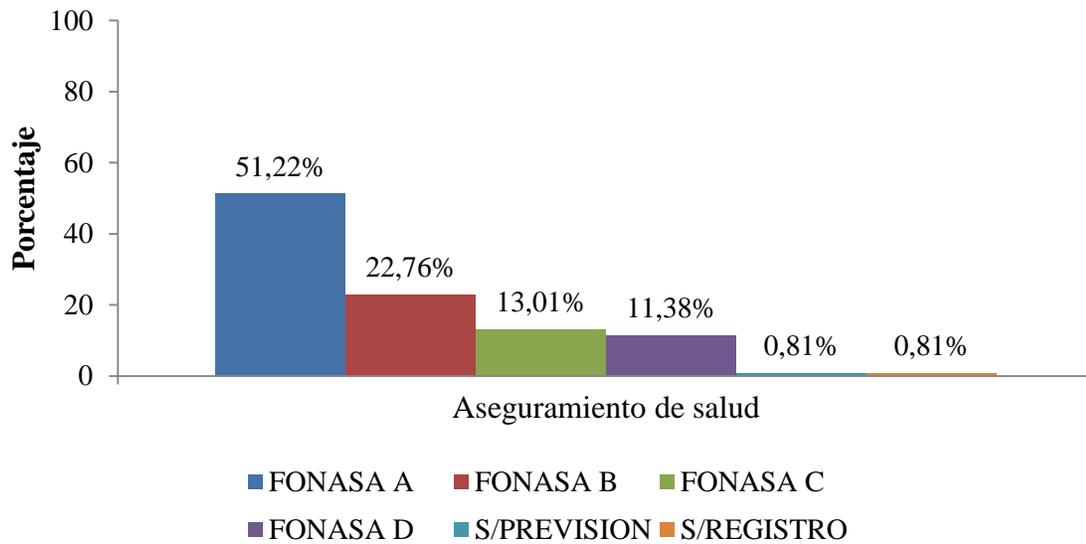
La muestra final fue de 123 embarazadas, de 25.7 años de edad como media (D.E. 6.83), encontrando como edad mínima 14 años y máxima 41 años de edad. (Ver tabla 1)

Tabla 1.- Descriptivos de la edad de la muestra. CES Punitaqui, año 2013.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Edad	123	25.70	6.83	14	41

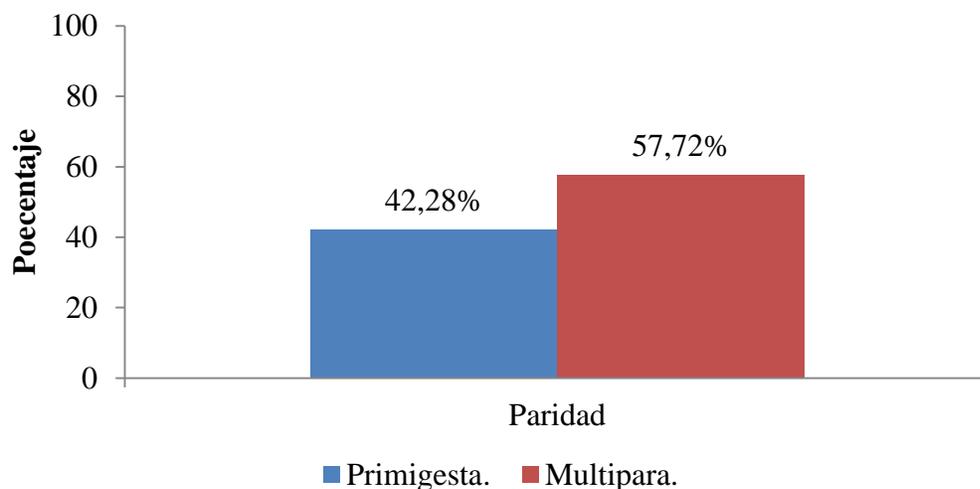
En relación al aseguramiento de salud, el nivel socioeconómico fue medido a través del nivel FONASA, y se observó que más del 51% está en FONASA A y un 22,76% en FONASA B. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1.- Distribución de la muestra por nivel FONASA. CES Punitaqui, año 2013.



Al estudiar la distribución de la muestra por paridad (número de embarazos), se observó que un 57,72% corresponde a pacientes multíparas y un 42,28% corresponde a pacientes primigestas. (Ver gráfico 2).

