

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO - MICRORED
CONO SUR EN LOS MESES OCTUBRE - DICIEMBRE
DEL AÑO 2013, TACNA**

TESIS

Presentada por:

Bach. Lorgia Verónica Guevara Callire

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO – MICRORED CONO SUR EN LOS MESES
OCTUBRE – DICIEMBRE DEL AÑO 2013, TACNA

TESIS

Presentada por:

BACH. LORGIA VERÓNICA GUEVARA CALLIRE

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

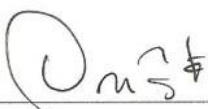
Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado:



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila
Presidente



C.D. Edgardo Berrios Quina
Miembro



Dra. Claudia Arias Lazarte
Miembro

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial, gracias por todo, todo lo que soy es

gracias a Él.

A mi padre por brindarme los recursos necesarios y estar a mi

lado apoyándome y aconsejándome siempre.

A mi madre, por hacer de mí una mejor persona a través de

sus consejos, enseñanza y amor.

A mi hermana por estar siempre presente, brindándome aliento

para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

*A mi Padre Celestial, por haberme iluminado y guiado
siempre.*

*A mi Sra. Madre, que estuvo todos estos años a mi lado,
apoyándome y brindándome mucho amor y comprensión.*

*A mi Sr. Padre, quien siempre me ha apoyado de manera
incondicional.*

*A mi Asesor de Tesis, Dr. Alejandro Aldana Cáceres, por
haberme guiado y asesorado para hacer posible esta tesis.*

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 Objetivo General.....	5
1.3.2 Objetivos Específicos	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	6
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	8
1.7 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1.1 INTERNACIONALES:	10
2.1.2 NACIONALES	11
2.2 BASES TEÓRICAS	17
2.2.2 SALUD	25
2.2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL:	27
2.2.4 EMBARAZO Y SALUD BUCAL	57
2.2.5. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PACIENTE GESTANTE	73

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	88
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	88
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	89
3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	89
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90
3.4.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90

CAPÍTULO IV	93
4.2 DISCUSIÓN	118
CONCLUSIONES	121
RECOMENDACIONES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Operacionalización de las variables de estudio	8
Cuadro 2.	Áreas Curriculares del Plan de Estudios de la EBR	24
Cuadro 3.	Etapas de atención odontológica en el embarazo:	75
Cuadro 4.	Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuesto por la European Community, Committee on Proprietary Medical Products.	79
Cuadro 5.	Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration (FDA).	80
Cuadro 6.	Uso seguro durante el embarazo	80
Cuadro 7.	Consideraciones farmacológicas	82
Cuadro 8.	Efectos nocivos se presentan a partir de 5 a 10 rads.	86
Cuadro 9.	Gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.	93

Cuadro 10.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	95
Cuadro 11.	Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	97
Cuadro 12.	Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	99
Cuadro 13.	Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	101
Cuadro 14.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.	103

- Cuadro 15. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales 105
en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.
- Cuadro 16. Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención 107
odontológica durante la gestación en gestantes, que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción
- Cuadro 17. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en 109
gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.
- Cuadro 18. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en 111
gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos étnicos.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Estructura del Sistema Educativo	20
Figura 2.	Gingivitis asociada con el embarazo	65
Figura 3.	Primer trimestre, Sillón a 165 ^o aproximadamente	76
Figura 4.	Segundo trimestre, Sillón a 150 ^o aproximadamente	77
Figura 5.	Tercer trimestre, Posición semisentada sillón a 135 ^o aproximadamente.	77
Figura 6.	Gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.	94
Figura 7.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	96
Figura 8.	Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	98

Figura 9.	Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	100
Figura 10.	Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.	102
Figura 11.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.	104
Figura 12.	Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.	106
Figura 13.	Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes, que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.	108

- Figura 14. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes 110
que acuden al Centro de Salud de San Francisco en
el período 2013. Según el grado de instrucción.
- Figura 15. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes 113
que acuden al Centro de Salud de San Francisco en
el período 2013. Según el grado de instrucción y
grupos etáreos.
- Figura 16. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes 114
que acuden al Centro de Salud de San Francisco en
el período 2013. Según el grado de instrucción y
grupos etáreos.
- Figura 17. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes 115
que acuden al Centro de Salud de San Francisco en
el período 2013. Según el grado de instrucción y
grupos etáreos.
- Figura 18. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes 116
que acuden al Centro de Salud de San Francisco en
el período 2013. Según el grado de instrucción y
grupos etáreos.

Figura 19. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes 117
que acuden al Centro de Salud de San Francisco en
el período 2013. Según el grado de instrucción y
grupos etáreos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo básico, cuantitativo, descriptivo, transversal y relacional, tiene por objetivo establecer la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en 150 gestantes que acudieron al Centro de Salud San Francisco en los meses octubre – diciembre del año 2013. Para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal se confeccionó un cuestionario de 56 preguntas, el cual fue dividido en nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y medidas en la atención odontológica durante la gestación.

El nivel de conocimiento más frecuente sobre salud bucal fue el medio con un 70,00% y el más bajo fue sobre enfermedades bucales con un 64%. Respecto al grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre salud bucal predominó el nivel técnico superior completo con un conocimiento medio al 89%.

Palabras clave: *Nivel de conocimiento, salud bucal, gestantes, grado de instrucción.*

ABSTRACT

This research work is basic, quantitative, descriptive, transversal and relational, is to establish the relationship between educational attainment and level of knowledge about oral health in 150 pregnant women attending the Health Center in San Francisco months from October to December 2013. To determine the level of oral health knowledge questionnaire of 56 questions, which was divided into level of knowledge about preventive measures, oral diseases and dental care measures during pregnancy was designed.

The most common level of oral health knowledge was the means with 70.00% and the lowest was on oral diseases with 64%. Regarding the level of education and level of oral health knowledge dominated the entire senior technician with average knowledge level to 89%.

Key words: *knowledge level, oral health, pregnant wome, instruction of degree.*

INTRODUCCIÓN

En la vida de una mujer, los mayores cambios fisiológicos y hormonales ocurren durante el embarazo. El embarazo cambia el cuerpo de la mujer en muchas formas y ocasiona ciertos cambios en la cavidad bucal.

El enfoque de curso de vida es considerado clave por la Organización Mundial de la Salud para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Este enfoque incluye acciones durante todos los ciclos de la vida, comenzando con la salud materna (incluyendo la etapa pre-concepcional, prenatal y post natal).

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

La atención odontológica integral de la mujer embarazada es una intervención de alto impacto, considerando que para muchas mujeres, el embarazo es una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud.

El presente trabajo pretende establecer la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco el período de octubre – diciembre del año 2013, por lo que desarrollamos cuatro capítulos que a continuación describiremos.

En el primer capítulo se describe el problema, la formulación del problema, justificación del presente trabajo, objetivos, hipótesis y operacionalización de variables que desarrollamos durante la investigación.

En el segundo capítulo revisamos los antecedentes relacionados al trabajo de investigación y establecemos las bases teóricas que nos ayudaron durante el desarrollo del presente trabajo.

En el tercer capítulo describimos la metodología utilizada durante la investigación.

En el cuarto capítulo analizamos los resultados, realizamos la discusión confrontando el presente trabajo con otros similares, damos nuestras conclusiones y planteamos nuestras recomendaciones a fin de ahondar más con investigaciones relacionadas al tema abordado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de San Francisco, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2013, teniendo como población objetivo a todas las gestantes que acudan a su control prenatal en dicha institución.

Durante mi internado odontológico en dicho Centro de Salud, pude percibir que los criterios de prevención y conciencia odontológica no estaban muy arraigados en las gestantes que acudían a la consulta y/o atención odontológica realizada por mi persona independientemente de la edad y grado de instrucción de la gestante atendida, por lo que me propuse realizar un trabajo de investigación para determinar si el grado de instrucción de la paciente gestante que acude a su control ginecológico tiene relación o no con su nivel de conocimientos sobre salud bucal sin

haber recibido atención odontológica previa y cómo influye este conocimiento en su desarrollo prenatal de la gestante.

Tomando en cuenta que la primera causa de morbilidad en dicho Centro de Salud son las enfermedades de la cavidad bucal con 1861 casos presentados en el año 2012 y considerando a las embarazadas como grupo poblacional en riesgo se observó que existe un desconocimiento total sobre salud bucal en dichas pacientes en los procedimientos que se realiza y la inocuidad de los procedimientos odontológicos lo que impide la búsqueda de atención a sus problemas orales; entonces, es probable que el grado de instrucción no tenga relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden a su control ginecológico, el pronóstico para la mujer gestante sería desfavorable.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco – Microred Cono Sur en los meses octubre – diciembre del año 2013, Tacna?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco – Microred Cono Sur en los meses octubre – diciembre del año 2013, Tacna.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el grado de instrucción de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, en medidas preventivas, enfermedades bucales y medidas en la atención odontológica durante la gestación en las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco.
- Identificar cuál es la relación que existe entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según los grupos étnicos en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, las estrategias preventivas se inclinan en que la actuación del odontólogo debe basarse en utilizar medios y métodos para aumentar la concientización en las embarazadas porque son consideradas como un grupo poblacional de riesgo, siendo por lo tanto muy importantes las acciones de promoción de la salud y prevención.

La investigación realizada es parcialmente original; porque ya existen trabajos al respecto, sin embargo será realizada en una población objetiva, además nos dará a conocer datos importantes y actuales sobre los conocimientos que tienen las gestantes sobre salud bucal, medidas preventivas como cepillado dental, aplicación de flúor, alimentación e higiene. Permitirá evaluar los conocimientos sobre enfermedades orales, se consultaran conceptos de gingivitis, enfermedad periodontal, caries y placa bacteriana. En cuanto a gestación y atención dental se preguntara sobre uso de anestesia, toma de radiografías dentales durante el embarazo y de atención odontológica.

Tiene relevancia social; porque al conocer los resultados de este estudio en las gestantes, nos ayudara a crear estrategias de atención odontológica especializada en esta población específica, las cuales se enfocaran prioritariamente en la educación y prevención.

Es factible de ser realizado; porque responde a un análisis de viabilidad, pues el acceso a las unidades de estudio está garantizada, siendo el costo asumido por el investigador, se cuenta con el tiempo necesario y además no atento contra las normas éticas y morales.

Existe interés personal; por el acercamiento que tendré con las gestantes y el conocimiento que podré brindarles para la prevención en su salud bucal y que se proyecte en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de la enfermedad de la caries, mediante la educación, concientización y apoyo de parte de los profesionales de la salud tanto de nosotros los odontólogos, como los que tienen a su cargo el binomio madre-hijo, tales como médicos, ginecólogos, pediatras, neonatólogos, obstetras, etc; para que sea incluido dentro de los programas de prevención en salud bucal en gestantes, y poder tener una relación más estrecha con ellos.

1.5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Es probable que el grado de instrucción no tenga relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco Microred Cono Sur en el período octubre – diciembre del año 2013.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Cuadro1. Operacionalización de las variables de estudio

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	CATEGORIA
INDEPENDIENTE		Primaria: Completa Incompleta		Con instrucción primaria completa Con instrucción primaria incompleta
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de grado de instrucción	Secundaria: Completa Incompleta		Con instrucción secundaria completa Con instrucción secundaria incompleta
		Superior: Técnica completa Técnica incompleta		Con instrucción técnica completa Con instrucción técnica incompleta
		Universitaria completa Universitaria incompleta		Con instrucción universitaria completa Con instrucción universitaria incompleta
DEPENDIENTE	Conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Bucal	Importancia del cepillado dental	Tabla de Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (0 - 7 puntos) • Medio (8 - 14 puntos) • Alto (15 -21 puntos)
		Importancia del uso del hilo dental		
		Importancia del uso del enjuague bucal		
		Aplicación e ingesta de flúor		
		Dieta durante la gestación		
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	Conocimiento sobre enfermedades bucales	Caries durante la gestación	Tabla de Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (0 -5 puntos) • Medio (6 - 11 puntos) • Alto (12 -16 puntos)
		Gingivitis durante la gestación		
		Periodontitis durante la gestación		
	Conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación	Uso de medicamentos durante la gestación	Tabla de Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (0 - 6 puntos) • Medio (7 - 13 puntos) • Alto (14 - 19 puntos)
		Uso de radiografías dentales durante la gestación		
		Uso de anestesia durante la gestación		
		Trimestre adecuado para la atención odontológica		
COVARIABLE				16 - 20 años
EDAD		Grupo etáreo		21 - 25 años
				26 - 30 años
				31 - 35 años

Fuente: Elaboración propia

1.7 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1.7.1 Grado de instrucción:

- Definición conceptual: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos
- Definición operacional: último año aprobado (sin instrucción, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, superior técnico, universitario, especialidad).

1.7.2 Nivel de conocimientos sobre salud bucal:

- Definición conceptual: Grado o dominio de los esquemas y normas fundamentales que presiden la estructuración de ideas sobre prevención en salud bucal entre las gestantes.
- Definición operacional: Información registrada en un cuestionario sobre medidas preventivas en salud bucal (alto, medio, bajo).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES:

EDWARDS Y ROUNTREE. En Estados Unidos, hace más de treinta años (1967) se realizó una encuesta en 300 gestantes para comprobar el conocimiento, actitudes y conducta que afectaba a su salud bucal y a la de sus hijos. Los resultados mostraron ignorancia sobre Salud Bucal e Higiene bucal, falta de conocimiento acerca de dentición primaria y resignación por parte de la mayoría a la pérdida inevitable de dientes permanentes, lo cual con estudios recientes se ha evaluado, y los cambios no han sido muy significativos.

SHEIN, B (1991). En estados Unidos se realizó un estudio sobre la efectividad de la educación odontológica prenatal, se llegó a la conclusión que debe existir un refuerzo educativo y motivación, si es que se quiere lograr resultados más positivos y recomienda trabajar en conjunto con médicos, odontólogos y especialmente con obstetras y pediatras.

DIAZ RRM. (2001) Estudio realizado en D.F. México, donde las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes. Sin embargo, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario. Se realizaron mil encuestas para conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación. Las conclusiones obtenidas se orientaron a fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y generar apoyos para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención a la salud.

2.1.2 NACIONALES

Díaz Núñez, M. (1996).- En su tesis “Grado de conocimiento de medidas preventivas de salud bucal en gestantes”. Determinó el grado de conocimiento sobre prevención en salud bucal en un grupo de 85 gestantes que acudieron al Hospital Materno Infantil de Canto Grande en Perú. Los resultados muestran que el 30.1% menciona al cepillo como

medida preventiva, el 8.4% a la fluorización y el 1.2% prefirieron evitar dulces en la dieta. El resto (60.2%) no conocía ningún tipo de medida preventiva. El grado de instrucción que prevaleció fue el 12 de secundaria incompleta con el 48% presentando un grado de conocimiento de nulo en 60% en el análisis se encuentra que el grado de conocimiento por parte de las gestantes es nulo en su mayor parte en el 60% y bajo en el grupo restante con el 40%.

Arias Arce, C. (2000).- En su tesis “Nivel de conocimiento sobre prevención de la salud oral en gestantes”. Evaluó el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud oral en un grupo de 263 gestantes que acudieron a 3 centros de salud de Lima, confecciono un cuestionario de 10 preguntas respecto a visitas al dentista, salud bucal, condición de embarazo y aplicación de flúor, usando una escala de calificación con los niveles de nulo (0-2 rpta), bajo (3-5rpta), mediano (6-7rpta) y alto (8-9rpta). Encontró que el nivel de conocimiento más frecuente, fue el mediano con un 87.1% además que existe una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento, prevaleciendo el grado secundaria completa.

Rodríguez, C (2002).- Evaluó el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en un grupo de 75 primigestas del HNDAC –Perú confecciono un cuestionario de 22 preguntas sobre medidas preventivas,

enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7-13puntos) y bueno (14-22 puntos). Se encontró que el nivel de 14 conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% y el promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental, prevalecía el grado de instrucción secundaria y el grupo etáreo menor de 20 años no se encontraron diferencia significativa entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. Se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento.

VELÁSQUEZ HUAMAN. (1995). Este estudio tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al llamado IPSS, para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas referentes a la higiene dental del niño y se utilizó un escala de calificación con los niveles bajo (0-3 rsptas) moderado (4-6) y alto (7-10). Se estableció la relación del nivel de conocimientos con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y número de embarazos. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado con un 60,6% de las madres. También se pudo establecer que dentro de este grupo de gestantes prevalecía el grado de

instrucción de secundaria completa. Así mismo se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y grado de instrucción.

Enriquez Valverde R. (Chimbote 2012). Realizó una investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en multigestas que acuden a los servicios de Gineco-Obstetricia del hospital III Essalud del distrito de Chimbote, provincia del Santa, Dpto. de Ancash-noviembre del 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha Institución en sesenta multigestas. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento en atención odontológica en gestantes así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción.

Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 73,3% mostró un nivel regular, el 20,0 % tuvo un nivel malo y 6,7 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 45,0% tuvo un nivel regular, el 46,7% un nivel bueno y 8,3% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 46,7% tuvo un nivel malo, el

48,3% un nivel regular, y 5,0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 31,7% tuvo un nivel regular, el 46,7% un nivel malo, mientras que el 21,7% un nivel bueno. El rango de edad más frecuente fue el de 35 a 39 años con un 20%, con un nivel de conocimiento regular. El grado de instrucción más frecuente fue el superior con un 48,3%, el cual mostró un nivel de conocimiento regular.

Luján Zarzosa R. (Trujillo 2012). Realizó un trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en multigestas menores de treinta años que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital de Especialidades Básicas La Noria, Trujillo, La Libertad 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha institución.

El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento en atención odontológica en gestantes; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción.

Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en salud bucal el 50,0% mostró un nivel regular, el 42,3% tuvo un nivel malo y 7,7% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 73,1% tuvo un nivel regular, el 23,1% un nivel bueno y 3,8% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 65,4% tuvo un nivel malo, el 23,1% un nivel regular, y 11,5% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 57,7% tuvo un nivel regular, el 26,9% un nivel malo, mientras que el 15,4% un nivel bueno. El rango de edad más frecuente fue el de 25 a 29 años con un 53,8%, y el grado de instrucción más frecuente fue el secundario completo con un 61,5% de conocimiento medio.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 NIVEL O GRADO DE INSTRUCCIÓN

Se le llama instrucción a un conjunto de enseñanzas o datos impartidos a una persona o entidad. Cuando la instrucción se corresponde con un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada. En cualquier caso, para que existe instrucción deben existir dos partes, de las cuales una será la instructora (es decir, la que posee conocimiento a transmitir) y la otra será la instruida (la que recibe la enseñanza).

