



PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS ATENDIDAS MEDIANTE GES “SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA”, CESFAM ANGELMÓ, ENTRE OCTUBRE Y DICIEMBRE, AÑO 2017

POR: DANIELA PATRICIA JIMÉNEZ NAVARRO

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo para optar a la especialidad en Odontopediatría

PROFESOR GUÍA:
Carmen Gloria Narváez.

Agosto, 2018
CONCEPCIÓN

DEDICATORIA

A mi compañero de vida por inspirarme y animarme a cumplir uno de mis grandes sueños.

A mi Papá por su apoyo y amor incondicional en esta larga etapa.

A mi hermosa Madre por sus palabras de aliento en aquellos momentos en el que sentía que ya no tenía más energía.

Y a mis hermanos que me apoyaron con sus hermosas sonrisas.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos los que me apoyaron y ayudaron a lograr ser mi mejor versión de Dentista.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Problema	7
1.3. Justificación o relevancia del tema	7
CAPITULO II. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN	11
2.1. Supuesto	11
2.2. Objetivo general	11
2.3. Objetivos específicos	11
2.4. Definición y clasificación de variables	12
CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	16
3.1. Recolección de la información	18

3.2. Instrumento de recolección de información	18
3.3. Análisis estadístico	19
3.4. Aspectos éticos	20
CAPITULO IV. RESULTADOS	21
CAPITULO V. DISCUSIÓN	27
CAPITULO VI. CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1. Distribución porcentual de la muestra estudiada, según paridad.	21
TABLA 2. Distribución de la muestra, según edad.	22
TABLA 3. Distribución porcentual de la muestra, según nivel educacional.	22
TABLA 4. Distribución de las respuestas del índice OHIP 14 con respecto a la percepción del impacto y no impacto en las embarazadas primigestas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada”.	23
TABLA 5. Distribución de la muestra según índice COPD en embarazadas primigestas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada”.	24
TABLA 6. Distribución de las respuestas de índice OHIP-14 según dimensión estudiada.	25

RESUMEN

Este estudio trata sobre la percepción del impacto de la salud oral en embarazadas primigestas atendidas en el Centro de Salud Familiar Angelmó, Región de Los Lagos, Chile. El objetivo general de esta investigación es determinar la percepción del impacto de la salud oral en embarazadas primigestas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada”, Cesfam Angelmó, entre octubre y diciembre, año 2017.

Para la realización de este estudio se recopilaron los datos de edad y nivel educacional desde las fichas electrónicas de 27 pacientes embarazadas, además de aplicar un cuestionario auto administrado validado al español (OHIP-14 SP) a cada una de ellas. Los resultados obtenidos muestran que la edad promedio de las mujeres encuestadas es de 25.6 (mínima 18 y máxima 36) con una desviación estándar (DE) de 5.16, la mayoría de ellas han logrado un nivel Medio y Técnico profesional en su formación académica con un 41% y 33% respectivamente. La historia de caries se midió a través del índice COPD, según lo observado en este estudio el 89% de las embarazadas presenta historia de caries, con un índice COPD promedio de 5.5 (mínimo de 0 y un máximo de 9) con una desviación estándar de 2.6. Los resultados obtenidos confirman la existencia de impacto en la salud oral de las embarazadas. Las dimensiones registradas con mayor impacto fueron limitación funcional, dolor físico y molestias psicológicas, lo cual refiere implicancias importantes en el desarrollo de las actividades diarias y en la tranquilidad personal de cada individuo. Mientras que las que registraron menor impacto fueron la incapacidad social y obstáculos o minusvalía, dimensiones que de tener un impacto mayor significarían la imposibilidad de realizar la vida cotidiana.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades”, mientras que a la calidad de vida la define como: “La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”. (Gallardo, 2013)

La salud bucal forma parte de la salud general y es esencial para la Calidad de Vida (CV), todos los individuos deben disponer de una condición de salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin apremio. (Abanto, 2010).