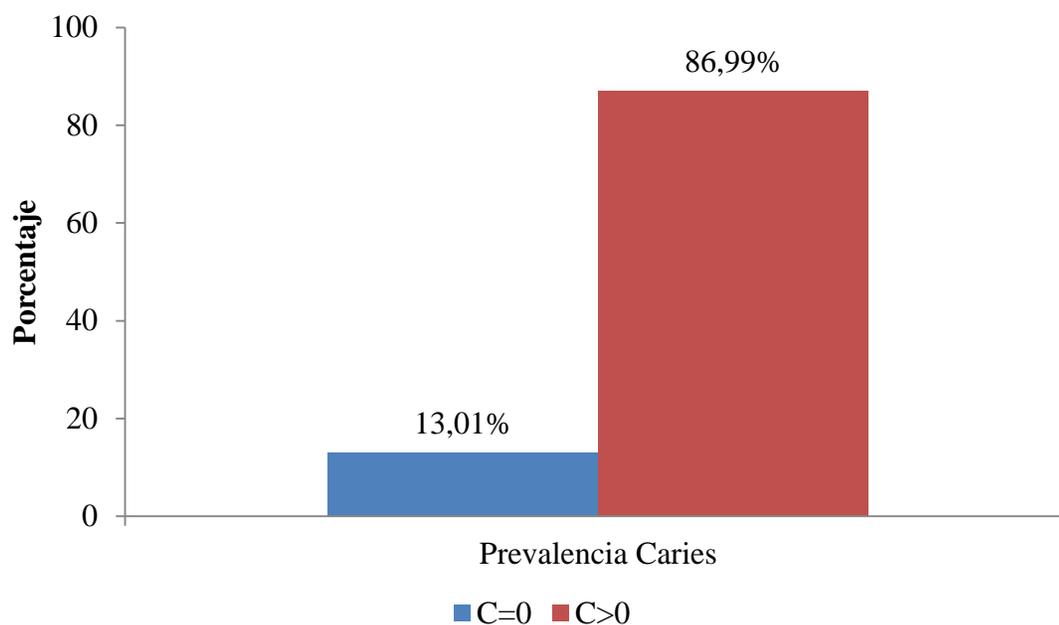
Gráfico 2.- Distribución de la muestra por Paridad. CES Punitaqui, año 2013.



2.- PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LA CARIES DENTAL EN LA MUESTRA ESTUDIADA

Al estudiar la prevalencia de caries, se observó que alrededor del 87% de las embarazadas presentaban caries dental. (Ver gráfico 3).

Gráfico 3.- Prevalencia caries dental en la muestra estudiada. CES Punitaqui, año 2013.



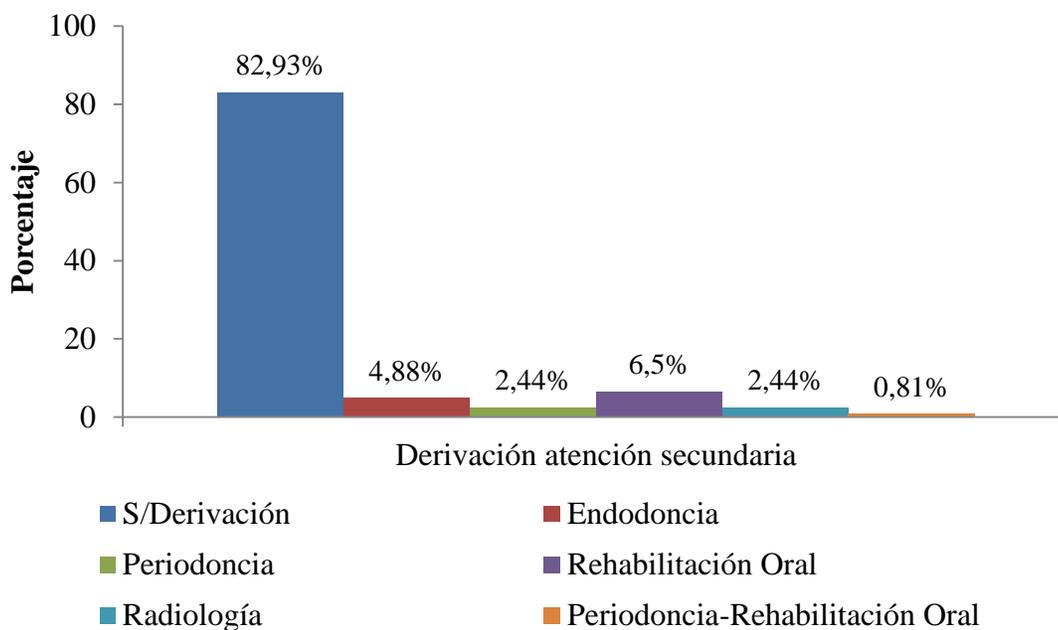
En relación a la severidad de la caries dental, la media del COPD fue de 9.32 con una D.E de 5.70. El valor mínimo fue cero y máximo 28. (Ver tabla 2)

