



PERFIL DE SALUD BOCODENTAL Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA EMBARAZADA TRATADA EN EL PROGRAMA GES

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumno: Felipe Montiel García

Docente Guía: Prof. Dr. Alfredo Cueto Urbina
Cátedra de Salud Pública

Valparaíso – Chile
2012

DEDICATORIA

Con especial cariño a mi papá, mamá, hermana y abuela, y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera me han prestado su apoyo en estos 6 años.

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros René Pulgar y Claudio Cárcamo, que participaron conmigo en el inicio de esta investigación y que colaboraron durante su desarrollo.

Al área de salud de la corporación municipal de Valparaíso por haber apoyado esta investigación, otorgando las autorizaciones necesarias para su realización, y a su departamento de estadísticas por haber facilitado la información necesaria sobre la población de embarazadas atendidas en sus respectivos centros de salud.

A la Biblioteca del Congreso Nacional por facilitar información estadística necesaria sobre la población de embarazadas atendidas en los centros de salud de la V región.

A los centros de salud de la CORMUVAL y del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y a sus respectivos odontólogos.

Al docente guía por su cooperación y apoyo en el desarrollo de esta investigación y a la docente informante por su colaboración en este estudio.

Al estadístico de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso por ayudarme en el procesamiento estadístico de los datos.

Y a todos lo que de alguna forma cooperaron en el desarrollo de esta investigación, especialmente a las mujeres que tuvieron la buena disposición y voluntad de participar en este estudio.

A todos ellos mis más sinceros y fraternos agradecimientos.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	3
Objetivos y preguntas investigativas	
Objetivo general.....	26
Objetivos específicos.....	26
Preguntas investigativas.....	27
Materiales y Métodos	
Diseño y tipo de estudio.....	28
Sujetos de estudio.....	28
Grupo de estudio.....	28
Criterios de selección.....	28
Diseño de la muestra.....	29
Definición y descripción de variables.....	30
Instrumentos.....	34
Control de sesgos.....	35
Consideraciones éticas.....	36
Análisis estadístico.....	36
Resultados.....	37
Discusión.....	48
Conclusiones.....	54
Limitaciones y Sugerencias.....	55
Resumen.....	56
Referencias Bibliográficas.....	57
Anexos	

I. INTRODUCCIÓN

La población chilena presenta una gran cantidad de necesidades en lo que a salud respecta. Por lo mismo, para enfrentar esta problemática se han implementado distintas políticas públicas. Es así, como a comienzos de la década pasada comenzó a gestarse la Reforma de la Salud, dentro de la cual se considera el acceso a Garantías Explícitas en Salud, más conocido como GES, o AUGE en sus inicios.

El programa de Garantías Explícitas en Salud implementado el año 2004 por la Ley 19.966, consta de un Plan de Salud Pública y un Plan de Salud de las Personas. Este último, focaliza el tipo de beneficiario y garantiza los procedimientos diagnósticos, tratamientos y seguimientos en un número limitado y progresivo de patologías específicas. Este programa, está orientado a solucionar necesidades de salud prioritarias, abarcando una cobertura de 69 patologías. Dentro de esta priorización, en lo que concierne a la parte odontológica, se incluye la fisura labio palatina, la atención dental integral para niños de 6 años, urgencias dentales ambulatorias en personas de cualquier edad, salud oral integral de la embarazada y salud oral integral en adultos de 60 años.

Chile, es un país con fuertes desiguales, tanto económicas como socioculturales, con una población progresivamente envejecida y con una realidad geográfica diversa, por lo que resulta fundamental para su desarrollo, la evaluación de las políticas públicas más allá de la cobertura.

Si bien es cierto, la reforma actual de salud y su programa GES han logrado solucionar en gran parte algunos problemas de atención en el sistema público; presenta algunas debilidades en cuanto a cobertura, manejo y gestión. Este programa es dinámico en el sentido que deben ir mejorando las condiciones de atención de las patologías ya incluidas y agregando progresivamente a otras.

Es por esto, que este estudio tiene como objetivo conocer el funcionamiento del programa en el ámbito odontológico, pero particularmente nos enfocaremos en la atención integral de la salud oral de la mujer embarazada, la cual para algunas de ellas, es la única oportunidad que tienen para acercarse a la atención odontológica. Con este estudio, pretendemos saber si efectivamente las garantías son capaces de lograr un estado de salud oral integral en la mujer embarazada.

El problema planteado es relevante, porque desde su puesta en marcha a la fecha, estas garantías que otorgan salud de calidad en forma oportuna a muchas de personas han implicado grandes esfuerzos económicos y humanos para el país, por lo cual es importante su evaluación sobre todo desde el punto de vista de los beneficiarios. Cabe mencionar, que es la primera vez que se hace este

tipo de evaluación y los datos recabados en este estudio y las conclusiones generadas a partir de ello, pueden servir para reevaluar el alcance y la efectividad de la atención integral de la salud oral de la mujer embarazada cubierta por los GES odontológicos, lo que podría incidir en reorientar este programa.

Otro aspecto importante de medir para nosotros es la calidad del programa. Si bien es cierto, se plantea que su aseguramiento se rige con el seguimiento minucioso de los protocolos o guías clínicas de atención; sin embargo, nosotros entendemos que además de ello, entraría a jugar un rol importante la satisfacción de las mujeres beneficiarias atendidas en este programa, cosa que permite ver ciertas afecciones, deficiencias o vicisitudes que pueda tener.

Ante la problemática planteada surgen preguntas como: ¿Cuál es el estado de salud oral de las mujeres embarazadas? ¿Las pacientes cubiertas por GES se encuentran satisfechas con los resultados de su atención? ¿Se justifica el esfuerzo hecho para implementar el programa? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades? Son preguntas que motivan esta investigación. En los 2 últimos estudios encontrados en Chile acerca de embarazadas, indican que el índice COPD fue de 8 y 10 respectivamente, por lo que se espera que las pacientes pertenecientes al grupo de estudio obtengan resultados similares.

II. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo de la presente investigación es importante clarificar o manejar ciertos contenidos que nos permitan situarnos en el problema planteado y que serán explicitados a continuación. Es así, como en el contexto del perfeccionamiento de las políticas de salud pública en nuestro país, incluiremos qué es y en qué consiste la reforma de salud, pasando por la descripción del perfil de salud oral de las mujer embarazada hasta llegar a exponer antecedentes epidemiológicos que nos permitan conocer algunos aspectos de la salud oral, que nos revelarán ciertas realidades actuales. Además de ello, entregaremos una breve exposición del programa de atención integral de salud oral de la mujer embarazada.

1. Políticas públicas en la salud.

Chile vive un período de reforma de su sistema de salud, que busca lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales. (Bastías & Valdivia, 2007).

Las consideraciones que deben estar presentes en relación al cambio social son: (i) Transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia del progresivo envejecimiento de esta, del cambio en los hábitos de vida y de las consideraciones del trabajo. (ii) Coexistencia de enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada (Ministerio de Salud, 2007).

Por lo mismo, Chile formuló Objetivos Sanitarios Nacionales para la década 2000-2010, así como también para la década siguiente 2011-2020, que fijan las metas nacionales en este ámbito, siendo esto un referente fundamental para establecer acciones prioritarias, definir estrategias y planificar las actividades e intervenciones necesarias para mejorar la salud de la población. Estos son: a) Mejorar la salud de la población; b) Disminuir las inequidades; c) Aumentar la satisfacción de la población; y d) Asegurar la calidad de las prestaciones en salud.(Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de objetivos sanitarios décadas 2011-2020, MINSAL).

Cabe destacar que el proceso de reforma a la salud chilena se intensifica el año 2000 a partir del Gobierno del Presidente Ricardo Lagos Escobar, cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Ejecutivo se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, enviados a discusión parlamentaria en Mayo de 2002 cuyos contenidos fueron los siguientes:

- La Ley de Financiamiento: Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Programa Chile Solidario.
- La Ley de Autoridad Sanitaria: Fortalece la conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como la fiscalización y regulación, las que entrega a organismos especializados. Es así, como por primera vez se estableció un mismo marco regulatorio para el sistema público y privado, bajo la supervisión de la Superintendencia de Salud. Asimismo, crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.
- La Ley de Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES): Establece, entre otras materias un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes.
- La Ley de Isapres: Se separó en dos proyectos, uno con disposiciones respecto a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control; y otro relacionado con los reajustes de precios de los planes de salud, con la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones, con la difusión de información por parte de la Superintendencia, así como acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.
- Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes: Es la única que hasta la fecha no se encuentra en ejercicio. No obstante, recientemente fue promulgada y en octubre de 2012 será puesta en vigencia. Regulará sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos.

Estos cinco proyectos, constituyen la base jurídica de la Reforma en Salud. (Ver anexo 1). Sin embargo, el proyecto que mayor controversia e interés provoca en la opinión pública y en los medios ilustrados, ha sido el del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES).

2. ¿Qué es el GES?

Corresponden a Garantías Explícitas en Salud, que fueron consideradas y detalladas en la Ley de Régimen General de Garantías en Salud (N°19.966) promulgada el 25 de agosto de 2004, la cual a su vez pasó a formar parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud del año 1985 (Ley n°18.469).

Su régimen de garantías en salud, tiene por objeto asegurar la cobertura de un determinado número de patologías a través de FONASA o ISAPRE, fundado en el principio de la protección social, que permite el acceso a una atención de salud universal y oportuna a toda aquella persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso. Cabe mencionar, que según el art. 2 de la Ley N° 19.966, tanto los beneficiarios de DIPRECA (Dirección de Previsión de Carabineros) como los de CAPREDENA (Caja de Previsión de la Defensa Nacional) no tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud, porque tienen su propio sistema de salud y son otras las leyes que lo rigen.

En lo fundamental, la nueva ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones de salud en términos de acceso, calidad, oportunidad y costo. De este modo, se establece un estándar mínimo en la atención de salud para las enfermedades GES, que incluye desde un tiempo máximo para recibir dicha atención hasta un desembolso financiero acotado para los pacientes. (Zúñiga A., 2007). El GES prioriza soluciones costo efectivas a los principales problemas de salud, ya sea en la etapa de fomento y protección de la salud como en la recuperación de la enfermedad o manejo del enfermo crónico (Sánchez H., 2008). Esto a través del uso de guías de prácticas clínicas, las que en teoría deben considerar las soluciones que tienen la mejor evidencia disponible, que a su vez se puede relacionar con el costo - efecto.

Lo anterior nuevamente es un gran cambio, ya que ahora la utilización de guías clínicas pasa a ser mucho más imperativa que antes de la reforma y "presiona" para que las soluciones que apliquen los profesionales sean aquellas que están incorporadas en el GES. (Sánchez H., 2006).

Para amparar este derecho, la Ley obliga a FONASA y a las ISAPRES a ofrecer a todos sus beneficiarios un plan de salud construido sobre la base de ciertas prioridades sanitarias con garantías explícitas en cuatro ámbitos:

a) Garantía Explícita de Acceso, que asegura que todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia.

b) Garantía Explícita de Oportunidad, que dispone un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico.

c) Garantía Explícita de Calidad, otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, donde las prestaciones deberán seguir patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruidos a partir de pruebas de evidencia científica.

d) Garantía Explícita de Protección Financiera, que garantiza que el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema GES y sus respectivas patologías. Además, se compromete financiamiento fiscal para la atención de salud de los carentes de ingresos o indigentes, y se establece la obligatoriedad de cotizar a los trabajadores independientes. La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, será de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos. No obstante, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a las personas pertenecientes a los grupos C y D de FONASA.

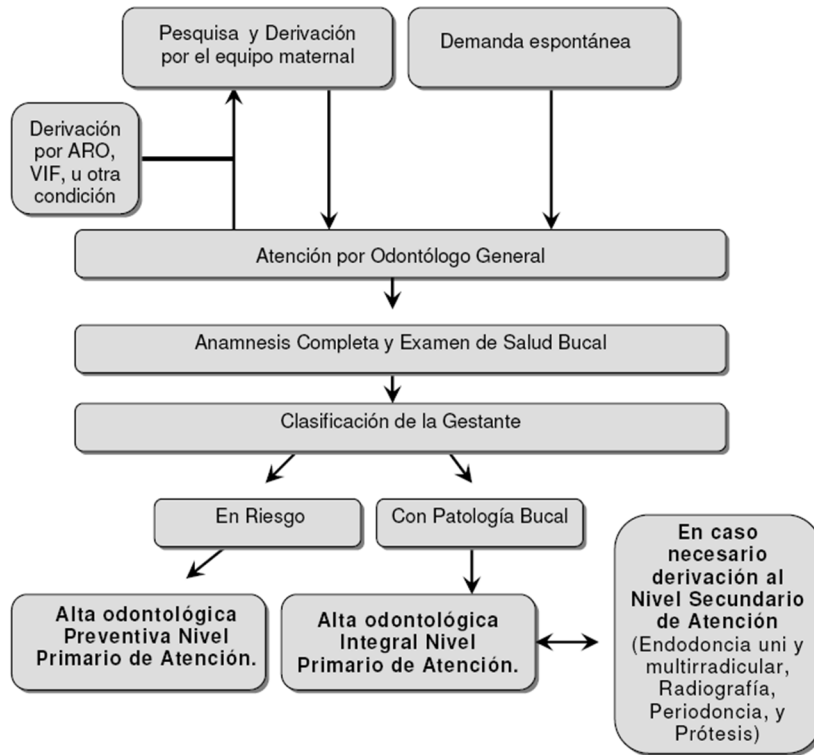
3. Cobertura GES en el área odontológica.

De los 69 problemas de salud cubiertos por el sistema GES, 5 de ellos pertenecen al área odontológica: (1) Fisura labio palatina; (2) Salud Oral Integral para Niños de 6 años; (3) Salud Oral Integral del Adulto de 60 años; (4) Urgencia Odontológica Ambulatoria; y (5) Salud Oral Integral de la Embarazada.

3.1 Salud oral integral de la embarazada.

Este programa que parte como piloto el 2009 y se transforma en GES el 2010, consiste en una atención odontológica realizada por el equipo odontológico, según necesidades, dirigida a **educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.**

Manejo de la atención odontológica integral de la embarazada.



Fuente: Guía atención odontológica integral de la embarazada, MINSAL 2008

Figura I. Flujograma del GES Odontológico de la Embarazada

En cuanto a las garantías que presenta este programa, las de acceso, oportunidad y financiamiento son las que tienen mayor vigilancia, ya que la calidad, se fundamenta en el compromiso tácito por parte de odontólogos de seguir la guía de práctica clínica. Específicamente cada una de ellas señala:

- **Acceso:** Todas las mujeres embarazadas afiliadas a Isapre o Fonasa que requieran de un tratamiento dental o que estando sometidas a uno queden embarazadas. En este caso, y según corresponda, podrán dejar de pagar los actuales valores de su intervención y continuar pagando el costo preferencial dispuesto en el GES.
- **Oportunidad:** El inicio del tratamiento será dentro de 21 días desde la solicitud de atención. En tanto, el fin del tratamiento será con el alta integral hasta 9 meses de ocurrido el parto. Sin embargo, el sistema electrónico cierra los casos a los 15 meses desde el ingreso de la paciente.
- **Protección financiera:** Referirse a Anexo 2

- Calidad: Se fundamenta principalmente en la certificación de profesionales y en la acreditación de los establecimientos de salud.

4. Cómo describir el perfil de salud oral

Para establecer las necesidades de tratamiento más prioritarias en una población, se requiere construir un perfil de salud. Este perfil sirve de guía para dirigir los recursos humanos y económicos que permitan interceptar las patologías más prevalentes en la población en estudio. Para poder establecer dicho perfil, se necesita conocer las herramientas e instrumentos disponibles más utilizados en epidemiología; los cuales se detallan a continuación:

Índice COP

Este índice se utiliza para calcular el número de dientes o superficies con historia de caries para calcular la prevalencia del problema a nivel comunitario, siendo C cariado, O obturado y P perdido. Los dientes obturados se asume que inequívocamente han tenido anteriormente caries antes de la restauración. Este índice puede ser aplicado al diente como un todo, clasificado como COPd y a todas sus superficies como COPs. El índice COP ha sido utilizado ampliamente desde su introducción en 1938 debido a que cumple una gran cantidad de criterios para un índice ideal, tales como, validez, confianza, claridad, simplicidad, objetividad, cuantificable y aceptabilidad. (Fejerskov et al., 2008)

Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN).

Diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal. Debido a su simpleza y facilidad, permite establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de los pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación.

Para llevarlo a cabo se requiere una sonda periodontal tipo OMS con la cual se pueden manipular suavemente los tejidos blandos ubicados alrededor de la pieza dentaria. Esta sonda presenta una esfera de 0,5 mm. de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm. Para realizarlo se dividen las arcadas dentarias en seis sextantes y los dientes considerados son los primeros y segundos molares de ambas arcadas, más el central superior derecho y el central inferior izquierdo. Se comienza examinando por el primer molar superior derecho y se continúa con el resto de los sextantes siguiendo el sentido de las agujas del reloj. Se examinan seis profundidades alrededor de cada diente.

Índice de higiene oral de O'Leary.

Valora la presencia o ausencia de placa en las cuatro superficies del diente (todas, menos la oclusal en dientes posteriores y la incisal en anteriores) en el que se utilizan sustancias que tiñen la placa. En las superficies proximales se examinará la presencia de placa fundamentalmente a nivel gingivodental en las zonas mesio y disto vestibular y mesio y disto palatina o lingual. Se determina sumando los sectores con placa, dividiendo por el número de sectores presentes (números de dientes multiplicados por 4) y multiplicando por 100. No se consideran los dientes ausentes en el denominador. Existe una variante muy utilizada que contempla sólo las superficies vestibular y lingual, y por tanto el denominador es número de dientes presentes multiplicado por 2. (Katz, et al., 1989).