La salud bucal es escasamente reconocida por las personas, la sociedad y los servicios de salud, como parte integral de la salud general. Entre las funciones de la boca, principalmente se resalta la masticación, obviando importantes aspectos socioculturales como comer, hablar y sonreír. El impacto que tiene la boca dentro de las dinámicas sociales ha sido menos estudiado en comparación con la investigación clínica, en este sentido, en las últimas décadas se han introducido conceptos subjetivos en el campo odontológico, uno de éstos es el de calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), concepto acotado exclusivamente a la relación que tiene la salud oral en la calidad de vida de las personas. (Bellamy, 2014)

El enfoque de curso de vida es considerado clave por la Organización Mundial de la Salud para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Este enfoque incluye acciones durante todos el ciclo de la vida, comenzando con la salud materna (incluyendo la etapa pre-concepcional, prenatal y post natal), continuando en la infancia y adolescencia, abarcando la promoción de los entornos de trabajo saludable en la edad adulta, el envejecimiento saludable y cuidados adecuados en el final de la vida. (Minsal. 2013)

El embarazo es una etapa en la cual se debe poner atención especial en el cuidado de la higiene oral. Los cambios fisiológicos y anatómicos que experimenta el organismo de la mujer durante la gestación aumentan el riesgo de que se desarrollen caries y enfermedad periodontal, entre otras enfermedades. Por lo que se requiere de recomendaciones y lineamientos que conduzcan al profesional de la salud oral, para utilizar e implementar medidas adecuadas tanto de prevención como de tratamiento durante el embarazo. (Martínez, 2012).

CAPITULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Embarazo y atención dental.

La salud materno infantil en sus distintos períodos, con énfasis en el período prenatal, es hoy día uno de los temas más relevantes para la sociedad a nivel internacional. Un embarazo saludable y un parto seguro son los cimientos esenciales para una vida feliz y productiva. Diversos autores plantean que el período de gravidez es el ideal para orientar a las madres, pues se encuentran más motivadas, susceptibles y receptivas a cambios de actitud y comportamiento, para recibir información y ser educadas sobre la salud bucal.(Díaz, 2015).

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 de alto impacto, 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. (Minsal, 2013)

Durante el período de gestación el organismo de la mujer sufre modificaciones, transformaciones fisiológicas y psicológicas, además de cambios en los tejidos orales y cambios de conducta que pueden iniciar enfermedades bucodentales o agravar las ya establecidas. En sentido general todas las mujeres embarazadas son propensas a sufrir cambios en su organismo, pero no llevan implícitos alteraciones, ya que un buen control del cepillado, conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal, control de la dieta, examen bucal periódico, contribuye a disminuir o controlar las afecciones que pudieran producirse. (Yero, 2012)

En el embarazo se producen una serie de cambios, extrínsecos e intrínsecos, (hormonales, dietéticos, microbiológicos y alteraciones en la respuesta inmunológica), que hacen que las gestantes sean más vulnerables de padecer caries y enfermedad periodontal, las dos enfermedades orales de mayor prevalencia en Chile. Las enfermedades orales, generalmente, no son fatales, sin embargo, experiencias como el dolor bucodental, problemas al comer, masticar, sonreír y de relación social debidos a problemas en la boca o dientes, tienden a afectar sustancialmente el bienestar de los individuos. (Misrachi, 2009).

Las enfermedades bucales con más alta frecuencia son la caries y las periodontopatías, la necesidad de prevenirlas y promover la atención oportuna cuando se presentan ha sido motivo de múltiples acciones, ya que, por su magnitud, las enfermedades bucales constituyen un problema en la paciente embarazada que depende en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas. (Fernández, 2010).

Embarazo y Caries.

Durante el embarazo ocurren 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 bucal, entre otras, caries dentales, gingivitis, tumores orales. Aunque hay escasa literatura que relaciona el embarazo con caries dental, es sabido que alteraciones conductuales, fisiológicas, cambios dietarios (aumento en el consumo de carbohidratos), el aumento de ácidos en la boca asociado a vómitos y acidez de la saliva, junto con la disminución del flujo salival, predispondrían a un aumento en la incidencia de caries. (Corsini- Muñoz, 2012).

El malestar general que padecen la mayoría de las mujeres en esta época, trae consigo un inadecuado comportamiento con relación a la higiene bucal, que con el cambio de hábitos alimentarios, con una mayor ingesta de alimentos azucarados en intervalos menores de tiempo atentan contra la salud bucal de las gestantes. El aumento de gonadotropina en el primer trimestre se asocia con náuseas y vómitos, el aumento de la progesterona retarda el vaciamiento gástrico y la acidez resultante durante los vómitos provocan erosión del esmalte de los dientes, fundamentalmente en la cara lingual de los molares e incisivos inferiores. (Bastrarrechea, 2009).

La susceptibilidad a caries dental en el embarazo puede aumentar debido a factores como el aumento de la cantidad de Streptococcus Mutans y Lactobacilos Acidófilos, a la ingestión más frecuente de carbohidratos y a la mayor ocurrencia de vómitos, junto a un desequilibrio del pH de la saliva. La

primera etapa en el desarrollo de la caries dental es el depósito, también denominado placa, habitado por un gran número de bacterias. El *Streptococcus Mutans* es el agente más vinculado con la patogenia de la caries, el cual depende de los azúcares para su alimento. (Pérez- Oviedo, 2011).