Tabla 2.- Severidad de caries dental de la muestra estudiada. CES Punitaqui, año 2013.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev	Min.	Max.
Caries	123	3.853659	9.325203	0	15
Obturada	123	3.341463	3.420836	0	17
Perdida	123	2.186992	4.249107	0	28
COPD	123	9.325203	5.709492	0	28

En relación a la derivación a atención secundaria, nombrándolas en orden decreciente, un 82,9% no posee derivación, un 6,50% registra derivación a la especialidad de rehabilitación oral para la confección de prótesis dental, un 4,88% a la especialidad de endodoncia, un 2,44% a la especialidad de periodoncia, al igual que la especialidad de radiología con un 2,44%, y por ultimo un 0,81% derivación en conjunto a las especialidades de periodoncia y rehabilitación oral. (Ver gráfico 4)

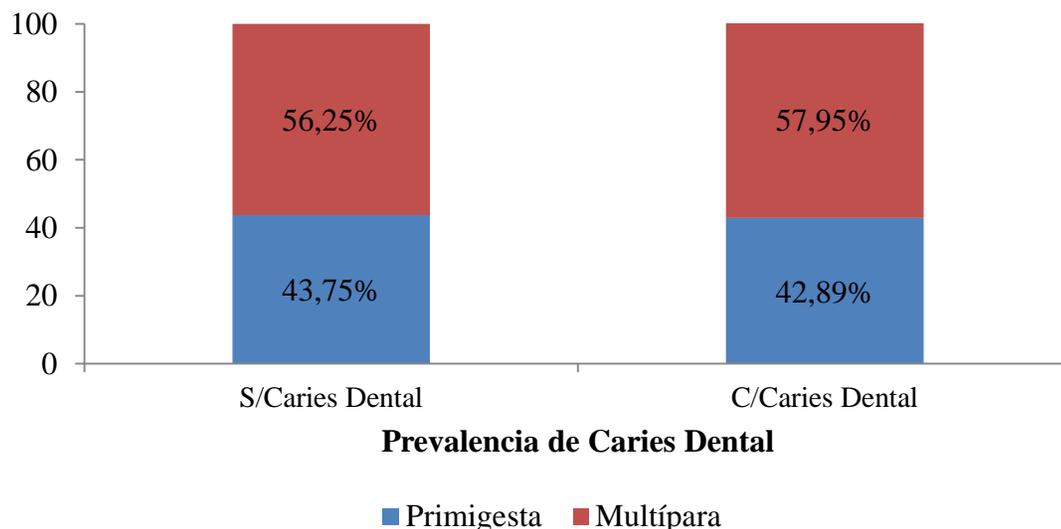
Gráfico 4.- Derivación a Atención Secundaria en la muestra estudiada. CES Punitaqui, año 2013.



3.- RELACION ENTRE PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LA CARIES DENTAL Y PARIDAD EN LA MUESTRA ESTUDIADA

Al estudiar la relación entre prevalencia de caries dental y paridad, no se observan diferencia estadísticamente significativas ($p=0.898$). (Ver gráfico 5)

Gráfico 5.- Relación entre Prevalencia de Caries Dental y Paridad en la muestra estudiada. CES Punitaqui, año 2013.



Sin embargo, al relacionar la severidad de la caries dental medida con el índice COPD, se observó que el grupo paridad 1 (Madres Primigestas) presentan una menor historia de caries (COPD= 7.11) que el grupo paridad 2 (Madres Multíparas) (COPD=10.94). Las diferencias son estadísticamente significativas ($p= 0.0001$). (Ver tabla

Tabla 3.- Relación entre Severidad de Caries Dental y Paridad en la muestra estudiada. CES Punitaqui, año 2013.