Todos estos instrumentos forman parte fundamental de la descripción del perfil de salud oral, su aplicación en la población en estudio - en este caso, la mujer embarazada - permite extraer los antecedentes epidemiológicos de dicho grupo, información con la cual se pueden focalizar las políticas de salud pública en las patologías más prioritarias de esa población.

5. Antecedentes epidemiológicos nacionales de la mujer embarazada.

En Chile, al año 2006, el 41% de las embarazadas fueron madres por primera vez. De ellas, el 48.9% tenían menos de 20 años, el 48.6% fluctuaba entre los 20 y 34 años, y el 2.4% eran mayores de 35 años. (MINSAL. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2006)

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que el control prenatal está orientado a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas mencionados (Oyarzún E. 2008).

Durante el embarazo, ciertas infecciones de la madre pueden influir sobre la duración de la gestación (parto prematuro, antes de las 37 semanas) y también pueden afectar al feto. Por ello, la prevención de la infección congénita y perinatal es un problema de Salud Pública a considerar en los programas de control prenatal (MINSAL. Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, 2005).

Estudios internacionales revelan que en mujeres menores de 20 años, mayores de 40, mujeres con infección urinaria, solteras, y fumadoras existe un mayor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos). En Chile, el año 2003, el 5.9% de los nacidos vivos de primíparas, presentó un peso

al nacer menor de 2.500 gramos. (MINSAL. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2006).

El parto prematuro con niños de bajo peso al nacer, representa actualmente un problema de Salud Pública. Los nacimientos prematuros asociados a bajo peso al nacer, son la principal causa de morbilidad neonatal (UNICEF, 2004).

Los factores de riesgo conocidos para PPBP (parto prematuro y bajo peso al nacer) son: nacimientos prematuros previos, consumo de alcohol y tabaco, cérvix uterino acortado, baja estatura, bajo peso de la madre, stress físico y psicológico, bajo nivel socioeconómico educacional y pobre nutrición durante el embarazo. (Kramer M. et al., 2000; Tocharoen A. et al., 2000).

El tratamiento periodontal asegurado en el GES odontológico de las embarazadas, busca bajar la tasa de PPBP, esto respaldado por los estudios hechos en Chile por López et. al., en el 2002 y 2005, que comprueban que la terapia periodontal en la embarazada disminuye el riesgo de PPBP.

Por otra parte, desde el punto de vista de la evaluación económica, el aumentar la edad gestacional del nacido prematuro, aún en algunas semanas, puede reducir los costos asistenciales que implica la extrema prematuridad en el sistema sanitario, disminuyendo costos durante los primeros cinco años de la vida, según un estudio realizado en Estados Unidos. (Quiñones R., 2008)

A su vez, un estudio epidemiológico realizado por Sosa et. al., en 2003 en una población de 89 gestantes en Venezuela, mostró un índice COPD promedio de 11. Las embarazadas con edades entre 13 - 23 fue el promedio más bajo en dientes cariados, con 7, el grupo entre 24-34 años promediaron 12 dientes con caries y el grupo de 35-43 años promediaron 14 dientes con caries. Evidenciando que a medida que aumenta la edad de las gestantes aumenta con ello el índice COPD.

Un estudio similar realizado por Ruiz et al. en el año 2002, en 103 embarazadas en México, con una edad media de 26.7 años encontró una prevalencia de 99% de caries dental, con índice COPD de 13.8, correspondiendo 7,1 a cariados, 2.4 a perdidos y 4.3 a obturados.

Si bien, no existen estudios epidemiológicos nacionales de prevalencia para caries y periodontitis con la metodología sugerida por la Organización Mundial de la Salud, en población de gestantes, los datos disponibles actualmente corresponden a lo informado por la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003), en la cual el promedio de dientes cavitados por caries, en la población femenina,

entre los 17 y 24 años, fue de 1.40; mientras que en el grupo de 25 a 44 años, este promedio, aumentaba a 2.56 dientes cavitados (MINSAL, 2003).

Es por ello, que lo más cercano a estudios de este tipo son algunos realizados en una comuna de Santiago y en la ciudad de Talca.

En el de Santiago, (Misrachi et al., 2009) utilizaron una muestra de 58 mujeres chilenas y 50 inmigrantes peruanas en control de embarazo, donde el índice COPD fue de 10.22, sin diferencias significativas en ambos grupos.

Así mismo, en la ciudad de Talca, Vilches en el año 2003 en un consultorio Dr. José Antonio Astaburuaga, encontró una prevalencia de caries del 100%, con un índice COPD de 15.57, presentando un promedio de 11.84 dientes cariados, 2.24 obturados y 1.45 perdidos. Asimismo, el estudio reveló un 31.1% de las primigestas nunca habían recibido tratamiento odontológico restaurador. (Carrión, 2004).

Del mismo modo, Carrión el año 2004, en el mismo consultorio, entre los meses de julio y septiembre, obtuvo un COPD en primigestas de 8.26, con un promedio de 3.54 dientes cariados, 3.67 obturados y 1.05 perdidos, en un total de 80 gestantes.

La atención de la embarazada considera intervenir precozmente, con medidas preventivas de autocuidado (educación para mantener su salud bucal y la de su hijo, técnica de higiene bucal, dieta favorable para una buena salud bucal), prevención específica de caries (profilaxis, flúor tópico), tratamiento de caries (obturaciones, terapias pulpares, exodoncias), tratamiento de enfermedad gingival y periodontal, y seguimiento. Todas estas intervenciones se otorgan en el primer nivel de atención sanitaria, y cuando el caso lo amerita, se deriva al nivel secundario.

A su vez, una información publicada en el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL, durante el año 2007, revela que el 43% de las primigestas y el 50% de las embarazadas no primigestas, que obtuvieron altas odontológicas, recibieron tratamiento preventivo para las lesiones inflamatorias de los tejidos de sostén del diente.

Gracias a las estrategias antes mencionadas, durante el año 2007, se logró recuperar la salud bucal del 63% de las embarazadas primigestas, y del 23% de las embarazadas no primigestas beneficiarias del S.N.S.S. (Fuente: DEIS, 2007).

En consecuencia, el impacto que tienen los programas de la salud bucal sobre la salud general de la madre, justifican una intervención integral que apunte a reducir los riesgos tanto para ellas como para su primogénito.

6. Antecedentes epidemiológicos de la embarazada en Valparaíso.

Valparaíso, es la ciudad capital de la región del mismo nombre. La comuna posee la cantidad de 252.442 habitantes, según censo 2002, del que un 99,75% corresponde a población urbana. Un 50,49% de la población es de género femenino y un 49,51% es de género masculino. La cobertura de salud primaria municipal es de un 76% de la población.

Al igual que el resto del país, Valparaíso ha tenido grandes cambios. Por ejemplo, en cuanto a la distribución de la población en los grandes grupos de edad, se estima que entre los años 1990 y 2020, el grupo de 0 a 14 años a nivel nacional disminuirá a un 32,4% y en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en un 34,5%. (SSVSA, 2010)

La situación social al igual que el resto del país es muy desigual y entre los distintos centros de salud existen a su vez diferencias interesantes de señalar en cuanto al índice de pobreza. Es así como en el consultorio Las Cañas este índice alcanza un 75% de la población inscrita, mientras que en el consultorio Esperanza este índice es de 22%. (CORMUVAL, 2009). (Ver anexo 3).

La línea de pobreza según MIDEPLAN equivale a dos canastas familiares, equivalente a \$43.712 en zonas urbanas.

En relación a la atención de mujeres embarazadas en el SSVSA, el año 2010, fueron atendidas 3068, de las cuales el grupo etario con mayor concentración fue el de 24 – 34 años con 1985. Del total de atendidas, en relación su estado nutricional, 257 se encuentran en bajo peso, 938 con sobre peso y 536 con obesidad. (MINSAL. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2010)

Por su parte en el año 2011, el total de gestantes en control en el SSVSA fue de 3096 y el grupo etario con mayor concentración fue el de 24 – 34 años con 2093. (MINSAL. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2011)

7. La Guía Clínica de Atención para la Embarazada

Desde el año 2000, aparece la priorización de la gestante para recibir atención odontológica integral, permitiendo que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal. Para muchas mujeres, el embarazo puede ser el único período en el que se logra acceso a la atención dental, por lo cual es una oportunidad fundamental para modificar hábitos de higiene oral y factores de riesgo que se han asociado complicaciones en el embarazo. Por lo mismo, es que se ha puesto un especial énfasis en la primigesta (mujeres

embarazadas por primera vez), mediante orientaciones programáticas dirigidas a la Atención Primaria de Salud, las que han incentivado la atención odontológica del grupo de primigestas, y, en segundo término, de las embarazadas no primigestas.

Todo embarazo implica algún grado de riesgo para la madre, su hijo, o ambos; por lo cual es necesaria una vigilancia adecuada durante el proceso reproductivo: embarazo, parto, puerperio. Por esto, es que existe una orientación a pesquisar las condiciones de salud que pueden aumentar el riesgo de resultados adversos, realizar intervenciones terapéuticas reconocidas como beneficiosas y advertir a la embarazada sobre posibles emergencias.

La Guía Clínica de Atención para la Embarazada, hecha por el MINSAL el 2008 nos da las recomendaciones sobre las intervenciones más frecuentes incluidas en el tratamiento odontológico integral de este grupo. A continuación un resumen de las recomendaciones:

a) Prevención primaria, tamisaje y sospecha diagnóstica.

Este ítem incluye recomendaciones sobre el tipo de cepillo, técnica de cepillado y consejerías de prevención. Se recomienda el uso de cepillos dentales de cabeza pequeña, con filamentos de nylon suaves, de extremos redondeados y que terminen a la misma altura, es decir, de corte recto.

El cepillado dentario debe efectuarse diariamente, después de cada comida, usando además seda dental para los espacios interproximales. En el caso de que estos últimos sean amplios, debe indicarse el uso de elementos auxiliares, como los cepillos interdentarios.

Todas las pacientes debieran beneficiarse de las consejerías de prevención y buena salud, otorgadas por los profesionales. En general, los consejos deben entregarse en cada visita, y deben ser reforzados para apoyar los cambios conductuales.

Factores de riesgo de caries en embarazadas

Los factores de riesgo en mujeres embarazadas no son distintos a los de la población adulta general. Existen indicadores de caries, que corresponden a signos clínicos que evidencian la presencia de la enfermedad. Entre ellos destacan: lesiones cavitadas, lesiones dentinarias visibles radiográficamente, lesiones incipientes radiográficas, manchas blancas y restauraciones realizadas en los últimos 3 años.

Dentro de los factores de riesgo, es decir, factores biológicos que causan la patología, se encuentran los microorganismos presentes en el biofilm, alteraciones en el flujo y composición salival, raíces expuestas, hábitos dietéticos desfavorables, entre otros. Referente a esto último, durante los primeros meses de embarazo, y a raíz de los llamados “antojos” que presentan las futuras madres, el riesgo de caries se ve aumentado considerablemente, ya que las gestantes por lo general comen a deshoras alimentos cariogénicos y no tienen el hábito de lavarse los dientes después de cada ingesta, manteniendo los restos alimentarios que producen caries en la boca durante muchas horas.

Además, durante los primeros meses de gestación muchas sufren de náuseas y vómitos matutinos, siendo más frecuentes durante el primer trimestre del embarazo, lo que puede producir la erosión de las superficies palatinas y/o linguales de los dientes, causada por la exposición a los ácidos gástricos que acidifican el medio bucal, por lo que si el lavado de dientes no es riguroso e inmediato, la acidez del vómito produce una desmineralización de los dientes, favoreciendo la erosión del esmalte, y facilitando la acción de las bacterias cariogénicas.

Existe un amplio rango de factores a considerar cuando asignamos un grado de riesgo en una enfermedad multifactorial como es la caries. Los grupos poblacionales que están en mayor riesgo de presentar caries dental son quienes presentan bajo nivel socioeconómico, cuyos padres poseen un bajo nivel educacional y aquello que tienen poco acceso a la atención dental. Asimismo, deben sumarse factores de riesgo individuales, tales como caries dental activa, antecedentes familiares de caries, alto grado de infección de microorganismos, malformaciones del desarrollo del esmalte y la dentina, disminución del flujo saliva, mala higiene bucal, entre otros; los que deben ser identificados, para planificar el tratamiento más adecuado.

Dentro de los factores de riesgo de caries en niños y niñas, destacan la colonización temprana por *Streptococcus Mutans* (SM), lo que depende, en parte, de la transmisión madre-hijo. Esta evidencia proviene de varios estudios en los cuales se han aislado cepas de *S. Mutans* tomadas de las madres y sus hijos, las cuales han mostrado idénticas características del DNA en estas bacterias (Kohler et al., 1994). Diversos estudios han demostrado que la mayor transmisión de SM entre personas, se produce por el traspaso de saliva vía dos mecanismos: transmisión vertical y transmisión horizontal. La primera es el traspaso de microbios desde el cuidador al niño; mientras que la segunda se produce entre los miembros de un grupo (familia, grupo de estudiantes de un curso, etcétera.)

La transmisión vertical es la vía más estudiada de contagio, en ella ha sido común que la madre sea la mayor fuente de infección. No obstante, también

puede ser producida por la persona que cuida al bebé por un mayor período de tiempo. Este contagio se produce principalmente cuando erupcionan las piezas dentarias, debido al aumento del área expuesta de tejido dentario susceptible, por lo que, para algunos autores, existirían períodos de mayor susceptibilidad, postulando una “ventana de infectividad” entre los 19 y 31 meses. Por eso mismo, es fundamental el tema de la educación en las madres, para que puedan tomar conciencia de cómo su accionar puede contribuir a disminuir el riesgo de caries en sus niños.

Factores de riesgo de enfermedades gingivales y periodontales en embarazadas.

Los factores de riesgo para enfermedad periodontal en embarazadas, son los mismos que afectan a la población general como el aumento o cambio en la carga de placa bacteriana específica (*P. gingivalis*, *A. Actinomycetemcomitans*, *T. Forsythia*, *P. Intermedia* y *F. Nucleatum*); tabaquismo; diabetes; factores genéticos asociados como polimorfismo de mediadores inflamatorios, en donde, algunos sujetos, frente a la misma composición microbiana, responderían secretando altas cantidades de mediadores inflamatorios, con la subsecuente destrucción de los tejidos periodontales.

La enfermedad gingival es la manifestación oral más prevalente asociada al embarazo. La respuesta inflamatoria se ve exacerbada por los cambios vasculares y hormonales. Estos cambios se hacen más evidentes a partir del segundo mes de embarazo, alcanzando su máximo en el octavo mes de gestación. Posteriormente al dar a luz, la severidad de la inflamación gingival se reduce.

El aumento de la irrigación sanguínea, de volumen de sangre y neoformación de vasos sanguíneos e hiperemias contribuyen al aumento del sangrado de las encías de las embarazadas y los componentes de la sangre son utilizados como nutrientes por las bacterias periodontales.

En el embarazo, la inflamación gingival, producida por la acumulación del biofilm se superpone a las alteraciones fisiológicas propias de este período, en términos de aumento de niveles hormonales de estrógeno y progesterona. Estas hormonas tienen una composición semejante a la vitamina K, cuyos componentes servirían de nutrientes para las bacterias periodónticas, aumentando la carga bacteriana total, lo que da como resultado una mayor severidad de los signos y síntomas gingivales. (Raber-Durlacher J et al., 1994)

Debe considerarse también el rol de la infección local en las enfermedades sistémicas. El periodonto puede servir de reservorio de bacterias, productos bacterianos, y mediadores de la inflamación y respuesta inmune, los que pueden

interactuar con otros sistemas del organismo. Las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal, pueden tener un riesgo mayor de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. (Siqueira F. et al. 2008)

Cabe mencionar que la periodontitis es una enfermedad crónica producto de una infección causada y perpetuada principalmente por bacterias anaerobias gran (-), bacilos y espiroquetas ubicadas a nivel del surco gingival que gatillan una respuesta inmune-inflamatoria del hospedero a nivel subgingival.

Teorías recientes sugieren que la inflamación periodontal afecta los resultados del embarazo por uno o dos mecanismos:

Las gestantes con periodontitis, pueden experimentar bacteremias más severas y frecuentes, que las contrapartes sanas. Como resultado, la cavidad uterina se ve expuesta y/o colonizada por bacterias periodontales o sus productos como los 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.

Las citoquinas generadas en el tejido periodontal infectado, pueden ingresar a la circulación sistémica y precipitando una cascada inflamatoria que deriva en un trabajo de parto prematuro.

Componente Educativo de Promoción de la Salud

La realización de consejerías resulta útil en motivar y modificar hábitos en las personas, al aumentar su interés y nivel de conocimientos.

La mujer embarazada deberá recibir información educativa durante el examen de salud realizado por el odontólogo, haciendo hincapié en la instrucción higiene y hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos, bebidas azucaradas y uso de fluoruros, así como también respecto del consumo de tabaco y exposición al humo del mismo (Ver anexo 4).

También puede abarcar temas relacionados a la formación de piezas dentarias, cuidados del recién nacido y lactante, y caries de inicio precoz.

Consejería grupal o masiva a través de Programas en Centros de Salud

Localmente debe existir un profesional responsable de establecer coordinaciones locales con los equipos de salud del establecimiento, de manera de formar una red comunitaria que permita dar soporte de colaboración y mantención de la salud bucal a las embarazadas, reforzando hábitos y promoviendo el autocuidado del grupo familiar.

