

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA - TACNA,
ENERO A MARZO 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Nelly Patricia Osnayo Quispe

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA-TACNA, ENERO A
MARZO 2015**

TESIS

Presentada por:

Bach. NELLY PATRICIA OSNAYO QUISPE

Para optar el título profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por _____, ante el siguiente jurado:



DR. Luis Alberto Alarico Cohaila

Presidente



C.D. Edgardo Javier Berrios Quina

Miembro



C.D. Vury Miguel Tenorio Cahuana

Miembro

DEDICATORIA

*A mi Padre Celestial, gracias por todo, todo lo que
soy es gracias a Él.*

*A mi madre, por el apoyo constante todos estos
años de vida y 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 Madre, que estuvo todos estos años a mi lado,
apoyándome y brindándome mucho amor y comprensión.*

*Al personal del centro de salud San Francisco por su apoyo
durante la realización del presente trabajo.*

*A todas las gestantes que formaron parte de este trabajo de
investigación por su valiosa colaboración.*

*A mi Asesor de Tesis, Dr. Milton Flor Rodríguez,
por haberme guiado y asesorado.*

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.5 HIPÓTESIS	7
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES	10
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	10
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	15
2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA	19

2.2.1 SALUD ORAL	19
2.2.2 MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL	21
2.2.2.1 HIGIENE ORAL	21
A. CEPILLO DENTAL	23
B. HILO DENTAL	26
C. FLUORUROS	27
D. ENJUAGUE BUCAL	39
E. SELLANTES	41
2.2.2.2 DIETA	42
a. NUTRICIÓN DURANTE LA GESTACIÓN	44
2.2.3 ENFERMEDADES BUCALES	47
2.2.3.1 CARIES DENTAL	47
2.2.3.2 GINGIVITIS	52
2.2.3.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL	55
2.2.4 ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA DE LA PACIENTE GESTANTE	57
a. Fisiología de la paciente gestante	58
b. Tratamiento odontológico	60
c. Educación a las pacientes	62
d. Empleo de fármacos	64
e. Radiografías dentales	65
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	68

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Diseño de la investigación	69
3.2	Ámbito de estudio	69
3.3	Población y muestra	69
3.3.1	Criterios para la selección de la población	70
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	71
3.5	Procedimientos de recolección de datos	73
3.6	Plan de Procesamiento y análisis de datos	73

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1	RESULTADOS	74
4.2	DISCUSIÓN	100
4.3	CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	103
	CONCLUSIONES	104
	RECOMENDACIONES	106
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
	ANEXOS	112

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo y transversal, tiene por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna. Enero a Marzo 2015, según nivel de escolaridad, trimestre de embarazo, número de embarazo y edad. Para determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral se confeccionó un cuestionario de 24 preguntas, el cual fue dividido en nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y riesgo de caries, conocimientos sobre riesgo de fármacos usados en Odontología y conocimientos sobre desarrollo y crecimiento dental.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, salud bucal, gestantes.

ABSTRACT

This research is descriptive and transversal, aims to determine the level of knowledge of oral health of pregnant women who come to the health center in the district San Francisco Gregorio Albarracin Lanchipa - Tacna. January to March 2015, according to educational level, trimester of pregnancy, number of pregnancy and age. To determine the level of knowledge about oral health questionnaire of 24 questions, which was divided in level of knowledge on preventive measures, oral disease and caries risk, knowledge about risk of drugs used in dentistry and knowledge on development and growth was drawn dental.

Keywords: Skill level, oral health, pregnan

INTRODUCCIÓN

La población del Perú y en gran parte de Latinoamérica presenta un elevado índice de desnutrición y bajo nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en Salud Oral, que se refleja en un deficiente estado de Salud Oral, por lo cual las madres gestantes muchas veces se convierten en un vehículo de inicio muy importante para lograr la prevención y salud en los futuros niños. Entonces es de suma importancia lograr una buena sensibilización y educación de las gestantes en el cuidado de la salud oral de sus futuros hijos. Por ejemplo se debe tener en cuenta que al nacer los bebés, no tienen microorganismos en la boca, los adquieren muchas veces de parte de la madre, al besarlos en la boca, cuando sopla su cuchara de comida o la prueba, etc. ésta es la puerta de entrada de microorganismos, y a partir de ahí se establecen y se multiplican dentro de la boca del bebé.

Ésta es la razón porque la prevención y sensibilización en el cuidado de salud oral debe comenzar desde la gestación motivando y educando para evitar problemas posteriores, y esto es posible con una adecuada educación a la madre sobre prevención temprana de caries, conocimientos de enfermedades periodontales, conocimientos de higiene y cuidado bucal, además de conocer los factores de riesgo para el bebé. Esto garantizará una salud oral óptima del mismo y de la madre.

En el presente trabajo se determinó el nivel de conocimientos sobre Salud Oral de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco durante los meses Enero, Febrero y Marzo del año 2015, según nivel de escolaridad, trimestre de embarazo, número de embarazo y edad.

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 San Francisco del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna, durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2015 teniendo como población objetivo a todas las gestantes que acudan a su control prenatal en dicha institución.

Durante mi internado odontológico 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, por lo que me propuse realizar un trabajo de investigación para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de la paciente gestante que acude a su control ginecológico teniendo en cuenta las características de nivel de escolaridad, trimestre de embarazo, número de embarazo, edad y cómo influye este conocimiento en el desarrollo prenatal de la gestante.

Tomando en cuenta que los criterios de prevención y conciencia odontológica no se encuentran muy arraigados en dichas gestantes el pronóstico para la mujer gestante es desfavorable.

En este aspecto la conducta de prevención y de formación de conciencia odontológica se debe empezar con la madre gestante, motivándola y educándola, en relación a su higiene bucal y la de su futuro hijo, de tal manera que alcance un nivel de conocimientos que le permitan preservar su salud bucal y la de sus hijos.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre prevención de salud oral que poseen las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna de Enero a Marzo en el año 2015?

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente, las estrategias preventivas se inclinan a que la actuación del odontólogo debe basarse en el uso de 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 se realizó en una población objetiva, además nos dio 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. Permitió evaluar los conocimientos sobre enfermedades orales, como gingivitis, enfermedad periodontal, caries y placa bacteriana. En cuanto riesgo de fármacos usados en Odontología se preguntó sobre medicamentos como antibióticos y antiinflamatorios, uso de anestesia, toma de radiografías dentales durante el embarazo y se evaluó conocimientos sobre crecimiento y desarrollo dental.