Sin embargo la educación va acompañada de la instrucción. La educación es la que fiscaliza a la instrucción; pero la instrucción enriquece a la educación. La educación prepara a la persona para desarrollarse en la sociedad, la instrucción prepara para ser desarrollado en los momentos que se requiere como por ejemplo la profesión.

El nivel o grado de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. ¹⁰

Es el nivel académico de los conocimientos, habilidades y destrezas, en una escala que indica la amplitud y profundidad de los mismos.

Se distinguen los siguientes niveles:

- *Primarios y menos.* Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Educación Primaria, estudios primarios como la EGB, la Enseñanza Primaria y estudios similares.
- *Secundarios.* Estudios de Bachillerato Elemental y equivalente, de Educación Secundaria Obligatoria, de Bachiller Superior o BUP, de Bachillerato LOGSE, Acceso a la Universidad y similares. Enseñanza secundaria incompleta, técnica media (8 a 9 años de estudio). Por ejemplo, individuos con cursos técnicos, industriales o comerciales, militares de bajo rango o sin títulos académicos.
- *Medios-Superiores.* Enseñanza media o secundaria completa, técnica superior completa (10 a 11 años de estudio). Por ejemplo,

estudios de Ingenieros Técnicos y Peritos, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel.

- *Superiores*. Enseñanza universitaria o su equivalente (12 o más años de estudio). Por ejemplo, catedráticos y asistentes, doctores o licenciados, títulos universitarios o de escuelas superiores o especiales, diplomados, economistas, notarios, jueces, magistrados, agentes del Ministerio Público, militares da Academia.

Los que se usan habitualmente son:

- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior técnica completa
- Superior técnica incompleta
- Universitario completo
- Universitario incompleta
- Posgrado

Pero el INEI sólo usa:

- Sin nivel
- Preescolar
- Primaria
- Secundaria
- Superior

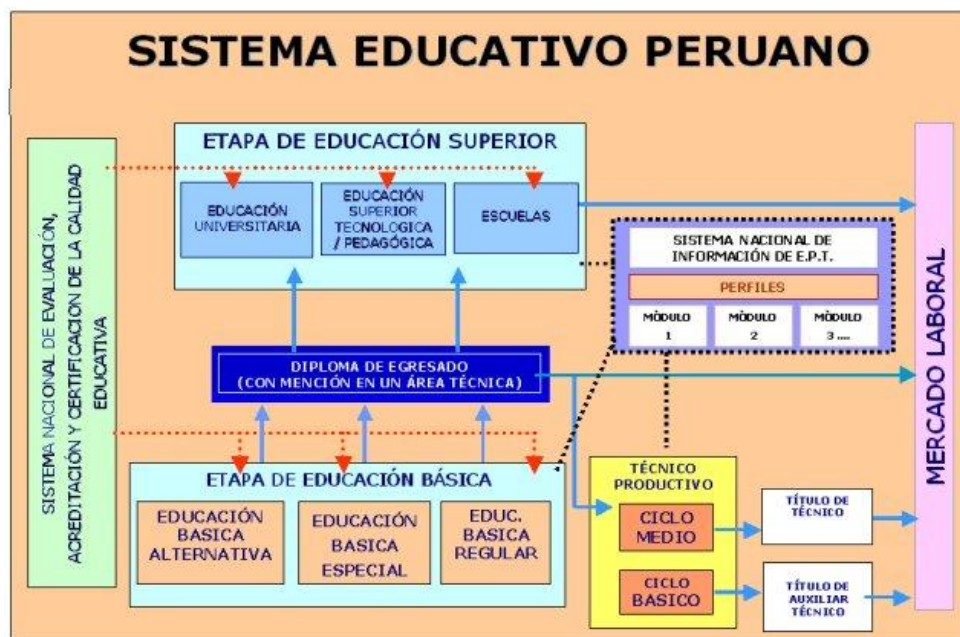


Figura 1. Estructura del Sistema Educativo

Fuente: www.google.com.pe/search?q=sistema+educativo+peruano

La Educación Básica se organiza en Educación Básica Regular (EBR), Educación Básica Especial (EBE) y Educación Básica Alternativa (EBA).

La Educación Básica Regular:

Es la modalidad que abarca los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria; está dirigida a los niños y adolescentes que pasan oportunamente por el proceso educativo.¹¹

Son períodos graduales y articulados del proceso educativo:

a. Nivel de educación inicial

La Educación Inicial atiende a niños y niñas menores de 6 años y se desarrolla en forma escolarizada y no escolarizada.

Promueve prácticas de crianza con participación de la familia y de la comunidad, contribuye al desarrollo integral de los niños, teniendo en cuenta su crecimiento social, afectivo y cognitivo, la expresión oral y artística, la psicomotricidad y el respeto de sus derechos. El Estado asume el compromiso y responsabilidad de atender sus necesidades de salud y nutrición a través de una acción intersectorial.

La Educación Inicial se articula con la Educación Primaria asegurando coherencia pedagógica y curricular.

Según la Constitución de 1993, es obligatorio un año de educación inicial, para la población de 5 años de edad.

b. Nivel de educación Primaria

La Educación Primaria constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y dura seis años. Al igual que los otros niveles, su finalidad es educar integralmente a niños y niñas.

Promueve la comunicación en todas las áreas, el manejo operacional del conocimiento, el desarrollo personal, espiritual, físico, afectivo, social, vocacional y artístico, el pensamiento lógico, la creatividad, la adquisición de habilidades necesarias para el despliegue de potencialidades del estudiante, así como la comprensión de hechos cercanos a su ambiente natural y social.

c. Nivel de educación secundaria

La Educación Secundaria constituye el tercer nivel de la Educación Básica Regular y dura cinco años. Ofrece una educación integral a los estudiantes mediante una formación científica, humanista y técnica. Afianza su identidad personal y social. Profundiza los aprendizajes logrados en el nivel de Educación Primaria. Está orientada al desarrollo de capacidades que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio. Tiene en

cuenta las características, necesidades y derechos de los púberes y adolescentes. Consolida la formación para el mundo del trabajo que es parte de la formación básica de todos los estudiantes, y se desarrolla en la propia Institución Educativa o, por convenio, en instituciones de formación técnico-productiva, en empresas y en otros espacios educativos que permitan desarrollar aprendizajes laborales polivalentes y específicos vinculados al desarrollo de cada localidad.

Según la Constitución de 1993, también la enseñanza secundaria es obligatoria.

Estructura Curricular Básica (ECB) de primaria y del Diseño Curricular Nacional Básico de Educación, en las cuales se han formulado las siguientes áreas curriculares:

Cuadro 2. Áreas Curriculares del Plan de Estudios de la EBR

AREAS CURRICULARES DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA EBR			
Educación Inicial		Educación Primaria	Educación Secundaria
0 -2 años	3 – 5 años		
Relación Consigo Mismo (Psicomotriz)	Lógico Matemática	Lógico Matemática	Matemática
Comunicación Integral	Comunicación Integral	Comunicación Integral	Comunicación
Relación con el medio natural y social	Personal Social (educación física)	Educación Por el Arte	Educación Por el Arte
	Ciencia y Ambiente	Personal Social	Idioma extranjero /originario
		Educación Física	Ciencias Sociales
		Educación Religiosa	Persona, Familia y Relaciones Humanas
		Ciencia y Ambiente	Educación Física
			Educación Religiosa
			Educación Para el trabajo
			Ciencia, Tecnología y Ambiente

Fuente: www.google.com.pe/ =Áreas+CurricularesdelPlandeEstudios

d. Nivel de educación superior

La educación superior se imparte en escuelas e institutos superiores, centros superiores de post-grado y universidades. Los institutos ofrecen programas de formación de maestros y una variedad de opciones de formación técnica en carreras que tienen una duración no menor de cuatro ni mayor de diez semestres académicos. Los institutos y escuelas

superiores otorgan títulos de profesional, técnico y experto, y también los de segunda y ulterior especialización profesional. Las universidades otorgan títulos de bachiller, maestro y doctor, así como certificados y títulos profesionales, incluso los de segunda y ulterior especialización.

2.2.2 SALUD

La Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (1981), como el estado de equilibrio físico, mental y social, no consiste sólo en la ausencia de enfermedad, representa o resume la condición integral del hombre frente a su ambiente, es decir en su condición biológica, física, psicosocial, cultural y económica.

2.2.2.1 SALUD BUCAL

La Salud Bucal, específicamente fue considerada desde la Reunión del Grupo de Trabajo OPS/OMS San José, Costa Rica (1984) como componente de la Atención Primaria de Salud, comprobándose que se requería implementar una serie de estrategias para el desarrollo de la salud oral, ya que no existía una caracterización precisa del concepto de salud oral, así como sus componentes metodológicos y su alcance en los Programas de Salud; por lo que se enumeraron las actividades que permitirían sustentar y planificar la atención primaria de salud oral y los

aspectos fundamentales que abarcarían la educación, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La Salud Bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización.

La Salud Bucal de la población se caracterizaba por la prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas.

En el Perú, al igual que en otros lugares de América Latina, la salud bucal y en particular la de gestantes, continúa siendo un ámbito escasamente abordado en las investigaciones, como afirma Velásquez, Z. (1995): “el adecuado conocimiento de las madres gestantes sobre las medidas preventivas de las enfermedades bucales es un tema que ha sido poco estudiado en nuestro país y en otros lugares”. Tampoco se ha estudiado aspectos relevantes como los periodos más apropiados para atender a la mujer gestante, encontrándose hallazgos que es en el II

trimestre de la gestación el más apropiado para la atención odontológica programada de las gestantes.

En relación a la práctica, es decir en el campo de las prestaciones asistenciales y preventivo – promocionales observamos como afirma De Paola que “la mayoría de los programas médicos prenatales privados y comunitarios simplemente mencionan la necesidad de hacerse controlar periódicamente por el odontólogo, por lo tanto el consejo médico prenatal suele consistir sólo en una recomendación a la madre para que vea al odontólogo durante el embarazo. Lamentablemente hay poca instrucción y preparación orientada odontológicamente”.

2.2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL:

2.2.3.1 HIGIENE ORAL

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de

manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida.

PLACA MICROBIANA

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias.⁷ El malestar general que padecen la mayoría de las mujeres en esta época, trae consigo un inadecuado comportamiento con relación a la higiene bucal, que con el cambio de hábitos alimentarios, con una mayor ingestión de alimentos azucarados en intervalos menores de tiempo atentan contra la salud bucal de las gestante.

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquellas.

En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De

persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries. Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial.

Detección de la placa

La placa bacteriana varía en su composición dependiendo de factores como el lugar en que se forma, la alimentación de la persona y su edad. Inicialmente invisible, ante la falta de higiene se espesa, haciéndose aparente por acúmulo de restos alimenticios y poniéndose de manifiesto con el empleo de colorante como la eritrosina, la fucsina básica, verde malaquita, mercurocromo, fluoresceína sódica y otros, que en forma de tabletas o gotas se introducen en la boca y con movimientos linguales, van impregnando los lugares en que la placa se asienta.

Remoción de la placa

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo.

A.- CEPILLO DENTAL

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental.

En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias.¹⁹

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales.

Los cepillos de dientes se encuentran disponibles en el mercado en diferentes tamaños, formas y texturas de cerdas. La mayoría de los dentistas recomiendan utilizar cepillos de cerdas suaves para evitar el daño a la capa de esmalte dental o la irritación de las encías que unas cerdas más duras podrían provocar.

Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:

- 1.- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- 2.- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- 3.-Estimular los tejidos gingivales.
- 4.-Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

TÉCNICAS DE CEPILLADO

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.

a. Técnica de Shaters

El cepillo con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales.

Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales.

Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda.

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores.

La técnica de Shatters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando esta desapareciendo el tejido Interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.

b. Técnica de Stillman

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

c. Técnica de Bass

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por el área.

El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de las premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores.

Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.

d. Técnica de Bass modificado

Es la considerada la más eficiente en odontología.

La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía .cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.

Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

B.- HILO DENTAL

La seda dental permite eliminar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles para el cepillo, por lo tanto, se debe emplear el hilo dental como parte de la práctica normal en la higiene bucal.

La utilización del hilo dental demanda considerable uso antes de dominarse, por ende, es necesario que el estomatólogo supervise de manera periódica el procedimiento, pues un empleo inadecuado causa más daño que beneficio.

La fabricación del hilo dental o nylon es altamente especializada y requiere de experiencia en la técnica textil. Las especificaciones de que sea preferentemente tejido se mantienen hasta hoy. Las propiedades químicas del nylon (uniformidad, resistencia a la tensión y a la abrasión y elasticidad), así como su bajo costo, hacen que la fibra de nylon sea de elección para el hilo dental.

El hilo dental puede variar su espesor entre 4 y 18 terminaciones. A medida que las terminaciones (fibras formadas por filamentos) disminuyen, aumenta el riesgo de que el hilo se deshilache y por el contrario, si aumentan, esta posibilidad disminuye. En ocasiones se realiza el encerado del hilo para reducir el riesgo de que se deshilache.

Los sostenedores de hilo son menos efectivos que la manipulación digital de la seda dental pero son útiles cuando existen dificultades manuales y están particularmente indicados en los pónicos de los puentes y en las prótesis.

En un estudio realizado por Wright en 1977 se mostró el efecto del empleo del hilo dental sobre la caries dental, en el cual se evidencio una disminución en la incidencia del padecimiento en las superficies proximales de los molares primarios, limpiados con el hilo diariamente durante 20 meses por asistentes de investigación. Por lo que puede concluir afirmando que el uso correcto del hilo o seda dental constituye un método muy eficaz para la prevención de las caries y de las enfermedades periodontales, principales problemas de salud bucal de nuestra sociedad.

Modo de empleo. Se coge aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cms. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados.

USO DE HILO DENTAL

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.

- Permite eliminar los restos de alimentos que se adhieren a los dientes y encías entre los dientes.
- Pulir la superficie del diente.
- Controlar el mal aliento.

Se debe realizar la limpieza con hilo dental por lo menos una vez al día durante dos o tres minutos para que ésta sea más efectiva.

HILO DENTAL FLUORADO

Sus características radican no solamente en el efecto mecánico de eliminar la placa en los espacios interproximales reduciendo el riesgo de caries, sino también ayuda al proceso de remineralización de esa área específica. Algunas sedas dentales llevan incorporado 0,165 mg de fluoruro sódico para cada 50mts de seda, de manera que la cantidad de fluoruro liberado suele estar alrededor de 1000 ppm.

C. FLUORUROS

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro.

El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.

a. Mecanismos de acción

1.- Acción sistémica: durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.

2.- Acción tópica: el efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un

efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización.

b. Vehículos de administración de flúor:

Fluorización de aguas: La fluorización del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries.

Por otra parte el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.

Villena, R. en 1988 realizó un estudio con el propósito de conocer la concentración natural de fluoruros en las aguas de

consumo de Lima Metropolitana y Callao, con lo que se reveló que esta concentración oscilaba entre 0,11 a 0,33 ppm, considerándolo un valor bajo para una acción preventiva contra la caries dental (aproximadamente la quinta parte del valor ideal).

c. Indicaciones

No debemos de olvidar que el flúor tiene una acción preventiva sobre toda la población y que existen una serie de circunstancias y grupos de población además de los escolares, en que los colutorios fluorados están especialmente indicados. Todos ellos son de riesgo de caries.

- Personas con disminución del flujo salivar.
- Pacientes portadores de aparatología ortodóncica fija, pacientes bloqueados intermaxilarmente, o en aquellos portadores de grandes rehabilitaciones de prótesis fija.
- Pacientes incapacitados de realizar una buena higiene oral.
- Pacientes con gran retracción gingival y alto riesgo de caries radicular.
- En general en pacientes con gran susceptibilidad a la caries.

d. Vías de administración

El flúor puede llegar a la estructura dentaria a través de dos vías:

- **Vía Sistémica:** En la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes. El máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo preeruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de postmineralización. La administración por vía sistémica de fluoruros se produce por la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes.
- **Vía Tópica:** Supone la aplicación directa del fluoruro sobre la superficie dentaria, por lo que su uso es post eruptivo, pudiendo iniciarse a los 6 meses de edad y continuarse durante toda la vida. Lógicamente su máxima utilidad se centraría en los periodos de mayor susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos con elevada actividad de caries.

La primera técnica de fluoruro tópico que demostró eficacia implicó el uso de una solución neutra de fluoruro de sodio al 2%.

MÉTODOS DE APLICACIÓN

VÍA SISTÉMICA:

1.-Fluorización de la aguas de consumo público: Es la medida más eficaz de todos los métodos conocidos para la prevención de la caries. La fluorización es el proceso de añadir un elemento de aparición natural, el flúor, al agua de consumo con el propósito de reducir la caries dental. Los compuestos usados son el fluoruro sódico, fluoruro de sodio y el ácido hexafluorsilícico. La dosis adecuada oscila entre 0,1-0,2 partes por millón, siendo variable en función de las condiciones climatológicas.

Según Pinkham, la fluorización del agua es la base de todo programa de prevención de la caries, no solo por su eficiencia, sino también por su mejor razón costo/eficacia.

2.-Fluorización de las aguas en las escuelas: En este caso el agua debe estar fluorada a un nivel de varias veces superior al que sería recomendable para esa área, ya que los niños beberían esta agua durante un reducido número de horas del día. Ahora si la institución alberga niños menores de 6 años se debe asegurar que estos no reciban flúor por ninguna otra vía, ante el riesgo de estar aportando dosis excesiva.

3.-Aguas de mesa con flúor: El agua embotellada constituye otra fórmula de aporte de flúor, siendo muy variable la dosis en función de la fuente natural.

4.-Suplementos de los alimentos con flúor: Otra alternativa es incorporar el flúor en determinados alimentos tal como, la sal, la leche, la harina o los cereales.

Su dosificación oscila entre los 200-250 mg. En los años setenta se consideraba que no existían suficientes pruebas ni la cantidad exacta de flúor que debe incorporarse en la leche, sal y pan.

5.-Suplementos dietéticos fluorados: Existen otras vías de administrar flúor por vía sistémica, como son las gotas, tabletas y preparaciones vitamínicas que pueden constituir una alternativa o complementación a la ingestión de flúor a través del agua, pudiéndose utilizar de forma individual o comunal en las escuelas. Los suplementos dietéticos de flúor pueden prescribirse desde el nacimiento a los 13 años a los niños que vivan en áreas en las que el agua contenga 0,7ppm de flúor o menos. El gran inconveniente de estos métodos es que requieren un alto grado de falta de motivación para que el suministro se realice de forma continuada y correcta durante años.