Paridad	Obs.	Mean	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]
Primigesta	52	7.11	5.055201	5.708008 - 8.522761
Múltipara	71	10.94	5.648988	9.606568 - 12.28076
Total	123	9.32	5.709492	8.30609 - 10.34432

p= 0.0001

Discusión

Este estudio considero a la embarazada atendida por GES “Salud Oral Integral” en el centro de salud de la comuna de Punitaqui, cuya edad media fue de 25,70 años; valor similar a otros estudios realizados en la misma población, en la comuna de Alto Bio-Bío, (27,28 años) y Temuco (21,46 años) en Chile. ^(26, 28)

La mayoría de embarazadas pertenecen a nivel FONASA A y B (51,22% y 22,76% respectivamente), valores que son coincidentes con lo reportado por otro estudio nacional ^(14, 21), donde las embarazadas se ubican en los grupos más vulnerables en términos socio-económicos, característica que también es observada en estudios extranjeros, en países como India, Cuba, Ecuador, Surinam, Paraguay, Perú y Bolivia. ^(2, 7, 8, 13,29, 27)

La distribución de la muestra por paridad observada en el presente estudio, es similar a investigaciones realizadas en el Sur de Chile (58,6%). ^(6, 26)

En relación a prevalencia de la caries dental (86,99%), los valores encontrados en el estudio son inferiores a otro estudio realizado en Chile, donde se reporta 100%. ⁽²⁶⁾ Esta diferencia puede atribuirse a la existencia de cobertura dental como grupo priorizado para la atención primaria en el CES de la comuna de Punitaqui, además de un alto cumplimiento en metas y planes tales como JUNAEB, “Salud Oral Integral” menor 6 años, “Salud Oral Integral” menor 12 años, Programa de Promoción de Salud (PROMOS), regímenes que optimizan los factores protectores (exposición a fluoruros, higiene oral, sellantes) a lo largo de la vida. ^(2, 14, 15, 18, 24, 26, 27)

Con respecto a la severidad de la caries dental, el valor del COPD fue de 9.32 (D.E 5.70); estudios similares realizados en Chile, reportan un daño por caries de 14,6 (DE 5,52), alcanzando valores más elevados en mujeres mayores de 20 años COPD=15,76 (DE 5,2) y multíparas COPD=16,66 (DE 5,0). ⁽²⁶⁾ En la Región de la Araucanía, Chile, las embarazadas reportan un COPD de 10,2 (DE 4,7) ⁽¹⁹⁾, valores similares al de este estudio.

En cuanto a la derivación a especialidades odontológicas, un 6,5% corresponde a Rehabilitación Oral, para la confección de prótesis dental. El departamento de estadísticas e información en salud, durante el año 2012 ubica en tercer lugar la derivación a rehabilitación protésica (21,3%) de toda la población. ⁽²¹⁾

Conclusión

En Chile, a partir del año 2010, la incorporación del GES “Salud Oral Integral” en embarazadas permitió generar instancias para educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer y su futuro hijo.

Un 58% de las gestantes estudiadas eran multíparas. Un 87% presentaba caries dental. El Índice COPD fue de 9.32 (D.E de 5.70) Un 6.5% fue derivada a rehabilitación oral, para confección de prótesis dental.

La paridad se relaciona con la severidad de caries dental, donde se observó un índice COPD mayor en multíparas ($p= 0.0001$).

Sugerencias

Se sugiere continuar con esta línea de investigación, en prevalencia y severidad de caries dental en embarazadas atendidas por GES “Salud Oral Integral” en otros centros de salud de atención primaria, lo que constituiría un aporte con respecto al comportamiento epidemiológico en las distintas localidades y regiones del país.

Bibliografía

1. Christian L. Herrera G, Patricio Pantoja F, Tomás de La Maza De la M, Antonio Sanhueza C. y Luis A. Salazar N. Diagnóstico microbiológico y molecular de bacterias cariogénicas en mujeres embarazadas de la Región de La Araucanía, Chile. *Revista Chilena Infectología* 2007; 24 (4): 270-275.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. [Internet]. 2013 [citado 15 de enero de 2014]. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>
3. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. September 2005, 83 (9).
4. Corsini Muñoz G, Zaror Sánchez C. y Vallejos Vallejos C. Uso de modelos epidemiológicos para estimar la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas chilenas. *Revista clinica periodoncia implantologia y rehabilitación Oral*, 2012; 5 (2): 74-77.
5. Laine M A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontologica Scand*. 2002; 60: 257-264.
6. Banoczy J, Orosz M, Gabris K, Nyarasdy I, Rigo O, Schuder L. Investigation on the correlation of pregnancy, caries and gingivitis. *Zahn Mund Kieferheilkd Zentralbl*. 1978; 66: 573-581.
7. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. 2003 [citado 15 de enero de 2014]. Recuperado de: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ens/informefinalens.pdf>