Durante el embarazo la composición salival cambia, disminuye el pH y se afecta su función reguladora, por lo que el medio bucal se hace favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones. La saliva ejerce importantes funciones en la boca, por su acción de limpieza mecánica y lubricante de las superficies mucosas y dentarias, así como su efecto antimicrobiano y su capacidad buffer debida a la existencia de amortiguadores químicos del equilibrio ácido-base disueltos en ella. (Pérez-Oviedo, 2011).

En la aparición de la caries deben confluír diferentes factores como cambios en los modos y estilos de vida, la dieta cariogénica en alta frecuencia cobra un papel protagónico, así como la deficiencia del cepillado por reflejo nauseoso frecuente en las embarazadas. Esto contribuye a la acumulación de placa dentobacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie del diente. (Bastrarrechea, 2009).

Por otro lado, a pesar de que hay una convicción general de que el embarazo por sí mismo es perjudicial para los dientes, no está claro el efecto del embarazo en la iniciación o progresión de la caries dental. Estudios previos indican que los dientes no sufren alteraciones patológicas especialmente evidentes, lo que significa que no hay una disminución en el apósito de calcio y

otros minerales del diente. Por tanto, no parece que aparezcan más caries durante la gestación que las debidas al abandono de la higiene oral o a un aumento exagerado del consumo de hidratos de carbono no fermentables. El número de microorganismos cariogénicos puede aumentar en el embarazo, coincidiendo con la bajada del PH salival y del efecto Buffer. Los cambios en la composición de la saliva ocurren en el embarazo ya avanzado y durante la lactancia, pudiendo temporalmente predisponer a la caries y a la erosión dental. Además, durante la gestación, existe un aumento en la prevalencia de aparición de vómitos y un descenso de la frecuencia de cepillado. (Vera- Delgado, 2010).

1.2 Problema

¿Existe percepción del impacto de la salud oral en las embarazadas primigestas atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada”, CESFAM Angelmó que se refleja en su calidad de vida relacionada con salud oral?

1.3 Justificación o relevancia del tema

En 1991, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. (De la fuente – Hernández, 2010)

Otra definición de calidad de vida puede ser "la percepción de un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los cuales este vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones". El concepto de calidad de vida, además de comprender una representación subjetiva de la sensación de bienestar, es multidimensional e incluye tanto dimensiones positivas como negativas. (Abanto, 2010)

El estado de salud bucal de la madre influye en su bienestar y en el riesgo de desarrollar caries tempranas en los niños, a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales. Estos antecedentes justifican el desarrollo de intervenciones integrales que apunten a reducir los riesgos de patologías bucales tanto en la madre como en el hijo. Desde julio 2010, la Salud Oral Integral de la embarazada es una garantía GES del Régimen general de garantías en salud que consiste en una atención odontológica realizada por un 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 de la mujer, reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal. (Minsal. 2013)

La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social. (De la fuente – Hernández, 2010).

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. (Misrachi, 2005).

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 tanto, es importante determinar las causas por las cuales los pacientes tienden a buscar tratamiento y en qué medida esto afecta su calidad de vida. (Díaz- Reissner, 2017).

Por lo tanto, la salud oral es un importante mediador de la calidad de vida, sobre todo de su componente psicológico, es por ello que se han creado indicadores para ser utilizados específicamente en odontología. Estos tipos de indicadores de calidad de vida relacionada con la salud oral, permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, traducir sus hallazgos en medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, siendo todas medidas de gran utilidad para mejorar la calidad de los servicios de salud. (Misrachi, 2009).

Dado que valorar la calidad de vida según el estado bucodental es muy subjetivo, al estar directamente influenciada por la personalidad propia, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque

metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible. (De la Fuente-Hernández, 2010).

CAPITULO II. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 Supuesto

Por el tipo de estudio metodológico, no se determina explícitamente.

2.2 Objetivo general

Determinar la percepción del impacto de la salud oral en embarazadas primigestas atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada”, CESFAM Angelmó, entre octubre y diciembre, año 2017.

2.3 Objetivos específicos

Determinar el impacto en la salud oral mediante el índice COPD en embarazadas primigestas, atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada”, CESFAM Angelmó, entre octubre y diciembre, año 2017.

Determinar qué dimensiones presentan mayor percepción del impacto en la salud oral de las embarazadas primigestas, atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada”, CESFAM Angelmó, entre octubre y diciembre, año 2017.