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 atenta contra las normas éticas y morales.

Existe interés personal; por el acercamiento que tuve con las gestantes y el conocimiento que pude brindarles la prevención en su salud bucal y que se proyecte en el futuro una disminución de la enfermedad de la caries, mediante la educación, concientización 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, obstetras, etc.

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna, Enero a Marzo 2015, según nivel de escolaridad, trimestre de embarazo, número de embarazo y edad.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Oral de las gestantes que se acuden al Centro de Salud San Francisco.
- Evaluar el nivel de conocimiento enfermedades bucales y riesgo de caries de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre riesgo de fármacos usados en odontología de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco.

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre formación y desarrollo dental de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco según grado de instrucción.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco según trimestre de embarazo.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco según edad.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud Oral en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco según número de embarazo.

1.4 HIPÓTESIS

Es probable que el nivel de conocimiento sobre Salud Oral de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco sea malo, por lo tanto insuficientes para mantener un óptimo estado de su Salud Oral.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	ESCALA	INDICADOR	VALOR
Nivel de conocimiento sobre salud oral	Conocimientos sobre prevención de salud oral	Ordinal	Pregunta N° 1	Bajo (0-4 puntos) Regular (5-8 puntos) Alto (9-12 puntos)
			Pregunta N° 2	
			Pregunta N° 4	
			Pregunta N° 5, 20	
			Pregunta N° 6	
			Pregunta N° 7, 10 ,23 ,24	
			Pregunta N° 8, 9	
	Conocimientos sobre enfermedades bucales y riesgo de caries	Ordinal	Pregunta N° 3	Bajo (0-2 puntos)
			Pregunta N° 11	Regular (3 puntos)
			Pregunta N° 12	
			Pregunta N° 13	Alto (4-5 puntos)
			Pregunta N° 14	
	Conocimientos sobre riesgo de fármacos usados en Odontología	Ordinal	Pregunta N° 15	Bajo (0-1 puntos)
			Pregunta N° 16	Regular (2 puntos) Alto (3 puntos)
			Pregunta N° 17	
	Conocimientos sobre formación de los dientes	Ordinal	Pregunta N° 18	Bajo (0-1 puntos)
			Pregunta N° 19	Regular (2 puntos)
			Pregunta N° 21	
			Pregunta N° 22	Bueno (3-4 puntos)

Grado de Instrucción		Ordinal	Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria
Trimestre de embarazo		Ordinal	Nº de trimestre de gestación	1er trimestre 2do trimestres 3er trimestre
Número de embarazo		Ordinal	Nº de gestaciones	Primigesta Multigesta Gran multigesta
Edad		Ordinal	Nº años cumplidos	12-17 años 18-29 años 30-59 años

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

DOBARGANES (2011), en su estudio: “Intervención educativa en salud bucal para gestantes”. Realizó un estudio de intervención comunitaria en la Clínica Estomatológica Ignacio Agramonte, del municipio Camagüey, Cuba, desde enero hasta agosto de 2008. El universo se constituyó por las gestantes captadas desde diciembre de 2007 hasta abril de 2008 y la muestra no probabilística quedó integrada por 60 pacientes, igual número correspondió al universo de estudio. Se diagnosticaron factores de riesgo y problemas de salud bucal, se determinó el índice de higiene bucal y se aplicó una entrevista estructurada para obtener el nivel de información sobre salud bucal para luego implementar la estrategia educativa. Se detectó presencia de higiene bucal deficiente (83,3 %) y dieta cariogénica (78,3 %), el 76,6 % de las gestantes estuvieron afectadas por enfermedad periodontal y el 61,6 % por caries

dental. Conclusiones: Al inicio de la investigación el nivel de conocimientos fue regular e insuficiente y la higiene bucal no aceptable (81,6 %); al finalizar los resultados fueron buenos y la higiene bucal aceptable (88,3%). Predominaron las evaluaciones de insuficiente y regular al analizar el nivel de información sobre salud bucal al inicio del estudio, y de bien y excelente al finalizar la intervención.¹

ALMARALES (2008). En su estudio “Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas”, evaluó el nivel de conocimientos sobre salud bucal y su relación con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, así como la demanda de servicios estomatológicos por parte de las embarazadas, determinó la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal en las embarazadas, evaluó la relación entre el nivel de conocimientos y la prevalencia de la enfermedad periodontal, asimismo la relación entre la demanda de servicios estomatológicos y la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal. Se aplicó una encuesta a 71 gestantes de los policlínicos Moncada, Plaza y Rampa en La Habana, Cuba, que fueron captadas en el período de septiembre a

diciembre del 2007. Para determinar la afectación periodontal de las mismas se aplicó el índice periodontal de Russell. Los resultados mostraron un predominio de las embarazadas con nivel de conocimiento insatisfactorio (59,1%). La prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo estudiado fue alta (87,3 %), no así la gravedad. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la prevalencia de la enfermedad ($p=0,01586$), no siendo así con la gravedad.²

GONZÁLES (2007). En su estudio: Conocimientos de las embarazadas del área de salud "Carlos J. Finlay" sobre salud bucal. Realizó un estudio en las gestantes de menos de 14 semanas de embarazo, pertenecientes al Policlínico "Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba, en el período entre enero y marzo del 2002, con el propósito de indagar acerca de sus conocimientos en la esfera de la salud bucal. El universo constituido por 45 embarazadas. Para el estudio se formaron 2 grupos de edades teniendo en cuenta la madurez físico mental de las embarazadas: menores de 20 años y mayores de 20 años.

Para la recopilación de la información se elaboró un cuestionario con el objetivo de facilitar los resultados. Se observó que el nivel de conocimientos sobre los temas evaluados fue incorrecto en ambos grupos de estudio, pero las embarazadas pertenecientes al grupo menores de 20 años, mostraron menor nivel de conocimientos, por lo que se recomienda una intervención educativa, así como llevar a cabo estudios similares en las diferentes entidades del municipio.³

CÓRDOVA (2007). En la tesis “Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer Villa Hermosa. Tabasco. Realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en 100 gestantes mayores de 18 años, que acudieron al servicio de control prenatal en el Hospital de la Mujer (2007). Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica. Se encontró que el rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X= 24$ años, $S = 5$), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención

bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel medio con 59%.⁴

VALDÉS (2007). En su estudio “Evaluación cognoscitiva y capacitación sobre salud bucal en embarazadas del municipio Consolación del sur 2007”. Realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo con el objetivo evaluar el nivel cognoscitivo y capacitar en salud buco - dental, a una muestra de 79 embarazadas, que constituyen el universo de las captadas en el segundo semestre del 2006 en Consolación del Sur; a las cuales se le aplicó una encuesta de 27 preguntas, donde se evaluó inicialmente el nivel de conocimiento sobre salud bucal y teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje se diseñó y aplicó una estrategia educativa evaluando el nivel de conocimiento al final de la investigación con el instrumento empleado.

Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y se aplicó la prueba estadística de análisis de correlación entre variables. Se concluyó que antes de la intervención el nivel de conocimientos

era bajo y la estrategia implementada mejoró ostensiblemente el mismo, posibilitando el incremento de la auto responsabilidad, elevando así el nivel de educación para la salud.⁵

GARBERO (2005). En su estudio “Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes” exploró los conocimientos y actitudes de las embarazadas de los distintos sectores del sistema de salud de Tucumán, en relación con los cambios orales producidos durante la gestación. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de autoadministración y respuestas cerradas en 258 embarazadas de los sectores privados y seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (Grupo II), en Tucumán, Argentina. El promedio de edad del Grupo I fue 23 años, el 42,6% tenía estudios secundarios y el 61,1% eran primíparas. El Grupo II de 19 años de edad promedio, el 61,9% tenía estudios primarios, el 74,7% dos o más hijos previos. Los resultados evidencian que, a pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, son escasos los conocimientos acerca del origen y posibles causas del deterioro oral durante el embarazo. La demanda de atención a pesar del deterioro sufrido, también fue escasa.⁶

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

BARRIOS (2012). En la tesis “Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ – MINSA en el año 2012. Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal, con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral en un grupo de 75 primigestas que acudieron al Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, el cual fue dividido en 4 secciones con el fin de evaluar integralmente en nivel de conocimientos de las gestantes sobre Salud Oral, que son conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, riesgo de fármacos usados en odontología y por último formación y desarrollo dental. Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo y nivel de escolaridad. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el malo con un 54.7% (41 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvieron las secciones referidas a formación y desarrollo dental y riesgo de fármacos usados en odontología.

Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el 2do trimestre de embarazo (42.7%), el grado de instrucción secundaria (52%), de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes de 21 a 30 años (66.7%). No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y nivel de escolaridad.⁷

RODRÍGUEZ (2002). En la tesis “Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión”. Hizo un estudio teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, donde se evaluó el conocimiento 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- 13) y bueno (14-20 puntos). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de

instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales reciben o no atención odontológica. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas 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 el nivel de conocimiento.⁸

LA TORRE (2001). Realizó un estudio con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes, primigestas, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal de la gestante, cuidado de la Salud Bucal del infante, conocimiento del desarrollo dental en el infante, además del

registro odontoestomatológico que consta de un odontograma e índices de Higiene bucal simplificado. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHOS, contra un 12,5% es mala. El cuestionario cuidado de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo. Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto.⁹

ARIAS (2000), realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral en un grupo de 263 gestantes que acudieron a los servicios, dos del IPSS y uno de Salud Pública. Para determinar el nivel de conocimiento de las gestantes se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas, referentes a su educación, visita al dentista, Salud Bucal, condición de embarazo y aplicación de flúor, usando una escala de

calificación con los niveles de nulo:0-2 respuestas orientadas a la prevención; bajo:3-5 respuestas; mediano:6-7 respuestas y alto 8-9respuestas. Se estableció la relación del nivel de conocimiento con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y visitas al dentista, se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente, fue el de mediano, con un 87,1% (229 gestantes). Además se pudo establecer que en la mayoría de las gestantes prevalecía el grado de instrucción: secundaria completa a superior.¹⁰

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 SALUD ORAL

La Salud Oral, 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 Oral, 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.¹¹

La Salud Oral 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.¹²

2.2.2 MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL

2.2.2.1 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 ausentes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica diaria de medidas preventivas 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. 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 aquéllas.

PLACA BACTERIANA

Es la acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal.¹³

Las encías enrojecidas, inflamadas o que sangren pueden ser las primeras señales de una gingivitis. Si la enfermedad es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar pueden comenzar a destruirse y eventualmente se pierden los dientes.

La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y restauraciones, y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la

placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro.

A.- CEPILLO DENTAL

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

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales.¹⁴

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.

CEPILLADO DENTAL

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

La técnica de cepillado más recomendable para niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, y si es cepillado por una persona adulta, la técnica circular es la más adecuada. Se debe cepillar sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los papás al realizar el cepillado, y el niño al no ser capaz de escupir bien puede tragar parte de la misma. La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Se debe esforzar para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario.

Técnica de Bass Modificada.- Es la considerada más eficiente en odontología. Se colocan las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.¹⁵

Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 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 masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

HIGIENE DE LA DENTICIÓN DECIDUA

Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé desde el nacimiento y tan pronto como aparezca el primer diente con cepillo dental. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus*

mutans que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los dientes al menos dos veces por día, y una debe ser obligatoriamente por las noches, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la

suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años).¹⁶

B. USO DE HILO DENTAL

Cepillarse los dientes de forma adecuada y consistente ayuda a eliminar la mayor parte de la placa dental, pero el cepillado sólo no puede eliminar la placa que está localizada en lugares que el cepillo no puede alcanzar, especialmente en los espacios entre los dientes. Además de eliminar la placa, la limpieza con hilo dental también ayuda a lo siguiente:

- 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.

C. FLUORUROS

El flúor fue descubierto por Marggraf Scheele (1771) en forma de ácido hidrofúorhídrico pero debido a la gran afinidad de este

elemento de combinarse con otros, no fue aislado hasta 1886 por Moisen; la presencia del flúor en materiales biológicos fue observada por primera vez en 1803 por Morichini en los dientes de elefantes fósiles. Berzelius en 1823 detecto los niveles del fluoruro en el agua. Madeiros (1.998) afirma, que el flúor es el más electronegativo de todos los elementos químicos, el flúor no se encuentra en su forma elemental, siempre será observado combinado con fluoratos, siendo el más común la Criolita y la Apatita.¹⁷

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.