VÍA TÓPICA

El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no solo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.

Flúor tópico de aplicación profesional: se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo-eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

Soluciones fluoradas

Geles: en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que por ser acidulado, permite una rápida y profunda captación del ión flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 o 6 meses.

Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil.

Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo.

Flúor de autoaplicación:

Los programas de autoaplicación son mucho más económicos que los métodos de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja añadida de crear un hábito en el paciente. El flúor

mediante este método se puede aplicar en forma de: dentífricos, colutorios, geles, seda dental y chicles.

Dentífricos fluorados: el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F EN 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva. Las ventajas son su efectividad (entre 20- 30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.

Colutorios: son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.

Pasta profiláctica

Se incorporan varios fluoruros en las pastas para profilaxis, fluoruro de sodio, estañoso, APF, monofluorofosfato de sodio y hexafluorozirconato estañoso. No hay contraindicaciones para usar la pasta con fluoruro a fin de aplicar en los dientes antes aplicar una solución, gel o barniz.

Chicles con flúor

El chicle estimula mediante la masticación el sistema tampón saliva y contribuye a mantener un cierto nivel de flúor en la saliva y en contacto con el esmalte.

e. Administración de flúor prenatal

Con frecuencia se ha cuestionado los beneficios de la administración de flúor prenatal para la prevención de caries en dientes temporales. No existen dudas de que el flúor pasa la placenta y de que el feto es capaz de absorberlo, pero la eficacia verdadera de que estos suplementos a través de la madre, ya sea mediante el agua fluorada o mediante tabletas, pueda influir en la no aparición de caries es controvertido. Los diferentes estudios no se ponen de acuerdo sobre si existe una evidencia clara que apoye su utilización.

Little J.W. en 1986 en un estudio efectuado en EUA se administró a 492 mujeres una dosis de 2,2 mg. de fluoruro de calcio diaria, en combinación con agua fluorada, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se observó que los hijos quedaron libres de caries por un período de 10 años. Además de la eliminación de la caries, también se redujo el porcentaje de prematuridad, y se apreció un ligero incremento del peso y la talla al nacer. No se observó ninguna evidencia de alteraciones médicas o dentales (incluyendo fluorosis) en ninguno de los niños.

Leverett y col. en 1997 analizaron el efecto del flúor prenatal sobre la incidencia de caries en dientes temporales, así como en la aparición de fluorosis. Se administró 1 mg. de flúor diario a un grupo de mujeres embarazadas durante los últimos 6 meses de gestación mediante tabletas, mientras que el grupo control recibió un placebo. Los dos grupos fueron aconsejados de recibir suplementos de flúor en la dieta postnatal. Se analizó la incidencia de caries a los 3 y 5 años, así como la existencia o no de fluorosis a los 5 años. Los niveles de caries eran muy bajos en los dos grupos (91 % de niños libres en el primer grupo y 92 % en el grupo control). Se observó fluorosis leve en un porcentaje muy bajo de sujetos. Estos resultados no confirman la hipótesis de que el flúor prenatal tiene un fuerte efecto preventivo de las caries. Tampoco se

demuestra una fuerte relación entre la aparición de fluorosis y la administración de flúor prenatal. Hemos de tener en cuenta de que, por motivos éticos, se animó a los dos grupos para que tomaran flúor postnatal. Esto pudo contribuir a la disminución de los niveles de caries en los dos grupos.

Aunque durante la vida fetal se forma una parte mínima de esmalte, es posible que el flúor prenatal penetre en los huesos del feto y sea capaz, en concentraciones suficientes, de tener algún efecto en el desarrollo del esmalte.

D. ENJUAGUE BUCAL

El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la

cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia. Existen también enjuagues sin alcohol los cuales se usan en casos de ortodoncia.

Enjuague bucal y el embarazo

El enjuague bucal puede ser la solución para las mujeres embarazadas que tienen gingivitis, y por tanto esto hace que presenten un mayor riesgo de tener un bebé prematuro. Esto lo ha podido demostrar un estudio por especialistas con fondos de Procter & Gamble que se ha realizado a 71 embarazadas enjuagando la boca dos veces al día durante 30 segundos.

Las mujeres con gingivitis son más propensas a tener un parto prematuro, aunque se desconoce en realidad si es algo causal o habría algún factor que podría influir en ello. Sin embargo, este estudio ha demostrado que usar enjuague bucal sin alcohol durante el embarazo podría reducir en un alto porcentaje del 75% el riesgo de parto prematuro.

E. DIETA

Los hidratos de carbono de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (*Streptococcus mutans*)

formando una matriz pegajosa que facilita la adhesión de los microorganismos a la superficie del diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del diente.

Los carbohidratos asociados con la presencia de caries son:

- Lactosa: Disacárido de glucosa y galactosa.
- • Sacarosa: O el azúcar común, es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa considerado como el más cariogénico de la dieta humana, siendo un producto fácil de metabolizar para los microorganismos. El nivel de colonización del *Streptococcus mutans* está altamente relacionado con los niveles altos de sacarosa.
- Fructosa: O denominada también azúcar natural de las frutas. Es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte, se ingesta al consumir frutas.

La sacarosa, lactosa y otros disacáridos poseen bajo peso molecular, en consecuencia son solubles en saliva, propiedad que les permite fácil difusión dentro de la placa, por lo tanto biodisponibles para ser metabolizados a productos finales, como el ácido láctico, por los microorganismos acidúricos presentes en la cavidad oral del niño. Es

importante recordar que la caída del pH a un nivel crítico es inmediata después de la ingesta de sacarosa, pero esta misma puede tomar horas después de la ingesta de almidones, pero esto no quiere decir que los almidones no sean tan cariogénicos, puesto que la amilasa que se encuentra en la saliva es capaz de desdoblar el almidón en glucosa.

Hay excelentes estudios en los que se afirma que existe una relación entre la dieta y la caries dental. Existe también evidencias de que el comer entre comidas y la frecuencia con que se come están en relacionados con la incidencia de la caries dental.

a. Nutrición Durante el Embarazo.

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial de una criatura en el vientre de su madre. Durante el embarazo, hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el feto en desarrollo. En sentido nutricional, estos cambios están asociados con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La madre embarazada tiene una mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre de la madre. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes

y el oxígeno de la madre al feto a la vez que elimina el dióxido de carbono y otros desechos del feto, retornándolos a la sangre materna para su excreción.

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales. Se debe tener en cuenta que se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces, en este periodo, que, junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries ya que durante el embarazo tienen deseos de comer entre comidas y generalmente alimentos dulces, ricos en azúcares. Cada vez que se ingieren dulces, los ácidos que se generan por la ingestión de los mismos, atacan durante 30 minutos la superficie del esmalte. Por esto, si sienten deseos de comer entre comidas, es preferible que sea algo salado y de todas maneras, cepillarse después de haber comido. La dieta es también importante para el desarrollo de la dentición durante la etapa fetal porque influye en la composición química en el momento de la erupción, en las maloclusiones y en la susceptibilidad de caries del niño.

El estado nutricional de la mujer embarazada influye en la salud del recién nacido y en su posterior desarrollo. Un desequilibrio nutricional de la madre como deficiencia o exceso de un nutriente durante el periodo de

amelogénesis o dentinogénesis, conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad a la caries dental.

Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Asimismo la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.

Minerales como el calcio y fósforo constituyen tejidos duros como los huesos y dientes en un porcentaje aproximado de 99% y 80% respectivamente y adicionalmente proporcionan a dichos tejidos, fuerza y rigidez.

Una deficiente estructura dentaria que se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo de calcio y fósforo durante el periodo de formación de los dientes puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos de dentina.

Los dientes deciduos empiezan a calcificarse en el feto aproximadamente a las 20 semanas. Es de suma importancia que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de su erupción, que comienzan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina. Dependerá mucho de las cualidades nutricionales de la dieta de la madre para que influya en el proceso de maduración del esmalte, al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.

Muchos estudios se han realizado, con respecto a este tema, así tenemos a Larios Olaechea, que en 1996 en su tesis evaluó la asociación entre la dieta de la madre durante el embarazo y la prevalencia de caries dental del infante. El estudio fue de tipo transversal, descriptivo y observacional. La muestra se consiguió de 248 infantes entre las edades de 6 a 42 meses de edad, que acudieron a los servicios de pediatría de dos policlínicos limeños, en donde no encontró una diferencia significativamente estadística entre la caries dental del infante y la dieta de la madre durante el embarazo. Asimismo no hubo asociación entre la cantidad de consumo de proteínas, vitamina A y minerales como el calcio y fósforo consumida por la madre durante el embarazo y la caries dental del infante. Este estudio recomienda a los centros hospitalarios desarrollen programas de salud dirigidas a las madres durante el

embarazo, de este modo se podrían mejorar las condiciones de salud bucal en las madres como en sus hijos y de esta forma se reduciría los niveles de caries dental en la población infantil.

Sin embargo Bello, A. en 1997 realizó una investigación de los efectos de una nutrición deficiente en niños, en el periodo prenatal. En un estudio realizado en 200 niños en el Hospital Ginecobstétrico Docente de la ciudad de Santa Clara (Cuba) se separaron en dos grupos de 100 niños, uno con malnutridos fetales, el otro con niños de crecimiento normal. La malnutrición repercute especialmente en el desarrollo de los niños, produciendo trastornos como parálisis cerebral, retraso mental, alteraciones en el crecimiento, defectos en el desarrollo de hueso, tejido periodontal, dientes, etc. La hipoplasia del esmalte fue más frecuente en niños con malnutrición fetal y predominaron los dientes cariados, obturados y extraídos en el grupo estudio con respecto al control en ambas denticiones. Así se determinó el importante papel de la malnutrición fetal en la producción de hipoplasias del esmalte y la prevalencia de caries dentales, cuando la nutrición en el período fetal es deficiente.

2.2.4 EMBARAZO Y SALUD BUCAL

2.2.4.1 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados del diente provocada por ácidos que resultan de la acción de los microorganismos sobre los hidratos de carbono, se caracteriza por la descalcificación de la sustancia inorgánica, que va acompañada o seguida por la destrucción de la sustancia orgánica. Se localiza preferentemente en ciertas zonas y su tipo depende de los caracteres morfológicos.

Los estreptococos mutans, se relacionan con la película cariogénica. Antes de la formación de la caries dental tiene lugar un aumento significativo de estreptococos mutans en la saliva. La acción de sustancias antisépticas como la clorhexidina determina que el nivel de estreptococos mutans decrezca y también hacen disminuir el número de caries.

Los lactobacilos se consideran invasores secundarios, son grandes productores de ácido láctico y se encuentran entre las bacterias más acidófilas que se conocen. Son capaces de producir ácidos en un pH muy bajo (acidúricos). No obstante, esta es una característica cariogénica, los

lactobacilos tienen poca afinidad por las superficies dentarias y en consecuencia no se les implica en el comienzo de la caries de esmalte; sin embargo, son los primeros implicados en el avance de la caries de la dentina. Actúan como invasores secundarios que aprovechan las condiciones ácidas y retentividad existente en la lesión cariosa. Dependen de la acción previa de los estreptococos del grupo mutans. La detección de una alta concentración de lactobacilos en la saliva (100.000/ml.) funcionaria como un excelente indicador del riesgo de progresión de las caries iniciales existentes.

El factor sustrato: La interacción entre la dieta y la caries constituye un aspecto de importancia trascendental porque los alimentos son la fuente de los nutrientes requeridos para el metabolismo de los microorganismos. La caries es una enfermedad infecciosa especial ya que las bacterias dependen de un sustrato externo (azúcares de la dieta). Se debe agregar que la biopelícula expuesta a azúcares produce un descenso del pH que es necesario para la descalcificación del esmalte (curva de Stephan). Es probable que para mantener un grado de descalcificación permanente del esmalte se requiera un descenso sostenido del pH; esta situación puede lograrse fácilmente con un consumo frecuente de sacarosa o con alimentos dulces. Existen varios factores que influyen en la cariogenicidad de los hidratos de carbono que fueron establecidos en el estudio de

Vipelhom,(38) cuyas conclusiones se enumeran a continuación: la actividad cariogénica se ve aumentada por el consumo de sacarosa; los azúcares retenidos sobre las superficies dentarias son mas cariogénicos que los ingeridos de inmediato (líquidos); el tiempo de permanencia de los azúcares en la cavidad bucal es proporcional al desarrollo de nuevas caries; la frecuencia y la forma del consumo de azúcares son más importantes que la cantidad consumida, las caries dentales disminuyen cuando los alimentos ricos en azúcares son eliminados de la dieta. Los mecanismos por medio de los cuales los hidratos de carbono de la dieta contribuyen al proceso carioso han sido enunciados por Katz.

Los hidratos de carbono ingeridos son transformados por las bacterias en polisacáridos extracelulares adhesivos y esto conduce a la adhesión de colonias bacterianas entre sí y a la superficie dental. Las bacterias de la biopelícula utilizan los hidratos de carbono como fuente de energía. Por el proceso metabólico se forman ácidos que disuelven los minerales del diente. Los hidratos de carbono pueden convertirse en polisacáridos similares a los de la amilopectina, que podrán ser usados como fuente de energía durante el tiempo que no hayan hidratos de carbono exógenos disponibles y así incrementar el período durante el cual los microorganismos produzcan ácidos. Se requiere la presencia de bacterias cariogénicas capaces de producir rápidamente ácidos hasta alcanzar el

pH crítico necesario para descalcificar el esmalte y una dieta rica en sacarosa favorece la colonización de estas bacterias.

a. CARIES DENTAL EN GESTANTES

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que esta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar que los requerimientos de este elemento están aumentados en el 33 % en comparación con mujeres no gestantes.

La dieta cariogénica constituye uno de los factores de riesgo asociados a la caries dental que con más frecuencia se reporta, y está relacionada con los cambios en el estilo de vida de la mujer gestante; la que muestra gran apetencia por los dulces y mayor frecuencia de ingestión de estos. Por otro lado la higiene bucal deficiente propicia la acumulación de placa

dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos, facilita la desmineralización y eleva el riesgo a caries dental.

La dieta pone a disposición de los microorganismos de la placa dentobacteriana el sustrato metabólico, lo que sumado a los malos hábitos de higiene bucal pueden dar lugar a un aumento de la incidencia de caries dental en el embarazo, sin que sea necesaria, además, la existencia de un esmalte supuestamente debilitado por los cambios gestacionales. Los vómitos tienen en su composición gran cantidad de ácido clorhídrico, proveniente de las secreciones gástricas, lo que incrementa la acidez y si además los mecanismos que equilibran el pH salival están deficitarios se favorece aún más la descalcificación del diente. Un medio ácido es señal inequívoca del fallo de los sistemas amortiguadores del equilibrio ácido-base presentes en la saliva; medio favorable para que se produzca con mayor rapidez el ataque y el debilitamiento del esmalte dentario. La disminución del pH salival en gestantes, en comparación con no gestantes ha sido reportada por varios autores. Aunque hay autores que refieren que el contenido ácido del vómito permanece muy poco tiempo en la cavidad bucal como para erosionar el esmalte y que se requiere este estímulo a repetición; fue constatado que todas las embarazadas que presentaban este factor de

riesgo en ambos trimestres, se vieron afectadas por caries dental. Se encontró una tendencia al aumento del pH en la medida que avanzaba el embarazo, unido a la disminución de la presencia de vómitos en las gestantes.

Un estudio similar realizado en Yemen, mostró resultados diferentes en cuanto a la variable vómitos, mientras que obtuvo similitud en cuanto al pH salival bajo en las embarazadas estudiadas. Estudios realizados en la Universidad de Barcelona encontraron relación entre la caries dental y este factor de riesgo. El sistema inmune materno se suprime en alguna medida para evitar el rechazo madre feto; la existencia de una disminución en la actividad de las células T y el bloqueo del proceso inicial de activación de linfocitos por la progesterona han sido reportados.

2.2.4.2 GINGIVITIS

Gingivitis es una enfermedad bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes y por una nula o deficiente higiene bucal. La gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías que, por lo general, puede curarse con el cepillado y el uso del hilo dental a diario, además de una limpieza periódica por un dentista o higienista dental. Esta

forma de enfermedad periodontal no ocasiona pérdida del hueso ni del tejido que sostiene los dientes.

Es muy frecuente que su origen sea causado por el crecimiento de las muelas del juicio. Esta enfermedad se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral (cepillado de dientes y lengua). Cuando esta enfermedad evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes.

Características comunes a todas las enfermedades gingivales

- Signos y síntomas limitados a la encía.
- Presencia de placa dental para iniciar y/o exacerbar la severidad de la lesión.
- Signos clínicos de inflamación (contorno gingival engrosado debido a edema o fibrosis, transición de color a rojo o rojo-azulado, elevación de la temperatura en el surco gingival, sangrado cuando se estimula la encía, aumento del exudado gingival.

- Signos y síntomas clínicos asociados con niveles de inserción estables en un periodonto sin pérdida de inserción o en un periodonto estable pero reducido.
- Reversibilidad de la enfermedad cuando se eliminan los factores etiológicos.
- Posible papel como precursor de pérdida de inserción en torno a los dientes.

a. Gingivitis y embarazo

Durante el embarazo, los niveles elevados de hormonas esteroides sexuales se mantienen desde la fase lútea, lo que da por resultado la implantación del embrión hasta el parto. Las mujeres embarazadas que están a término cerca de éste producen grandes cantidades de estradiol (20 mg/día), estriol (80 mg/día) y progesterona (300 mg/día).

La inflamación gingival, iniciada por la placa y exacerbada por estos cambios hormonales en el segundo y el tercer trimestres del embarazo. Se denomina gingivitis del embarazo. Parámetros como la profundidad de sondeo gingival y el flujo de líquido crevicular estaban aumentados. Estas características inflamatorias pueden reducirse si se mantiene un buen control de placa.



Figura 2 . Gingivitis asociada con el embarazo

Fuente: Elaboración propia

Una paciente en el último trimestre del embarazo con tejido gingival muy inflamado y edematoso que tendía a sangrar a la menor provocación.

Mejoramiento de la salud gingival 6 meses después del nacimiento y de un régimen intensivo de tratamiento periodontal no quirúrgico.