Prevención primaria

Como medida preventiva, algunos estudios internacionales mencionan el uso de chicles sin azúcar, debido a un efecto anti-cariogénico fundamentado por la estimulación salival producto de la masticación, y por la integración de los polioles. Estos son alcoholes polihídricos con varios grupos hidroxilo y son usados como sustitutos del azúcar, ya que la mayoría de las bacterias orales no los metabolizan para formar ácidos. Entre estos endulcorantes de bajo contenido energético, tenemos el xilitol y sorbitol.

El aumento del flujo salival se ha asociado con un aumento del pH, y de la capacidad tampón de la saliva. El masticar chicle sin azúcar inmediatamente después de comer, reduce la respuesta inmediata de la placa en relación a la disminución del pH, y por tanto aumenta el potencial de remineralización del esmalte. Es más, el incremento en el flujo salival puede contribuir a la salud bucal, a través de una limpieza optimizada de las superficies dentarias, clearance acelerado de los azúcares de la dieta y ácidos de la placa.

Otros programas preventivos, descritos en la literatura, para gestantes, corresponden a terapias combinadas de colutorios de clorhexidina con colutorios de fluoruro de sodio, para obtener un efecto sinérgico, iniciándose hacia finales del 6º mes de embarazo y finalizando con el parto, lo que da un total de 2 meses de terapia real (Bambrilla E. et al., 1998). Esta terapia sería llevada a cabo con un enjuagatorio de clorhexidina al 0.12% en la noche, durante 20 días, descanso durante 10 días y reiniciar, sumándole un enjuagatorio de fluoruro de sodio al 0.05% en la mañana, durante todo el programa.

Es deber de los odontólogos(as) comprometer e involucrar a sus pacientes en el manejo de su enfermedad. Por eso, todo procedimiento preventivo y/o restaurador debe ser realizado en conjunto con la educación de la paciente, ya sea por el odontólogo o por el personal paramédico de odontología, en cada sesión de tratamiento, hasta alcanzar el alta integral.

Sesiones Educativas

Se recomienda realizar sesiones educativas a grupos de gestantes, en un número que fluctúa entre 5 y 10 mujeres, con una duración de 20 a 30 minutos por unidad educativa, realizando al menos una sesión en cada trimestre del embarazo.

b) Confirmación diagnóstica.

Se debe realizar examen de salud bucal a toda gestante que ingresa a tratamiento odontológico integral. Este debe incluir: anamnesis, período gestacional, estado del embarazo, y concomitantes factores de riesgo, tales como: diabetes gestacional, cambios en la presión arterial, tabaquismo, etcétera. Corresponde evaluar estado de la dentición, higiene bucal y estado periodontal. Deberá estar dirigido a toda embarazada que ingresa al tratamiento y consignarse en la ficha clínica (Ver anexo 5)

En el diagnóstico y tratamiento, se incluyen la toma de radiografías dentales necesarias y justificadas, las cuales pueden realizarse durante el embarazo, tomando las debidas precauciones como el uso de delantal plomado para protección de las gónadas y un protector tiroideo, especialmente en tomas oclusales. Además de la protección del vientre materno.

c) Tratamiento.

Los procedimientos odontológicos pueden realizarse durante todo el embarazo, sin embargo, el período más adecuado se da entre las 14 y 20 semanas de gestación. (Murdoch-Kinch C., 2003)

El manejo de caries dentales, debe apuntar al control de la enfermedad, ser conservador, mínimamente invasivo y limitarse sólo a la extensión de la lesión. En caries oclusales dentinarias, se recomienda utilizar las restauraciones de resinas preventivas, para proveer mayor longevidad a la estructura dentaria; apoyándose en controles periódicos.

En lesiones de caries incipientes proximales, se recomienda indicar cepillado dental diario con pastas dentales fluoradas de, al menos, 1000 ppm, 2 veces al día; sumado a enjuagatorios diarios de NaF al 0.05%, como medidas individuales a realizar en casa. (Peumans M., 2007). El fluoruro es el agente anti caries más conocido a nivel mundial, en donde las opciones de tratamiento disponibles además de las pastas dentales y colutorios, corresponden a la aplicación de geles y barnices por parte del profesional.

Para lesiones proximales cavitadas, se recomienda realizar diseños mínimamente invasivos, de modo de preservar mayor estructura dentaria.

No se recomienda el uso de antibioterapia para reducir el dolor en pulpitis irreversibles sin tratar. (Bergenholtz G., et al 2003)

Se recomienda realizar el sellado de la corona dentro del primer mes de finalizado el tratamiento endodóntico, para prevenir la infiltración coronal. (Barnett

M., 2006) considerándose exitoso aquel en el que no exista signos y síntomas clínicos, sumado a ausencia de evidencia radiográfica de compromiso periapical.

Para la gingivitis, el tratamiento a realizar corresponde a la instrucción de higiene y destartraje supragingival. Por su parte, la periodontitis se trata con terapia no quirúrgica, la que incluye destartraje para remover el cálculo, pulido radicular para remover superficie dentaria infectada, tratamiento restaurador que elimine áreas de retención de placa bacteriana y tejido dañado, instrucción de higiene oral y monitoreo del control de la placa bacteriana supragingival. En casos que la terapia convencional no de resultado se puede usar antibioterapia según indica la Academia Americana de Periodoncia, así como también en formas agudas de infección periodontal (GUNA y PUNA). Los beneficios obtenidos corresponden a la reducción de la profundidad de los sacos periodontales, ganancia en la inserción clínica y reducción del sangrado al sondaje.

Los colutorios de antisépticos bucales pueden prescribirse como elementos coadyuvantes de antisépticos bucales, como gluconato de clorhexidina al 0.12%, 15 ml, dos veces al día, por 15 días; o aceites esenciales, considerando los efectos secundarios sobre la paciente (Santos, 2003).

Se considera que el uso de lidocaína con epinefrina es seguro durante el embarazo. La dosis máxima de lidocaína es de 5 mg/kg, si se usa vasoconstrictor es de 7 mg/kg. (Azuara V., 2008). Se debe evitar las inyecciones intravasculares.

Medicamentos en el embarazo.

En algunos casos, los odontólogos deben prescribir antibióticos y analgésicos para tratar la infección y controlar el dolor.

Los efectos en el proceso reproductivo y embarazo están categorizados por la FDA, en base a esta categorización se presentan las drogas aceptables e inaceptables para prescribir durante la gestación (Ver anexo 6).

d) Seguimiento y rehabilitación.

Si bien es cierto, los controles dependen de las necesidades individuales y en los factores de riesgo que presenta la paciente, pero por lo general se realizan cada seis meses. Por lo mismo, en pacientes catalogadas como de alto riesgo cariogénico, la frecuencia recomendada para el seguimiento y control sigue siendo semestral o menor, según condiciones individuales.

A los 6 meses de vida del bebé, se recomienda incorporar un refuerzo educativo por parte del profesional de salud que controle el crecimiento y desarrollo del niño o niña, que apunte a consejos dietarios, de higiene y de control

de la transmisión vertical de S. Mutans. (Refiérase a Pautas Buco dentarias, 2ª Ed. MINSAL 2007).

Terminadas las etapas de diagnóstico y de recuperación del estado de salud bucal de la embarazada, se inicia la fase de rehabilitación funcional, mediante la confección e instalación de prótesis removibles. Sin embargo, el éxito de la oseointegración ha reducido la necesidad de prótesis removible, no obstante, aún hay pacientes que, por motivos económicos, anatómicos, psicológicos o de salud general, no son candidatos a implantes, para lo cual puede indicarse el uso de prótesis fija plural.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003), 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. Asimismo, la prevalencia de desdentadas totales fue de 2.6% en el intervalo comprendido entre los 25 y 44 años, dejando un 65.5% de desdentadas parciales.

Consideraciones especiales de las embarazadas

El embarazo, parto y puerperio, constituyen períodos sensibles en la vida de las mujeres. Estas fases implican grandes transformaciones, tanto fisiológicas, como psicológicas y de roles sociales. Y a veces, la atención odontológica es una fuente de miedo y ansiedad para las embarazadas, transformándose en una barrera para acudir al tratamiento odontológico (Silberman S. et al., 1980). Los individuos con altos niveles de temor frente a la atención odontológica, tienen mayor tendencia a dilatar las citas, a cancelarlas, y la mayoría de las veces, a requerir procedimientos más extensos e invasivos (Yagiela J., 2001).

Dado lo anterior, y considerando las particulares características emocionales de las gestantes, es necesario lograr un adecuado soporte afectivo y un manejo cuidadoso de la comunicación, que permita ofrecer un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos de la gestante, su cooperación y compromiso con las metas que con ella se determinen. Este enfoque, de manejo del comportamiento, es especialmente importante en aquellas gestantes en las cuales se observe miedo o ansiedad. Para ello, deberá lograrse una adecuación de los estímulos que generan estas emociones, haciendo conocidas y familiares las rutinas del tratamiento, mediante exposiciones graduales, confianza, seguridad y el uso de la técnica decir-mostrar-hacer (Aartman I. et al., 1999).

Por su parte, el período más seguro y confortable para el tratamiento odontológico electivo de la embarazada ocurre entre las semanas 14 y 20 de la

gestación dado que el útero se ubica bajo el ombligo, período que puede prolongar hasta la primera mitad del tercer trimestre del embarazo. El primer trimestre corresponde al período de organogénesis, cuando el feto es más susceptible a las influencias ambientales. En la última mitad del tercer trimestre, existe la posibilidad de que ocurra el síndrome de hipotensión supina cuando la gestante se tiende sobre la espalda, el útero, puede presionar los grandes vasos, particularmente la vena cava inferior e impedir el retorno venoso hacia el corazón. El colocar una almohada pequeña bajo la cadera derecha, el llamado desplazamiento uterino, o colocar a la mujer descansando sobre su lado izquierdo, mueve el útero, de modo de que no comprime la vena cava. Adicionalmente, se recomienda que la cabeza no esté más baja que los pies durante los procedimientos odontológicos. Durante la última mitad del tercer trimestre, existe mayor sensibilidad del útero a estímulos externos, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro. Se recomienda postergar las reconstrucciones extensas y cirugías complejas hasta después del parto. En caso de necesitar un tratamiento de urgencia, éste debe brindarse y no postergarse, independiente del período de embarazo en el que se encuentre la paciente.

La elección del tratamiento dependerá de requerimientos estéticos, estado de los dientes adyacentes, condiciones de salud general, preferencias y situación financiera de la usuaria.

Todos los antecedentes expuestos anteriormente nos ayudan a entender de mejor manera el problema planteado. En ese sentido, nos interesa realizar un análisis del GES en el programa de atención integral de la salud oral de la mujer embarazada, realizándoles una evaluación de su salud bucal con el fin de establecer un perfil de salud oral de este grupo. Aquí, radica un tema importante que es la educación recibida por las beneficiarias durante el programa de atención y ver si estas fueron efectivas o no en la práctica. Del mismo modo, es importante conocer el nivel de satisfacción de los individuos sometidos al programa, esto nos da un referente acerca de la calidad de este mismo. A continuación haremos una explicación de lo que se entiende por satisfacción y cómo poder medirla.

8. La satisfacción como indicador de la calidad de la atención en salud.

La satisfacción es un sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha calmado un deseo o cubierto una necesidad. Desde el punto de vista de la salud, un paciente se sentiría satisfecho cuando se cubren sus necesidades en salud. Pero por ser una sensación subjetiva resulta interesante de evaluar.

La Satisfacción del cliente es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas et al., 1993; Guzmán del Río, 1986; en Oliva C.; Hidalgo C., 2004), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo C.; Carrasco E., 1999).

Cada día se ha ido tomando mayor conciencia que el sentido común o las apreciaciones no sistematizadas no constituyen criterios serios ni válidos para evaluar el desarrollo de un programa (Hidalgo C.; Carrasco E., 1999). Además, la buena disposición de los equipos de salud puede ser insuficiente para proporcionar una atención eficiente. Todo esto conlleva a que la evaluación de la calidad sea considerada un aspecto fundamental para el desarrollo de programas de salud y el mejoramiento de su calidad (Saraceno, 1992; en Hidalgo C.; Carrasco E., 1999). Por lo tanto, el diseño de nuevas formas de atención, debe ser capaz de demostrar su calidad.

La calidad de la atención se define como: "la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario" (Pascoe, 1983), o como una evaluación efectuada por el usuario de la excelencia general del producto. De este modo, la calidad percibida es una variable evaluativa, en que algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la experiencia previa con el sistema de salud (Gotlieb, Grewal & Broen, 1994; Pascoe, 1983, en Quezada C., 2011).

Cada día la mayoría de los consultantes tiene mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud, es decir, se han ido empoderando en torno al tema de la salud y, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención (Sabrina R. et al., 2009),

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado (Judge & Solomon, 1993, en Oliva C.; Hidalgo C., 2004).

9. Medición del nivel de satisfacción

Existen diversas formas de medir la calidad de la atención y la satisfacción. Estudios proponen distintos modelos, sin embargo, tienen en común que se basan en encuestas. La encuesta es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión.

La satisfacción del usuario es “el resultado de las impresiones recibidas a lo largo de la creación de un servicio menos las expectativas que él trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio”. (Larrea P., 1991).

Otros autores afirman que la satisfacción es la evaluación que realiza el cliente respecto de un producto o servicio, en términos de si ese producto o servicio respondió a sus necesidades y expectativas, (Zeithaml V.; Bitner M., 2002). Se puede decir que al no existir un cumplimiento en las necesidades y expectativas del cliente, se sabe con certeza que el resultado obtenido es la insatisfacción con el servicio recibido.

La satisfacción presenta una estructura que tiene un carácter netamente individual, esto quiere decir que los bienes iguales provocan grados de satisfacción diferentes en dos individuos distintos, es decir, la manifestación que cada usuario varía de una persona a otra. En algunos estudios se han utilizado instrumentos probados para medir el nivel de satisfacción.

Donabedian, propone el análisis de la atención sanitaria en tres dimensiones, estructura, proceso y resultado, lo que ha sido universalmente aceptado y se ha convertido en un modelo de uso común en las actividades de evaluación de la satisfacción usuaria (Hidalgo C.; Carrasco E., 1999). Por estructura, se entiende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta. Proceso se refiere al conjunto de las actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de los pacientes a esas actividades. Y el resultado hace alusión a los logros alcanzados tanto en el ámbito de salud del paciente o de la población en cuestión. El paciente percibe un cambio - positivo o negativo - en el estado de salud atribuible a la atención.

Existen una serie de factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud recibida. Las investigaciones han señalado: el género del profesional (Delgado, López-Fernández & Dios de Luna, 1993; Gold & Dole, 1989); la especialidad del profesional (Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Gold & Dole, 1989); el tipo de relación que se establece entre el paciente y el

profesional (Anderson & Hinckley, 1998; Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Koss & Rosenthal, 1997); las patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998); la carga de trabajo que mantienen los profesionales que atienden a los pacientes (Griffith, Wilson & Rich, 1998); mientras mayor es la consideración de las preferencias, de las opiniones y de la participación de los usuarios por parte de quienes desarrollan los programas de hechos específicos, mejora la recepción y satisfacción referente al servicio entregado. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación y, sobre todo, considerando el nivel de educación de las personas que van a responder el cuestionario. (Quezada C., 2011).

La satisfacción depende de variables tanto técnicas como de variables relacionadas al paciente. En algunos estudios se discute el hecho de que a pesar que se busca realizar el tratamiento más apropiado para el paciente, muchas veces la práctica clínica no toma en cuenta ciertos requerimientos del paciente (Sabrina R. et al. 2009).

Existen varios estudios relacionados con la satisfacción, como es el caso de pacientes sometidos a tratamientos de urgencia Emil, et al. (2009) utilizó un cuestionario de 10 ítems, estos fueron extraídos de otra lista de ítems para medir la satisfacción propuestos en un reporte del Consensus Workshop for selecting Essentials Oral Health Indicators in Europe, hecho por la Universidad de Granada, España. Este cuestionario contenía tópicos como: limpieza de la clínica, hospitalidad, efectividad de la anestesia, tiempo de tratamiento, calidad de los instrumentos, manejo del paciente, explicación del tratamiento y costo de tratamiento.

Con respecto a la medición de la calidad percibida, se han utilizado la escala SERVQUAL, que recoge informaciones sobre percepciones y expectativas para cada atributo, y la escala SERVPERF que recoge solamente percepciones, y que se ha demostrado posteriormente como más práctica y efectiva. (Riveros J.; Berné C., 2007).

9.1. El indicador SERVPERF

Este indicador está basado únicamente en las percepciones. El modelo emplea las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño recibido del modelo SERVQUAL. Reduce por tanto a la mitad las mediciones con respecto al SERVQUAL. Este instrumento, está elaborado en base a cinco dimensiones de la calidad, que corresponden a:

- Elementos tangibles: se refieren a la apariencia de las instalaciones física, equipos, personal, etcétera.
- Confiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: voluntad y disposición para ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.
- Seguridad: se refiere a inspirar credibilidad que provoca como consecuencia una inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- Empatía: la capacidad de poder ponerse en el lugar del cliente dando de esta manera una atención personalizada.

La calidad del servicio será tanto mejor cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones.

Se calcula como: **SERVPERF = $\sum P_j$** (Suma de todas las percepciones)

En esta encuesta de percepciones las dimensiones escogidas del SERVPERF corresponden a **elementos tangibles, seguridad, empatía** y agregamos **valoración de las garantías GES**. (Ver anexo 8)

III. OBJETIVOS Y PREGUNTAS INVESTIGATIVAS

1. Objetivos.

1.1 General.

Describir el estado de la salud oral de las beneficiarias del GES odontológico de la embarazada posterior al alta integral y conocer su grado de satisfacción respecto al programa.