MECANISMO DE ACCIÓN

El mecanismo de acción exacto del flúor no es del todo conocido; como consecuencia de ello, se han emitido varias hipótesis en trabajos que sustentan la actividad preventiva del flúor frente a la caries.

En principio se podrían establecer cuatro grandes grupos:

Acción sobre la hidroxiapatita:

1. Disminuye la solubilidad
2. Aumenta la cristalinidad.
3. Promueve la remineralización formando cristales de fluorapatita.

Acción sobre las bacterias de la placa bacteriana:

1. Inhibidor enzimático
2. Reduce la flora cariogénica (antibacteriano directo).

Acción sobre la superficie del esmalte:

1. Inhibe la unión de proteínas y bacterias.
2. Disminuye la energía superficial libre.

Acción sobre el tamaño y estructura del diente:

1. Morfología de la corona.
2. Retraso en la erupción.

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.¹⁸

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).

Otros aportes de flúor sistémico: En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluorización de las aguas

de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluorización de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral.

Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico. Antes de tragarse deben ser masticados y tanto éstos como las gotas, debieran recorrer las superficies externas de los dientes, con lo que realizarían un efecto preventivo local y al ingerirse, un efecto sistémico general.¹⁹

Para la administración de suplementos de flúor debemos tener en cuenta una serie de factores:

- Edad del niño.
- Consumo de flúor por otras fuentes: agua corriente y embotellada, alimentos (pescados, mariscos), fármacos y suplementos vitamínicos, leches maternizadas, ingestión de pasta o colutorios fluorados (los niños menores de 5 años no deben utilizar dentífricos ni colutorios con sabor ya que pueden estimular su ingesta).

- Nivel de motivación de los responsables: la falta de continuidad en la administración de fluoruro alcanza a más del 80% de los niños a los tres años de iniciado.
- Factores de riesgo de caries: hábitos alimenticios del niño, malos hábitos higiénicos, presencia de caries en el niño o en sus padres, hospitalización prolongada y enfermedades incapacitantes.

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.²⁰

- 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.

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.²¹

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 las 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.²²

2.-Fluorización de las aguas en las 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. El método para administrar estos suplementos,

dependerá de la edad, en niños pequeños se utilizarán en flúor en gotas o las preparaciones vitamínicas, colocándolas directamente en la lengua o bien mezclándolas con agua o zumos, o en la propia comida del niño. Hay que tener en cuenta que estos preparados no deben mezclarse con leche, pues se retarda su absorción. En niños con capacidad de masticar se pueden utilizar las tabletas, que deben ser masticadas y mezcladas con saliva durante un minuto, para posteriormente ser ingeridas, de esta forma conseguiremos un efecto tópico y un efecto sistémico.

VÍA TÓPICA

Las formas de presentaciones más comunes existentes para la aplicación tópica de flúor son:

GELES FLUORADOS Y BARNICES

• Geles de flúor

Los más frecuentes son de flúor fosfato acidulado 1.23% y flúor de aminas al 1.25%. Tienen la ventaja de que son baratos, fáciles de aplicar y la técnica la puede realizar el personal auxiliar. El inconveniente que tienen es la posible ingestión excesiva de flúor

durante la aplicación, provocando síntomas de toxicidad aguda como náuseas, vómitos, dolor de cabeza y dolor abdominal.

• **Barnices de flúor**

Los barnices constituyen la forma de aplicación de fluoruros por el profesional que tiene mayor efectividad anticaries. Aunque en la actualidad son más los barnices de flúor que están comercializados, hay dos que han sido más ampliamente estudiado y cuya efectividad está demostrada.

- Fluoruro de silano al 0.1% de ión flúor, en un vehículo de poliuretano, cuyo nombre comercial es FluorProtector® (Vivadent). Se presenta en forma diluida en ampollas aplicándose con pincel o en pequeños botes con tapón de rosca.

- Barniz de fluoruro de sodio al 2,2% de flúor en un complejo resina solvente de nombre comercial Duraphat® (Woelm Pharma) (se presenta en pequeños tubos de cristal adaptado para que se aplique con una jeringa). La rápida pérdida de fluoruro soluble después de la aplicación tópica se reduce aplicando a los dientes un sellante a prueba de agua.²³

Este procedimiento permite un mayor tiempo de reacción flúor-esmalte y aumenta la captación de fluoruro por periodos prolongados durante 12- 48 horas.

DENTÍFRICOS FLUORADOS

La aplicación de flúor a través de las pastas dentífricas es una práctica ampliamente extendida y, sin duda, la forma más popular de uso tópico. Los compuestos más usados son el monofluorofosfato sódico, el fluoruro sódico o los fluoruros de aminas, con una concentración del 0,1% (1000 ppm de F). Se suele recomendar la aplicación de 1 gr De dentífrico por cepillado que equivale a 1 mg de F.

Los resultados muestran reducciones de casi 15 a 30% en la cantidad de superficies dentales que se tornan cariosas a través de periodos de 2 a 3 años.

Según Pinkham, los padres deben colocar la pasta en el cepillo y supervisar de manera invariable la sesión de cepillado, de manera que el niño escupa la espuma y la saliva.²⁴

COLUTORIOS

El uso de buches con colutorios fluorados constituye una fórmula de auto aplicación de flúor usada muy comúnmente tanto de forma individual como comunitaria.

- Método: Dos son los métodos que pueden ser recomendados; los de elevada potencia/baja frecuencia y los de baja potencia/alta frecuencia.

Los primeros se practican una vez por semana y suelen emplearse en programas escolares, los segundos suponen un enjuague diario y su uso es más frecuente en programas individuales. El niño introduce en su boca 5 ml de colutorio si se encuentra en edad preescolar (no es recomendable en niños menores de 6 años) o 10 ml para niños mayores. El enjuague se realiza durante 60 segundos y posteriormente se expectora evitando comer o beber durante los 30 minutos siguientes.

- Compuestos de flúor: El fluoruro sódico al 0,2% que contiene 904 ppm de F con una concentración de 0,09% que equivale a 0,90 mg de flúor por litro, es el preparado comúnmente empleado en los enjuagues semanales. Para la técnica se emplea el fluoruro sódico al 0,05%, que contiene un 0,02% de F (226 ppm de F) lo cual

supone 0,23 mg de F por ml de colutorio. Asimismo, puede emplearse el Fluorofosfato acidulado al 0,044%.²⁵

- Dosificación: El enjuague se realiza una vez al día empleando colutorios de baja concentración o bien una vez a la semana con colutorios de alta concentración. La cantidad a emplear en cada buche es de 10 ml, lo que supone 2,3 mg de F diarios o bien 9 mg semanales.