1) Hiperplasia en el embarazo

En el embarazo, la hiperplasia gingival puede ser marginal o generalizada o presentarse como masas múltiples de aspecto tumoral.

i. Hiperplasia marginal. Se ha registrado una prevalencia de hiperplasia gingival marginal en el embarazo que varía del 10 al 70%. Esta hiperplasia es el resultado del agravamiento de zonas inflamadas anteriormente. Sin embargo, el agravamiento no se produce si no hay manifestaciones clínicas de irritación local. El embarazo produce la lesión:

el metabolismo alterado de los tejidos aumenta la respuesta a los irritantes locales.

Características clínicas. El cuadro clínico varía considerablemente. La hiperplasia está generalizada normalmente y tiende a ser más prominente en zonas interproximales que en las superficies vestibulares y linguales. La encía hiperplásica es de color rojo brillante o magenta, blanda y friable, con superficie lisa y brillante. Sangra espontáneamente o con provocación leve.

ii. Hiperplasia gingival de aspecto tumoral. El llamado tumor del embarazo no es una neoplasia, sino una respuesta inflamatoria de irritación local, y se modifica por estado de la paciente. Suele presentarse después del tercer mes de embarazo, pero es posible que aparezca antes; la frecuencia registrada es del 1,8 al 5%.

Características clínicas. Es una masa esférica circunscrita, aplanada, semejante a un hongo que hace protrusión desde el margen gingival o, más frecuentemente, desde el espacio interproximal unido por una base sésil o pediculada. Tiende a crecer en sentido lateral y la presión de la lengua y los carrillos le dan un aspecto aplanado. Generalmente es de color rojo oscuro o magenta; su superficie lisa y brillante presenta muchas veces manchas puntiformes de color rojo intenso. Es una lesión superficial

que no invade el hueso subyacente. La consistencia varía; en general es semifirme, pero puede presentar diversos grados de blandura y friabilidad. Es indolora, salvo que su tamaño y forma sean tales que permitan la acumulación de residuos bajo su margen o se interpongan en la oclusión, en cuyo caso pueden surgir úlceras dolorosas.

iii. Histopatología. Tanto las inflamaciones marginales como las de tipo tumoral, se componen de una masa central de tejido conectivo, cuya periferia está cubierta de epitelio escamoso estratificado. El tejido conectivo se presenta con numerosos capilares abultados y neoformados, tapizados por células endoteliales cuboideas. Entre los capilares hay un estroma ligeramente fibroso, que presenta diversos grados de edema e infiltrado leucocitario. El epitelio basal presenta un cierto grado de edema intra y extracelular con puentes intercelulares prominentes e infiltración leucocitaria. La superficie del epitelio es generalmente queratinizada. Hay inflamación crónica generalizada con una zona superficial de inflamación aguda.

La hiperplasia gingival del embarazo se denomina angiogranuloma, con lo que se evita el significado de neoplasia implícito en nombres como fibrohemangioma o tumor del embarazo. La proliferación endotelial destacada, con formación de capilares e inflamación añadida, son sus

características específicas. La neoformación capilar excede la respuesta gingival normal a la irritación crónica y explica la inflamación. Aunque los hallazgos microscópicos sean característicos de la hiperplasia gingival, en el embarazo no son patognomónicos en el sentido de que puedan utilizarse para diferenciar entre pacientes embarazadas y no embarazadas.

La mayor parte de las enfermedades gingivales que se producen durante el embarazo pueden evitarse mediante la eliminación de los irritantes locales y el establecimiento de una higiene bucal minuciosa desde el comienzo. En el embarazo, el tratamiento de la encía que este limitado a la remoción del tejido con la eliminación completa de los irritantes locales, irá seguido de recidiva. Aunque la reducción espontánea del tamaño de la hiperplasia, una vez finalizado el embarazo, es un fenómeno común, la desaparición completa de las lesiones inflamatorias exige la eliminación de todas las formas de irritación local.

2) Efectos sobre la microbiota

Cuando comienza la gingivitis del embarazo, durante los meses tercero y cuarto de la gestación, se registra un aumento selectivo del crecimiento de patógenos periodontales, como *Prevotella* intermedia en la placa subgingival. Las hormonas gestacionales actúan como factores de

crecimiento satisfaciendo los requerimientos de naftoquinona para las bacterias. Estos descubrimientos fueron confirmados por Muramatsu y Takaesu (1994), quienes demostraron que desde el tercero al cuarto mes de embarazo, la cantidad de sitios con gingivitis que sangraban al sondeo se correspondían con el aumento porcentual de *Prevotella intermedia*. Durante el embarazo la progesterona es catabolizada menos activamente hasta sus subproductos inactivos; de esto resultan niveles más altos de la hormona activa.

En mujeres embarazadas se demostró un aumento de 55 veces en la proporción de *P. intermedia* en comparación con los controles, mujeres no embarazadas lo cual implica un papel para las hormonas gestacionales como causa de la modificación de la ecología microbiana en la bolsa gingival. Aunque se demostró una asociación global, la relación causa-efecto es menos notoria.

3) Efectos sobre los tejidos y la respuesta del huésped

El aumento de la severidad de la gingivitis durante el embarazo fue atribuido en parte al mayor nivel circulatorio de progesterona y a sus efectos sobre los vasos capilares⁴⁴. Los niveles elevados de progesterona durante la gestación aumentan la permeabilidad y la dilatación de los capilares y, como resultado, aumenta el exudado gingival. Los efectos de

la progesterona en la estimulación de la síntesis de prostaglandina podrían ser responsables de parte de esos cambios vasculares⁴⁶.

El alto nivel de estrógenos y de progesterona durante el embarazo afecta el grado de queratinización del epitelio gingival y altera la matriz fundamental del tejido conectivo. Se considera que la disminución de la queratinización de la encía, junto con un aumento de glucógeno epitelial, dan como resultado una menor eficacia de la barrera epitelial en las mujeres embarazadas. Durante el embarazo, los factores hormonales que afectan al epitelio y aumentan la permeabilidad vascular podrían contribuir a una respuesta exagerada a la placa bacteriana.

La influencia de las hormonas gestacionales sobre el sistema inmunitario puede contribuir también al comienzo y la progresión de la gingivitis del embarazo. Se ha demostrado que los altos niveles de progesterona y de estrógeno asociados con el embarazo (y con el uso de ciertos anticonceptivos orales) suprimen la respuesta inmune contra la placa⁴⁷. Existen informes sobre disminución de la quimiotaxis y la fagocitosis de los neutrófilos y de la respuesta con anticuerpos y linfocitos T como resultado de los niveles elevados de hormonas gestacionales.

2.2.4.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL EMBARAZO

Enfermedad periodontal es una infección producida por bacterias aerobias facultativas gram-positivas, anaerobias facultativas gram-positivas, anaerobias facultativas gram-negativas y anaerobias estrictas, según sea la fase en que se encuentre enfermedad periodontal, estas producen un reservorio crónico de lipopolisacáridos (endotoxinas), que pueden alcanzar las membranas corionamnióticas por vía sanguínea, a las células corionamnióticas y trofoblásticas producen PGE₂, IL-1 β y TNF- α por la influencia de los lipopolisacáridos.

Alternativamente los mediadores de la inflamación como PGE₂ y TNF- α pueden ser producidas totalmente en el periodonto y por la vascularidad de este, actúan como citoquinas, tóxicas para el feto, además el aumento de TNF- α , están asociados al progreso de enfermedad periodontal.

Esto sugiere que el periodonto infectado puede considerarse una fuente paracrínica de citoquinas y mediadores lipídicos. Estas citoquinas y lipopolisacáridos producidos en el periodonto, asocian enfermedad periodontal con condiciones inflamatorias sistémicas como vasculitis, arterioesclerosis y trombosis.

En condiciones especiales pueden constituirse en factores de riesgo, en enfermedad periodontal y bajo peso al nacer. Los estudios evidencian

que enfermedad periodontal mediante la PGE2 y TNF- α , al ser mediadores inflamatorios producen constricción de los vasos sanguíneos de la barrera placentaria y del cordón umbilical, reduciendo el aporte sanguíneo al feto, de esta forma el nonato puede llegar a tener bajo peso al nacer, que es un factor de riesgo en la salud del recién nacido.

a. Enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro y/o bajo peso al nacer

Teorías recientes sugieren que la enfermedad periodontal puede afectar el resultado del embarazo por mecanismos relacionados con el aumento de la circulación de patógenos y marcadores inflamatorios. Las gestantes con periodontitis pueden experimentar bacteremias más severas y frecuentes. Como resultado, la cavidad uterina se ve expuesta y/o colonizada por bacterias periodontales o sus productos (por ejemplo, lipopolisacáridos). Una vez que éstos alcanzan la unidad materno-fetal, las bacterias orales pueden generar una cascada inflamatoria que conduce a trabajo de parto anticipado. Un segundo mecanismo no requiere de bacterias orales que colonicen el útero grávido. En este caso, las citoquinas generadas en el tejido periodontal inflamado pueden ingresar a la circulación sistémica y precipitar una cascada inflamatoria similar que deriva en un trabajo de parto prematuro.

2.2.5. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PACIENTE GESTANTE

Durante la gestación, se producen ciertos cambios y/o alteraciones en organismo. En primer lugar, las modificaciones endocrinas que van a determinar casi todas las modificaciones sistémicas subsiguientes.

Así, ante una paciente embarazada que se presenta en la consulta odontológica, es necesario plantear y establecer una serie de elementos y criterios que nos ayuden a resolver cuál será el mejor tratamiento para la misma en cada momento.

En primer lugar, debemos plantearnos el momento del embarazo en el que se encuentra la mujer:

- El primer trimestre, es el momento en el que mayor riesgo de teratogenicidad, pues en este periodo se da la organogénesis.
- El segundo trimestre del embarazo se ha considerado el más seguro para realizar cualquier tipo de procedimiento en la mujer embarazada.
- El tercer trimestre conlleva un aumento del riesgo, sobre todo durante la segunda mitad, de provocar un parto prematuro o un síndrome de hipotensión supino también llamado síndrome de la vena cava. Este síndrome ocurre por una bajada brusca de la

presión sanguínea como resultado de la presión del útero en la vena cava. Esta bajada de la presión sanguínea produce un síncope y un descenso en la perfusión placentaria. Este evento adverso puede suceder si se somete a la mujer embarazada a un tratamiento dental prolongado en posición supina durante el tercer trimestre.

La posición supina asimismo genera un incremento en el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) por la compresión de la vena cava, llevando a un stasis venoso y la formación coágulos.

2.2.5.1 Atención odontológica prenatal

Es importante recordar que durante el primer trimestre el feto es susceptible a sufrir malformaciones sobre todo en las primeras 8 semanas, por ser la etapa de organogénesis. Pasado este periodo se ha completado la formación de los diferentes órganos y sistemas, por lo que las malformaciones son menos frecuentes.

Normalmente la gestación debe transcurrir sin mayores complicaciones, siempre y cuando se realice el control debido a la gestante, pero a veces se puede presentar alteraciones en la glucosa dando lugar a la diabetes gestacional, hipertensión que puede derivar en pre eclampsia, lo que se puede evitar con la dieta y un cambio en el estilo

de vida de la paciente. Nuestro tratamiento odontológico debe ser tan seguro para el feto como para la madre, así, tendremos limitados pero determinados tratamientos.

El segundo trimestre es el período más seguro para proporcionar cuidados dentales habituales. Incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operatorios simples. Lo más importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del embarazo. Las operaciones de reconstrucción extensas y la cirugía oral y periodontal mayor deben posponerse hasta después del parto.

Cuadro 3. Etapas de atención odontológica en el embarazo:

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa. • Instrucciones de higiene oral. • Profilaxis y curetajes simples. • Tratamientos de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa. • Instrucciones de higiene oral. • Profilaxis y curetajes simples. • Tratamiento dental de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa. • Instrucciones de higiene oral. • Profilaxis y curetajes simples. • Tratamiento dental de emergencia solamente.

Fuente: Elaboración propia

2.2.5.2 Posición del sillón dental por trimestre

Durante la atención odontológica de la embarazada es importante la posición de la paciente; por ello, las posiciones del sillón varían dependiendo el trimestre del embarazo.

En el primero, es recomendable colocarlo a 165° (Figura 3), en el segundo 150° (Figura 4), y en el tercer trimestre a 135° (Figura 5).



Figura 3. Primer trimestre, Sillón a 165° aproximadamente

Fuente: Elaboración propia



Figura 4. Segundo trimestre, Sillón a 150° aproximadamente

Fuente: Elaboración propia



Figura 5. Tercer trimestre, Posición semisentada sillón a 135° aproximadamente.

Fuente: Elaboración propia

2.2.5.3 Farmacología prenatal

Para la utilización de fármacos en el embarazo es importante evitar la inducción de alteraciones en el producto de la gestación y la generación de ansiedad materna después de la exposición a medicamentos que puedan conducir a la mujer a considerar la terminación del embarazo.

No existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos.

En el primer trimestre (máxima sensibilidad) se realiza la mayor parte de la organogénesis y durante las dos primeras semanas del embarazo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, el embrión puede ser afectado aunque no se haya establecido la placenta.

En el periodo fetal (2º y 3er trimestres) pueden producirse alteraciones del desarrollo; la acción teratógena es capaz de frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas. Son especialmente sensibles a la acción teratógena en el periodo fetal los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción.

La Comunidad Europea (CE) y la Food And Drugs Administration (FDA) crearon clasificaciones de productos farmacológicos en el embarazo (*Cuadros II y III*).

Los medicamentos utilizados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales; de estos grupos farmacológicos existen medicamentos de la categoría A.

Cuadro 4. Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuesto por la European Community, Committee on Proprietary Medical Products.

Categoría A	Este fármaco ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen efectos nocivos durante el curso del embarazo ni en la salud del feto o recién nacido.
Categoría B	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y La salud del feto y del neonato.
Categoría C	Este fármaco no aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daño por sus efectos farmacológicos que pueden alterar el curso del embarazo o lesionar al feto o al recién nacido.
Categoría D	Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y recién nacido.

Fuente: www.medigraphic.com

Cuadro 5. Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration (FDA).

Categoría	Descripción
A	Sin riesgo fetal; seguridad comprobada del uso durante el embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo.

Fuente: www.medigraphic.com

Cuadro 6. Uso seguro durante el embarazo

Antibióticos	Fármaco	Excreción por leche materna	Categoría
Primera Opción	Penicilina /Amoxicilina	+	B
	Cefalosporinas		B
	Eritromicina	+	B
Segunda Opción	Metronidazon	+	B
	Ampicilina	+	B
	Clindamicina		B

	Fármaco	Excreción por leche materna	Categoría
Analgésicos	Acetaminofén	+	
	Clonixinato de lisina		
Anestésicos locales con vasoconstrictor	Lidocaína	+	B
	Mepivacaína	+	C

DURANTE LA LACTANCIA EVITAR FÁRMACOS ELIMINADOS POR LECHE MATERNA

Fuente: www.medigraphic.com

CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS

- Durante la lactancia evitar fármacos eliminados por la leche materna.
- Estudios muestran que solo se excreta por esta vía del 1 al 2% del fármaco, por lo tanto es difícil que así conserven su potencial farmacológico.

Cuadro 7. Consideraciones farmacológicas

Fármaco	Nocivo para la Madre	Nocivo para el Feto	Excreción por LM
Antibióticos			
Kanamicina	Nefrotoxicidad potencial	Nefrotoxicidad potencial	++
Tetraciclina		Alteraciones dentales y óseas	+
Sulfonamidas		Ictericia neonatal	+
Cloranfenicol		Síndrome del niño gris	++
Amikacina	Nefrotoxicidad y daño a VII nervio craneal	Nefrotoxicidad y daño a VII nervio craneal	?
Gentamicina			

Fármaco	Nocivo para la Madre	Nocivo para el Feto
Analgésicos / Antiinflamatorios		
Acido Acetilsalicílico	Uso crónico Anemia Prolongación tiempos de sangrado Retraso del parto	Defectos congénitos Hipertensión pulmonar Hemorragia Intracraneana Muerte fetal Cierre prematuro del conducto arterioso
Corticosteroides		Teratógeno

Fármaco	Nocivo para la Madre	Nocivo para el Feto
Analgésicos / Antinflamatorios		
Ibuprofeno	Retraso del parto	Cierre prematuro del conducto A. Hipertensión pulmonar
Indometacina		Teratógeno Hemorragia intracraneana
Naproxeno	Retraso del parto	Nefrotóxico, Teratógeno Hiperbilirrubinemia, HTA Pulmonar Cierre prematuro del conducto A.

Fármaco	Nocivo para la Madre	Nocivo para el Feto
Anestésicos Locales		
Prilocaina (Grandes Dosis)	Hipoxia Metahemoglobinemia	Hipoxia
Tranquilizantes		
Benzodiacepinas		Teratógeno++
Barbitúricos		Teratógeno
Codeína		Labio y paladar hendido

Fuente: www.google.com.pe/search/Consideraciones_Farmacológicas

2.2.5.4 Radiografías dentales

En principio las radiografías dentales están contraindicadas, especialmente durante el primer trimestre, cuando el feto en desarrollo es particularmente susceptible a los efectos de la radiación. Sin embargo, en caso que se requiera tratamiento odontoestomatológico, será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. Una de las principales ayudas en el caso de la mujer embarazada es el delantal de protección, ya que se ha demostrado que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal.

El uso de radiografías orales no está contraindicado durante el embarazo y debe ser considerado cada vez que sea necesario para lograr un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento. El análisis de los antecedentes médicos y de salud bucal junto con el juicio clínico del profesional determina la necesidad y el tipo de radiografía a solicitar para un adecuado diagnóstico.

Si bien la toma de radiografías en pacientes de alto riesgo de caries está respaldada por revisiones sistemáticas y apoyada por la opinión de expertos, se recomienda indicarlas solo en casos justificados en mujeres embarazadas. La exposición fetal estimada durante una toma de

radiografía intraoral equivale a 0,0001 rad, siendo la dosis segura de radiación ionizante aceptada durante el embarazo de 5 rad.

El riesgo teratogénico de la exposición durante el examen radiográfico intraoral es 1000 veces menor que el riesgo natural de aborto espontáneo o malformación. La dosis absorbida por las gónadas durante una exposición típica de radiografía dental es equivalente a 1 hora de exposición a radiación natural ambiental (background radiation).

Los beneficios para la salud sobrepasan los riesgos de la exposición a la radiación si el examen radiográfico está clínicamente indicado y justificado, se optimiza la técnica para obtener imágenes de alta calidad, se toman las precauciones necesarias para minimizar la exposición y se evita la repetición de radiografías.