2.4 Definición y clasificación de variables

2.4.1 Percepción de impacto

Definición conceptual

Percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Definición operacional

Se utilizó el cuestionario OHIP-14, el cual tiene 7 dimensiones, limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas, con ellas se consideró si existía o no percepción del impacto en salud bucal.

A los Indicadores de las respuestas posibles se les asignan valores:

Nunca = 0

Casi Nunca= 1

Algunas veces= 2

Frecuentemente= 3

Siempre= 4

2.4.2 Paridad

Definición conceptual

Corresponde al número de hijos nacidos vivos.

Definición operacional

Se registra el número de hijos nacidos vivos de la siguiente manera:

Primigesta= 0

Multigesta= 1

2.4.3 Atención dental

Definición conceptual

La atención dental en salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a devolver, mantener y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

Definición operacional

Se registra si está o no bajo tratamiento dental de la siguiente manera:

Sí= 0

No = 1.

2.4.4 Índice COPD

Definición conceptual

El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas.

C= Se considera caries lesión de mancha blanca.

O= Obturaciones de vidrio ionomero, amalgama o composite en buen estado clínico (sin infiltración, sin brecha marginal, sin fractura, sin caries recidivantes)

P= Perdida por caries o enfermedad periodontal.

D= Pieza dentaria

Definición operacional

Se registra la sumatoria total de los componentes del índice COPD en números enteros incluyendo el 0.

CAPITULO III. MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Centro de Salud Familiar Angelmó, ubicado en la comuna de Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile. Establecimiento cuya misión específica es prestar servicios de salud en el nivel primario de atención a la población inscrita, con el propósito de contribuir a resolver los problemas y necesidades de salud del usuario y su grupo familiar, y contribuir así a elevar su calidad de vida.

El universo estudiado está constituido por las embarazadas primigestas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada” ingresadas a tratamiento dental durante el año 2017.

La selección de las participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra la constituyeron 27 embarazadas primigestas ingresadas al programa Ges “Salud oral integral de la embarazada”, CESFAM Angelmó en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2017.

De acuerdo a los criterios de inclusión el grupo de estudio lo conformaron todas las embarazadas primigestas entre 18 y 45 años de edad que aceptaron participar del estudio previa firma del consentimiento informado. Se excluyeron del estudio aquellas pacientes primigestas atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada” que presenten alguna patología crónica de base.

El instrumento de medición que se utilizó fue el Oral Health Impact Profile (OHIP 14 SP) que corresponde a la versión en español y que ha demostrado ser un instrumento preciso, válido y confiable para evaluar la salud bucodental de la calidad de vida entre los adultos de la población española, chilena y mexicana, validados recientemente. El cuestionario cuenta con siete dominios, siendo éstos: limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social, y obstáculos o minusvalía. Además, se ha demostrado que es confiable, sensible a los cambios y exhibe una adecuada consistencia interna transcultural. (Díaz-Reissner et al, 2017).

Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en sub-escalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas.

Se aplicó el cuestionario OHIP-14 a las embarazadas primigestas, el día que iniciaron el tratamiento dental. Se les explicó el contenido del cuestionario y se les indicó que era absolutamente voluntario. También se les dijo que contestaran las preguntas referidas al estado de salud bucal durante los últimos 12 meses. Se les entregó el cuestionario OHIP-14 SP, y se recolectaron además, datos sobre edad y nivel educacional desde la ficha electrónica.

3.1 Recolección de la información.

Para lograr los objetivos propuestos para este estudio, se envió en primera instancia una carta dirigida a la dirección del centro de salud familiar Angelmó. (Anexo 1)

Esta carta tenía como objetivo solicitar la autorización para realizar la investigación utilizando los datos de las embarazadas ingresadas al programa Ges “Salud oral integral de la embarazada” durante octubre, noviembre y diciembre del 2017, además de aplicar un cuestionario auto administrado (OHIP- 14) validado al español. En esta carta se explicó de manera clara la forma en que se recolectarían los datos y la utilización de un documento de consentimiento informado para las participantes. (Anexo 2)

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

3.2 Instrumento de recolección de información

Se confeccionó como instrumento de recopilación de datos, una ficha *ad hoc* para el estudio, la cual fue utilizada por la investigadora en aquellas embarazadas que aceptaron participar del estudio. (Anexo 3)

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

3.3 Análisis estadístico

En el análisis de la información se usó estadística descriptiva. Para la variable edad se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión, mientras que para la paridad y nivel educacional se obtuvo sólo la proporción.