8. Gamonal JA, López NJ, Aranda W. Periodontal conditions and treatment needs, by CPITN, in the 35-44 and 65-74 year-old population in Santiago, Chile. *Int Dent J.* 1998; 48: 96-103.
9. Zanata RL, Navarro MF de L, Pereira JC, Franco EB, Lauris JRP, Barbosa SH. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Braz. Dent. J.* 2003; 14 (2): 75-81.
10. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern. Child Health J.* septiembre 2006; 10 (5): 169-174.
11. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am. Fam. Physician.* 15 de abril de 2008; 77 (8): 1139-1144.
12. Gibbs RS. The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: na overview. *Ann. Periodontol. Am. Acad. Periodontol.* diciembre de 2001; 6 (1): 153-163.
13. López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J. Periodontol.* Agosto de 2002; 73 (8): 911-924.
14. Ilustre Municipalidad de Punitaqui. Plan comunal de salud centro de salud Punitaqui año 2013. [citado 17 de enero de 2014]. Recuperado de: <https://www.google.cl/#q=PLAN+COMUNAL+DE+SALUD+CENTRO+DE+SALUD+PUNITAQUI+A%C3%91O+2013>
15. Ilustre Municipalidad de Punitaqui. Percápita Centro de Salud (CES) Punitaqui. 2011, 2012, 2013 y 2014.

16. Lindquist B, Emilson CG. Colonization of *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* genotypes and caries development in children to mothers harboring both species. *Caries Res.* 2004; 38: 95-103.
17. Mattos-Graner RO, Li Y, Caufield PW, Duncan M, Smith DJ. Genotypic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol.* 2001; 39: 2313-2316.
18. Gomez SS, Emilson C-G, Weber AA, Uribe S. Prolonged effect of a mother-child caries preventive program on dental caries in the permanent 1st molars in 9 to 10-year-old children. *Acta Odontol. Scand.* octubre de 2007; 65 (5): 271-274.
19. Herrera GCL, Pantoja FP, Sanhueza CA, Salazar NLA. Microbiologic and molecular diagnostic of cariogenic bacteria in pregnant women from the Araucania Region of Chile. *Rev. Chil. Infectología Órgano Of. Soc. Chil. Infectología.* Agosto de 2007; 24 (4): 270-275.
20. Cogulu D, Ersin NK, Uzel A, Eronat N, Aksit S. A long-term effect of caries-related factors in initially caries-free children. *Int. J. Paediatr. Dent. Br. Paedodontic Soc. Int. Assoc. Dent. Child.* Septiembre de 2008; 18 (5): 361-367.
21. Ministerio de Salud. Departamento de estadísticas e información en salud 2012 [citado 20 de febrero de 2014]. Recuperado de:
<http://intradeis.minsal.cl/reportes2012/REM09/REM09SECCIONC.aspx>
22. FONASA. Acceso y Garantías Problemas de Salud AUGE. [citado 20 de febrero de 2014]. Recuperado de:
<http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/Internet/SA-Superior/Preguntas+Frecuentes/Acceso+y+Garantias+Problemas+de+Salud+Auge/>