1.2 Objetivos específicos.

1.- Determinar el índice COPD, CPITN e índice de higiene oral de O'Leary de las beneficiarias GES posterior al alta integral y en base a eso construir un perfil de salud oral.

2.- Conocer el nivel de satisfacción general y específico de las pacientes beneficiarias en cuanto a acceso, oportunidad, protección financiera y calidad del programa de atención integral de la salud oral de la embarazada en relación a elementos tangibles, seguridad, empatía y valoración GES.

3.- Determinar si adquieren los hábitos de salud oral indicados posterior a la aplicación del GES odontológico de las embarazadas.

2. Pregunta Investigativa.

2.1 Pregunta general.

¿Cuál es el estado de salud oral de las beneficiarias del GES odontológico de la embarazada y su nivel de satisfacción en cuanto a su atención y tratamiento?

2.2 Preguntas específicas.

- P1. ¿La variable C, del índice COPD en pacientes GES, es menor después del tratamiento?
- P2. ¿La variable O, del índice COPD en pacientes GES, es mayor después del tratamiento?
- P3. ¿La variable P, del índice COPD en pacientes GES, es mayor después del tratamiento?
- P4. ¿Las pacientes beneficiarias demuestran un alto porcentaje de satisfacción en cuanto a su atención y tratamiento por el programa GES?
- P5. ¿Las pacientes beneficiarias mantienen un adecuado estado de su oral, específicamente en relación al índice de placa y CPITN?

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño y tipo de estudio.

Este estudio corresponde a uno de tipo descriptivo respecto al perfil de salud bucodental y nivel de satisfacción de pacientes embarazadas beneficiarias del GES.

2. Sujetos de estudio.

2.1 Población en estudio.

Corresponden a aquellas mujeres que estando embarazadas utilizaron su beneficio de la GES odontológica, en los establecimientos de salud pública de la ciudad de Valparaíso y fueron dadas de alta durante el año 2011. De acuerdo a la información entregada por el departamento de estadísticas del MINSAL el total de altas de embarazadas en los consultorios dependientes de la ciudad de Valparaíso fue de 2505 el año 2011.

3. Grupo de estudio.

3.1 Definición de los sujetos de estudio.

Pacientes que estando embarazadas hicieron uso de su garantía odontológica de salud oral integral y obtuvieron el alta integral durante el año 2011 en Valparaíso.

4. Criterios de Selección

- Aquellas pacientes embarazadas que habiendo utilizado su beneficio GES odontológico fueron dadas de alta integral el año 2011 y que no hayan recibido tratamiento previo en los últimos 2 años.

- Aquellas embarazadas que habiendo recibido el alta integral el año 2011, sean a la fecha del estudio mayores de edad. Ello, fundamentalmente relacionado al consentimiento informado.

5. Diseño de la muestra.

5.1 Universo (N).

2505. Correspondiente a las altas integrales de embarazadas beneficiarias del GES odontológico de los consultorios de Valparaíso el año 2011.

5.2 Tamaño y cálculo de la muestra.

Se realizará un muestreo aleatorio simple de pacientes embarazadas, el tamaño mínimo adecuado de la muestra está dado por la siguiente expresión:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot N \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot \delta^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población en estudio (N=2505).

α : es el nivel de significancia a utilizar en el estudio.

$Z_{1-\alpha/2}$: es el percentil teórico proveniente de una distribución normal estándar que acumula el $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ de la población, cuando el nivel de confianza es del 95% ($\alpha = 5\%$) el percentil teórico es de 1,96.

p = proporción de embarazadas beneficiarias del GES dadas de alta el 2011 en los consultorios de la ciudad de Valparaíso.

δ = es el error de estimación entre la proporción de embarazadas beneficiarias del GES dadas de alta el 2011 en los consultorios de la ciudad de Valparaíso a nivel poblacional y muestral.

n = tamaño de la muestra en el estudio.

Utilizando como la proporción poblacional $p = 0,5$ esto es para la maximización de tamaño muestral, un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0,05$), un error de estimación del 8% ($\delta=0,08$) y un total de 2505 personas embarazadas beneficiarias del GES dadas de alta el 2011 en los consultorios de Valparaíso que cumplieron con los criterios de exclusión, el tamaño mínimo de la muestra es de por lo menos 142 pacientes.

Para determinar el tamaño muestral se utilizó el programa de consultoría analítica y análisis avanzado estadístico Decision Analyst STATS 2.0 en su versión 2.0.0.2, obteniéndose un n de 141,581. Por lo tanto, el tamaño de la muestra para este estudio será de 142 personas.

5.3 Selección de los sujetos.

Los individuos se seleccionarán según muestreo aleatorio simple entre quienes cumplan los criterios de inclusión. Una vez que se tenga la información de contacto de las pacientes, facilitada por los centros de salud, se procederá a llamarlas y consignar una cita en los consultorios respectivos, en las clínicas de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso o una visita domiciliaria.

6.- Definición y descripción de variables.

Este estudio posee 3 distintos grupos de variables que corresponden a la edad de las beneficiarias, variables relacionadas al perfil de salud oral y variables relacionadas al nivel de satisfacción.

6.1 Edad

- Corresponde a una variable universal epidemiológica, recolectada por medio de la entrevista personal.

6.2 Variables relacionadas al perfil de salud oral.

- Utilizadas para describir el perfil y hábitos de salud oral, y ver si existen cambios conductuales en cuanto a ellos. Dichas variables fueron recolectadas a través de un examen clínico/domiciliario y mini encuesta personal.

6.3 Variables relacionadas al nivel de satisfacción.

- Utilizadas para describir el nivel de satisfacción de las beneficiarias GES. Sus valores serán recolectados a través de una encuesta adaptada al instrumento SERVPERF. En él, se establecen 4 dimensiones de variables cualitativas que permitirán evaluar la percepción de satisfacción. La cuarta considera preguntas acerca de las Garantías GES (acceso, oportunidad, financiamiento y calidad).

Variables: Definición, valores, tipo y escala.

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición
1.Edad	Tiempo vivido por una persona.(RAE)	Número de años cumplidos por el paciente en estudio	Años	Cuantitativa – discreta

Tabla I. Definición de variables.

Variables: Definición, valores, tipo, escala.

Variables relacionadas al perfil de salud oral	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición												
1. Historia y presencia de caries. COPD	<p>Corona cariada: Lesión presente en un punto o fisura, o una superficie dental suave con una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También se incluye, diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado; superficies proximales en donde la sonda entra claramente en la lesión; corona que ha sido destruida por la caries y sólo queda la raíz (OMS).</p> <p>Corona obturada sin caries: Presencia de una o más restauraciones permanentes sin ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior (OMS).</p> <p>Diente perdido, como resultado de caries: Dientes permanentes que fueron extraídos debido a la presencia de caries. (OMS).</p>	<p>Sumatoria de dientes cariados, obturados o perdidos de acuerdo al examen clínico.</p> <p>Cariado: cualquier diente que presente lesiones o cavitaciones al examen clínico, no radiográfico.</p> <p>Obturado: Cualquier diente que presente restauración en cualquiera de sus superficies.</p> <p>Perdido: Diente ausente por alguna causa patológica</p>	<p>C</p> <p>O</p> <p>P</p> <p>Nº enteros:</p> <p>[0 - 28]</p>	Cuantitativa - Discreta												
2. Necesidad de tratamiento periodontal (CPITN)	La necesidad de un sujeto o población por un tratamiento periodontal.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grado</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Paciente sano.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Hemorragia al sondaje.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Saco poco profundo, menos de 5mm.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Saco poco profundo, más de 6mm</td> </tr> </tbody> </table>	Grado	Descripción	0	Paciente sano.	1	Hemorragia al sondaje.	2	Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.	3	Saco poco profundo, menos de 5mm.	4	Saco poco profundo, más de 6mm	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	Cualitativa - Ordinal
Grado	Descripción															
0	Paciente sano.															
1	Hemorragia al sondaje.															
2	Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.															
3	Saco poco profundo, menos de 5mm.															
4	Saco poco profundo, más de 6mm															

<p>3. Higiene</p> <p>3.1 Higiene (Índice de higiene de O'Leary.</p> <p>3.2 Instrucción de higiene</p>	<p>Higiene es una parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades, en el caso de la higiene oral se aplica lo mismo a la boca del individuo. El índice de significa es el % de sitios con placa del total de sitio.</p>	<p>3.1 Porcentaje de sitios teñidos con revelador de placa en razón del total de sitios en boca</p> <p>3.2 Si hubo o no hubo instrucción de higiene antes durante o después el tratamiento</p>	<p>3.1 Porcentual : [0 - 100]</p> <p>3.2 SI = 1 NO = 0</p>	<p>3.1 Cuantitativa de razón</p> <p>3.2 Cualitativa nominal dicotómica</p>
<p>4. Uso de seda dental</p>	<p>Conjunto de finos filamentos de nylon o plástico usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental de los dientes</p>	<p>Si la paciente utiliza seda dental durante su higienización dental, al momento del examen.</p>	<p>SI= 1 NO= 0</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>
<p>5. Tipo de seda dental</p>	<p>Forma de la seda dental, la cual puede ser en hilo o en cinta</p>	<p>Si la paciente utiliza seda dental ocupa en hilo o en cinta</p>	<p>Hilo = 1 Cinta= 0</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>
<p>6. Uso de enjuagatorio bucal</p>	<p>Solución usada después del cepillado para eliminar bacterias y microorganismos causantes de la caries, daño de encías y aliento desagradable.</p>	<p>Si la paciente utiliza algún enjuagatorio cuando se higieniza dentalmente, al momento del examen.</p>	<p>SI= 1 NO= 0</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>
<p>7. Marca del enjuagatorio</p>	<p>Nombre con el cual es comercializado el enjuague bucal.</p>	<p>Marca comercial de enjuagatorio que ocupan las pacientes que los utilizan.</p>	<p>Nombre Comercial</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>8. Uso de prótesis removible</p>	<p>Presencia o ausencia de tratamiento de prótesis removible.</p>	<p>Si la paciente presenta tratamiento protésico removible al examen.</p>	<p>SI= 1 NO= 0</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>

Tabla II. Definición de variables

Variables: Definición, valores, tipo, escala.

Variables relacionadas al nivel de satisfacción	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición
1.Tangibilidad	Que se puede percibir de manera precisa.	Apariencia de las instalaciones físicas, de los equipos, personal y material de comunicación. (SERVPERF)	SI= 1 NO= 0	Cualitativa Nominal Dicotómica
2.Seguridad	Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.	Conocimiento y cortesía de los empleados, así como su capacidad para transmitir seguridad y confianza. Se compone de los siguientes atributos: Cortesía (atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto); Competencia o profesionalidad (posesión de las destrezas requeridas y conocimiento de la ejecución del servicio); Seguridad y Credibilidad (veracidad, creencia, honestidad en el servicio que se provee. (SERVPERF)	SI= 1 NO= 0	Cualitativa Nominal Dicotómica
3.Empatía	Sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra	Cuidado y atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes. Se compone de los siguientes atributos: Accesibilidad (accesible y fácil de contactar); Comprensión (hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades); y Comunicación (mantener a los clientes informados utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles). (SERVPERF)	SI= 1 NO= 0	Cualitativa Nominal Dicotómica
4.Valoración de la GES oral integral embarazada	Reconocer o apreciar las cualidades del servicio otorgado.	La valoración del paciente frente al cumplimiento de las garantías. (SERVPERF)	SI= 1 NO= 0	Cualitativa Nominal Dicotómica

Tabla III. Definición de variables

7.- Instrumentos.

Selección del instrumento

El instrumento a utilizar para medir el nivel de satisfacción de los pacientes constituye uno basado en distintos indicadores probados validados como es el SERVPERF, ya que, lo que evaluará es de manera subjetiva (percepción), y éste indicador mide precisamente eso. Por su parte, lo objetivo lo mediremos a través del perfil de salud oral, mediante examen clínico.

Instrumentos a utilizar

a. Entrevista: Para explicarle verbalmente de que se trata este estudio y si está de acuerdo, firmar el consentimiento informado. Junto con ello consultar la edad y preguntar si es que ha recibido tratamiento odontológico en los últimos dos años. Será realizado por el examinador.

b. Encuesta: Para recolectar la información acerca de la percepción de satisfacción de los pacientes y en relación a los hábitos de higiene. Será completada por el examinador.

Se asignará a cada pregunta una valoración subjetiva, entre todas las variables relacionadas a la satisfacción, en la que se establecerá un promedio de los Sí y No.

c. Ficha clínica epidemiológica: Para recolectar la información de salud oral de los sujetos en estudio, este incluye examen COPD, CPITN e Índice de higiene.

La recolección de información se hará en los consultorios a los que acuden las beneficiarias, en clínicas de la Facultad de Odontología UV y en los propios domicilios de las pacientes. Para el examen se utilizará bandeja de examen con sonda de caries, espejo, pinzas, sonda periodontal OMS y tinción reveladora de placa.

8.- Control de sesgos.

Para evitar el sesgo de muestreo se tomarán muestras aleatorias de toda la población en una distribución proporcionada de todos los consultorios de Valparaíso pertenecientes a la corporación municipal.

Sesgo de prevalencia a aquellos pacientes que siendo GES no se pueden medir. Para evitar esto se ha decidido utilizar datos del 2011; además la encuesta se realizará en persona, será concisa y clara para el encuestado, no se realizarán muestreos de conveniencia sino como se mencionó anteriormente se hará un

muestreo aleatorio representativo de toda la población al utilizar individuos de todos los consultorios.

Sesgos debidos al encuestado: la información que éste proporciona puede ser incorrecta. Los encuestadores serán los realizadores de la tesis quienes serán previamente calibrados. Mediante expertos que revisaran la pauta que los encuestadores utilizarán, la cual incluye el lenguaje a utilizar y el orden de la entrevista.

Se utilizará una encuesta validada en español para chilenos, el registro será asentado con exactitud, para no generar confusión en la interpretación de su contenido. Se ha redactado pensando principalmente en el destinatario, para lo cual se utilizará un lenguaje simple narrado en tercera persona, evitando el empleo de terminología rebuscada, facilitando la comprensión y ejecución del escrito. Cada documento quedará plasmado en forma escrita, en un formato oficial y único para toda la documentación, permitiendo reconocer y sectorizar la información contenida.

Diseño de la encuesta:

- Protocolos rigurosos
- Definición precisa de los objetivos.
- Consultar a estadísticos, odontólogos, etcétera.

Inicio de la investigación:

- Determinar los sesgos de muestreo obligatorios y los evitables.
- Prever los abandonos.
- Cuestionario correcto, evitar preguntas subjetivas.
- Formación de los encuestadores.

Durante la investigación:

- Detectar la incoherencia de posibles respuestas.

Final de la investigación:

- Corregir estadísticamente los sesgos
- Interpretar los resultados en función de los sesgos cometidos

9. Consideración éticas

- Las pacientes fueron informadas verbalmente de en qué consistiría su participación en este estudio y que a qué deberían ser sometidas, expresándose esto en el consentimiento informado que ellas mismas firmaron.

- El instrumental de examen utilizado fue esterilizado para la atención de cada paciente, siguiéndose las normas clínicas de atención.

- Las respuestas de las encuestas, así como los resultados del examen clínico son anónimas para resguardar los datos del paciente.

10.- Análisis estadístico.

Se realizó un análisis descriptivo según el tipo de variable, de acuerdo a los objetivos del estudio. Los resultados se presentan en gráficos y tablas de contingencia. Para evaluar y comparar variables se realiza un análisis inferencial a través de distintos test de significancia estadística, utilizando para ellos distintos software. Se consideró como estadísticamente significativo cuando el p-valor fue igual o menor a 0,05.

<u>Test de Significancia</u>	<u>Software</u>
Test Rango de los Signos de Wilcoxon	Microsoft Excel 2007
Test Exacto de Fisher	STATS
Test para Comparación de Medianas de Mood	SPSS
Test Chi Cuadrado	Minitab 14

Tabla IV. Herramientas utilizadas en el análisis estadístico.

V. RESULTADOS

Objetivo 1: Determinar el índice COPD, CPITN e índice de higiene oral de O'Leary de las beneficiarias GES posterior al alta integral y en base a eso construir un perfil de salud oral.

Índice COPD

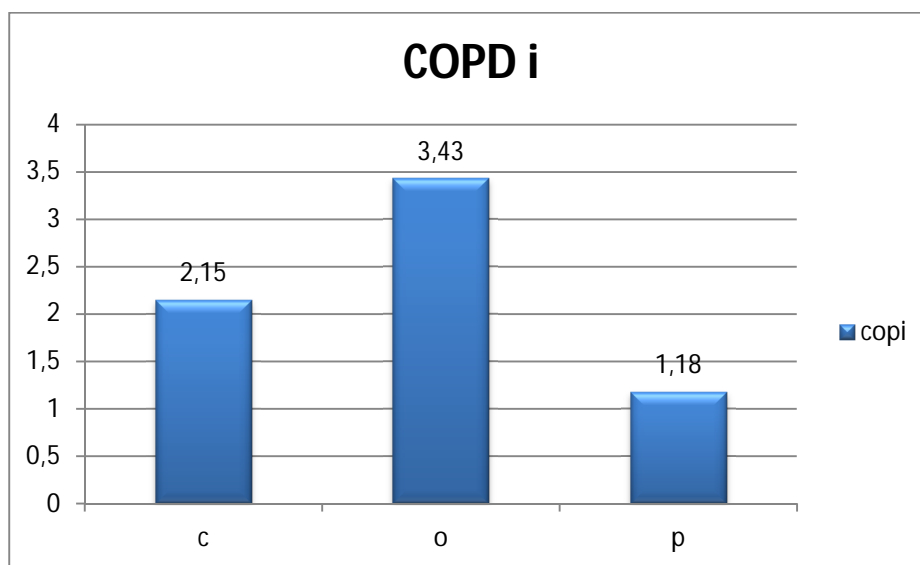


Figura 2. Índice COPD al inicio del programa GES

El promedio COPD antes de empezar el tratamiento es de 6,69, que corresponden a 2,15 dientes cariados, 3,43 obturados y 1,18 perdidos.