Igual que con la administración de tabletas de fluoruro, una desventaja de usar los enjuagues bucales es que es preciso conservar el interés del niño y los padres, y que estos deben motivarse lo suficiente para que el paciente se enjuague con conciencia.

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.

PASTA PROFILÁCTICA

Se incorporan varios fluoruros en las pastas para profilaxis, fluoruro de sodio, estañoso, APF, monofluorofosfato de sodio 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.

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.²⁶

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.²⁷

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. SELLANTES

Los sellantes de fosas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. En efecto, los sellantes tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. Debido a la alta prevalencia de lesiones cariosas y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los sellantes son doblemente importantes. Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes) debemos prevenir sellando todos los dientes.

INDICACIONES DE LOS SELLANTES

• A nivel individual:

- Dientes con morfología oclusal susceptible a la caries (surcos profundos).

- Molares hasta los 4 años tras su erupción (fase de maduración posteruptiva del esmalte, que es el momento ideal para colocar un sellador), sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte. En pacientes que puedan ser controlados regularmente.

- En hipoplasias o fracturas del esmalte.

- Para el sellado de márgenes de reconstrucciones con resinas compuestas.

• A nivel comunitario: Referido siempre a dientes sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte.

- Primeros molares permanentes: de 6-10 años

- Segundos molares permanentes: de 11-15 años.

- Premolares en dentición de moderado y alto riesgo de caries.

- Molares temporales en dentición primaria de alto riesgo.

2.2.2.2 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.²⁸

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 LA GESTACIÓN

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.²⁹

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 feto 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.

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.³⁰

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.

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 Gineco-obstétrico 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 del niño, 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.

2.2.3 ENFERMEDADES BUCALES

2.2.3.1 CARIES DENTAL

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la

pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continua manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. ³¹

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización.

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.

b. CARIES DE BIBERÓN

La caries del biberón es un término que describe un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria o decidua de lactantes niños de corta edad. Se presenta sobre todo en niños con una alimentación por biberón o materna prolongada, y por tanto, un retraso en la introducción a las comidas sólidas, también se

asocia con el empleo del chupete impregnado en sustancias azucaradas.

Las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad moderna junto con el trabajo de la mujer se asocian con aumento de la alimentación por biberón e incrementan el interés de conocimiento, prevención y tratamiento.

El primer paso en la etiología de este proceso sería una infección primaria por estos gérmenes, estos organismos se acumularían alrededor de las superficies de los dientes a unos niveles patológicos y que posteriormente, y como consecuencia de la exposición a sustancias con alto poder cariogénico, ocurriría la rápida desmineralización y cavitación de las superficies dentarias, dando lugar a caries sumamente agresivas. No se ha determinado si la presencia de altos niveles de *Streptococcusmutans* conduce a la aparición de caries del biberón o si son las lesiones de caries del biberón las que conllevan un elevado acúmulo de estas bacterias.

En cuanto al biberón el hábito puede ser nocturno o diurno, lo que determinará patrones distintos de afectación de los dientes. El más frecuente es el patrón nocturno, en el que el niño se queda dormido con el biberón en la boca.³²

La conversación con los padres por lo general revela un factor común, el niño era acostado con un biberón con leche o alguna bebida azucarada (jarabes vitamínicos, zumos de frutas), el niño se duerme y la leche o líquido azucarado se acumula alrededor de los dientes brindando un excelente medio de cultivo para los microorganismos acidógenos (*Streptococcus Mutans*), y esto, unido a la disminución del flujo salivar que se produce durante el sueño agrava la situación dando lugar a un ambiente altamente cariogénico propiciando así la aparición de caries agresivas de localización preferente en el maxilar superior, siendo los incisivos superiores los dientes más afectados.

Cuando el hábito es diurno, “niños que llevan el biberón a cuestas todo el día”, se afectan menos los incisivos superiores y aparecen caries en lingual de molares mandibulares.

Otro factor predominante en la aparición de este tipo de caries es el uso del chupete impregnado en sustancias azucaradas como la miel, mermelada o leche condensada. Puede asociarse también con lactantes alimentados al pecho que han prolongado los hábitos de alimentación.

Tanto esto, como darle el biberón más tiempo del debido lo utilizan los padres para calmar a niños con problemas para dormir o simplemente para que no lloren.

Instrucciones dietéticas generales.- Según la Academia Americana de Pediatría se debe interrumpir la lactancia materna y comenzar a administrar el biberón a los 9 meses y finalizarlo a los 12 meses. Para no interrumpir el biberón de golpe (abandono del hábito) se puede sustituir su contenido por agua, diluyéndolo paulatinamente.

Lo normal es que lleve de una a tres semanas con una resistencia por parte del niño, así como algunas noches sin dormir por parte de los padres.

A pesar de que un gran porcentaje de padres saben de estas medidas, muchos no las ponen en práctica o al intentarlo fracasan. Varios investigadores están de acuerdo en que muchos padres no están dispuestos a someterse al estrés del destete temprano o la retirada del biberón. No siguiendo las recomendaciones de salud se obtienen otros beneficios: el niño no les despierta por la noche, no hay conflicto. En la mayoría de los casos los padres eligen la última alternativa, arreglar las secuelas de la enfermedad.³³

2.2.3.2 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 en el embarazo

Esta alteración gingival, denominada gingivitis del embarazo, aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, momento en que va disminuyendo hasta el final del embarazo. Clásicamente se le acepta una prevalencia del 35 %, pero algunos autores hablan de hasta el 100%. Se observa una

afectación mayor en la zona anterior, sobre todo a nivel interproximal.

Diferentes estudios sugieren que esta gingivitis es el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, o también debido a cambios hormonales que alteran el metabolismo tisular, acompañado de alteraciones locales como la mala higiene, modificaciones del pH salivar y disminución de las IgA.

A medida que los cambios iniciales aumentan, la gingivitis gestacional se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento de las gingivorragias, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia.

2.2.3.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL

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.