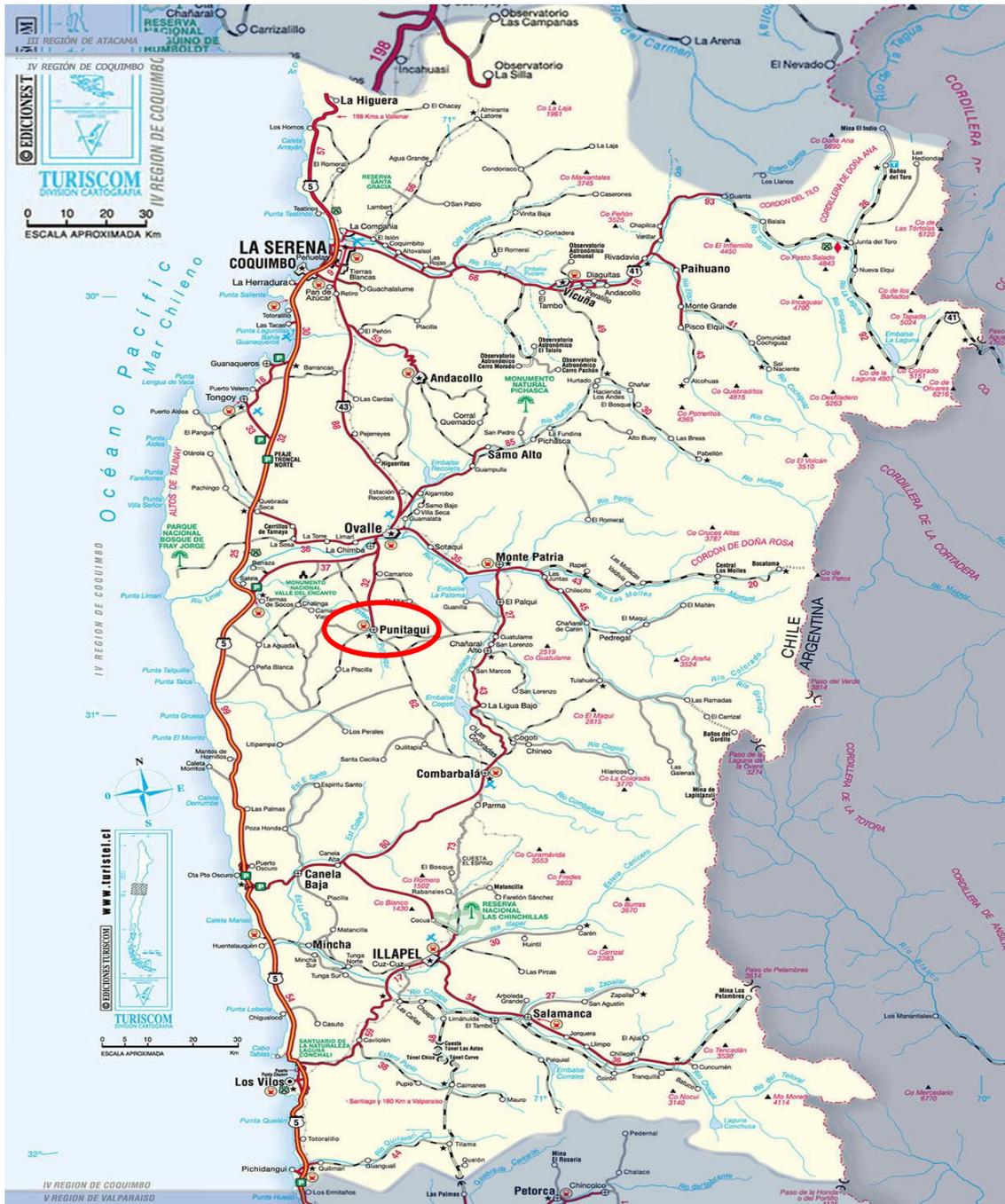
23. Superintendencia de Salud. Salud Oral Integral de la Embarazada. [citado 20 de febrero de 2014]. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-3055.html>
24. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care [Internet]. American Academy of Pediatric Dentistry. 2011. Recuperado de: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf
25. Thorild I, Lindau-Jonson B, Twetman S. Prevalence of salivary Streptococcus mutans in mothers and in their preschool children. *Int. J. Paediatr. Dent. Br. Paedodontic Soc. Int. Assoc. Dent. Child.* enero de 2002; 12 (1): 2-7.
26. Cartes-Velásquez R, Mardones S, Paredes C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. *Rev Chil Salud Pública.* 2009; 13 (3): 136-142.
27. Duque C, Mora II. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. *Univ Odontol.* 2012; 31 (66): 41-50.
28. Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G, Alarcón AM, Bustos Medina L, Prieto Gómez R, Rico Williams H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Avances en Odontoestomatología.*, 2009; 25 (3).
29. Bastarrechea Milián M, Alfonso Betancourt N, Oliva Pérez M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. *Revista Cubana de Estomatología.* 2009; 46 (4) 1-15.
30. Corsini Muñoz, Zaror Sánchez, Vallejos Vallejos. Uso de modelos epidemiológicos para estimar la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas chilenas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2012; 5 (2): 74-77

Anexos

Anexo N° 1

Mapa geográfico de la IV Región de Coquimbo.