Las medidas de precauciones necesarias para minimizar la exposición a la radiación de la mujer embarazada incluyen el uso de protección para tiroides (cuello protector) y abdomen (delantal protector). Estos protectores deben tener una equivalencia en plomo de al menos 0.25 mm de plomo.

El uso de colimador y películas de alta velocidad también reduce la exposición del paciente.

Se debe evitar la repetición de radiografías. Se debe indicar la técnica que implique la menor dosis de radiación posible, siendo las radiografías periapicales y bitewing las que cumplen esta condición. Las series de boca completa, radiografías panorámicas y cefalogramas deben posponerse hasta el periodo postparto. Durante la toma de radiografías panorámicas, debido a las características del examen y al mayor tiempo de exposición, la región uterina recibe una dosis mayor de radiación comparado con la toma de radiografías periapicales.

Los efectos nocivos se presentan a partir de 5 a 10 rads.

Mientras se lleven a cabo medidas de seguridad no existe contraindicación de su empleo.

Cuadro 8. Efectos nocivos se presentan a partir de 5 a 10 rads.

Película	Radiación	Equivalencia
Periapicales (Serie)	0.00001 rads	---
Radiografía de Cráneo	0.004 rads	400 veces más
Radiografía de Tórax	0.010 rads	1,000 veces más
Luz solar (1 hr.)	0.0004	40 veces más

Fuente: elektrofisk.com/category/cameras/olympus

DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Nivel de conocimiento:** aprendizaje adquirido estimado en una escala puede ser cualitativo (Ej. bueno, regular, malo) o cuantitativo (Ej. 0 –20)
- **Grado de instrucción:** es el nivel académico de los conocimientos, habilidades y destrezas, en una escala que indica la amplitud y profundidad de los mismos.
- **Salud bucal:** referido a las condiciones del proceso salud enfermedad del sistema estomatognático.
- **Higiene bucal:** referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.
- **Placa bacteriana:** película transparente e incolora clínicamente invisible, adherente a la superficie del diente.
- **Dieta:** La dieta se refiere a la cantidad acostumbrada de comidas y líquidos ingeridos diariamente por una persona.
- **Caries:** es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificada de los dientes que se caracterizan por la desmineralización de la porción inorgánica del diente.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y relacional.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El Centro de Salud San Francisco cuenta con el nivel I – 4 y actualmente viene funcionando en la Asociación San Francisco S/N del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa contando con dos consultorios odontológicos con lo que se brinda atención integral a pacientes gestantes, cuenta también con dos consultorios obstétricos y una área de psicoprofilaxis para realizar el control perinatal.

3.3 LA POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está formada por gestantes.

La muestra está formada por Gestantes que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de San Francisco durante el periodo de Octubre a Diciembre del año 2013.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes en el 1º, 2º o 3er. Trimestre de embarazo.
- Que acudieron al servicio de control prenatal en el Centro de Salud San Francisco el año 2013.
- Que presentaran edades entre 16 y 35 años
- Que fueran primigestas o multigestas
- Que no presentaron alguna alteración sistémica, física o mental.
- Que no recibieran atención y/o charla odontológica.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes que reuniendo los criterios de inclusión se negaron a participar.
- Gestantes que contestaron de forma incompleta el cuestionario.
- Que presentaran alguna alteración sistémica, física o mental.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizara mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario) previamente calibrado con una prueba piloto y sometido a juicio de expertos (ver anexos).

Este cuestionario constara de 56 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómicas) sobre conocimientos sobre salud bucal, el cual contiene los fines plantados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal.

- Bajo (0 - 7 puntos)
- Medio (8 - 14puntos)
- Alto (15 -21 puntos)

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales

- Bajo (0 -5 puntos)
- Medio (6 - 11puntos)
- Alto (12 -16puntos)

Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante el embarazo

- Bajo (0 - 6puntos)
- Medio (7 - 13puntos)
- Alto (14 - 19puntos)

Nivel de conocimientos sobre salud oral.

- Bajo (0 - 18 puntos)
 - Medio (19 -37 puntos)
 - Alto (38- 56puntos)
-
- Conocimiento sobre prevención en salud bucal (21 preguntas)
 - Conocimiento sobre enfermedades bucales (16 preguntas)
 - Conocimientos sobre medidas en la atención odontológica durante el embarazo (19preguntas)

El cuestionario fue entregado a las madres gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, para lo cual se le asignara un número a cada historia clínica, las cuales tuvieron 20 minutos para el desarrollo del mismo.

Después de la toma de muestra se les dará una charla sobre prevención, mediante trípticos y rotafolios.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos relacionados con las variables se recogieron en los establecimientos del Centro de Salud San Francisco y se consignaron en la matriz de datos confeccionada para tal objetivo.

La aplicación de las encuestas se realizó en el ambiente físico de los consultorios de Obstetricia y Psicoprofilaxis del Centro de Salud de San Francisco previa gestión para la autorización de parte de la gerente del CLAS (ver anexos).

3.6.- PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se estructuró una matriz de sistematización o cuadro general maestro para el ordenamiento y clasificación de la información.

Los datos recolectados, fueron trasladados a una base de datos en el programa SPSS versión 21, para realizar el análisis estadístico.

Se elaboró tablas descriptivas de frecuencia absoluta y porcentuales (%) representados con gráficos tipo barra 3D.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Cuadro 9. Gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

Grado de Instrucción	ni	%
P. COMP.	5	3,33%
S. COMPLE.	67	44,67%
S. INCOMP.	20	13,33%
TECNICO	28	18,67%
UNIVERS.	30	20,00%
Total	150	100,00%

Fuente: Matriz de datos

Se observa que el mayor porcentaje (45%) de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco tienen secundaria completa, mientras que el menor porcentaje (3%) tienen primaria completa.

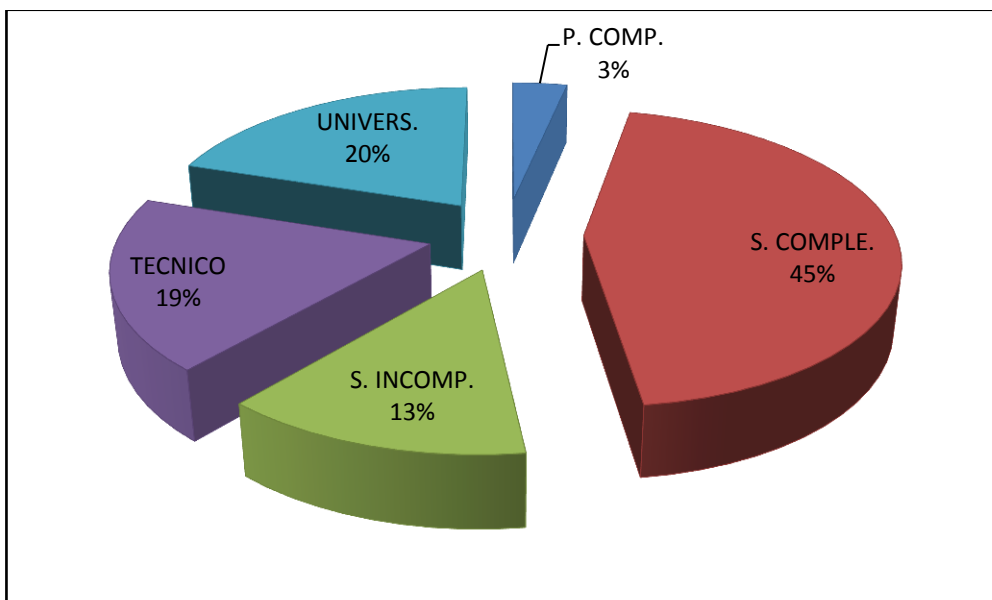


Figura 6. Gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

Fuente: Cuadro 9

Cuadro 10. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas	ni	%
Bajo	27	18,0
Medio	82	54,7
Alto	41	27,3
Total	150	100,0

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal, se observa que el mayor porcentaje (55%) de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un nivel de conocimiento alto de un 27%, mientras que solo un 18% tiene un nivel de conocimiento bajo.

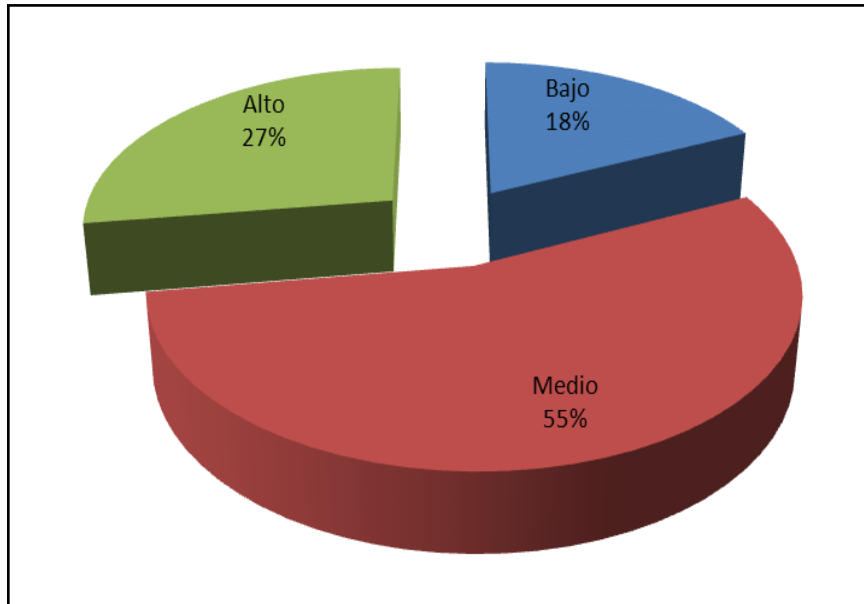


Figura 7: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Fuente: Cuadro 10

Cuadro 11: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales	ni	%
Bajo	96	64,0
Medio	47	31,3
Alto	7	4,7
Total	150	100,0

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales, se observa que el mayor porcentaje (64%) de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco tienen un nivel de conocimiento bajo, seguido de un nivel de conocimiento medio de un 31%, mientras que solo un 5% tiene un nivel de conocimiento alto.

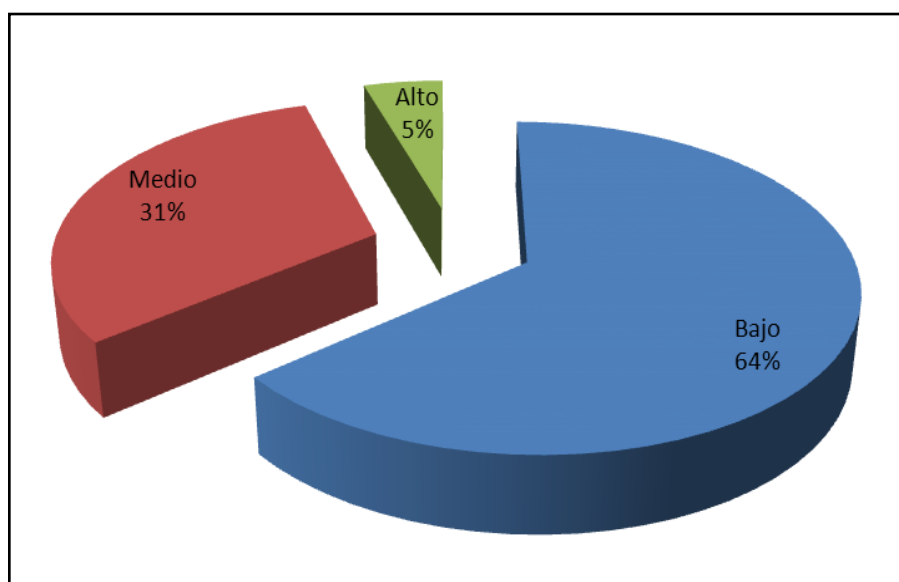


Figura 8. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Fuente: Cuadro 11

Cuadro 12: Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación	ni	%
Bajo	55	36,4
Medio	94	62,7
Alto	1	0,7
Total	150	100,0

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación, se observa que el mayor porcentaje (63%) de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un nivel de conocimiento bajo de un 36%, mientras que solo un 1% tiene un nivel de conocimiento alto.

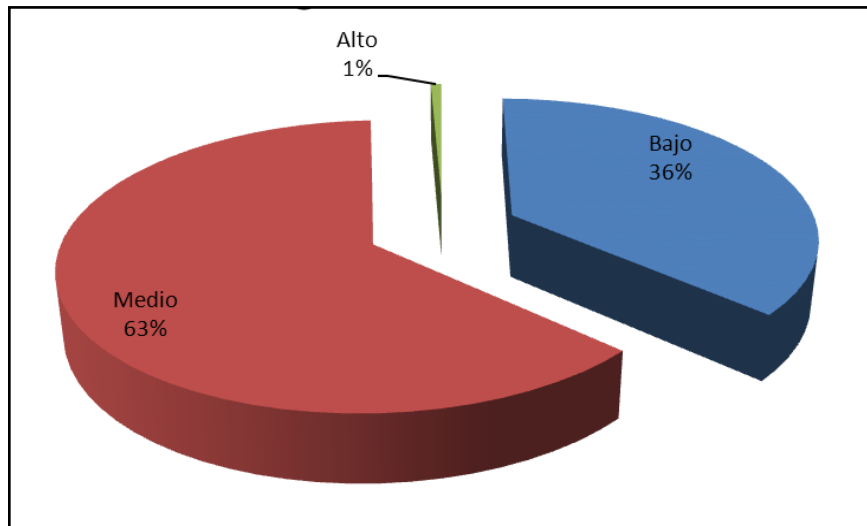


Figura 9. Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Fuente: Cuadro 12

Cuadro 13: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal	Medidas preventivas en Salud bucal		Enfermedades bucales		Medidas en la atención odontológica		Salud bucal	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Bajo	27	18,0	96	64,0	55	36,7	37	24,7
Medio	82	54,7	47	31,3	94	62,7	105	70,0
Alto	41	27,3	7	4,7	1	0,7	8	5,3
Total	150	100,0	150	100,0	150	100,0	150	100,0

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre salud bucal, se observa que el mayor porcentaje (70%) de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un nivel de conocimiento bajo de un 25%, mientras que solo un 5% tiene un nivel de conocimiento alto.

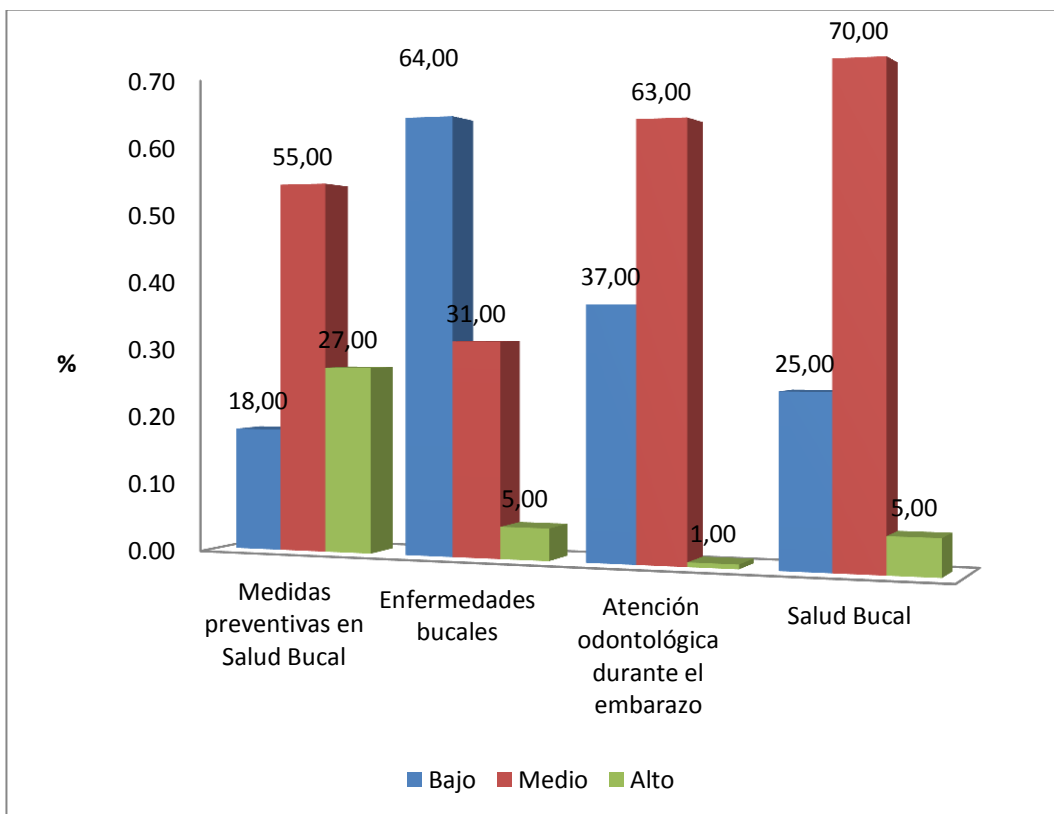


Figura 10. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013.

Fuente: Cuadro 13

Cuadro 14: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Bucal							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
Grado de Instrucción	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
P. COMP.	2	40,00	3	60,00	0	0,00	5	100,00
S. COMPLE.	16	23,88	39	58,21	12	17,91	67	100,00
S. INCOMP.	4	20,00	14	70,00	2	10,00	20	100,00
TECNICO	1	3,57	5	17,86	22	78,57	28	100,00
UNIVERS.	4	13,33	21	70,00	5	16,67	30	100,00
Total	27	18,00	82	54,67	41	27,33	150	100,00

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acudieron al Centro de Salud de San Francisco según el grado de instrucción se puede observar que: predomina el conocimiento medio desde un 58% del nivel secundario completo hasta un 70% de nivel técnico y universitario. Respecto al conocimiento alto lo presentan los de nivel técnico superior con un 79%, seguido del conocimiento bajo con un 40% primaria completa.