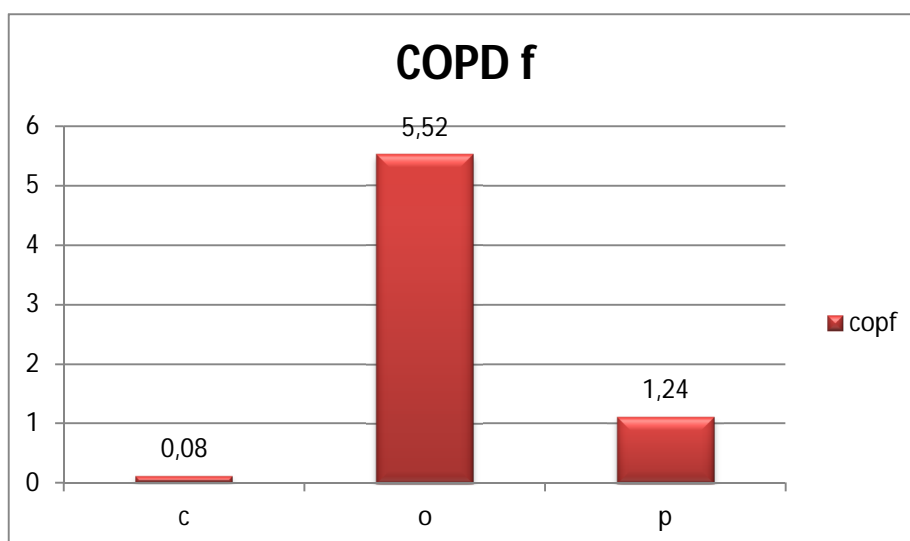


Figura 3. Índice COPD después del programa GES

El promedio COPD posterior al tratamiento es de 6,72, que corresponden a 0,08 dientes cariados, 5,52 obturados y 1,24 perdidos.

En cuanto a la distribución del número de dientes se observó que los:

- Cariados antes del tratamiento es estadísticamente mayor que la distribución del número de dientes cariados después del tratamiento. (Test rango de los signos de Wilcoxon: p-valor<2.2e-16).
- Obturados después del tratamiento es estadísticamente mayor que la distribución del número de dientes obturados antes del tratamiento. (Test rango de los signos de Wilcoxon: p-valor<2.2e-16).
- Perdidos después del tratamiento es estadísticamente mayor que la distribución del número de dientes perdidos antes del tratamiento. (Test rango de los signos de Wilcoxon: p-valor=0.03103).
- Afectados por historia de daño por caries (COPD) después del tratamiento es estadísticamente mayor que la distribución del número de dientes afectados por caries antes del tratamiento. (Test rango de los signos de Wilcoxon: p-valor=0.01383).

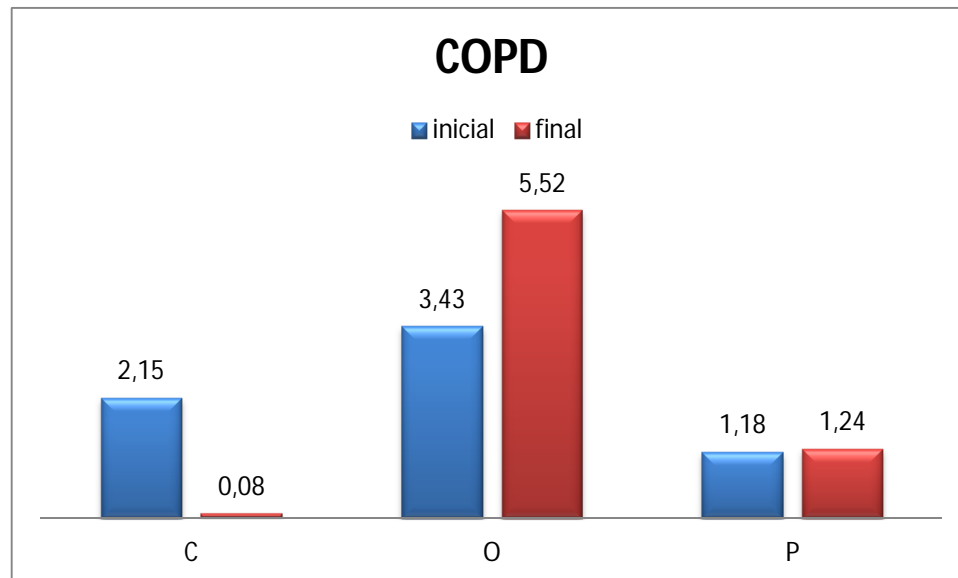


Figura 4. Composición interna de COPD inicial y final

Índice CPITN

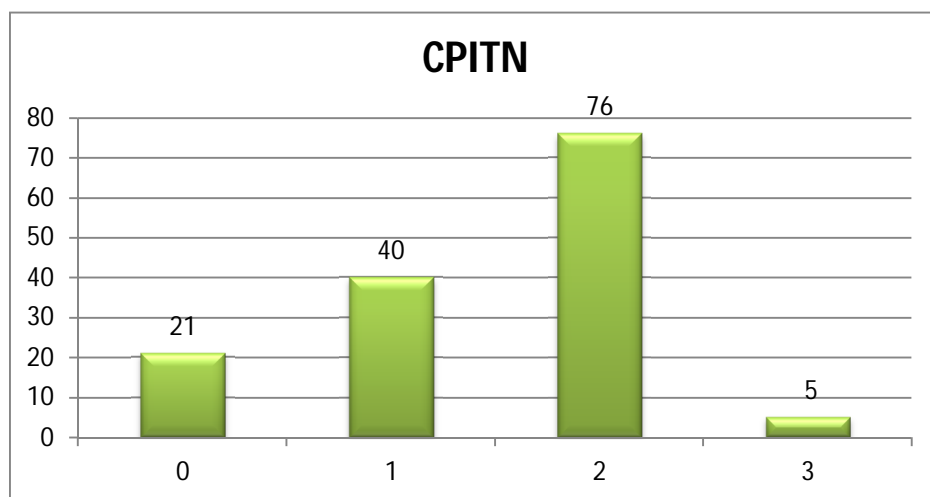


Figura 5. Índice CPITN posterior al programa GES

Índice CPITN		Frecuencia	Porcentaje
Códigos	0	21	14,8
	1	40	28,2
	2	76	53,5
	3	5	3,5
	4	0	0,0
	Total	142	100,0

Tabla V. Índice CPITN

Índice de Higiene Oral de O'Leary

Las beneficiarias del GES odontológico de la embarazada tienen un promedio en su índice de higiene del 53,86% y un promedio de placa dental del 46,14%.

Evaluación de higiene oral

Evaluación de Higiene Oral	Beneficiarias GES			
	Sí		No	
	n°	%	n°	%
Instrucción de higiene	102	71,8	40	28,2
Uso de seda dental	93	65,5	49	34,5
Uso de enjuague bucal	68	47,9	74	52,1

Tabla VI. Evaluación de higiene oral.

Del total de pacientes el 71,8% relata haber recibido instrucción de higiene. El 65,5% utiliza seda dental, del cual el 73,1% prefiere el hilo y el 47,9% usa algún tipo de colutorio donde predomina el oralgene con un 43,5%.

Tipo de seda	Beneficiarias GES	
	n°	%
Hilo	68	73,1
Cinta	25	26,9
Total	93	100,0

Tabla VII. Tipo de seda dental.

Marca de enjuague bucal	Beneficiarias GES	
	n°	%
Oralgene	30	43,5
Listerine	13	18,8
Oral B	12	17,4
Colgate	8	11,6
Caristop	4	5,8
Otro	2	2,9
Total	69	100,0

Tabla VIII. Marca comercial de enjuague.

Uso de Prótesis Removible

Uso de prótesis removible	Beneficiarias GES	
	n°	%
Sí	8	5,6
No	134	94,4
Total	142	100,0

Tabla IX. Uso de P. Removible.

Al examen clínico se constató que el 5,6% de las beneficiarias presenta prótesis removible.

Edad

La edad de las pacientes fluctuó entre los 18 y 42 años de edad, con una media de 27,64 años.

Objetivo 2: Conocer el nivel de satisfacción general y específico de las pacientes beneficiarias en cuanto a acceso, oportunidad, protección financiera y calidad del programa de atención integral de la salud oral de la embarazada en relación a elementos tangibles, seguridad, empatía y valoración GES.

Tangibilidad	Evaluación			
	Buena		Mala	
	n°	%	n°	%
Sala de espera	91	64,1	51	35,9
Limpieza del lugar	136	95,8	6	4,2
Zonas de atención	132	93,0	10	7,0
Limpieza de zonas de atención	138	97,2	4	2,8
Material informático	111	78,2	31	21,8
Total	121,6	85,64	20,4	14,36

Tabla X. Evaluación de Tangibilidad.

El 85,64% de las beneficiarias GES tiene una buena percepción en cuanto a la tangibilidad.

Seguridad	Evaluación			
	Buena		Mala	
	n°	%	n°	%
Centro de salud interesado en entregar soluciones	102	71,8	40	28,2
Amabilidad del personal del centro de salud	133	93,7	9	6,3
Oportunidad de atención del centro de salud	129	90,8	13	9,2
Información suficiente sobre diagnóstico y tratamiento	127	89,4	15	10,6
Finalización del tratamiento por el centro de salud (alta)	130	91,5	12	8,5
Solución a todos los problemas de salud bucal por el centro	128	90,1	14	9,9
Profesionales transmiten seguridad y confianza	132	93,0	10	7,0
Preparación profesional adecuada	139	97,9	3	2,1
Entendimiento de las indicaciones	135	95,1	7	4,9
Total	128,3	90,38	13,7	9,62

Tabla XI. Evaluación de Seguridad.

El 90,38% de las beneficiarias GES tiene una buena percepción en cuanto a la seguridad.

Empatía	Evaluación			
	Buena		Mala	
	n°	%	n°	%
Fácil localización del centro de atención	142	100,0	0	,0
Señalización adecuada	126	88,7	16	11,3
Ubicación adecuada	136	95,8	6	4,2
Considera necesario preguntas personales antes de la atención	109	76,8	33	23,2
Después del alta recibió indicaciones de mantención de la salud oral	139	97,9	3	2,1
Comodidad con el lenguaje usado por el personal del centro de salud	139	97,9	3	2,1
Recibió atención personalizada y suficiente	121	85,2	21	14,8
Servicio con prontitud ofrecido por el personal del centro de salud	115	81,0	27	19,0
Los funcionarios le informaron del beneficio GES	135	95,1	7	4,9
Los funcionarios le comunicaron cuando terminaba la realización del servicio	124	87,3	18	12,7
Total	128,6	90,92	13,4	9,08

Tabla XII. Evaluación de Empatía.

El 90,92% de las beneficiarias GES tiene una buena percepción en cuanto a la empatía.

Valoración GES	Evaluación			
	Buena		Mala	
	n°	%	n°	%
Oportunidad (21 días)	140	98,6	2	1,4
Calidad	132	93,0	10	7,0
Financiamiento	135	95,1	7	4,9
Acceso	139	97,9	3	2,1
Total	136,5	96,13	5,5	3,87

Tabla XIII. Valoración del GES.

En relación a la valoración GES, el 96,13% de las beneficiarias lo evalúa de buena manera.

n=142	Evaluación General Elementos Tangibles	Evaluación General de la Seguridad	Evaluación de la Empatía	Valoración por el GES	Valoración General por la atención (SERVPERF)
Media	85,6	90,4	90,6	96,1	90,7
Desv. típ.	18,66	17,52	12,42	11,64	11,77

Tabla XIV. Estadísticos de la Encuesta de Satisfacción.

En general el 90,7% de las beneficiarias evalúa satisfactoriamente el GES odontológico de la embarazada.

Estadísticos descriptivos (n=142)						
	Media	Desv. típ.	Varianza	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	27,64	6,327	40,033	27	18	42
Índice de placa	46,14	18,796	353,276	43,75	13	100
Cariados Inicial	2,15	2,620	6,864	1	0	15
Cariados Final	0,08	0,268	0,072	0	0	1
Obturados Inicial	3,43	3,644	13,282	2	0	15
Obturados Final	5,52	4,353	18,946	5	0	18
Perdidos Inicial	1,18	2,552	6,515	0	0	18
Perdidos Final	1,24	2,647	7,006	0	0	19
COP Inicial	6,69	5,543	30,726	5,5	0	25
COP Final	6,72	5,556	30,870	6	0	25
Evaluación General de Elementos Tangibles	85,6	18,66	348,177	-	20	100
Evaluación General de la Seguridad	90,4	17,52	306,854	-	10	100
Evaluación General de Empatía	90,6	12,42	154,290	-	40	100
Valoración General GES	96,1	11,64	135,601	-	30	100
Valoración General por la Atención (SERVPERF)	90,7	11,77	138,643	-	50	100

Tabla XV. Estadísticos Descriptivos.

Objetivo 3: Constatar si siguen y/o adquieren los hábitos de salud oral indicados posterior a la aplicación del GES odontológico de las embarazadas.

Cuenta de Grupos	Uso de seda dental		Total general
	No	Sí	
Uso de enjuagatorio			
No	17	29	46
Sí	15	41	56
Total general	32	70	102

Tabla XVI. Relación entre la Instrucción de higiene y el uso de seda y colutorio.

Cuando la persona se le dio instrucción de higiene oral (102), el uso de seda dental y colutorio se comportan estadísticamente de manera independiente. (Test exacto de Fisher: p-valor=0,3749), es decir, no se encontró relación significativa entre el uso de seda dental y colutorio cuando se realizó instrucción de higiene oral a las pacientes.

Relación del Índice CPITN con la enseñanza de instrucción de higiene oral

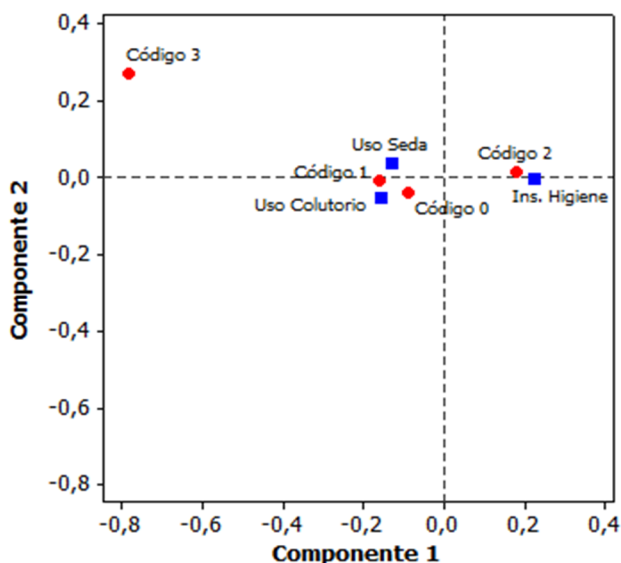


Figura 7. Proyecciones de frecuencia del CPITN según enseñanza de higiene oral

Mediante una proyección de frecuencias se observa que la distribución del número de pacientes que recibieron instrucción de higiene, usan seda y colutorio están cercanos a los códigos más bajos del índice CPITN. Asimismo parece cuestionable la instrucción de higiene recibida en quienes presentan tártaro e irritación gingival. De igual forma, la hemorragia al sondaje está más relacionada al uso de seda y enjuague que los pacientes sanos.

Medidas descriptivas		Índice de Placa	
		Sin instrucción de higiene	Con instrucción de higiene
Promedio		52%	44%
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inf.	45%	40%
	Límite sup.	59%	47%
Mediana		50%	42%
Desviación estándar		21%	18%
Mínimo		13%	13%
Máximo		100%	94%
Asimetría		0,30	0,46
Curtosis		-0,67	-0,26

Tabla XVII. Estadísticos descriptivos del índice de placa y la instrucción de higiene.

Se observó que la mediana del índice de placa en pacientes que no recibieron instrucción de higiene es estadísticamente igual a la mediana del índice de placa en pacientes que la recibieron. (Test para comparación de medianas de Mood: p -valor=0,632), por lo que el IP no cambia significativamente en las personas que recibieron o no dicha instrucción.

Relación entre el Índice de Placa y hábitos de higiene oral.