La confiabilidad del cuestionario OHIP-14, fue comprobado mediante el cálculo del coeficiente de fiabilidad Alfa de Crombach, obteniendo como resultado una confiabilidad media-alta con un valor igual a 0.79.

Para el análisis del componente COPD se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión. En relación al impacto en salud oral se consideró como sin impacto un índice COPD = 0 y con impacto un índice COPD > 0 = a 1.

El análisis del índice OHIP valoró cada una de las preguntas que lo conforman de acuerdo con el tipo de respuesta obtenida, al tiempo que se indicaba su frecuencia. Después se estudiaron las dimensiones mediante el análisis de cada una de las respuestas a las preguntas del índice, a fin de identificar los impactos. Como impactos se tomaron las respuestas casi nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre, y como no impacto la respuesta nunca.

3.4 Aspectos éticos:

Se resguardó de manera cautelosa y responsable la identidad de las embarazadas que participaron en este estudio haciendo uso de números foliados. Se solicitó el uso de la información previa firma de un consentimiento informado. (Anexo 2)

Se envió una carta al Comité de ética de la Universidad del Desarrollo Concepción para la aprobación del este estudio. (Anexo 4)

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. Descripción demográfica de la muestra

La muestra estudiada correspondió a 27 embarazadas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada” e ingresadas a tratamiento durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2017.

Tabla N°1.- Distribución porcentual de la muestra estudiada, según paridad.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	27	100%
Múltiparas	0	0
Total	27	100%

Al estudiar la muestra según paridad se puede observar que el 100 % pertenece a embarazadas primigestas, que corresponden a aquellas que cursan por primera vez un embarazo. (Ver tabla 1)

Tabla N°2.- Distribución de la muestra, según edad.

Variable	Observado	Promedio	DE	Min –Max
Edad	27	25.6	5.16	18-36

Al estudiar la variable edad podemos observar que la edad promedio de las mujeres encuestadas es de 25.6 (mínima 18 y máxima 36) con una desviación estándar (DE) de 5.16. (Tabla2)

Tabla N°3.- Distribución porcentual de la muestra, según nivel educacional.

Nivel Educacional	Frecuencia	Porcentaje
Básico	1	4%
Medio	11	41%
Técnico profesional	9	33%
Universitario	6	22%
Total	27	100%

Al estudiar la muestra según nivel educacional, se observa que la mayoría de las embarazadas han logrado un nivel Medio y Técnico profesional en su formación académica con un 41% y 33% respectivamente. (Tabla 3)

4.2. Percepción del impacto OHIP 14.

Tabla N°4.- Distribución de las respuestas del índice OHIP 14 con respecto a la percepción del impacto y no impacto en las embarazadas primigestas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada”.

Pregunta	Sin Impacto	Con Impacto
Limitación funcional		
1	9 (33%)	18 (67%)
2	17 (63%)	10 (37%)
Dolor físico		
3	3 (11%)	24 (89%)
4	8 (30%)	19 (70%)
Molestias psicológicas		
5	11 (41%)	16 (59%)
6	6 (22%)	21 (78%)
Incapacidad física		
7	20 (74%)	7 (26%)
8	25 (93%)	2 (7%)
Incapacidad psicológica		
9	19 (70%)	8 (30%)
10	14 (52%)	13 (48%)
Incapacidad social		

11	24 (89%)	3 (11%)
12	22 (82%)	5 (18%)
Obstáculos/ Minusvalía		
13	25 (93%)	2 (7%)
14	27 (100%)	0 (0%)

Al estudiar la muestra podemos observar que 5 de las 14 preguntas presentan percepción en el impacto sobre la salud oral de las embarazadas, las cuales corresponden a la dimensiones de limitación funcional, dolor físico y molestias psicológicas. Las 9 preguntas que no presentan percepción sobre el impacto en la salud oral corresponden a las dimensiones de la incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos o minusvalía. (Tabla 4)

4.3. Impacto en salud oral / Historia de caries en la muestra

Tabla N°5.- Distribución de la muestra según índice COPD en embarazadas primigestas atendidas mediante GES “Salud oral integral de la embarazada”

COPD	Frecuencia	Porcentaje
Sin historia de caries	3	11%
Con historia de caries	24	89%

Total	27	100%		
Variable	Observado	Promedio	DE	Min .Max
COPD	27	5.5	2.6	0-9

La historia de caries se midió a través del índice COPD, según lo observado en este estudio el 89% de las embarazadas presenta historia de caries, con un índice COPD promedio de 5.5 (mínimo de 0 y un máximo de 9) y una desviación estándar de 2.6.