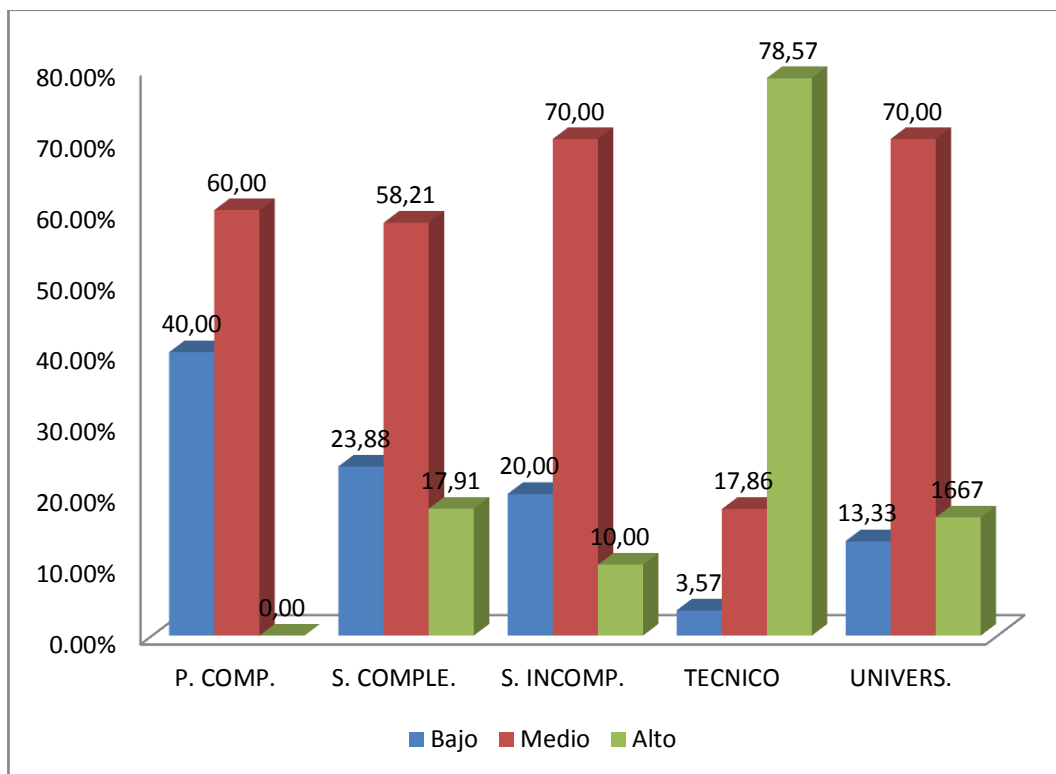


Figura 11. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

Fuente: Cuadro 14

Cuadro 15: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

	Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
Grado de Instrucción	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
P. COMP.	5	100,00	0	0,00	0	0,00	5	100,00
S. COMPLE.	52	77,61	12	17,91	3	4,48	67	100,00
S. INCOMP.	17	85,00	1	5,00	2	10,00	20	100,00
TECNICO	8	28,57	18	64,29	2	7,14	28	100,00
UNIVERS.	14	46,67	16	53,33	0	0,00	30	100,00
Total	96	64,00	47	31,33	7	4,67	150	100,00

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre enfermedades en salud bucal en gestantes que acudieron al Centro de Salud de San Francisco según el grado de instrucción se puede observar que: predomina el conocimiento bajo desde un 29% del nivel técnico hasta un 100% del nivel primaria completa. Respecto al conocimiento medio lo presentan los de nivel técnico con un 64%, seguido de un conocimiento alto con un 10% de primaria completa.

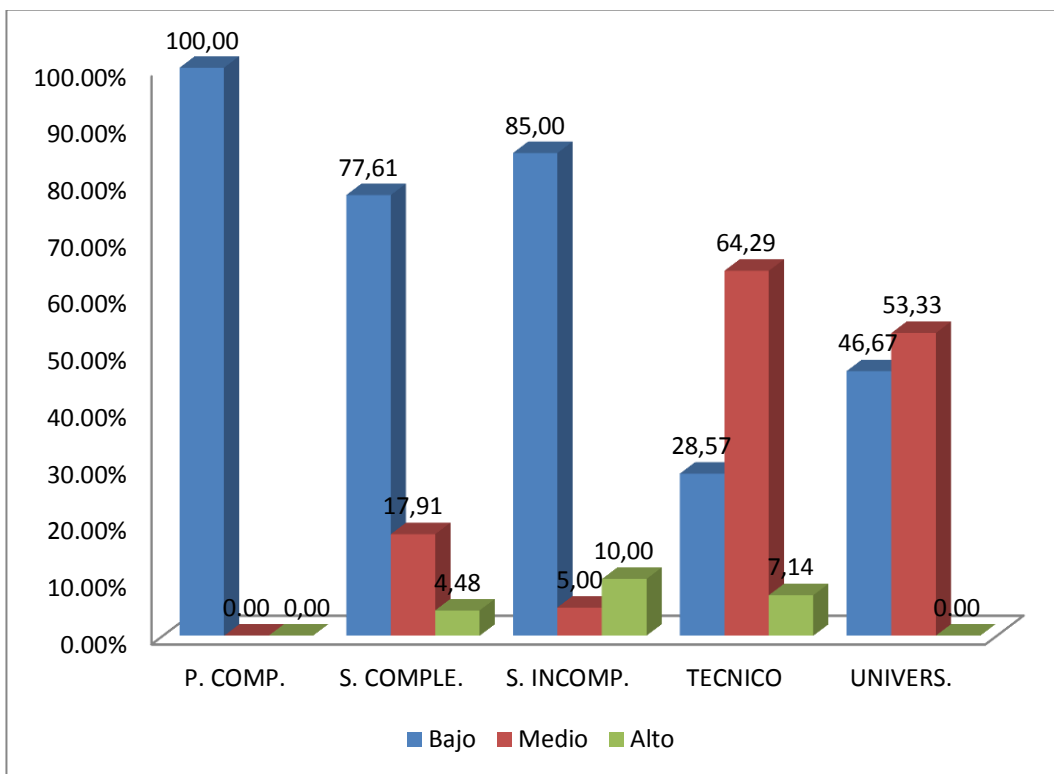


Figura 12. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

Fuente: Cuadro 15

Cuadro 16: Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes, que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

	Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante el embarazo							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
Grado de Instrucción	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
P. COMP.	4	80,00	1	20,00	0	0,00	5	100,00
S. COMPLE.	26	38,81	40	59,70	1	1,49	67	100,00
S. INCOMP.	8	40,00	12	60,00	0	0,00	20	100,00
TECNICO	8	28,57	20	71,43	0	0,00	28	100,00
UNIVERS.	9	30,00	21	70,00	0	0,00	30	100,00
Total	55	36,67	94	62,67	1	0,67	150	100,00

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes que acudieron al Centro de Salud de San Francisco según el grado de instrucción se puede observar que: predomina el conocimiento medio desde un 20% del nivel primaria completa hasta un 71% de nivel técnico. Respecto al conocimiento bajo lo presentan con un 80% los de nivel primaria completa. Y el conocimiento alto solo se presenta en 1,49% en secundaria completa.

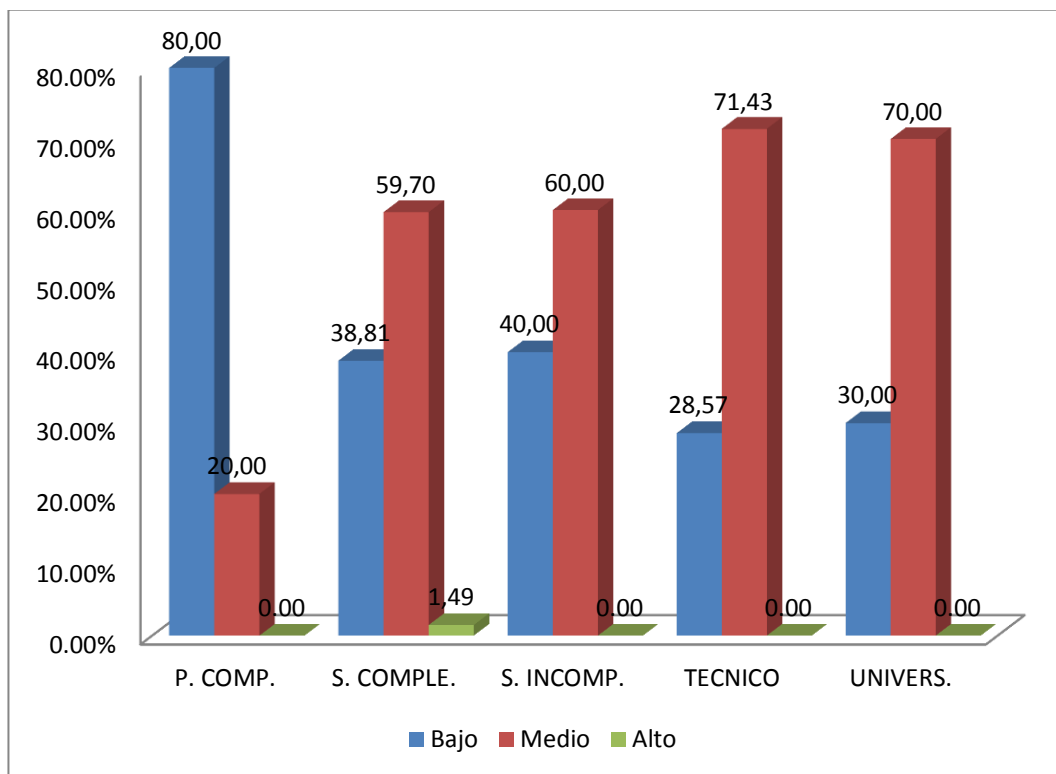


Figura 13: Nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica durante la gestación en gestantes, que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

Fuente: Cuadro 16

Cuadro 17: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

	Nivel de conocimientos sobre Salud Bucal							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
Grado de Instrucción	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
P. COMP.	2	40,00	3	60,00	0	0,00	5	100,00
S. COMPLE.	25	37,31	38	56,72	4	5,97	67	100,00
S. INCOMP.	5	25,00	15	75,00	0	0,00	20	100,00
TECNICO	1	3,57	25	89,29	2	7,14	28	100,00
UNIVERS.	4	13,33	24	80,00	2	6,67	30	100,00
Total	37	24,67	105	70,00	8	5,33	150	100,00

Fuente: Matriz de datos

En referencia al nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acudieron al Centro de Salud de San Francisco según el grado de instrucción se puede observar que: predomina el nivel de conocimiento medio desde un 57% a 89% (s. completa - p. completa, s. incompleta, universitario y técnico superior), el nivel de conocimiento bajo desde un 4% a 40% (técnico - p. completa) y el nivel de conocimiento alto desde un 0,00% a 7% (p. completa – técnico superior).

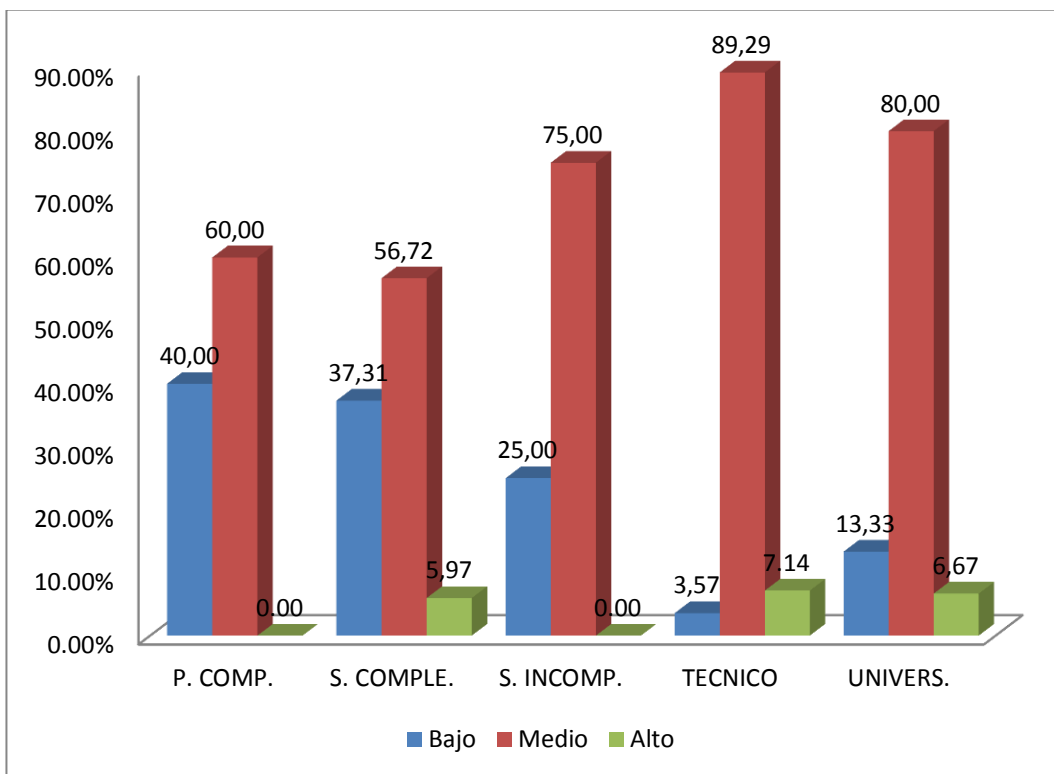


Figura 14. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción.

Fuente: Cuadro 17

Cuadro 18: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos etáreos.

		Nivel de conocimientos sobre Salud Bucal						
Edad	Grado de Instrucción	Bajo		Medio		Alto		Total
		ni	%	ni	%	ni	%	ni
16 - 20	S. COMPLE.	5	31,25	11	68,75		0,00	16
	S. INCOMP.	3	100,00	0	0,00		0,00	3
	TECNICO	0	0,00	6	100,00		0,00	6
	UNIVERS.	0	0,00	7	100,00		0,00	7
	Total	8	25,00	24	75,00		0,00	32
21 - 25	S. COMPLE.	8	40,00	11	55,00	1	5,00	20
	S. INCOMP.	0	0,00	4	100,00	0	0,00	4
	TECNICO	0	0,00	8	100,00	0	0,00	8
	UNIVERS.	0	0,00	7	100,00	0	0,00	7
	Total	8	20,51	30	76,92	1	2,56	39
26 - 30	S. COMPLE.	8	72,73	3	27,27		0,00	11
	S. INCOMP.	1	20,00	4	80,00		0,00	5
	TECNICO	1	16,67	5	83,33		0,00	6
	UNIVERS.	0	0,00	10	100,00		0,00	10
	Total	10	31,25	22	68,75		0,00	32
31 - 35	P. COMP.	2	40,00	3	60,00	0	0,00	5
	S. COMPLE.	4	20,00	13	65,00	3	15,00	20
	S. INCOMP.	1	12,50	7	87,50	0	0,00	8
	TECNICO	0	0,00	6	75,00	2	25,00	8
	UNIVERS.	4	66,67	0	0,00	2	33,33	6
	Total	11	23,40	29	61,70	7	14,89	47

Fuente: Matriz de datos

En referencia al grado de instrucción y grupo etáreo de 16 a 20 años se observa que: predomina el nivel de conocimiento medio desde un 69%

hasta un 100% (s. completa – técnico y universitario). Respecto al conocimiento bajo va desde un 31% hasta un 100% (s. completa – s. incompleta). No existe nivel de conocimiento alto.

En referencia al grado de instrucción y grupo etáreo de 21 a 25 años se observa que: predomina el nivel de conocimiento medio desde un 55% hasta un 100% (s. completa – s. incompleta, técnico y universitario). Respecto al conocimiento bajo se presenta desde un 0,00% a un 40% en secundaria completa y el nivel de conocimiento alto se presenta también desde un 0,00% a 5% en secundaria completa.

En referencia al grado de instrucción y grupo etáreo de 26 a 30 años se observa que: predomina el nivel de conocimiento medio desde un 27% hasta un 100% (s. completa – s. incompleta, técnico y universitario). Respecto al conocimiento bajo se presenta desde un 17% a un 73% (técnico – s. incompleta, s. completa). No existe nivel de conocimiento alto.

En referencia al grado de instrucción y grupo etáreo de 31 a 35 años se observa que: predomina el nivel de conocimiento medio desde un 0,00% hasta un 88% (universitario - p. completa s. completa, técnico y s. incompleta). Respecto al conocimiento bajo se presenta desde un 0,00% a un 67% (técnico - s. incompleta, s. completa, p. completa y

universitario). Respecto al conocimiento alto se presenta desde un 0,00% a un 33% (p. completa, s. incompleta - s. incompleta, s. completa, técnico y universitario).

El nivel de conocimiento sobre salud bucal en relación al grado de instrucción y grupos étnicos predomina el conocimiento medio al 100%.

16 – 20 años

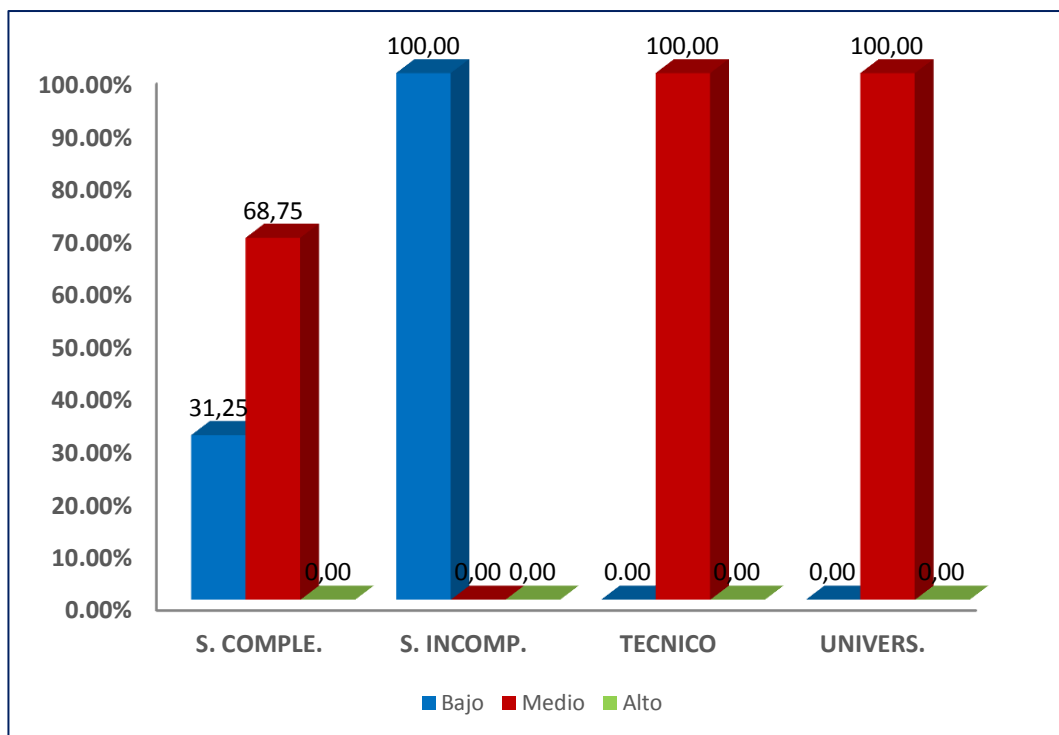


Figura 15. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos étnicos.