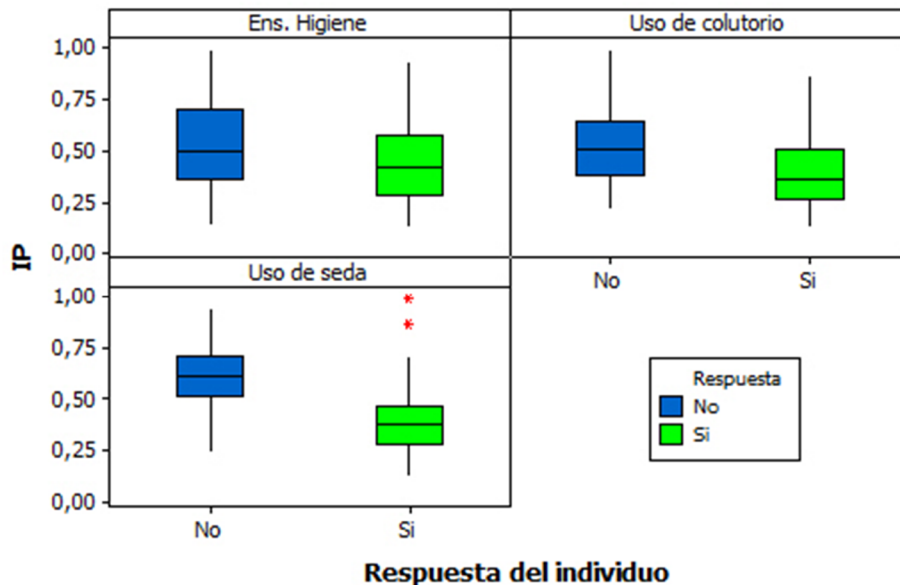


Figura 8. Índice de Placa según conducta de higiene.

Se observó que la mediana del índice de placa en pacientes que utilizan seda dental es estadísticamente menor a la mediana del índice de placa en pacientes que no la utilizan (Test para comparación de medianas de Mood: p-valor<2.2e-16), por lo que, el IP disminuye significativamente en las personas que utilizan la seda dental. Del mismo modo, se observó que la mediana del índice de placa en pacientes que usan enjuague bucal es estadísticamente menor a la mediana del índice de placa en pacientes que no usan. (Test para comparación de medianas de Mood: p-valor<2.2e-16), por lo que el IP disminuye significativamente en las personas que utilizan enjuague bucal.

Al relacionar la pregunta de la encuesta de satisfacción: “*El material informativo es útil y fácil de usar*”, con la distribución del índice CPITN, éste no cambia estadísticamente según la comprensión o no del material (Test chi cuadrado: p-valor=0,318). Es decir, no se encontró relación significativa entre la comprensión del material informativo y el índice CPITN.

Cuenta de Grupos	Material informativo		Total general
	No	Sí	
Códigos CPITN			
0	6	15	21
1	11	29	40
> 1	14	67	81
Total general	31	111	142

Tabla XVIII. Relación entre material informativo e índice CPITN

Por otra parte, se observó que la mediana del índice de placa en pacientes que comprendieron el material informativo es estadísticamente igual a la mediana del índice de placa en pacientes que los que no comprendieron dicho material (Test para comparación de medianas de Mood: p-valor=0,082). Cabe señalar, que el p-valor es cercano al nivel de significancia utilizado en el estudio, por lo que existe la probabilidad de error tipo 2.

A su vez, en relación a la pregunta: *“Ha entendido perfectamente las indicaciones que le han dado”*; cuando la persona entendió perfectamente las indicaciones recibidas (135), el uso de seda dental y colutorio se comportan estadísticamente de manera dependiente. (Test exacto de Fisher p-valor=0,01508), es decir, se encontró relación significativa entre el uso de seda dental y colutorio cuando el paciente entendió perfectamente las indicaciones recibidas.

Cuenta de Grupos	Uso de enjuagatorio		Total general
	No	Sí	
Uso de seda dental			
No	31	15	46
Sí	39	50	89
Total general	70	65	135

Tabla XIX. Relación entre el entendimiento de indicaciones y uso de seda y colutorio.

De igual forma en relación a la pregunta: *“Después de terminado el tratamiento los profesionales le han explicado lo posibles cuidados que debe mantener para su salud oral”*; cuando a la persona ha recibido la explicación correspondiente (139), el uso de seda dental y colutorio se comportan estadísticamente de manera dependiente. (Test exacto de Fisher p-valor=0,01721), es decir, se encontró relación significativa entre el uso de seda dental y colutorio cuando a la paciente le han explicado los cuidados post tratamiento.

Cuenta de Grupos	Uso de enjuagatorio		Total general
	No	Sí	
Uso de seda dental			
No	32	16	48
Sí	40	51	91
Total general	72	67	139

Tabla XX. Relación entre la explicación de cuidados y uso de seda y colutorio.

VI. DISCUSIÓN

Sin lugar a dudas, la población chilena presenta una gran cantidad de necesidades en lo que a salud respecta cubiertas en parte, por las Garantías Explícitas en Salud, que se focalizan en necesidades prioritarias de los beneficiarios. En este caso, la atención de la salud oral integral de la embarazada, es el momento oportuno para captar a este grupo, en donde existe una estrategia por parte del equipo de salud, en donde las matronas son las encargadas de llevar personalmente a las embarazadas al servicio dental.

Es así que mediante este estudio de tipo descriptivo, en el cual se obtuvo un tamaño muestral correspondiente al universo establecido en la investigación, la selección fue hecha de manera aleatoria, en los establecimientos APS de la ciudad de Valparaíso. Para el registro de los datos, primero se aplicó la encuesta de manera concisa y con terminología clara para la encuestada y después se realizó el examen clínico. Cabe mencionar, que para establecer el perfil de salud oral se utilizaron índices recomendados internacionalmente, se constató si efectivamente las pacientes habían sido dadas de alta el año 2011 y además que no hubieran recibido tratamiento odontológico en los últimos 2 años. Con todo aquello, pretendemos conocer o demostrar si efectivamente las garantías del programa GES embarazada son capaces de tratar las enfermedades bucodentarias y si prosperan medidas de autocuidado. Asimismo, se intentará medir la calidad del programa, la que si bien es cierto, se consigue con el seguimiento muy minucioso de los protocolos de atención clínica; entendemos que en esta situación, entraría a jugar un rol importante la satisfacción de las mujeres beneficiarias atendidas en este programa, lo que permite detectar ciertas fortaleza y deficiencias que éste pueda tener y esto último permite reevaluar el alcance y la efectividad del programa e incidir en su reorientación.

El programa GES de la mujer embarazada es fundamentalmente curativo de las lesiones que se presentan en la enfermedad de caries, pero deficitario a nivel periodontal, debido a las insuficientes consejerías bien programadas para la enseñanza de técnicas de higiene oral, que no logran un cambio radical en los hábitos de higiene. Como consecuencia, esto lleva a un incierto pronóstico para su futura salud bucodentaria. No obstante lo anterior, la satisfacción y el nivel de cobertura del programa GES embarazadas alcanzan un grado de valoración alto por parte de ellas.

Este programa es curativo, pues se encontró que las beneficiarias GES antes del tratamiento contaban con un promedio COPD de 6,69, cuya composición interna consta de un promedio de dientes cariados de 2,15, obturados 3,43 y perdidos 1,18 y posteriormente, la media de diente cariados después del tratamiento bajó a 0,08, y los obturados y perdidos aumentaron a 5,52 y a 1,24

respectivamente, con un COPD post tratamiento de 6,72. Si bien es cierto, existe una disminución significativa del número de caries, la presencia de dientes cariados no deja de llamar la atención, hecho que se debe a que algunos dientes no recibieron el tratamiento adecuado, más que a la aparición de nuevas caries.

Estos resultados fueron cercanos al estudio de Vera et al. (2010) en embarazadas de la región de Murcia, España con un COPD 7,59, siendo la variable dientes perdidos la más similar con una media de 1,21. Del mismo modo, estos resultados se acercan a los de Carrión C. (2004) en un consultorio de Talca, con una índice COPD de 8,25 en las primigestas, en donde, la variable con mayor similitud fue la de dientes obturados con una media de 3.54. Sin embargo, sigue siendo mejor la salud oral de las embarazadas porteñas. Por su parte, existe una mayor diferencia con el estudio de Misrachi C. et. al., el 2009, en un consultorio de la comuna de Independencia en Santiago, donde las embarazadas tienen un índice COPD 10,25. Esto podría explicarse, a que la muestra fue menor y a que abarcó a un consultorio de esa comuna y no a otros centros de salud, como en el caso de este estudio. Situación similar ocurre con los resultados de Arcos P. (2011) en Ecuador, donde el Índice COPD de mujeres con uno y dos embarazos previos fue de 11 y 12,1 respectivamente, lo que podría explicarse porque estas pacientes presentan un mayor nivel de placa bacteriana, presentan malos hábitos de higiene oral y pertenecen a un nivel socioeconómico y cultural más bajo, donde no priorizan su salud bucal.

En cuanto al índice CPITN post tratamiento, las pacientes se distribuyen fundamentalmente entre los códigos 0, 1 y 2, predominando este último código. Esta situación es similar a lo que ocurre en los estudios de Vasilauskiene I. (2003) en la ciudad de Kaunas, en Lituania y de Lacalzada M. et. al. (2011), en Barcelona, España. En relación a ello, el 85,2% tiene alguna necesidad tratamiento periodontal, similar al estudio de Vasilauskiene I. en donde el 90% de las pacientes necesita tratamiento periodontal. Ello, podría explicarse porque desde el alta a la fecha, las pacientes de los consultorios de Valparaíso no estén realizando una correcta técnica de higiene, lo cual se condice en el índice de higiene oral de O'Leary que presenta un promedio de placa dental del 46,14%. En contra partida, el estudio realizado por Lacalzada M. et. al., presenta una menor necesidad de tratamiento periodontal con un 60%, lo que puede deberse a que las pacientes catalanas tienen mejores hábitos de higiene oral.

Continuando con la idea anterior, las beneficiarias declararon en mayor proporción haber recibido instrucción de higiene, sin embargo, el 28,2% declaró que no, lo que puede deberse por un lado a la no realización de la etapa preventiva del tratamiento integral o que esta no se hace con la adecuada significancia para las pacientes. No obstante, la enseñanza de instrucción de

higiene oral no tiene relación estadísticamente significativa con el índice de placa, pero sí con el uso de seda dental y colutorio, el cual en el caso de la seda alcanza el 65,5% y en el del enjuague bucal un 47,9%. Lo anterior, puede entenderse en razón de que quienes utilizan seda y enjuague bucal no necesariamente adquieren este hábito por medio de la enseñanza de higiene oral, sino más bien que pueden ser hábitos previamente adquiridos o simplemente tal como se señaló anteriormente porque la aplicación de la técnica no es adecuada.

Por otro lado, cabe mencionar que al relacionar las preguntas de la encuesta SERVPERF: *“Ha entendido perfectamente las indicaciones que le han dado”* y *“Después de terminado el tratamiento los profesionales le han explicado lo posibles cuidados que debe mantener para su salud oral”*; se encontró relación estadísticamente significativa *con el uso de seda dental y de colutorio*. Es importante mencionar que no se les consultó por si usaban o no cepillo dental, puesto que en la ficha de las pacientes salía consignado que todas tenían.

Por otra parte, cabe señalar que del total de beneficiarias el 5,6% de ellas, que equivale a 8 pacientes, eran portadoras de prótesis removible, correspondiendo a edades más avanzadas, pese a que el promedio de edad de este estudio es de 27,64 años, la media de estas pacientes portadoras de prótesis evidencia una media de edad de 35,7 años, misma situación de quienes presentaban código 3, las que tenían una media de edad 33,4 años. Esto puede estar relacionado a la acumulación del daño y a que las pacientes de mayor edad descuidan las medidas preventivas necesarias para mantener la salud de sus encías (Mariño, 1994).

En alusión al nivel de satisfacción de las beneficiarias, éstas presentan un alto porcentaje de satisfacción de la atención en general con un 90,7%, lo cual es digno de destacar, puesto que indicaría que bajo esa premisa el programa se está desarrollando de manera adecuada; además, la sensación de sentirse valoradas como grupo prioritario en relación a otros, puede influir en su percepción. Asimismo, puede imaginarse que estos resultados estén sobrevalorados, en el sentido de que las pacientes se sientan presionadas al responder, porque piensen que los resultados podrían llegar a oídos del profesional que las atendió, pero por lo mismo, se optó por hacerlas en la sala de espera cuando no fue en su domicilio.

En otros estudios, que incluyen otras áreas de la salud, y utilizando el mismo instrumento SERVPERF, encontramos que la media de la satisfacción del servicio global en un estudio realizado en España por Carvajal J. et al. (2008) fue del 93,1%; en él se midió la satisfacción en la intervención de vesículas biliares, usando una escala de 0-10. Esto puede deberse a que son cirugías programadas, por lo que hay una mayor planificación en la atención de estos pacientes. En otro estudio, también desarrollado en España, en la ciudad de Málaga el 2005 por

Díaz R., midió la percepción de un servicio de salud, ocupando la escala de Likert (1-7), obteniendo un 54,7% de satisfacción, cifras que no son muy positivas, reflejadas principalmente en la organización y coordinación, acceso, infraestructura, tiempo de espera y amabilidad del personal no sanitario.

Cabe mencionar que el cuestionario ocupado por nosotros al igual que en los otros estudios fue el SERVPERF “*adaptado*”, en donde el formato original del SERVPERF se modificó para representar los atributos que más interesaban evaluar. Los términos como “clientes” y “empleados” fueron reemplazados por “pacientes” y “profesionales de la salud, respectivamente. Además, se suprimió algunos ítems de la escala original, la que cuenta con elementos tangibles, seguridad, empatía, confiabilidad y capacidad de respuesta, específicamente los 3 primeras fueron las consideradas, y a ellas se le agregó la dimensión valoración GES, para así evaluar las garantías explícitas que presenta este programa.

De esta manera, al ver las cuatro dimensiones que incluimos en el SERVPERF, la que ponderación más alta fue la de Valoración GES con un porcentaje del 96,1%, lo que indica una alta conformidad en cuanto a la oportunidad, calidad, financiamiento y acceso del programa. Asimismo, la dimensión que tuvo una percepción más débil fue la de los elementos tangibles con un 85,64%, esencialmente en relación a la sala de espera y al material informativo. Esto último, radica en la importancia de mantener adecuadamente las salas de espera, para hacerlas más amigable y acogedoras, así como también darle una mayor amplitud. En cuanto, al material informativo, todos los centros de salud debiesen contar con ello, no sólo con afiches, sino también con folletos o trípticos para poder ser entregados a las pacientes, y que éstos sean didácticos para el fácil entendimiento de la información. De igual forma, la percepción sobre el interés del centro de salud en solucionar los problemas de las pacientes fue la más baja dentro de la dimensión de empatía, por lo que la relación con los pacientes desde la llegada al consultorio debiese ser más amable y cercana. Mientras que en seguridad, las que obtuvieron la más baja percepción fue en primera instancia la necesidad de realizar preguntas personales por parte del profesional odontólogo/a, en la cual algunas beneficiarias relataron sentirse incómodas cuando el profesional las interrogaba para realizar una correcta anamnesis; y la capacidad de respuesta de los funcionarios, por lo que su labor debiese ser un poco más expedita.

En definitiva, la alta percepción satisfactoria del GES va en los lineamientos establecidos por el MINSAL, puesto que uno de los objetivos sanitarios, es precisamente “aumentar la satisfacción de la población”, lo que se logra en las pacientes atendidas en este programa. En relación a ello, cabe destacar que hoy en día los pacientes están cada vez más preparados y exigentes, por lo que los

centros de salud, ya no sólo deben preocuparse de atender a sus demandas y de ofrecer una mayor cantidad de servicios de interés general o social, sino, además, por aumentar la calidad de tales servicios. La adopción de la perspectiva del paciente a la hora de definir la calidad de servicio introduce el concepto de percepción, lo que supone considerar que él es el más indicado para determinar si un servicio es o no de calidad. Lo anterior, contribuye esclarecer e identificar en el sistema público de salud, los puntos fuertes y las debilidades de los servicios otorgados.

Es relevante destacar, que desde el punto de vista de las políticas públicas, indudablemente el GES ha sido un acierto, basta con observar la alta percepción de satisfacción de las beneficiarias con el servicio odontológico; pues ha aumentado el acceso a la rehabilitación, reduce significativamente el número de caries, hay mayor prevención - se entrega un kit dental con cepillo, pasta, seda y colutorio - pero aún así sigue siendo insuficiente en este sentido. En consecuencia, el programa GES de salud oral integral, es más bien curativo, por lo que existe la necesidad imperiosa de mejorar el aspecto educativo y preventivo de la atención, puesto que los índices de placa no son los esperados, y a su vez no se soluciona la necesidad de tratamiento periodontal, por lo que habría que distribuir mejor el tiempo de atención y enfocarse más en la prevención y en los cambios de conducta de las pacientes.

En relación a lo anterior, no debemos olvidar que la caries y la enfermedad periodontal son las patologías orales más prevalentes en la población, y la embarazada no está exenta de ello. Durante el proceso gestacional ocurren una serie de fenómenos fisiológicos que favorecen el desarrollo de estas patologías en la mujer, por lo que establecer un estado oral saludable es el objetivo más relevante en la planificación de los cuidados dentales durante el embarazo, sobre todo debido a los hallazgos que ponen de manifiesto que los trastornos periodontales pueden ser un factor de riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer como señalan los estudios de López N. et al. (2002) en Chile y el de Flores J. et al. (2004) en España. De la misma manera, la prevención de la transmisión microbiana de madre a hijo es sumamente importante para el futuro del bebé, por lo que hay que seguir educando y concientizando a la población de embarazadas en el cuidado de su boca y así contribuir en la salud de sus hijos, disminuyendo la prevalencia de caries y de enfermedades periodontales, sin dejar de lado la relevancia del reforzamiento en educación de higiene en la etapa escolar.