4.4. Dimensiones y su percepción del impacto en salud oral.

Tabla N° 6.- Distribución de las respuestas de índice OHIP-14 según dimensión estudiada.

	0	1	2	3	4	Total
Pregunta/Respuesta	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre	
Dimensión		Limitación	Funcional			
1	0	3	24	9	0	36
2	0	7	6	0	0	13
Dimensión		Dolor	Físico			
3	0	4	28	15	4	51
4	0	6	20	9	0	35
Dimensión		Molestias	Sicológicas			
5	0	10	10	3	0	23

6	0	9	22	3	0	34
Dimensión		Incapacidad Física				
7	0	5	4	0	0	9
8	0	1	2	0	0	3
Dimensión		Incapacidad Sicológica				
9	0	4	8	0	0	12
10	0	9	8	0	0	17
Dimensión		Incapacidad Social				
11	0	1	4	0	0	5
12	0	4	3	0	0	7
Dimensión		Obstáculos Minusvalía				
13	0	2	0	0	0	2
14	0	0	0	0	0	0

Al observar los datos en la tabla N° 6 podemos observar que la dimensión que presenta mayor puntuación es **Dolor físico** con 51 puntos y que corresponde a la pregunta N° 3 ¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos? En contraparte la dimensión que presenta menor puntuación es **Obstáculos y minusvalía** con 0 puntos y que corresponde a la pregunta N° 14 ¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

CAPITULO V. DISCUSIÓN

Desde julio 2010, la Salud Oral Integral de la embarazada es una garantía GES del régimen general de garantías en salud que consiste en una atención odontológica realizada por un 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 de la mujer, reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal. (Minsal, 2013)

La lesión cariosa es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el ser humano (menos del 5% de los adultos están libres de caries) y casi con toda seguridad la más prevalente en la infancia. La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas en las embarazadas se debe a un incremento en los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios en la composición de la saliva y flora oral, vómitos por reflujo, higiene oral deficiente y cambios en los hábitos dietéticos. (Castillo, 2014)

Esta investigación se refiere a embarazadas primigestas, que corresponden a aquellas que cursan por primera vez un embarazo y que reciben atención dental de manera integral y gratuita en el Centro de Salud Familiar Angelmó. La historia de caries obtenida a través del índice COPD mostró un promedio de 5.5

(DE 2.6). Este resultado difiere con los resultados obtenidos por Misrachi, 2009, en los que se obtuvo un valor promedio del índice COPD igual 10.22 (DE 4,68).

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. (Minsal, 2013)

En relación a percepción del impacto en salud oral podemos observar que las dimensiones que presentan mayor impacto en este estudio corresponden a limitación funcional, dolor físico y molestias psicológicas, en contraparte, las que presentan menor impacto son incapacidad psicológica y obstáculos o minusvalía, dimensiones que de tener un impacto mayor significarían la imposibilidad de realizar la vida cotidiana.

Los resultados son muy similares a los obtenidos por Fernández, 2010, en un estudio realizado en adultos mayores en México. La diferencia radica en que en este estudio las dimensiones con mayor impacto son dolor físico, molestias psicológicas e incapacidad física, al igual que en los resultados obtenidos en mujeres embarazadas brasileñas en un estudio realizado por Rosell, 2013.

Con respecto a la dimensión que más afecta en la calidad de vida relacionada con salud oral, la dimensión dolor físico obtiene la mayor puntuación con 51 puntos, al igual que los resultados obtenidos por García–Martin, 2017, esto se debe a que se experimentan dolor durante la masticación, fono articulación y deglución, lo que dificulta funciones cotidianas como la alimentación y el habla, disminuyendo su percepción de calidad de vida.

Las mujeres pueden mostrar diferentes características psicosociales o emocionales que puedan mejorar la percepción de los efectos sociales de la salud oral, por lo que existe una hipótesis en el sentido de que los niveles de OHIP serán más elevados para el sector femenino. Actualmente, está muy difundida la idea de que el cerebro masculino tiene una mayor capacidad para el espacio y los números, y las mujeres para expresarse y mostrar sus sentimientos. Sin embargo, estas características no afectan sólo a la inteligencia, sino que influyen en el carácter y la personalidad. Investigaciones muestran que debido a estas diferencias, la calidad de la salud bucodental de la vida depende del sexo de una persona. (Ugalde et al, 2014)

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos del estudio confirman la existencia de impacto de la salud oral en la calidad de vida de las embarazadas. Las dimensiones registradas con mayor impacto fueron limitación funcional, dolor físico y molestias psicológicas, lo cual refiere implicaciones importantes en el desarrollo de las actividades diarias y en la tranquilidad personal de cada individuo. Mientras que las que registraron menor impacto fueron la incapacidad social y obstáculos o minusvalía, dimensiones que de tener un impacto positivo significarían la imposibilidad de realizar la vida cotidiana.