Fuente: Cuadro 18

21 – 25 años

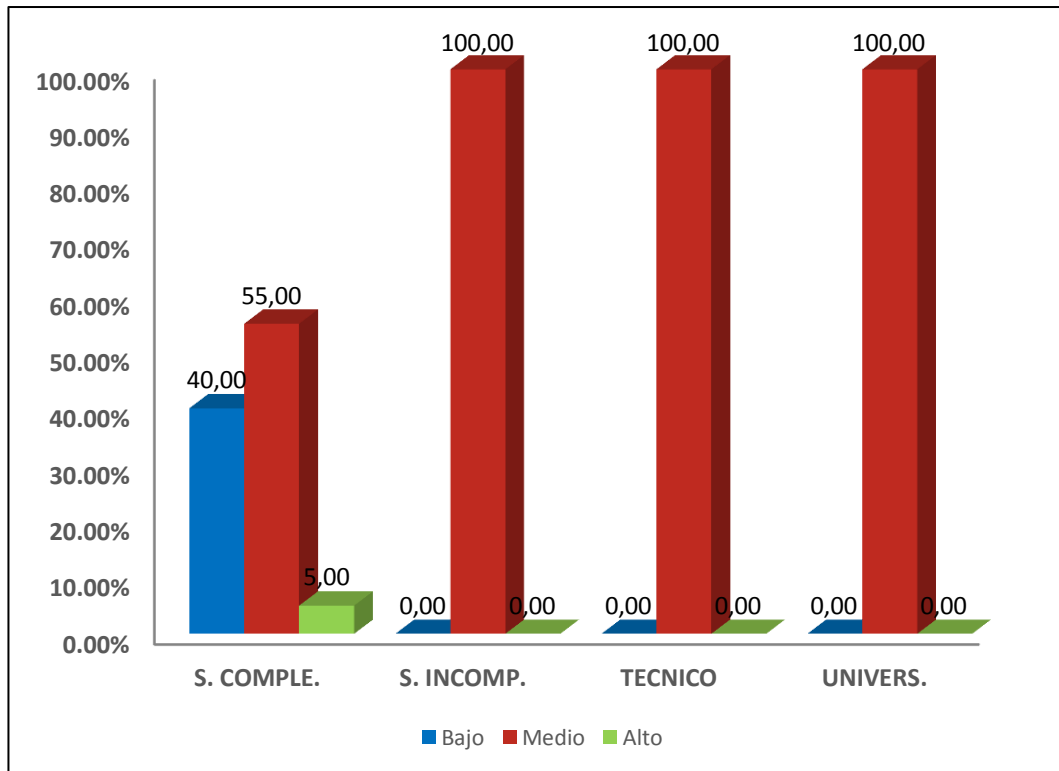


Figura 16. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos etáreos.

Fuente: Cuadro 18

26 – 30 años

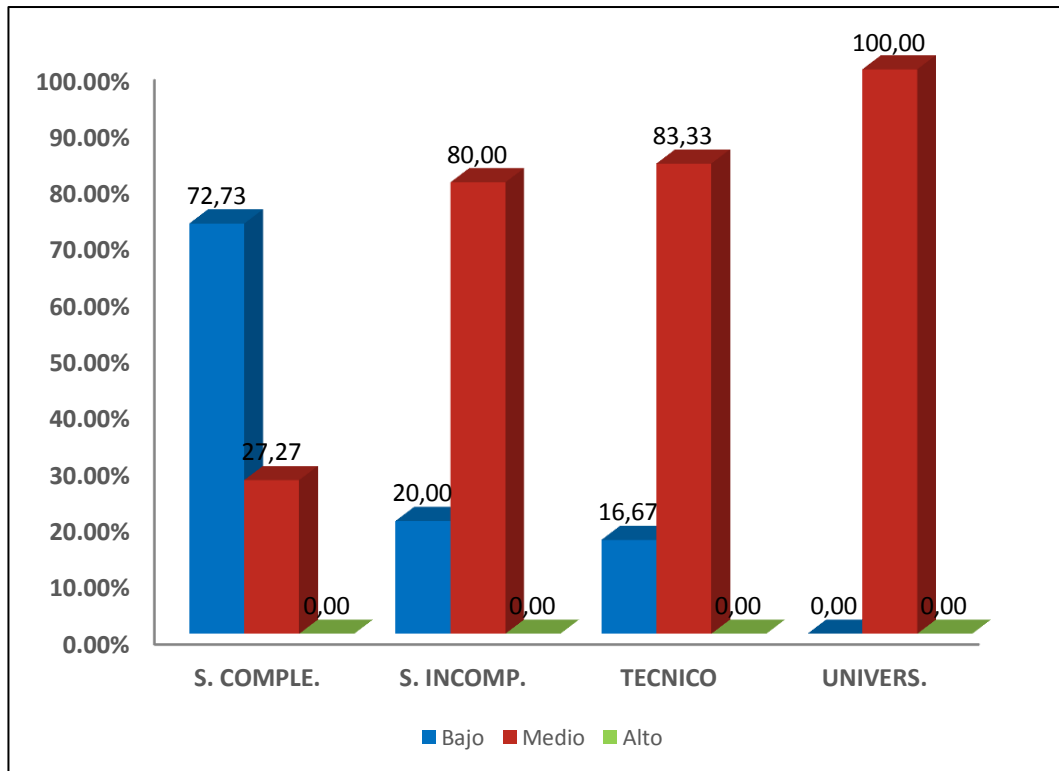


Figura 17. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos etáreos.

Fuente: Cuadro 18

31 – 35 años

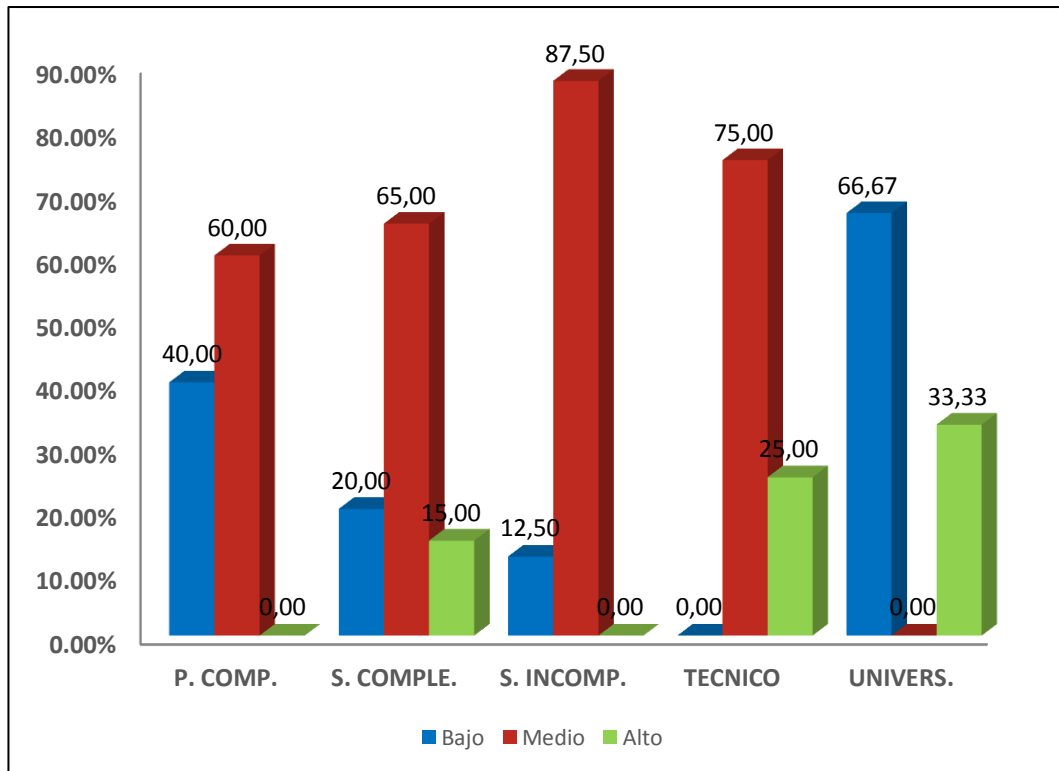


Figura 18. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos etáreos.

Fuente: Cuadro 18

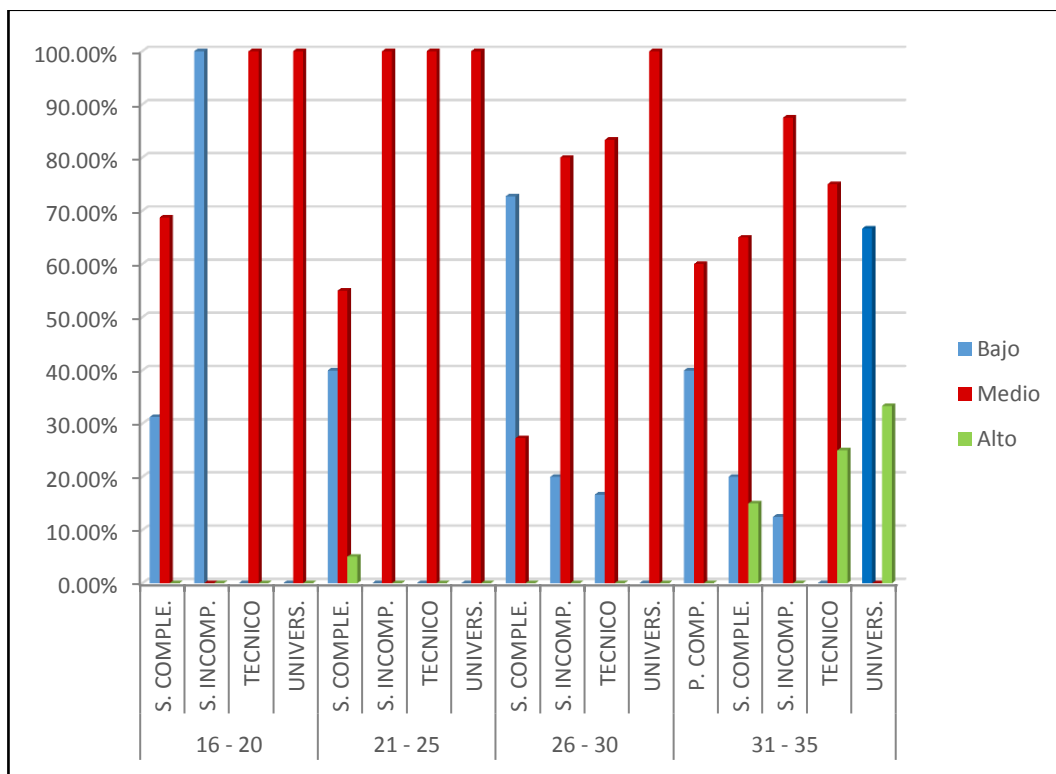


Figura 19. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud de San Francisco en el período 2013. Según el grado de instrucción y grupos etáreos.

Fuente: Cuadro 18

4.2 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, nos indica que el nivel de conocimiento que predomina sobre salud bucal en las gestantes encuestadas en general es medio con un 70%; donde el 24,7% obtuvo un nivel bajo y 5,3% un nivel alto de esta manera los resultados coinciden con algunas investigaciones (**Enriquez Valverde R. 2012**) que mencionan la obtención de 73,3% mostró un nivel regular, el 20,0 % tuvo un nivel malo y 6,7 % un nivel bueno, mientras otro estudio establece (**Luján Zarzosa R. 2012**) que no hay coincidencia en el conocimiento sobre salud bucal donde el 50,0%mostró un nivel regular, el 42,3%tuvo un nivel malo y solo coincide en el 7,7% un nivel bueno, al igual que el estudio de (**Carranza, 2003**) donde un 58% presenta un nivel de conocimiento medio.

En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 54,67% tuvo un nivel medio, el 27,33% un nivel alto y 18% obtuvo un nivel bajo no coincide con (**Enriquez Valverde R. 2012**) que presenta 45,0% tuvo un nivel regular, el 46,7% un nivel bueno y 8,3% obtuvo un nivel malo; y tampoco coincide con (**Luján Zarzosa R. 2012**) el 73,1%tuvo un nivel regular, el 23,1% un nivel bueno y 3,8% obtuvo un nivel malo.

Sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 64% tuvo un nivel bajo, el 31,33% un nivel medio, y 5% obtuvo un nivel alto, no coincide con **(Enriquez Valverde R. 2012)** que presenta 46,7% tuvo un nivel malo, el 48,3% un nivel regular, excepto el 5,0% obtuvo un nivel bueno; y coincide con el estudio de **(Luján Zarzosa R. 2012)** el 65,4% tuvo un nivel malo, el 23,1% un nivel regular a excepción del 11,5% obtuvo un nivel bueno.

Con respecto al conocimiento sobre medidas en la atención odontológica el 62,67% tuvo un nivel medio, el 36,4% un nivel bajo, mientras que el 0,67% un nivel alto, no coincide con **(Enriquez Valverde R. 2012)** que presenta 31,7% tuvo un nivel regular, el 46,7% un nivel malo, mientras que el 21,7% un nivel bueno y coincide con **(Luján Zarzosa R. 2012)** el 57,7% tuvo un nivel regular, el 26,9% un nivel malo, excepto el 15,4% un nivel bueno.

El grado de instrucción más frecuente fue el secundario completo con un 44,7%, presentando un nivel de conocimiento medio 56,72% sobre salud bucal, seguido de un conocimiento bajo 37,31%, alto con un 5,97% y el grupo etáreo más frecuente fue de 31 a 35 años de edad; la cual no coincide con **(Enriquez Valverde R. 2012)** donde el grado de instrucción más frecuente fue el superior con un 48,3%, el cual mostró un nivel de conocimiento regular y el rango de edad más frecuente fue de 35 a 39 años; pero si coincide con **(Luján Zarzosa R. 2012)** donde el grado de

instrucción más frecuente fue el secundario completo con un 61,5% con un nivel de conocimiento medio, excepto el rango de edad más frecuente fue de 25 a 29 años.

4.3. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe una relación directa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco en el periodo octubre - diciembre del año 2013.

Habiéndose comprobado que el grado de instrucción superior (técnico) presentan un nivel de conocimiento medio con un 89% y primaria completa presenta un conocimiento bajo con un 40%.

Esta relación es comprobada estadísticamente a través del resultado obtenido en las pruebas realizadas por el programa SPSS versión 21.

CONCLUSIONES

1. El grado de instrucción más frecuente fue el de secundaria completa con un 44,67%.
2. El nivel de conocimiento obtenido sobre salud bucal en las gestantes encuestadas en general fue un nivel medio con un 70%, seguido de un nivel bajo con un 25% y un nivel alto con solo un 5%, considerando que; el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas y el nivel de conocimiento sobre medidas en la atención odontológica predominó el conocimiento medio con un 55% y 63% respectivamente y; el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales presento un conocimiento bajo (64%) a comparación de los otros dos mencionados.
3. Existe una relación significativa entre el grado de instrucción superior (técnico) y el nivel de conocimiento medio con un 89% sobre salud bucal; primaria completa y el nivel de conocimiento bajo con un 40%; mas no se encontró una relación significativa entre el grado de instrucción superior (técnico - universitario) y el nivel de conocimiento alto sobre salud bucal (7%).

4. No existe una relación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal según los grupos etáreos ya que la edad no es un factor determinante en el nivel de conocimiento; a excepción del grupo etáreo de 31 – 35 años, donde se encontró que el grado de instrucción superior (técnico – universitario) presentan un nivel de conocimiento alto de 25 a 33%.

RECOMENDACIONES

1. Teniendo en cuenta la estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, se debe diseñar y aplicar un plan o programa específico de educación sobre el cuidado e importancia de la boca a las madres embarazadas más vulnerables explicándoles los cambios hormonales, patológicos y fisiológicos que se presentan en esta etapa y como pueden prevenirlas y / o tratarlas.
2. Motivar a todas las madres gestantes que acuden a su control perinatal al Centro de Salud a visitar y/o acudir al odontólogo para que comprenda que una buena salud bucal asegura una vida sana para ella y su futuro niño.
3. Brindar capacitación a los profesionales de la salud sobre aplicación de estrategias de prevención, intervención y manejo de técnicas en problemas de salud bucal en pacientes embarazadas por el tratamiento especial que ellas requieren en caso de urgencia y emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIAS ARCE, C.** (2000). *Nivel de Conocimiento Sobre Prevención de Salud Oral en Gestantes que acuden a tres centros de salud de Lima*. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal
- EDWAR, T.S.** (1969). *Dental attitudes of primigravid woman*. *Journal Periodontal Research*. 4:325-28.1
- SHEIN, B. TSAMSOURIES,** (1991). A. *Self reported compliance an the effectiveness of prenatal dental education*. *J. of Clinic Ped. Dent*. 15(2):102-9.
- DIAZ RRM.** (2001) *Actitudes que influyen en la demanda de servicios Odontológicos durante la gestación*. *Rev ADM*; 58(2):68-73.
- DÍAZ NÚÑEZ, M.** (1196) *Grado de Conocimiento de Medidas Preventivas de Salud Bucal en Gestantes del Hospital Materno Infantil de Canto Grande*. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia;

RODRÍGUEZ VARGAS M. (2002). *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2002.* [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002

VELÁSQUEZ HUAMÁN, Zulema. (1995). *Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social.* [Tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia;

ENRIQUE VALVERDE, Raúl Antonio. (2012) *“Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en multigestas que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital III EsSalud del distrito de Chimbote, provincia del Santa, Dpto. de Ancash-noviembre del 2012”* [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista [Chimbote, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012. Disponible: www.uladech.com.edu.pe

LUJÁN ZARSOZA, Roberto Germán (2012). *“Nivel de conocimiento sobre salud bucal en multigestas menores de treinta años que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital de Especialidades Básicas La Noria, Trujillo, La Libertad 2012”* [Tesis para optar el

título de Cirujano Dentista [Trujillo, Universidad Católica Los
Ángeles de Chimbote, 2012. Disponible: www.uladech.com.edu.pe

MINISTERIO NACIONAL DE EDUCACIÓN, [http://www.inei.gob.pe/
biblioineipub /bancopub/Est/Lib0007/CAP0203.HTM](http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0007/CAP0203.HTM)

MINISTERIO NACIONAL DE EDUCACIÓN ,

<http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ FDI. (2000). *Metas Globales para la Salud Bucal en el año 2000. Revista Salud Bucal CORA* (Confederación Odontológica de la República Argentina). Año VIII (48) Dic 1981.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1984). *Salud Oral. En el proceso hacia un nuevo enfoque. Puerto Plata. República Dominicana.*

DOBARGANESA *Intervención educativa en salud bucal para gestantes.* Camagüey, Cuba. AMC 2011;15(3):143-145

BASTARRECHEA MILIÁN M, FERNÁNDEZ RAMÍREZ L, MARTÍNEZ NARANJO T. (2009). *La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. Revista Cubana de Estomatología. 2009;46* [Fecha de acceso 10 de

octubre de 2013] , Disponible
:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000400007&script=sci_arttext

MAGNUSSON, (1987). Bengt. *Odontología Preventiva*. Savat editores.
Reimpresión.