La atención de las embarazadas resulta dificultoso, en el sentido de que éstas no son muy comprometidas con la atención dental, existiendo inasistencias reiteradas a las citas, y más aún menos asisten a los talleres y consejerías asignadas en horarios exclusivos para eso, por lo que los cirujanos dentistas se

enfocan en realizar los tratamientos lo más rápido posible para poder darles el alta integral y cumplir las metas establecidas por el Ministerio de Salud. Se entiende, que esto va en desmedro de lo preventivo y va más a favor de lo curativo, lo que explicaría los códigos del CPITN encontrados en este estudio. Por lo mismo, es imperioso buscarle algún tipo de solución, razón por la cual se propone por ejemplo, el contar con un protocolo de tiempos de atención, en donde al momento de realizar el ingreso y antes del examen clínico, realizar la instrucción de higiene y medir el índice de placa para ver como se encuentran realmente estas pacientes y así en los futuros controles poder evaluarlo nuevamente, reiterando el llamado a darse el tiempo necesario para eso.

.VII. CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de devolver la salud el programa es un acierto, porque baja significativamente la prevalencia de caries y porque además logra la rehabilitación oral a través de las distintas especialidades odontológicas. Sin embargo, visto desde la prevención es deficiente, pues no consigue cambios de hábitos en la salud oral, manteniendo altos índices de placa dental, lo que conlleva al desarrollo de la caries y de la enfermedad periodontal. Es decir, el programa ataca a los signos de las enfermedades bucodentarias, pero no a su causa; por lo tanto, no logra conservar un estado de salud oral integral en las beneficiarias, por lo que hay que poner énfasis en la instrucción de higiene, que pese a ser recibida por la mayoría, esta no logra la trascendencia necesaria.

En cuanto a la percepción en la atención del GES embarazadas, existe un alto nivel de satisfacción en general y en particular de este programa de salud por parte de las beneficiarias, con elevados porcentajes de aceptación en las distintas dimensiones. No obstante, hay aspectos que se deben perfeccionar. En lo tangible, mejorar las salas de espera y entregar y optimizar el material informativo. Además, de demostrar un real interés por parte de los centros de salud al prestar servicios y hacer más expedito el desempeño del resto del personal.

VIII. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Como todo estudio, existen limitaciones que afectan el desarrollo de la investigación. Dentro de ellas, destacan las inasistencias a las citas por parte de las beneficiarias, lo que sin duda nos retrasó en la recolección de datos; dificultades para conseguir el espacio físico en los consultorios para realizar exámenes; dificultades técnicas asociadas al realizar un examen domiciliario. Inconvenientes para obtener la muestra, en relación a no poder contactarse con las pacientes, puesto que en muchas ocasiones no coincidían los números de telefónicos o simplemente ya no existían o nunca contestaron.

Deberían consignarse y relacionarse otras variables como el nivel educacional, años de escolaridad y el nivel socioeconómico para poder ampliar más el estudio. Además, sería interesante tener en cuenta la perspectiva de quienes proveen los servicios de salud para fundamentar mejor la calidad.

Con el fin de evaluar con mayor claridad un posible cambio de hábito en la higiene oral sería importante constatar antes del GES, la frecuencia de cepillado, uso de seda dental y enjuague bucal, si recibió instrucción de higiene en el colegio o en otra instancia, o si nunca en la vida la ha recibido, la frecuencia con que visita al odontólogo al año y los motivos, si son por dolor, tratamiento o prevención, además de medir tanto el índice de placa como el CPITN.

Sería adecuado realizar un estudio de seguimiento a 5 años para conocer los alcances en el tiempo de este programa, así como también evaluar a los niños de estas pacientes a los 2 o 4 años y ver su estado de salud oral con el fin de observar si se reflejan conductas adquiridas por las madres.

Efectuar un estudio de casos y controles, obteniendo a estos últimos de un grupo de mujeres con el mismo rango etario, atendidas en los APS de la ciudad de Valparaíso y establecer algún tipo de relación con la salud oral de estas pacientes y con el nivel de satisfacción.

Profundizar en esta línea de investigación puede aportar avances significativos en la gestión de distintos ámbitos de la salud pública. Puesto que las necesidades cambian con el tiempo, se hace necesario analizar las dimensiones que más preocupan a los pacientes y realizar de forma continua mediciones de la calidad percibida para conocer su evolución, ya que, ello repercutirá positivamente en la mejora de los programas de salud, como el GES, junto con fortalecer su imagen social como políticas de Estado.

IX. RESUMEN

Introducción: Dentro del desarrollado de políticas públicas de salud en Chile, se encuentra el GES, que garantiza atención prioritaria a ciertas patologías, en la cual está la salud oral integral de la embarazada.

Objetivo: Describir el estado de salud bucodentaria y nivel de satisfacción de las embarazadas que recibieron cobertura GES.

Metodología: Estudio descriptivo y muestra aleatoria de 142 pacientes dadas de alta el 2011 en los APS de Valparaíso. Las variables recolectadas por medio de una encuesta y examen clínico fueron: COPD, CPITN, Índice de Placa, Nivel de Satisfacción en relación a elementos tangibles, seguridad, empatía y valoración GES. Se consideró estadísticamente significativo con p-valor igual o menor a 0,05.

Resultados: El COPD final fue de 6,72, con 0,08 cariadados, 5,52 obturados y 1,24 perdidos. El código 2 predominó en el CPITN. El 28,5% declara no haber recibido instrucción de higiene. El 34,5% y el 52,1% no usan seda dental ni colutorio respectivamente. El 8% porta prótesis removible. La satisfacción a nivel general alcanzó el 90,7%. El índice de placa no varía significativamente entre quienes recibieron o no enseñanza de higiene (p-valor=0,632); pero, disminuye significativamente en quienes utilizan seda dental y colutorio (p-valor<2.2e-16). No obstante su uso no tiene significancia estadística cuando la paciente recibió instrucción de higiene (p-valor=0,3749).

Conclusiones: Este programa es fundamentalmente curativo de caries, deficitario a nivel periodontal y en la enseñanza de higiene oral, implicando un reservado pronóstico para la salud bucodentaria. Sin embargo, el nivel de satisfacción alcanzado por las beneficiarias es alto.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Arcos P. (2011): Estudio comparativo basado en el índice COP entre mujeres nuligrávidas, mujeres con uno y con dos embarazos previos, de 18 a 30 años de edad en el Hospital del Cantón Pillaro. Tesis para optar al título de Cirujano Dentista, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.
- 2.- Aartman I.; De Jongh A.; Makkes P.; Hoogstraten J. (1999): Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables. *British Dent J*, 186(9):467-471.
- 3.- Azuara V.; Rivas R. (2008): Lidocaína en pacientes embarazadas. Una opción segura de uso frecuente. Normas e indicaciones para su empleo. *Rev Mex Odon Clín*, 2(2):4-8.
- 4.- Bambrilla E.; Felloni A.; Gagliani M.; Malerba A.; García-Godoy F.; Strohmenger L. (1998): Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. *J Am Dent Assoc*, 129: 871-877.
- 5.- Barnett M.(2006): The rationale for the daily use of an antimicrobial mouthrinse. *J Am Dent Assoc*, 137:16-21.
- 6.- Bastías G.; Valdivia G. (2007): Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín Esc. de Med. PUC de Chile*, 32(2).
- 7.- Beaglehole R.; Bonita R.; Kjellstrom T. (1994): *Epidemiología Básica*, Publicación Científica OMS, Ginebra, 551: 50-53.
- 8.- Bergenholtz G.; Hörsted-Bindslev P.; Reit C. (2003): *Textbook of Endodontology*. Blackwell Publishing.
- 9.- Carrión C. (2004): Diagnóstico de salud oral de primigestas que acuden a control prenatal al consultorio Dr. José A. Astaburuaga. Tesis para optar al título de Cirujano Dentista, Escuela de Odontología Universidad de Talca.
- 10.- Carvajal J.; García S., Márquez M.; Hernández I.; Martín M.; Cerquella C. (2008): Valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de vesícula biliar por laparoscopia en un servicio de cirugía general *Revista de Calidad Asistencial*, 23: 164–169.
- 11.- Díaz R. (2005): La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calidad Asistencial*, 20(1):35-42.

- 12.- Donabedian, A. (1988): The quality of care, *Jama*, 260:1743-1748.
- 13.- Emil N.; Febronia K.; Joyce R.; Senkoro A. (2009): Satisfaction with urgent oral care among adult Tanzanians. *Journal of Oral Science*, 51(1): 47-54, 2009.
- 14.- Flores J.; Oteo A.; Mateos L.; Bascones A. (2004): Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*, 16(2): 93-105.
- 15.- Fejerskov, O.; Kidd, E.; Nyvad B. (2008): *Dental caries : The disease and its clinical management Segunda Ed.*, Reino Unido.
- 16.- Gómez M.; Somoza J.; Einöder M.; Jiménez M.; Castineira S.; Feijoo M. (2012): Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Enferm Clin*.
- 17.- Hidalgo C.; Carrasco E. (1999): *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Ed. Universidad Católica de Chile.
- 18.- Instituto nacional de estadísticas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2004): *Proyecciones y estimaciones de población*.
- 19.- Katz S.; Simon. (1982): *Odontología preventiva en acción*. Tercera Ed., Editorial Panamericana, Buenos Aires.
- 20.- Kramer M., Seguin L.; Lydon J.; Goulet L. (2000): Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatrics and perinatal epidemiology*, 14:194-210.
- 21.- Lacalzada M.; Gil J.; Giménez M.; López J.; Chimenos E. (2001): Estado periodontal y de la mucosa oral en un grupo de embarazadas: Estudio clínico. *Av. Periodon Implantol.*, 23(2): 123-128.
- 22.- Larrea P. (1991): *Calidad de Servicio del marketing a la estrategia*. P. 75. Ed. Díaz de Santos, Madrid, España.
- 23.- López N.; Smith P.; Gutiérrez J. (2002): La terapia periodontal puede reducir el riesgo de parto prematuro con bajo peso de nacimiento en mujeres con enfermedad periodontal: un estudio controlado y randomizado. *J Periodontol*, 73(9):11-24.
- 24.- Mariño R. (1994): La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 5:419-426.

- 25.- Ministerio de Salud. (2002): Pauta para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica.
- 26.- Ministerio de Salud. (2003): Encuesta Nacional de Salud.
- 27.- Ministerio de Salud. (2005): Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro
- 28.- Ministerio de Salud. (2008): Guía Clínica Atención Odontológica Integral de la embarazada.
- 29.- Ministerio de Salud. (2011): Objetivos Sanitarios Década 2011-2010.
- 30.- Ministerio de Salud.: Departamento de Estadísticas e Información en Salud.
- 31.- Ministerio de Salud.: Departamento de Epidemiología.
- 32.- Misrachi C.; Ríos M., Morales I.; Urzúa J.; Barahona P. (2009): Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26(4): 455-461.
- 33.- Murdoch-Kinch C.; McLean M. (2003): Minimally invasive dentistry. *J Am Dent Assoc*, 134:87-95.
- 34.- Newbrun E. (2001): Topical fluorides in caries prevention and management: a North American perspective. *J Dent Educ*, 65(10):1078-83.
- 35.- Oliva C.; Hidalgo C. (2004): Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la atención primaria. *Psykhē*, 13: 173-186.
- 36.- Oyarzún E. (2008): Manual de Alto Riesgo Obstétrico. Biblioteca Virtual en Salud. Chile.
- 37.- Peumans M.; De Munck J.; Van Landuyt K.; Lambrechts P.; Van Meerbeek B. (2007): Five-year clinical effectiveness of a two- step self- etching adhesive. *J Adhes Dent*, 9(1):7-10.
- 38.- Quezada C. (2011): Perfil de salud oral y satisfacción en adultos mayores beneficiados y no beneficiados con las GES salud oral integral 60 años, en Valparaíso. Tesis para optar al título de Cirujano Dentista, Escuela de Odontología Universidad de Valparaíso.
- 39.- Quiñonez R.; Stearns S. (2008): Issues and early evidence for the economic evaluation of the effects of periodontal therapy on pregnancy outcomes. *J Periodontol*, 79(2):203-206.

- 40.- Raber-Durlacher J.; Van Steenberg T.; Van Der Velden U. (1994): Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: clinical, endocrinological, and microbiological aspects. *J Clin Periodontol*, 21(8):549-58.
- 41.- Riveros J.; Berné C. (2007): Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing, *Rev Méd Chile*, 135: 862-870.
- 42.- Sabrina R. Zani; Elken G. Rivald; Luis C. Frasca; Luis F. Caye. (2009): Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses, *Journal of Oral Science*.51: 535-543.
- 43.- Sánchez H. (2006): Implications of AUGE in Medicine and Surgery Law of explicit guarantees in health. *Rev Chil Cir*, 58: 397-399.
- 44.- Sánchez H. (2008): Enfrentar el alza de precios de las ISAPRES implica que éstas cambien su actual visión estratégica, Instituto Salud y Futuro de la UNAB.
- 45.- Seppä L.; Hausen H.; Tuutti H.; Luoma H. (1983): Effect of a sodium fluoride varnish on the progress of initial caries lesions. *Scand J Dent Res*, 91: 96-8.
- 46.- Silberman S.; Cohen L.; Meydrech E. (1980): Dental anxiety and needs in low-income pregnant women. *Community Dent Oral Epidemiol*, 8(2):114-5.
- 47.- Siqueira F.; Miranda L.; Costa J.; Amaral J.; Quintao A.; Oliveira F. (2008): Maternal periodontitis as a potential risk variable for preclampsia: a case-control study. *J Periodontol*, 79(2): 207-15.
- 48.- Tocharoen A.; Thompson S.; Addy C.; Sargent R.; Best R.; Shoob H. (2000): Intergenerational and environmental factors influencing pregnancy outcomes, *Annals of Epidemiology*, 10:475-476.
- 49.- United Nations Children's Fund and World Health Organization (2004): Low Birthweight: Country, regional and global estimates. UNICEF, New York.
- 50.- Vasiliauskiene I. (2003): Oral Health Status of Pregnant Women 2003 *Stomatologija. Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 5:57-61.
- 51.- Yagiela J. (2001): Making patients safe and comfortable for a lifetime of dentistry: frontiers in office-based sedation. *J Dent Educ*, 65(12): 1348-56.

52.- Zúñiga A. (2007): Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. Acta Bioeth, 13: 237-245.

53.- Zeithaml V.; Bitner M. (2002): Marketing de Servicios: Un enfoque de integración del cliente a la empresa, Segunda Ed., McGraw-Hill Interamericana Editores.

VIII. ANEXOS

Anexo 1.

Tabla XXI. Marco legal de la reforma de salud.

<i>Ley</i>	<i>Año</i>	<i>Descripción</i>
Ley de Financiamiento (Nº 19.888)	Agosto 2003	Asegura los recursos para la reforma de salud.
Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley Nº 19.937)	Febrero 2004	Separa las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector. Crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados.
Ley de Régimen General de Garantías en Salud (Nº19.966)	Septiembre 2004	Crea el sistema de garantías explícitas para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias.
Ley de solvencia de ISAPRES (Ley Nº19.895)	Agosto 2003	Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
Ley de ISAPRES (Ley Nº18.933)	Mayo 2005	Modernización de la Ley de ISAPRES y potenciación del rol de la superintendencia.
Ley de Derechos y Deberes de los pacientes	Octubre 2012	Entrega responsabilidades y protección a los pacientes. Regula aspectos como el consentimiento informado.

Fuente: (Bastías & Valdivia, 2007)

Anexo 2.

Tabla II. Protección financiera embarazada.

Problema de salud	Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestadores	Periodicidad	Arancel \$	Copago %	Copago \$
Salud oral integral de la embarazada	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

Fuente: Ministerio de Salud

Anexo 3.

Tabla XXIII. Pobreza por centro de salud en Valparaíso (2007).

Centro de salud	Índice de pobreza
Puertas negras	64%
Placilla	33%
Las cañas	75%
Reina Isabel II	47%
M. Mena	42%
Esperanza	22%
Barón	27%
Placeres	29%
Rodelillo	58%
Quebrada verde	40%
Cordillera	43%
Padre Damián	57%

Fuente: Encuesta CAS.

Anexo 4.

Encuesta de consejería de tabaco utilizada por el Ministerio de Salud

Para la embarazada: Incentivar y apoyar la cesación	
a. Consejería Breve e Integral	
Procedimiento	Completado
Averigue < 1 minuto	
1. Documente si la mujer fuma o no y cuántos cigarrillos por día (cpd)	<input type="checkbox"/>
A. Nunca ha fumado <input type="checkbox"/>	D. Sigue fumando pero ha disminuido la cantidad de cigarrillos <input type="checkbox"/>
B. Dejó de fumar antes de embarazarse <input type="checkbox"/>	E. Sigue fumando igual <input type="checkbox"/>
C. Dejó de fumar desde que está embarazada <input type="checkbox"/>	Número de cigarrillos al día: _____
<small>Respuestas A-B-C: Felicitar por el éxito - evitar la Exposición al Humo de Tabaco Ambiental Respuestas D-E: ACONSEJE, AYUDE y ACUERDE</small>	
Aconseje < 1 minuto	
2. Entregue mensajes claros y enérgicos sobre los riesgos de fumar para la madre y el feto	<input type="checkbox"/>
3. Aconseje de forma personal, clara y enérgica que la paciente deje de fumar y se mantenga sin hacerlo	<input type="checkbox"/>
Ayude > 3 minutos	
4. Entregue material de apoyo para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>
5. Revise junto a ella estrategias para dejar de fumar y ayúdela a diseñar un plan específico para ello.	<input type="checkbox"/>
6. Exprese confianza en que ella puede dejar de fumar	<input type="checkbox"/>
7. Incentive a la paciente para que busque apoyo en su familia y su entorno social y evite la exposición a humo ambiental	<input type="checkbox"/>
Acuerde < 1 minuto	
8. Recordar a la paciente la próxima visita y poner la condición de fumadora como un signo vital en la ficha	<input type="checkbox"/>
9. Evalúe la condición de fumadora durante el embarazo; si la paciente continúa fumando, incentive que deje de hacerlo	<input type="checkbox"/>
Acompañe	
10. Refuerce la motivación para dejar de fumar y mantenerse sin fumar durante el embarazo y en los controles post parto. Invítela a actividades grupales. Promueva llamadas telefónicas y/o el intercambio de cartas.	