Los resultados obtenidos muestran evidencia suficiente para impulsar este tipo de investigaciones, que sirven como referente para brindar un mayor espacio dentro de los programas educativos del área odontológica para la mujer gestante.

Programas odontológicos con enfoque en la promoción de salud y prevención de patologías orales, son una buena herramienta para mejorar la calidad de vida relacionada con salud oral de las mujeres gestantes y de esta forma influir en la salud de sus futuros hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abanto- Álvarez J., Bönecker M., Prócida-Raggio D. (2010). Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Revista Estomatológica Herediana. 20(1):38-43.

Bastarrechea-Milián M., Alfonso-Betancourt N., Oliva- Pérez M. (2009). Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y caries dental en Yemen. Revista Cubana de Estomatología. 46(4): 1-15.

Bastarrechea-Milián M., Fernández- Ramírez L., Martínez – Naranjo T. (2009). La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Revista Cubana de Estomatología. 46(4): 59-68.

Bellamy-Ortiz Cl., Moreno-Altamirano A. (2014). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en estomatología. 30(4):195-203.

Castillo MT., Sánchez M., Varéz Z.(2014).Impacto de medidas preventivas sobre la calidad de vida de la salud bucodental en la gestante. Nure Inv.11(71): 2-17.

Corsini-Muñoz G., Zaror-Sánchez C., Vallejos- Vallejos C. (2012). Uso de modelos epidemiológicos para estimar la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas chilenas. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 5(2): 74-77.

De la Fuente-Hernández J., Sumano-Moreno O., Sifuentes-Valenzuela M.C., Zelocuatecatl-Aguilar A. (2010). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universitas Odontológica. 29(63):83-92.

Díaz- Reissner CV., Casas-García I., Roldán- Merino J. (2017). Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. Int. J. Odontostomat. 11(1):31-39.

Díaz- Valdés L., Valle-Lizama R. (2015). Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Universidad Ciencias Médicas. Sancti Spiritus. 17 (1):1608-8921.

Fernández- García O., Chávez –Medrano M. (2010). Atención odontológica en la mujer embarazada. Investigación materna infantil. 2(2): 80-84.

Gallardo-Schultz A., Picasso-Pozo M., Huillca-Castillo N., Ávalos-Márquez JC. (2013). Calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores de una población peruana. 10(2):145-50.

García-Martin J., González-Díaz A., García-Pola M.(2017). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante. Rev. Salud Pública. 19 (2): 145-152.

Minsal. (2013). Guía Clínica AUGE, Salud oral integral de la embarazada. Serie de guías clínicas. Pág.: 10-12.

León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa- Beltrán G., Giacaman RA.(2014). Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health. 14 (95): 1 -9.

Martínez-Menchaca H., Escamilla-Ocañas C., Salinas-Noyola A., Treviño-Alanís. (2012). Directriz para el cuidado oral durante el embarazo. Revista ADM. 19 (1):10-14.

Misrachi C., Espinoza I. (2005). Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con salud. Revista dental de Chile. 96 (2): 28-35.

Misrachi C., Ríos M., Morales I., Urzúa JP., Barahona P. (2009). Calidad de vida y condiciones de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 26(4): 455-61.

Pérez- Oviedo A., Betancourt- Valladares M., Espeso-Nápoles N., Miranda-Naranjo M., González-Barrera B.(2011). Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. Revista Cubana de Estomatología. 48(2):104-112.

Rosell F.,Oliveira AL.,Tagliaferro E., Da Silva S.,Valescky Juœnior A. (2013).Impacto dos problemas de saœde bucal na qualidade de vida de gestantes. Pesq. Bras. Odontoped. Clin.Integr.13(3):287-93.

Ugalde E.(2014).Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo.Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT – Costa Rica.7 (2):33-46.

Vera-Delgado MV., Martínez-Beneyto Y., Pérez-Lajarín L., Fernández-Guillart A., Maurandi-López A. (2010). Nivel de salud oral de la mujer embarazada de la comunidad autonoma de la región de Murcia. Odontología Preventiva. 2(1):1-7.