PINKHAM J.R. (1991). *Odontología Pediátrica*. Nueva Editorial Interamericana. 162-64.

RIOS DÍAZ. (1996). *Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses*. Tesis- Bachiller UPCH.

OTERO PURIZAGA, Juana. (2005). "*Prevalencia de enfermedades periodontales factores de riesgo y necesidad de tratamiento en el personal de tropa masculino en Servicio Militar en Lima en el año 2000*". Rev. Estomato Herediana v.15 2005.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000100003&lng=es&nrm=is

CUENCA, Emili. (1999). "Odontología preventiva y comunitaria". Segunda edición. Editorial masson s.a.

BARRANCOS MOONEY J. (1999). *Operatoria dental*. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; pag.313-319

ARANDA I. (2012). *La importancia de la limpieza con hilo dental*.
Disponible

en:<http://www.yalemedicalgroup.org/stw/Page.asp?PageID=STW024966> (consulta: 22 jun 2012)

CAMPODÓNICO FIGUEROA, (1997). *Carlos. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses.* Tesis-Bachiller UPCH.

VILLENA SARMIENTO, (1988). Rita. Concentración natural de fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. Tesis-Bachiller.UPCH.

MADEIROS A. (2012). La verdad sobre el Flúor. Disponible en:<http://apologista.wordpress.com/2012/04/16/el-fluor-la-verdad-sobre-sussupuestos-beneficios> (consulta: 22 jun 2012)

PEÑALVER MA, (1997). Caries del biberón. Posibilidades preventivas y terapéuticas. Arch. Odontoestomatol;13(3):160-168.

CHUQUIHUACCHA V. (2012). *Manejo Odontológico de la Paciente Gestante.* Disponible en: <http://dentalw.com/papers/general/gestante.htm> (consulta:9 abril2012).

LITTLE JW, FALACE DA. (1986). *Odontología en pacientes con patología previa, Ed. Medici. Barcelona.*

LEVERETT DH, ADAIR SM, y otros: (1997). *Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries.* Caries Research.; 31:174-179

STIFANOM. (2012). *Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral.* Disponible en http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Nutricion_prevenccion.pdf (consulta: 13 jun 2012)

VILLENA SM. (1998). *Ingesta de azúcares en niños de 0 a 36 meses.* Revista Estomatológica Herediana, Lima;5 (2):22-26.

MC DONALD, (1995). *R. Odontología Pediátrica y del adolescente.* Editorial Panamericana 5ª Edición.

QUINTEROS L. (2012). *Nutrición, Dieta y Salud Bucal.* Disponible en: <http://www.vivirsalud.com/2009/02/22/nutricion-y-salud-dental> (consulta: 14 jun 2012)

LARIOS M. (1996). *Relación entre la dieta de la madre durante el embarazo y el nivel de caries en hijos de 6-42 meses que acudieron a los servicios de Pediatría de dos Policlínicos del IPSS y HNCH en los meses dic. 1995- ene. 1996.* Tesis-Bachiller UPCH.

NAKAMOTOM. (2001). *Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. Tesis-Bachiller UPSM.*

BELLO A, MACHADO M. (1997). *Efecto de la malnutrición fetal sobre los tejidos dentarios.* Rev. Cubana Estomatológica. 34 (2):57-61.

BARRANCOS J. (2006). *Operatoria dental.* 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; pag.300

BARRANCOS J. (2006). *Operatoria dental.* 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; pág. 302

BARRANCOS J. (2006). *Operatoria dental.* 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; pág. 303

PÉREZ OA. Betancourt BM, Espeso NN, Miranda NM, Gonzales BB. (2013). *Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo.* *Revista Cubana de Estomatología.* 2011.[Fecha de acceso 10 de octubre de 2013] Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072011000200002&script=sci_arttext

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH
(2004) *Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal.*

Causas, Síntomas y Tratamientos [LINDHE, Jan.(2005)
Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Pág. 208.

HUGOSON (1970); **MIYAZAKI** y col.,(1991) ,(Hugoson,(1970) citado por
LINDHE, Jan (2005) *Periodontología Clínica e Implantología
Odontológica*. Págs. 193 – 194.

DI PLACIDO Y COL., (1998) citado por LINDHE, Jan (2005)
Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Pág. 194.

MURAMATSU Y TAKAESU (1994) citado por LINDHE, Jan (2005)
Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Pág. 194.

LUNDGREN Y COL., (1973) citado por LINDHE, Jan (2005)
Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Pág. 194

SOORIYAMOORTHY Y GOWER (1989) citado por LINDHE, Jan (2005)
Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Pág. 195.

MIYAGI Y COL., (1993) citado por LINDHE, Jan (2005) *Periodontología
Clínica e Implantología Odontológica*. Pág. 194.

OFFENBACHER, S., LIEFF, S., BOGGESS, K., Murtha, A., Madianos, P.,
Champagne, C., McKaig, R., Jared, H.,Mauriello, S., Auten, R.,
Herbert, W., Beck, J. (2001). *Maternal periodontitis and*

prematurity. Part I: obstetric outcome of prematurity and growth restriction. Annals of Periodontology; 6, 164–174.

PAREJA, V. M. (2003). *La enfermedad periodontal como posible factor de riesgo de partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso.* Tesis Mg. Facultad de Odontología. UNMSM. Lima– Perú.

GIBBS RS. (2001). *The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: an overview. Ann. Periodontol. Am. Acad. Periodontol. diciembre de; 6(1):153-63.*

LAINÉ MA. (2002). *Effect of pregnancy on periodontal and dental health. Acta Odontol Scan; 60: 257-64.*

GÓMEZ-CLAVEL JF. (1999). *Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. Revista de la Asociación Dental Mexicana Méx; LVI (4): 158-162.*

DÍAZ-ROMERO RM. (1991). *Empleo de medicamentos durante el tratamiento estomatológico en la embarazada. Medicina Oral Mex; 8 (8): 62-64.*

CASTELLANOS, J. DÍAZ, O. (2002). *Medicina en Odontología. Manejo dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. (2º Edición)* México: Manual Moderno.

ASOCIACION DENTAL AMERICANA. (2003). *Terapeutica Dental.*

Barcelona España: MASSON.

MOYA, MAURICIO (2008) *Manual de odontología básica integrada.* Tomo

2. Edit. Printer. Colombia

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada

con

DNI N° _____, declaro que cumplo con todos los criterios de inclusión y acepto participar en la investigación denominada “Relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al centro de Salud San Francisco Microred – Cono Sur en los meses Octubre – diciembre de año 2013” realizada por la srta. Bachiller Lorgia Verónica Guevara Callire.

Tacna, ____ de _____ del 2013.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Anexo 2. Cuestionario utilizado para la investigación



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO-MICRORED CONO SUR EN LOS MESES OCTUBRE – DICIEMBRE DEL AÑO 2013, TACNA. Guevara Callire, Lorgia Verónica.



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA CUESTIONARIO PARA GESTANTES

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar la relación que exista entre el grado de instrucción y su nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y veraz.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque la alternativa correcta con una equis (X) dentro del recuadro que considere correcto.

Sea totalmente sincera.

FICHA N°:..... FECHA:.....

DATOS GENERALES: Coloque una "X" en su rango de edad:

Edad	
De 16 a 20 años	
De 21 a 25 años	
De 26 a 30 años	
De 31 a 35 años	

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA: SI () NO ()

I. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Ninguno	()
Primaria: Completa	()
Incompleta	()
Secundaria: Completa	()
Incompleta	()
Superior: Técnica	Completa () Incompleta ()
Universitaria	Completa () Incompleta ()
Especialidad	Completa () Incompleta ()



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO-MICRORED CONO SUR EN LOS MESES OCTUBRE – DICIEMBRE DEL AÑO 2013, TACNA. Guevara Callire, Lorgia Verónica

II. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL:

MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL	SI	NO	NO SE
1. Considera Ud. como medidas preventivas en salud bucal el uso de: flúor, hilo dental, cepillo y pasta dental.			
2. Para eliminar la caries debe cepillarse los dientes.			
3. Para eliminar la placa bacteriana (restos de comida, microorganismos) debe cepillarse los dientes.			
4. Respecto al cepillado dental:			
▪ Debe cepillarse los dientes 1 vez al día.			
▪ Debe cepillarse los dientes 2 veces al día.			
▪ Debe cepillarse los dientes 3 veces al día.			
▪ Debe cepillarse los dientes después de cada comida.			
5. Duración del cepillado dental:			
▪ El cepillado dental debe ser menos de 1 minuto.			
▪ El cepillado dental debe ser entre 1 a 2 minutos.			
▪ El cepillado dental debe ser entre 2 a 3 minutos.			
▪ El cepillado dental debe ser de 3 minutos a más.			
6. Respecto al flúor:			
▪ Se recomienda su uso durante el embarazo.			
▪ Ayuda a prevenir la caries.			
▪ Evita que se descalcifique los dientes durante el embarazo.			
7. Respecto al enjuague bucal :			
▪ Ayuda a prevenir que aparezca la caries			
▪ Evita el mal aliento.			
▪ Se usa una o más veces al día.			
▪ Se usa durante el embarazo.			
8. El hilo dental retira los alimentos entre diente y diente			
9. La calidad de la dieta (carbohidratos, grasas, azúcares) que consume durante el embarazo ayuda a que se produzca mayor cantidad de caries.			
10. La calidad de la dieta (frutas, verduras, minerales) que consume durante el embarazo ayuda a que no se produzca mayor cantidad de caries.			



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO-MICRORED CONO SUR EN LOS MESES OCTUBRE – DICIEMBRE DEL AÑO 2013, TACNA. Guevara Callire, Lorgia Verónica

ENFERMEDADES BUCALES	SI	NO	NO SE
11. Respecto a la caries:			
▪ Es producida por la placa bacteriana.			
▪ Es ocasionada por los ácidos que producen las bacterias.			
▪ Son manchas marrones, oscuras y blanquecinas que aparecen en las superficies de los dientes.			
▪ Se considera a la caries como una enfermedad contagiosa.			
12. “Por cada embarazo” se pierde un diente			
13. Respecto a la gingivitis:			
▪ Es el dolor del diente.			
▪ Es la inflamación de las encías.			
▪ Es el sangrado de las encías.			
14. Respecto a la periodontitis:			
▪ Afecta los tejidos de soportes (hueso) del diente.			
▪ Son heridas en la boca.			
▪ Es la pigmentación de los dientes.			
▪ Produce la movilidad y pérdida de las piezas dentarias.			
▪ Es producida por el tabaquismo crónico, estrés y alimentación deficiente.			
15. Respecto al granuloma piógeno: (aparece durante el embarazo)			
▪ Es la tumoración de las encías.			
▪ Es el sangrado de las encías.			
▪ Es el agrandamiento de las encías.			



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO-MICRORED CONO SUR EN LOS MESES OCTUBRE – DICIEMBRE DEL AÑO 2013, TACNA Guevara Callire, Lorgia Verónica

MEDIDAS EN LA ATENCION ODONTOLOGICA DURANTE EL EMBARAZO	SI	NO	NO SE
16. El consumo de vitaminas como (sulfato ferroso, calcio) esta indicado durante el embarazo.			
17. Referente a los medicamentos:			
▪ El ibuprofeno esta indicado durante el embarazo.			
▪ La amoxicilina esta indicado durante el embarazo.			
▪ El paracetamol esta indicado durante el embarazo.			
▪ El diazepam esta indicado durante el embarazo.			
18. Referente al uso de radiografías:			
▪ Esta indicado durante el primer trimestre de embarazo.			
▪ Esta indicado durante el segundo trimestre de embarazo.			
▪ Esta indicado durante el tercer trimestre de embarazo.			
▪ Esta contraindicado durante el embarazo.			
19. Referente a la anestesia dental:			
▪ Esta indicado durante el primer trimestre embarazo			
▪ Esta indicado durante el segundo trimestre de embarazo			
▪ Esta indicado durante el tercer trimestre de embarazo			
▪ Esta contraindicado durante el embarazo.			
20. Referente a la atención odontológica:			
▪ Puede recibir atención odontológica en el primer trimestre de embarazo.			
▪ Puede recibir atención odontológica en el segundo trimestre de embarazo.			
▪ Puede recibir atención odontológica en el tercer trimestre de embarazo.			
▪ No puede recibir atención odontológica durante el embarazo.			
21. Se puede realizar profilaxis dental, destartraje (limpieza) de los dientes durante el embarazo.			
22. Se puede realizar curaciones de los dientes durante el embarazo.			

**Anexo 3. Autorización del gerente del centro de salud san francisco
Meses octubre – diciembre del año 2013**



CONSTANCIA

No 07/2014

EL GERENTE DE LA MICRO RED CONO SUR; CLAS CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, QUIEN SUSCRIBE, DEJA CONSTANCIA QUE:

Srta: LORGIA VERÓNICA GUEVARA CALLIRE, ha realizado el proyecto de Investigación titulado "**Relación entre el grado de Instrucción y el Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco**", en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2013.

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines que crea por conveniente, careciendo de valor para los procesos judiciales contra el estado.

Tacna, 20 de Junio del 2014.

REGIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA
M.I. 04 - MICRO-RED CONO SUR
CLAS C.S. SAN FRANCISCO

Dr. Jaime Fernando Travençolo
GERENTE
C.M.P. 20053

Anexo 4. Evidencias fotográficas



Figura N°1: Explicación del llenado del cuestionario en el área de psicoprofilaxis



Figura N°2: Explicación y llenado del cuestionario en el área de psicoprofilaxis



Figura N°3: Llenado del cuestionario en el área de psicoprofilaxis



Figura N°4: Charla de prevención odontológica en el área de psicoprofilaxis



Figura N°5: Explicación y llenado del cuestionario en el área de Obstetricia



Figura N°6: Explicación y llenado del cuestionario en el área de Obstetricia



Figura N°7: Charla de prevención odontológica en el área de psicoprofilaxis

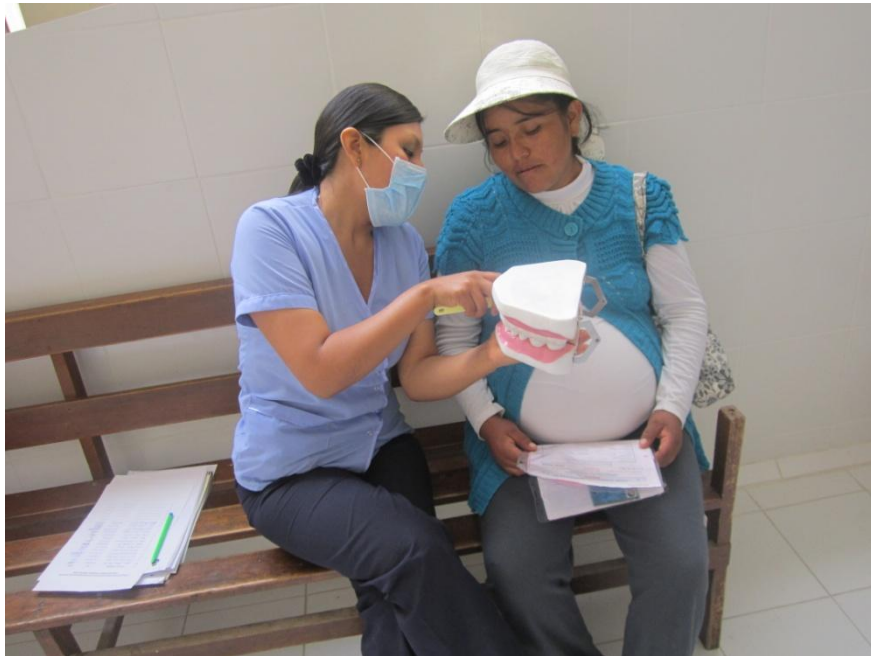


Figura N°8: Charla de prevención odontológica con maqueta dental

Anexo 5. Propuestas de estrategias de salud bucal

ESTRATEGIAS DE SALUD BUCAL:

La promoción de la salud bucal es una estrategia que nos permite reducir la carga de morbilidad en esta área, permite mantener la salud bucodental y preservar la calidad de vida. También es parte integrante del fomento de la salud en su conjunto, puesto que la salud bucal es un determinante de la salud en general y de la calidad de vida de la persona (madre gestante, niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor).

- Promover una alimentación saludable, en especial un menor consumo de azúcares y una mayor ingestión de frutas y hortalizas, según lo previsto en la Estrategia Mundial OMS sobre régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y reducir los niveles de malnutrición.
- Proporcionar acceso al agua potable, a la higiene en general y a mejores sistemas de saneamiento para una adecuada higiene bucodental.
- Establecer planes nacionales de utilización de fluoruros, basados en programas para administrarlos automáticamente a través del agua potable, la sal o la leche, o para favorecer su

uso tópico, por ejemplo con dentífricos fluorados a precios asequibles. Es preciso que los programas de fluorización de la sal estén vinculados a los de yodación.

- Crear capacidad en sistemas de salud bucodental orientados a la prevención y la atención primaria, procurando sobre todo atender las necesidades de los sectores más pobres o desfavorecidos. Deben establecerse servicios de salud bucodental que abarquen desde la prevención y el diagnóstico precoz hasta el tratamiento y la rehabilitación, pasando por la atención a los problemas bucodentales de la población según las necesidades y los recursos disponibles.
- Fomentar la salud bucal en las escuelas a fin de promover modos de vida saludables entre los niños y jóvenes y de enseñarles a cuidar de su propia salud. Trabajando desde una óptica integrada, que combine la política de salud escolar con una educación sanitaria basada en conocimientos prácticos, un entorno escolar saludable y servicios de salud escolar.
- Fomentar la salud bucal entre la gente mayor con el fin de mejorar su bienestar y su estado de salud tanto bucodental como general, promoviendo la salud desde la perspectiva del ciclo vital completo, aplicando sistemas integrados de prevención y procurando sobre todo que la atención primaria esté adaptada a las necesidades de cada franja de edad.