Hay estudios, aunque muy pocos, acerca de las consecuencias de la enfermedad periodontal sobre la salud sistémica. El periodonto puede servir como un reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores inmunoinflamatorios, los cuales pueden interactuar con otros órganos de sistemas alejados de la cavidad bucal. Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo estadísticamente significativo para el nacimiento pre término, hecho esta hace pocos años desconocido. Es conocido que la respuesta del huésped a la infección periodontal resulta en la producción de mediadores inflamatorios que incluyen citoquinas y prostaglandinas. Por otro lado, el rol de las prostaglandinas en la regulación de la fisiología normal del parto ha sido bien documentado. Así las infecciones maternas durante el embarazo provocan una translocación de productos bacterianos y mediadores inflamatorios, de esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad al provocar que los niveles de PGE2 y citoquinas (fluidos biológicos que por lo general inducen el trabajo de parto) se incrementan velozmente, produciendo trabajo de parto y nacimiento pre término.³⁴

2.2.4 ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA DE LA PACIENTE GESTANTE

El embarazo constituye un proceso natural y sublime en la vida de una mujer, etapa que está acompañada de una serie de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos que las convierten en pacientes especiales que demandan cuidados especiales sobre todo cuando necesitan tratamiento en cualquiera de las especialidades.

Estos cambios se manifiestan también en la cavidad bucal que plantean determinados cuidados estomatológicos en la gestante para prevenir enfermedades bucales, siendo la más frecuente la enfermedad periodontal que afecta del 35% al 100% de las embarazadas.

La población tiene, desde sus creencias y mitos, respuesta a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Tiene una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes. Por otro lado, muchas mujeres creen que el calcio es tomado de sus dientes durante la gestación y ésta es la razón de la aparición de las caries, sin embargo, si el feto necesita calcio, éste será provisto a través de la dieta, o del calcio removible de la madre (huesos).

Por otro lado, existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado.³⁵

El esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo del calcio. La caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos sobre el esmalte dentario y no de repetidos embarazos.

a. FISIOLÓGÍA DE LA PACIENTE GESTANTE

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

Estos cambios en el primer trimestre generan respuestas consideradas como síntomas, tales como alteraciones en el apetito, náuseas, vómitos, fatiga, sensación de cansancio, sueño, etc. El segundo trimestre, se caracteriza por un periodo de relativo confort, es decir, la paciente generalmente se siente bien, aumenta sus actividades, mejora su estado general evidentemente, mientras que

en el último trimestre puede presentarse fatiga, cierta incomodidad, una pseudopoliuria que consiste en la necesidad de miccionar frecuentemente porque el feto presiona de manera indirecta a la vejiga.

En el sistema cardiovascular se va a observar un ligero descenso de la tensión arterial, sobre todo diastólica, aumenta el volumen sanguíneo un 40-55 %, el gasto cardiaco lo hace en un 30%, mientras que el volumen de hematíes sólo aumenta en un 20%.

Hay que destacar que en la mayoría de mujeres gestantes de nuestra población, se detecta una anemia que puede volverse crónica debido a la baja ingesta de alimentos que contengan hierro.

Durante las últimas etapas de la gestación, puede producirse el "síndrome de la hipotensión" en supino, manifestado por un súbito descenso de la tensión arterial, bradicardia, sudoración, náuseas, debilidad, disnea.

Al examen de la sangre, entonces, se puede verificar la anemia tipo ferropénica ya mencionada, así como una leucocitosis conocida como "leucocitosis fisiológica" varios factores de la coagulación están aumentados, especialmente el fibrinógeno y los factores VII, VIII, IX y X.²²

Asimismo, los cambios ventilatorios van a determinar una mayor velocidad de respiración (taquipnea) y disnea que se incrementa con la posición en supino.

Las gestantes generalmente experimentan un incremento del apetito, pero no siempre reciben una dieta balanceada que asegure una buena nutrición sin comprometer su estado físico, porque generalmente consumen muchos carbohidratos en sus diversas presentaciones dando lugar al incremento significativo del peso corporal y, por otro lado, la ingesta de azúcar da lugar a la aparición de lesiones cariosas o al agravamiento de las ya existentes.

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.³³

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.

b. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El conocimiento de la historia médica es indispensable en la clasificación y tratamiento de la paciente.

En primer lugar debe considerarse el tratamiento preventivo que consistirá en optimizar la higiene oral de la paciente, mediante el control de la placa bacteriana, mejorar la técnica de cepillado dental, reforzar el uso del hilo dental y mejorar la dieta.

Se sugiere la administración de flúor basado en evidencias científicas, una de las cuales refiere que la administración en comprimidos de 2.2 ml de fluoruro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, protege de la caries dental a los hijos hasta los 10 años de edad.

Para realizar tratamientos dentales propiamente dichos, se recomienda esperar por lo menos el segundo trimestre, tratando de eliminar los problemas potenciales y las enfermedades activas. Las reconstrucciones extensas será mejor dejarlas para el término del embarazo.

Uno de los problemas que tiene que afrontar el odontólogo es frente a la necesidad de tomar radiografías, es recomendable evitarlas, pero si fuera estrictamente necesario, a partir del segundo trimestre, con la protección debida a la paciente mediante el delantal de plomo.³⁰

Asimismo, es preciso evitar la administración de fármacos salvo en casos sumamente necesarios ya que éstos pueden cruzar la placenta y dar lugar a resultados teratogénicos para el feto. En cuanto a este punto existen normas e indicaciones de ciertos fármacos que pueden administrarse con relativa seguridad sólo si el caso lo amerite de manera fehaciente.

En el caso de que la gestante presente focos infecciosos es necesario desfocalizar a la paciente, con el propósito de evitar diseminaciones nivel de otros órganos que compliquen el cuadro preexistente, evitarle a la madre la deglución de toxinas, la dificultad de alimentarse normalmente y, por consiguiente, asegurarle salud y nutrición adecuada.

Si coadyuvamos a conservar la salud, la madre puede tener un embarazo feliz, un hijo en buenas condiciones de peso, adecuada edad gestacional y buena adaptación neonatal.

c. EDUCACIÓN DE LAS PACIENTES

Tipos de dentición. El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.³²

Dentición Decidua.- Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares. El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo cumpla los siete años.

Dentición Permanente.- Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.

Cronología de Erupción

Los dientes de leche, o deciduos, comienzan su desarrollo entre la sexta y octava semanas de desarrollo, en el útero, y la dentición permanente empieza su formación en la vigésima semana.