Adaptada de: Women and the Tobacco Epidemic, Challenges for the 21st Century, World Health Organization, WHO/NMH/TFI/01.1, Canada, 2001.

Fuente: Guía atención odontológica integral de la embarazada, MINSAL 2008

Ficha Clínica Sugerida por el Ministerio de Salud

FICHA ODONTOLÓGICA EMBARAZADA

Nº _____

FECHA SOLICITUD HORA

--	--	--

FECHA INGRESO

--	--	--

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	RUT
DIRECCIÓN		CALIDAD PREVISIONAL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO	

EXAMEN INTEGRAL

1. DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

ANAMNESIS:

ANTECEDENTES FAMILIARES (0) SIN ANTECEDENTES (1) CON ANTECEDENTES

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES DIABETES
 CÁNCER OTROS

ANTECEDENTES MEDICOS

SI ESPECIFICAR _____
 NO

ESTÁ EN CONTROL MATERNAL ALÉRGICO
 DIABÉTICO CARDIOVASCULARES
 ASMA EPILEPSIA
 FUMA DAÑO NEUROLÓGICO
 OTROS

Semanas Embarazo _____ Primigesta _____ No Primigesta _____

EXAMEN FÍSICO GENERAL

(0) NORMAL (1) ALTERADO, ESPECIFICAR _____

EVALUACION ANSIEDAD

SUDORACION TEMBLORES AUMENTO DE PULSO NÁUSEAS

HÁBITOS (1) SI (2) NO

CEPILLADO DENTAL USO SEDA DENTAL

EXAMEN INTRAORAL (1) ANORMAL (2) NORMAL

MUCOSAS:

FARINGE PALADAR PISO DE BOCA LENGUA LABIOS

ENCÍAS:

GINGIVITIS: (0) AUSENTE (1) LOCALIZADA (2) GENERALIZADA

OCLUSIÓN:

(1) CLASE I (2) CLASE II (3) CLASE III

ALTERACIONES DEL ESMALTE:

(0) NINGUNA (1) MANCHAS BLANCAS O CAFÉ UNILATERALES (2) MANCHAS BLANCAS O CAFÉ BILATERALES
 (3) PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DEL ESMALTE

CARIES DENTAL: ODONTOGRAMA

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">17</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">15</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">22</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">24</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">26</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">27</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">54</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">53</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">52</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">51</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</td><td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">47</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">46</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">45</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">44</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">43</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">42</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">41</td> </tr> </table>	10	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	05	54	53	52	51				04	03	02	01					40	47	46	45	44	43	42	41	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">22</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">24</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">26</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">27</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">71</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">72</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">73</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">74</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">75</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">31</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">32</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">33</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">34</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">36</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">37</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">38</td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28	01	02	03	04	05				71	72	73	74	75				31	32	33	34	35	36	37	38
10	17	16	15	14	13	12	11																																																																		
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																		
05	54	53	52	51																																																																					
04	03	02	01																																																																						
40	47	46	45	44	43	42	41																																																																		
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																		
01	02	03	04	05																																																																					
71	72	73	74	75																																																																					
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																		

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">C</td> <td style="width: 15%;">O</td> <td style="width: 15%;">P</td> <td style="width: 15%;">COP</td> <td style="width: 15%;">FECHA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	C	O	P	COP	FECHA						EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO Fecha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">S1</td> <td style="width: 33%;">S2</td> <td style="width: 33%;">S3</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>S6</td> <td>S5</td> <td>S4</td> </tr> </table>	S1	S2	S3				S6	S5	S4
C	O	P	COP	FECHA																
S1	S2	S3																		
S6	S5	S4																		
CONSUMO DIETA CARBOGENICA CANTIDAD DE VECES AL DÍA QUE CONSUME ALIMENTOS O JUGOS AZUCARADOS ENTRE LAS COMIDAS (COLACION) <input type="text"/> (0) NINGUNA (Sin Riesgo) (1) 1 VEZ (Bajo Riesgo) (2) 2 ó MÁS VECES (Alto Riesgo)	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLON <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>1.6V</th> <th>1.1V</th> <th>2.6V</th> <th>3.6V</th> <th>3.1V</th> <th>4.6V</th> <th>ÍNDICE</th> <th>FECHA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	1.6V	1.1V	2.6V	3.6V	3.1V	4.6V	ÍNDICE	FECHA											
1.6V	1.1V	2.6V	3.6V	3.1V	4.6V	ÍNDICE	FECHA													

2. EDUCACION EN TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL

TÉCNICA DE CEPILLADO INDICADA FECHA

(1) TÉCNICA BASS (2) TÉCNICA CHARTERS

REFUERZO AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL FECHA

(1) ODONTÓLOGO (2) PERSONAL PARAMÉDICO DE ODONTOLOGÍA

TIPIFICACIÓN EMBARAZADA (1) SANO (3) ALTO RIESGO	(2) BAJO RIESGO (4) CON DAÑO	<input type="text"/>
La tipificación de la gestante se realiza según el protocolo Tabla 1 midiendo:		
- Historia de caries	- Consumo de Hidratos de carbono	<input type="text"/>
- Discapacidad Neuromotora o Mental	- Índice de Greene y Vermillon	

TRATAMIENTO

	TRATAMIENTO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	TRATAMIENTO	
18							28
17							27
16							26
15							25
14							24
13							23
12							22
11							21
41							31
42							32
43							33
44							34
45							35
46							36
47							37
48							38

Se: Sellante	Fl: Flúor Tópico	Pr: Profilaxis
Am: Amalgama	Rc: Resina Compuesta	Vi: Vidrio Ionómero
RSL: Restauración superficies Lisas	Rp: Restauración Preventiva	RH: Restauración Hipoplasia
Ti: Técnica Incremental	Ex: Exodoncia	E: Etapa Intermedia
TPDD: Terapia Pulpar Diente Definitivo	Rx: Radiografía	
CBT: Consejería Breve Tabaco	DBT: Desinfección bucal total	

INTERCONSULTAS

Endodencia Rx Periodencia Prótesis Removible Otros

ALTAS (1) EDUCATIVA (2) PREVENTIVA (3) INTEGRAL (4) POR ABANDONO (5) POR CAMBIO PREVISIONAL
 (0) DISCIPLINARIA

FECHA

SEGUIMIENTO

Anexo 6.

Tabla XXIV. Categorías actuales para el uso de drogas en el embarazo.

Permitidas	Categoría FDA	No permitidas	Categoría FDA
ANTIBIÓTICOS Penicilina Amoxicilina Cefalosporinas Clindamicina Eritromicina (exceptuando el estolato) Metronidazol	B B B B B B	ANTIBIÓTICOS Tetraciclina Eritromicina en estolato Quinolonas Claritromicina Cloranfenicol Gentamicina	D B* C C X C
ANALGÉSICOS Acetaminofeno Acetaminofeno con codeína Codeína Hidrocodona Meperidina Morfina Propoxifeno	B C C C B B C	ANALGÉSICOS Aspirina	C
DESPUÉS DEL 1 ^{er} TRIMESTRE POR 24 ó 72 HORAS SOLAMENTE Ibuprofeno Naproxeno	B B		
ANESTÉSICOS LOCALES Lidocaína Mepivacaína Prilocaina Bupivacaína Etidocaína Prilocaina Procaína	B C [‡] B C B B C		

* Aumento en riesgo de hepatitis colestática

‡ Bradicardia fetal

Tabla XXV. Drogas en el periodo de embarazado.

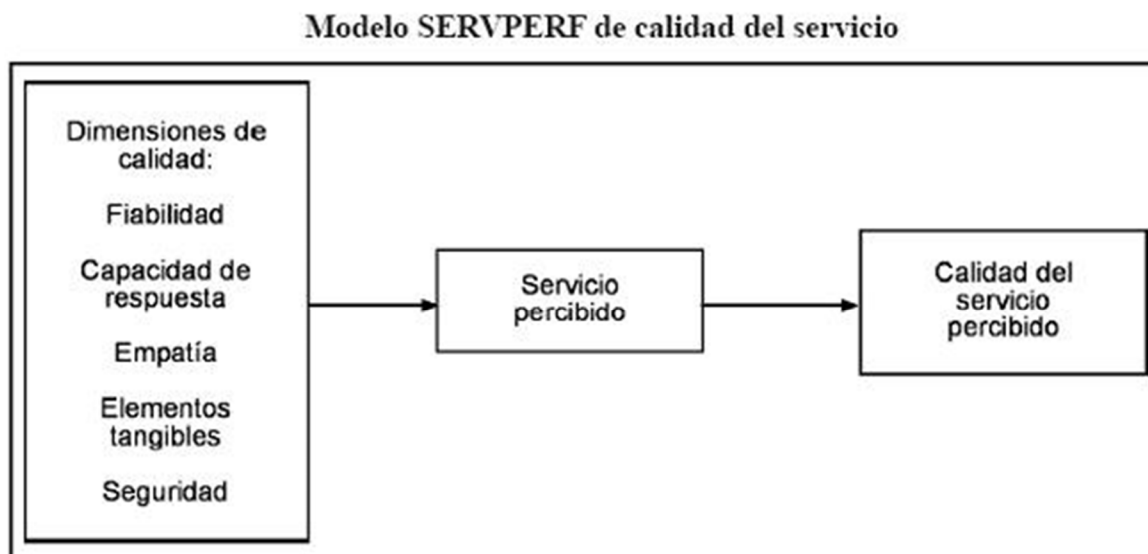
Categoría	Descripción
A	Estudios clínicos adecuados, bien controlados en embarazadas, no han demostrado un aumento en el riesgo de anomalías fetales.
B	Estudios clínicos en animales no han revelado daño al feto, sin embargo, no hay estudios adecuados, bien controlados en gestantes. O, estudios en animales han mostrado un efecto adverso, pero estudios bien controlados en mujeres embarazadas, no han demostrado daño fetal.
C	Estudios en animales han revelado efectos adversos, y no existen estudios adecuados, bien controlados en gestantes. O, no se han realizado estudios en animales, y no existen estudios adecuados en embarazadas.
D	Estudios clínicos bien controlados, u observacionales, en embarazadas, han demostrado riesgo para el feto. Sin embargo, los beneficios de la terapia pueden sobrepasar el riesgo potencial.
X	Estudios clínicos bien controlados, u observacionales, en animales, o en gestantes, han demostrado evidencia positiva de anomalías fetales. El uso de este producto está contraindicado en mujeres que están o pueden estar embarazadas.

Fuente: U.S. Food and Drug Administration. FDA Consumer magazine. May-June 2001¹⁷¹.

Anexo 7.

Modelo SERVPERF

Figura 9. Dimensiones del SERVPERF Original.



Fuente: elaboración propia a partir de Parasuraman et al. (1985 y 1993) y Cronin y Taylor (1992 y 1994).

Anexo 8

Encuesta de satisfacción (SERVPERF Adaptado)

Dimensiones SERVPERF	Percepciones de la paciente	SI	NO
<i>Elementos Tangibles</i>	El espacio de espera es cómodo y agradable.		
	Las instalaciones de administración están limpias.		
	Las zonas de atención son adecuadas.		
	Las zonas de atención están limpias.		
	Los materiales informativos (folletos, formularios, afiches, etc.) son útiles y fáciles de usar.		
Sub Total			
<i>Seguridad</i>	Cuando tiene un problema, el centro de salud muestra un sincero interés en solucionarlo.		
	El personal del centro de salud fue amable con usted.		
	El centro de salud le atendió oportunamente (en el momento que lo necesitó).		
	Le dieron información suficiente sobre su diagnóstico y pasos a seguir para el tratamiento.		
	El centro de salud concluyó su tratamiento de forma completa.		
	El centro de salud le solucionó todos sus problemas de salud bucal.		
	Los profesionales del centro de salud le han transmitido seguridad y confianza con sus explicaciones.		
	La preparación técnica de los profesionales ha sido adecuada para usted.		
	Ha entendido perfectamente las indicaciones que le han dado.		
Sub Total			

<i>Empatía</i>	Localizar el sitio de atención fue fácil para usted.		
	El acceso al centro de salud está bien señalado.		
	La ubicación del centro le parece adecuada para su finalidad.		
	Considera necesario que antes de recibir tratamiento se le hagan preguntas personales.		
	Después de terminado el tratamiento los profesionales le han explicado lo posibles cuidados que debe mantener para su salud oral		
	Se ha sentido cómoda con el lenguaje expresado por los profesionales durante la atención		
	Le han dado atención personalizada y suficiente.		
	Los funcionarios del centro de salud brindan un servicio con prontitud.		
	Los funcionarios le hicieron saber de su beneficio GES.		
	Los funcionarios del centro de salud le comunican cuando concluirá la realización del servicio.		
Sub Total			
<i>Valoración sobre beneficio GES</i>	El Centro de salud le atendió dentro del plazo prometido desde que consultó.(21 días)		
	El servicio de salud cumplió los objetivos que prometió al inicio del tratamiento.		
	Está de acuerdo con lo que se le cobra en el servicio de salud por su tratamiento.		
	Cuando acudió al centro de salud se le confirmó la atención.		
Sub Total			
Total			

Anexo 9.

EXAMEN DE SALUD ORAL

1.-Historia y presencia de caries: Índice COPD.

Cariado = Marque con una C
 Obturado = Marque con una O
 Perdido = Marque con una P

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

	Inicial	Final
C		
O		
P		
Total		

2.-Necesidad de tratamiento periodontal: CPITN

1.7	1.6	1.1	2.6	2.7
4.7	4.6	3.1	3.6	3.7

Valores

Grupo I:
 Grupo II:
 Grupo III:
 Grupo IV:
 Grupo V:
 Grupo VI:

Valor CPITN:

Código	Estado periodontal	Necesidad de tratamiento
0	Sondaje inferior a 3.5 mm, sin cálculo ni sangrado.	No necesita tratamiento
1	Sondaje inferior a 3.5 mm. Sin cálculos ni iatrogenia, pero con sangrado al sondaje	Instrucción de higiene oral
2	Sondaje hasta 3.5 mm, sólo penetra sección clara de la sonda. Signos inflamatorios gingivales, cálculo supra o subgingival, iatrogenia u otro factor retenedor de placa	Instrucción de higiene oral + destartraje + pulido radicular y remoción de factores retenedores de placa
3	Sondaje superior a 3.5 mm pero inferior a 5.5 mm, porción negra de la sonda penetra parcialmente. Signos inflamatorios gingivales, cálculo y/o iatrogenia	Igual que código 2 + examen periodontal completo y radiografías. Posible derivación a especialista
4	Sondaje sobre 5.5 mm, porción negra penetra completamente. Signos inflamatorios gingivales, cálculo y/o iatrogenia	Igual que 2 y 3 + tratamiento periodontal complejo. Derivación a especialista

Para menores de 19 años, evitar 2° molares

3.- Evaluación de la Higiene:

3.1 Encuesta

i) ¿Se le enseñó al paciente algún modo de higienizar su boca en el centro de salud donde fue tratado?

- a) Sí
- b) No

ii) ¿Ocupa seda dental?

- a) Si
- b) No

iii) Si la respuesta anterior fue Si, ¿Qué tipo ocupa?

iv) ¿Ocupa algún enjuague bucal?

- a) Si
- b) No

v) Si la respuesta anterior fue Si, ¿Qué tipo ocupa?

3.2-Índice de higiene oral de O'Leary.

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cantidad de superficies teñidas X 100 =

Total de superficies presentes

4.-Presencia de tratamiento protésico:

Si

No

Anexo 10.

Consentimiento informado

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Prof. Alfredo Cueto Urbina (Docente guía, Jefe de Cátedra Salud Pública, Escuela Odontología, Universidad de Valparaíso).

TITULO DE LA TESIS: "Perfil de salud bucodental y nivel de satisfacción de la embarazada tratada en el programa GES."

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando el estado de salud bucal de las personas de Valparaíso y su nivel de satisfacción. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en ser examinado por un interno de la carrera de odontología, el cual examinará el estado de mis dientes y encías. Estoy de acuerdo además en responder a una encuesta.

Yo entiendo que:

- Los posibles riesgos al ser examinado son poco probables y mínimos.
- No seré sometido a un tratamiento, sólo a un examen clínico.
- Los posibles beneficios de este estudio son una futura posible mejoría en los servicios de salud pública, pero no existe un beneficio inmediato para mí.
- Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser respondido por Felipe Montiel, René Pulgar o Claudio Cárcamo, alumnos de la carrera de odontología de la Universidad de Valparaíso.
- Yo podré retirarme de este estudio cuando yo quiera y sin tener que dar motivos de ello y sin que ello me perjudique en mi calidad de persona o paciente.
- Los resultados de este estudio podrán ser publicados, pero mi información personal no será revelada.
- Doy mi consentimiento de forma voluntaria y sin haber sido forzado u obligado.
- En el caso de resultar dañado físicamente como resultado del estudio la atención y tratamiento serán proporcionados por la institución y los alumnos autores de este estudio.

Declaro que entiendo la necesidad de mi participación y estoy satisfecho/a con la información recibida en relación a este estudio.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de este estudio utilizando mi persona.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente _____

Valparaíso,..... de.....de 20.....