Fuente: TURISCOM, 2004.



Anexo N° 2

Percápita año 2011 y total de inscritos según sexo y edad en el CES de atención primaria en la comuna de Punitaqui.

EDAD INFERIOR	EDAD SUPERIOR	MASCULINO	FEMENINO	SIN INF.	TOTAL
000-00	000-11	62	0	13	75
001-00	001-11	86	81	0	167
002-00	002-11	80	88	0	168
003-00	003-11	82	89	0	171
004-00	004-11	68	78	0	146
005-00	005-11	93	75	0	168
006-00	006-11	66	85	0	151
007-00	007-11	84	89	0	173
008-00	008-11	103	100	0	203
009-00	009-11	100	98	0	198
010-00	010-11	87	89	0	176
011-00	011-11	98	107	0	205
012-00	012-11	96	98	0	194
013-00	013-11	108	81	0	189
014-00	014-11	112	94	0	206
015-00	019-11	552	503	0	1.055
020-00	024-11	532	497	0	1.029
025-00	029-11	497	477	0	974
030-00	034-11	441	463	0	904
035-00	039-11	403	430	0	833
040-00	044-11	402	410	0	812
045-00	049-11	364	353	0	717
050-00	054-11	336	346	0	682
055-00	059-11	294	291	0	585
060-00	064-11	219	252	0	471
065-00	069-11	243	204	0	447
075-00	079-11	203	178	0	381
075-00	079-00	142	153	0	295
080-00	999-11	187	246	0	433
TOTALES		6.140	6.055	13	12.208

Percápita año 2012 y total de inscritos según sexo y edad en el CES de atención primaria en la comuna de Punitaqui.

EDAD INFERIOR	EDAD SUPERIOR	MASCULINO	FEMENINO	SIN INF.	TOTAL
000-00	000-11	12	14	0	26
001-00	001-11	73	62	0	135
002-00	002-11	87	68	0	155
003-00	003-11	79	84	0	163
004-00	004-11	75	82	0	157
005-00	005-11	64	77	0	141
006-00	006-11	90	69	0	159
007-00	007-11	63	81	0	144
008-00	008-11	78	87	0	165
009-00	009-11	99	94	0	193
010-00	010-11	92	94	0	186
011-00	011-11	79	87	0	166
012-00	012-11	93	97	0	190
013-00	013-11	91	97	0	188
014-00	014-11	101	73	0	174
015-00	019-11	513	449	0	962
020-00	024-11	519	463	0	982
025-00	029-11	492	445	0	937
030-00	034-11	429	423	0	852
035-00	039-11	395	413	0	808
040-00	044-11	374	384	0	758
045-00	049-11	354	336	0	690
050-00	054-11	316	330	0	646
055-00	059-11	291	268	0	559
060-00	064-11	224	252	0	476
065-00	069-11	209	195	0	404
075-00	079-11	187	159	0	346
075-00	079-00	151	146	0	297
080-00	999-11	152	209	0	361
TOTALES		5.782	5.638	0	11.420

Percápita año 2013 y total de inscritos según sexo y edad en el CES de atención primaria en la comuna de Punitaqui.

EDAD INFERIOR	EDAD SUPERIOR	MASCULINO	FEMENINO	SIN INF.	TOTAL
000-00	000-11	52	55	0	107
001-00	001-11	76	67	0	143
002-00	002-11	110	87	0	197
003-00	003-11	88	76	0	164
004-00	004-11	87	85	0	172
005-00	005-11	82	85	0	167
006-00	006-11	79	84	0	163
007-00	007-11	89	72	0	161
008-00	008-11	67	77	0	144
009-00	009-11	79	92	0	171
010-00	010-11	102	92	0	194
011-00	011-11	93	97	0	190
012-00	012-11	83	88	0	171
013-00	013-11	90	90	0	180
014-00	014-11	92	100	0	192
015-00	019-11	518	434	0	952
020-00	024-11	510	459	0	969
025-00	029-11	461	436	0	897
030-00	034-11	399	430	0	829
035-00	039-11	397	410	0	807
040-00	044-11	347	393	0	740
045-00	049-11	402	355	0	757
050-00	054-11	345	336	0	681
055-00	059-11	299	300	0	599
060-00	064-11	248	265	0	513
065-00	069-11	217	195	0	412
075-00	079-11	167	165	0	332
075-00	079-00	157	147	0	304
080-00	999-11	146	211	0	357
TOTALES		5.882	5.783	0	11.665

Percápita año 2014 y total de inscritos según sexo y edad en el CES de atención primaria en la comuna de Punitaqui.