Yero-Mier I., García-Rodríguez M., Reytor-Saavedra E., Nazco-Barrios L. (2012). Conocimiento sobre salud buco dental del embarazado consultorio California 2012. Gac Med Espirit. 15(1): 20-29.

ANEXOS

Carta a la Dirección de Salud.

Puerto Montt, 02 de octubre 2017.

Doctora: Cecilia Ravanales Alvarado.
Centro de salud familiar Angelmó.

Presente.

Distinguida Dra:

El objetivo de esta carta es solicitar su autorización para realizar en el centro de salud que Ud. dirige, un trabajo de investigación (Tesis Pos título) que es requisito para optar al título de Especialista en odontopediatría en la Universidad del desarrollo Concepción.

El trabajo de investigación a realizar es determinar la percepción del impacto de la salud oral de las embarazadas primigestas atendidas mediante Ges "Salud oral integral de la embarazada", CESFAM Angelmó, entre octubre y diciembre del 2017.

La obtención de la información necesaria para el estudio se realizará a través de la aplicación de un cuestionario auto administrado (OHIP-14), previa firma del documento de consentimiento informado.

La investigación será efectuada por la Sra. Daniela Jiménez Navarro, alumna del pos título en Odontopediatría Facultad de Odontología de la Universidad del desarrollo Concepción.

Esperando una buena acogida a esta solicitud, saluda atentamente.

Daniela Jiménez Navarro.

Alumna pos título en odontopediatría UDD.

Consentimiento Informado

Estimada:

La línea social de la UDD, está realizando una investigación relacionada con la percepción en salud oral de las embarazadas primigestas atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada” y como esto puede afectar en su calidad de vida relacionada con salud oral. Para llevar a cabo este estudio se requiere recopilar información desde su ficha clínica (edad y nivel educacional), además de aplicar un cuestionario auto administrado (OHIP-14).

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

Se agradece su participación.

Reconozco que he leído el documento y comprendo perfectamente su contenido. Se me ha dado la posibilidad de formular preguntas y todas me han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Por lo tanto, doy mi consentimiento para la revisión de mi historia clínica y aplicación del cuestionario auto administrado (OHIP-14).

Yo

_____ RUT N° _____ autorizo a la investigadora **Daniela Jiménez Navarro**, para aplicar el cuestionario auto administrado (OHIP-14) y recoger la información necesaria para el estudio de mi historia clínica, que será utilizada sólo con fines científicos.

Firma.

Ficha de recolección de datos.

Folio:

Paridad	Nivel educacional
0) Primigesta	0. Básico
1) Multigesta	1. Medio
	2. Técnico profesional
	3. Universitario

CUESTIONARIO OHIP-14Sp.

Recomendaciones: Debe establecer desde un inicio al entrevistado que las preguntas serán en relación a cómo se sintió en el último año (12 meses). Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera. Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumará el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0 - 56), implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado. Las preguntas sin respuesta se codificarán como valor de “cero”.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2. ¿Ha sentido que su					

**digestión ha
empeorado por
problemas con sus
dientes, boca o
prótesis?**

**3. ¿Ha tenido dientes
sensibles, por ejemplo
debido a alimentos o
líquidos fríos?**

**4. ¿Ha tenido dolor de
dientes?**

**5. ¿Los problemas
dentales lo/a han
hecho sentir totalmente
infeliz?**

**6. ¿Se ha sentido
inconforme con la
aparición de sus
dientes, boca o
prótesis?**

**7. ¿Ha sido poco clara
la forma en que usted
habla por problemas
con sus dientes, boca
o prótesis?**

**8. ¿La gente ha
malentendido algunas
de sus palabras por
problemas con sus**

dientes, boca o prótesis?

9. ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

10. ¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

11. ¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

12. ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

13. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?

14. ¿Ha sido incapaz de

**trabajar a su capacidad
total por problemas
con sus dientes, boca
o prótesis?**

Carta al Comité de ética

Concepción, 02 de octubre de 2017.

Señores Comité de Ética:

Mediante la presente, me dirijo a Uds. para solicitar la evaluación por parte de este comité, del trabajo de investigación sobre percepción del impacto de la salud oral de las embarazadas primigestas atendidas mediante Ges “Salud oral integral de la embarazada”, CESFAM Angelmó, entre octubre y diciembre del 2017. Requisito para optar al título de especialista en odontopediatría.

La obtención de la información necesaria para el estudio se realizará a través de la aplicación de un cuestionario auto administrado (OHIP-14) además de la revisión de la historia clínica de las embarazadas, previa firma del documento de consentimiento informado.

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

Atentamente

Daniela Jiménez.

Alumna pos título en odontopediatría UDD.