En la cronología de erupción de dientes temporales, el primer grupo de dientes que hace su erupción a los 6 meses son los centrales inferiores, seguidos de los centrales superiores, laterales superiores y, finalmente, laterales inferiores. (ver anexos Fig.01)

El intervalo de separación cronológica de cada par de dientes homólogos suele ser de 2-3 meses. Una vez que han hecho erupción los 8 incisivos hay un período de descanso en la erupción dental de 4-6 meses.³⁴

El segundo grupo de dientes hace su erupción hacia los 16 meses los primeros molares y a los 20 meses los caninos. El período de erupción es de 6 meses y le sigue también un período silente de 4-6 meses.

El tercer grupo de dientes hace su erupción los cuatro segundos molares, que tardan en salir unos 4 meses. La dentición temporal completa se alcanza a los 30 meses.

d. EMPLEO DE FÁRMACOS

Los fármacos administrados a una mujer gestante pueden pasar la placenta y ser tóxicos para el feto o tener un efecto teratógeno.

Anestésicos locales: Se pueden usar siempre, salvo alergias específicas. En ciertos casos utilizaremos mepivacaína sin VC para evitar problemas circulatorios placentarios.

Analgésicos: El paracetamol es uno de los analgésicos más usados en el embarazo, con efecto analgésico, antipirético y una baja actividad antiinflamatoria.

No existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para la madre como para el feto con la administración de este medicamento, así será el analgésico de elección en la consulta. No hemos de olvidar, no obstante que pasa la barrera placentaria, y que su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal.

Antibióticos: Las penicilinas y derivados (como amoxicilina) son los antibióticos de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas ligeras moderadas, y sólo están contraindicadas en casos de hipersensibilidad.

No hemos de olvidar, no obstante, que no existen estudios bien controlados en mujeres embarazadas, por lo que su utilización será solo en caso de ser claramente necesaria.³³

e. 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.³³

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.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Nivel de conocimiento:** aprendizaje adquirido estimado en una escala puede ser cualitativo (Ej. alto, regular, bajo) 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.
- **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

La presente investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal.

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. 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 del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa -Tacna durante el periodo de Enero a Marzo del año 2015.

3.3.1 Criterios para la selección de la población

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En el presente estudio se consideraran:

- Gestantes del 1er, 2do y 3er trimestre.
- Aquellas que acuden a su control prenatal en el Centro de Salud San Francisco.
- Gestantes que no presentan ninguna enfermedad sistémica.
- Que fueran mayores de 12 años y menores de 59 años.
- Aquellas con cambios morfológicos compatibles con la gestación y que hayan resultado positivo en la concentración de gonadotropina coriónica en la orina.
- Que fueran primigestas, multigestas y gran multigestas.
- Que no presentaron alguna alteración sistémica, física o mental.
- Aquellas que firmen su consentimiento informado.
- Gestantes alfabetas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes que presenten alguna alteración sistémica, física o mental.

- Gestantes que reuniendo los criterios de inclusión se negaron a participar.
- Gestantes que contestaron de forma incompleta el cuestionario

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la presente investigación se coordinará con el Director del Centro de Salud San Francisco para así realizar un trabajo organizado y facilitar el trabajo con las pacientes gestantes.

El proceso de recolección de datos se realizará mediante un cuestionario, previamente validado por juicio de expertos. Este cuestionario tiene 24 preguntas de opción múltiple para medir las variables incluidas en los objetivos de ésta investigación.

Se otorgó un punto por cada respuesta correcta, los resultados se agruparon de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Oral.
 - Bajo (0-4 puntos)
 - Regular (5-8 puntos)
 - Alto (9-12 puntos)
- Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales y riesgo de caries.

- Bajo (0-2 puntos)
 - Regular (3 puntos)
 - Alto (4-5 puntos)
- Nivel de conocimiento sobre riesgo de fármacos usados en odontología.
- Bajo (0-1 punto)
 - Regular (2 puntos)
 - Alto (3 puntos)
- Nivel de conocimientos sobre el desarrollo y crecimiento dental.
- Bajo (0-1 puntos)
 - Regular (2 puntos)
 - Alto (3-4 puntos)
- Nivel de conocimientos sobre salud oral.
- Bajo (0-8puntos)
 - Regular (9-16 puntos)
 - Alto (17-24 puntos)
- Conocimiento sobre medidas preventivas en salud oral (12 preguntas)
 - Conocimiento sobre enfermedades bucales y riesgo de caries (5 preguntas)

- Conocimientos sobre riesgo de fármacos usados en Odontología (3 preguntas)
- Conocimientos sobre desarrollo y crecimiento dental (4 preguntas)

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.

Después de la toma de muestra se les responderá las dudas que tuvieron en cuanto al cuestionario.

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.

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.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En el siguiente capítulo se muestran los resultados estadísticos en cuadros y gráficos de la presente investigación.

TABLA N° 01

GRUPO ETÁREO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015

GRUPO ETÁREO	N	%
12-17 AÑOS	5	2,8%
18-29 AÑOS	119	66,1%
30-59 AÑOS	56	31,1%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se presenta que la mayoría de gestantes que acudieron al Centro de Salud San Francisco durante los meses de Enero a Marzo del 2015, eran mujeres entre 18 a 29 años quienes representaban el 66,1% de gestantes. Seguido de mujeres de edad mayor a 30 años con 31,1% y por último las de 12 a 17 años con 2,8%.