INSCRITOS SEGUN SEXO Y EDAD
TOTAL ESTABLECIMIENTO

ESTABLECIMIENTO : 05101 PUNITAQUI
DEPENDENCIA/TIPO: MUNICIPAL CGR
COMUNA : 04504 PUNITAQUI
S. SALUD : 05 S.S.COQUIMBO
REGION : 04

EDADES	Inf.	Sup.	Masculino	Femenino	Sin Inf.	Total
			0	0	49	49
000-00	000-11		62	60	0	122
001-00	001-11		80	79	0	159
002-00	002-11		82	70	0	152
003-00	003-11		107	95	0	202
004-00	004-11		87	84	0	171
005-00	005-11		86	79	0	165
006-00	006-11		79	85	0	164
007-00	007-11		79	90	0	169
008-00	008-11		81	68	0	149
009-00	009-11		66	80	0	146
010-00	010-11		73	88	0	161
011-00	011-11		90	88	0	178
012-00	012-11		90	90	0	180
013-00	013-11		76	95	0	171
014-00	014-11		84	96	0	180
015-00	019-11		502	435	0	937
020-00	024-11		466	463	0	929
025-00	029-11		433	431	0	864
030-00	034-11		389	383	0	772
035-00	039-11		375	413	0	788
040-00	044-11		324	405	0	729
045-00	049-11		395	356	0	751
050-00	054-11		343	328	0	671
055-00	059-11		296	302	0	598
060-00	064-11		270	262	0	532
065-00	069-11		218	209	0	427
070-00	074-11		190	186	0	376
075-00	079-11		153	149	0	302
080-00	999-11		129	197	0	326
			5705	5766	49	11520

Santiago de Chile, Enero 2013.

Sr: Samuel Baeza Avello
Director de CES Comuna Punitaqui
Presente.

Estimado, me dirijo a Ud. para presentarle el Proyecto de Investigación de Tesis “Prevalencia y severidad de caries dental en pacientes GES embarazadas”, requisito para optar al título de Cirujano Dentista en la Universidad Finis Terrae.

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

El objetivo de este proyecto de investigación es conocer la cantidad de embarazadas que ingresan al control maternal y cuáles de estas acuden a control dental. Así también evaluar variables como la edad, paridad, índice COPD, aseguramiento de salud y tipo de derivaciones a atención secundaria de quienes consultan. Se pretende con esta investigación, el generar evidencia científica que permita en un futuro orientar las estrategias de salud oral en la distribución de las consultantes mediante interconsultas a atención secundaria según aquellas patologías que resulten más prevalentes.

Para llevar a cabo esta investigación, solicito su autorización para acceder a los registros de embarazadas GES, comprendido entre el periodo de Enero a Diciembre del año 2013.

Los datos requeridos son: edad, paridad, índice COPD, aseguramiento de salud y tipo de derivaciones registradas (Rehabilitación Oral, Periodoncia, Radiología, Endodoncia), los que al ingresar a una planilla Excel, se folian para asegurar la confidencialidad y anonimato de los individuos de quienes provienen los datos para el estudio.

Este proyecto será evaluado por el comité de ética de la Universidad Finis Terrae y por el coordinador de Investigación, Dr. René Castro C. La tesis será guiada por la Dra. Patricia Moya R. encargada de la línea social.

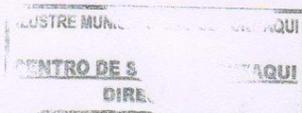
Agradeciendo su tiempo y esperando una buena acogida de su parte, se despide:

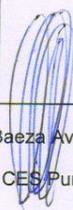
Rommy Traeger Gallardo
Alumna 6° año Odontología
Universidad Finis Terrae

Punitaqui, enero 2014

Mediante la presente carta, autorizo a la alumna de 6to año de Odontología de la Universidad Finis Terrae, Sede Santiago, Sra. Rommy Traeger Gallardo, a tener acceso a las hojas diarias de atención de urgencia y también al Programa de Registro Clínico SIDRA correspondientes a nuestro establecimiento; siempre y cuando toda la información sea resguardada cuidadosamente y usada solamente con fines científicos, específicamente para su investigación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.




Samuel Baeza Avello
Director (s) CES Punitaqui