GRÁFICO N° 01

GRUPO ETÁREO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015

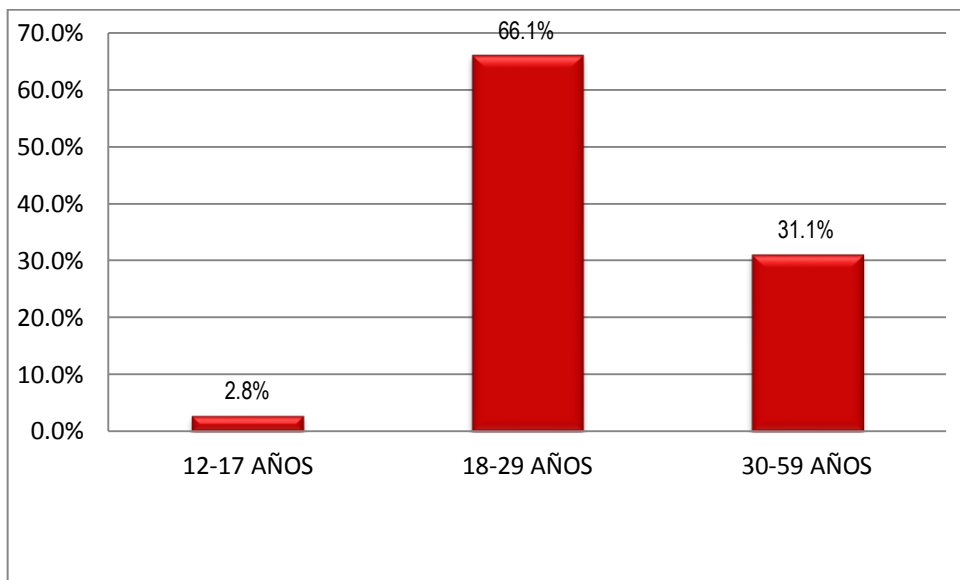


TABLA N° 02

NIVEL EDUCATIVO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015

NIVEL EDUCATIVO	N	%
PRIMARIA	18	10,0%
SECUNDARIA	94	52,2%
SUPERIOR TECNICA	38	21,1%
SUPERIOR UNIVERSITARIA	30	16,7%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se muestra que la mayoría de gestantes que acudieron al Centro de Salud San Francisco fueron las gestantes con grado de instrucción secundaria (52,2%), seguido por las gestantes con grado de instrucción superior técnica (21,1%), seguido por las gestantes con grado de instrucción universitaria (16,7%) y por último las gestantes con grado de instrucción primaria (10,0 %).

GRAFICO N° 02

NIVEL EDUCATIVO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015

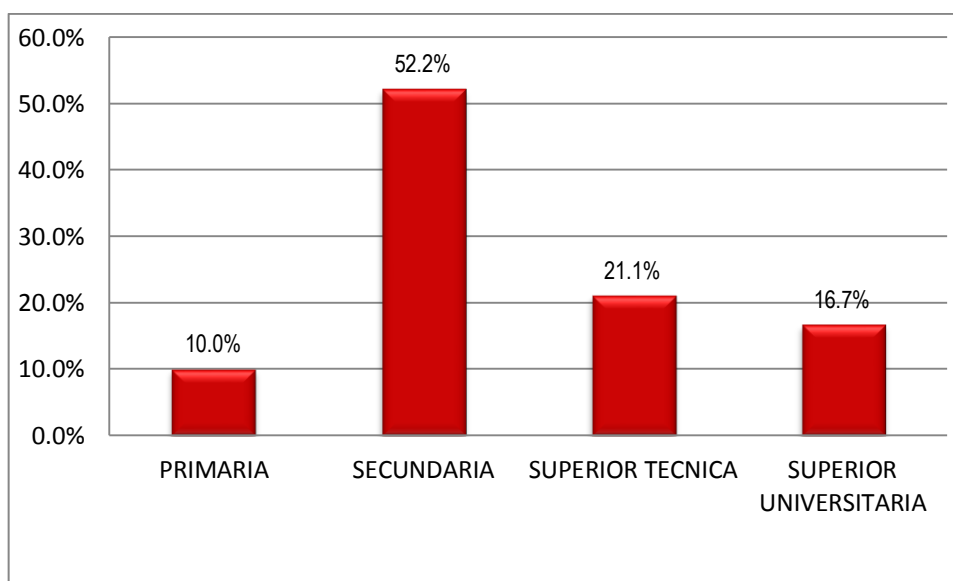


TABLA N° 03

**TRIMESTRE DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015**

TRIMESTRE DE EMBARAZO	N	%
I TRIMESTRE	33	18,3%
II TRIMESTRE	41	22,8%
III TRIMESTRE	106	58,9%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se presenta que la mayoría de gestantes, que acudieron al Centro de Salud San Francisco durante el periodo de estudio, cursaban el tercer trimestre del embarazo, representando el 58,9% de gestantes. Seguido de las gestantes con segundo trimestre de embarazo (22,8%) y primer trimestre (18,3%).

GRÁFICO N° 03

**TRIMESTRE DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015**

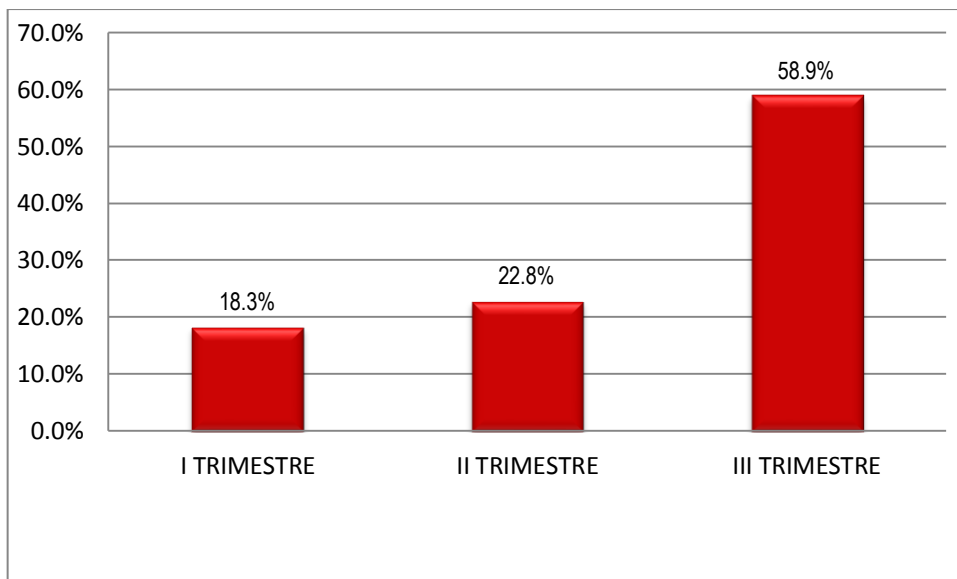


TABLA N° 04

**NUMERO DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015**

NUMERO DE EMBARAZO	N	%
PRIMIGESTA	87	48,3%
MULTIGESTA	86	47,8%
GRAN MULTIGESTA	7	3,9%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se presenta que la mayoría de gestantes, que acudieron al Centro de Salud San Francisco durante el periodo de estudio, eran primigestas representando el 48,3%, seguido de las multigestas (2 o 3 embarazos) con 47,3% mientras que las gran multigestas (>3 embarazos), sólo representan el 3,9%.

GRÁFICO N° 04

**NUMERO DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA –
TACNA, ENERO A MARZO 2015**

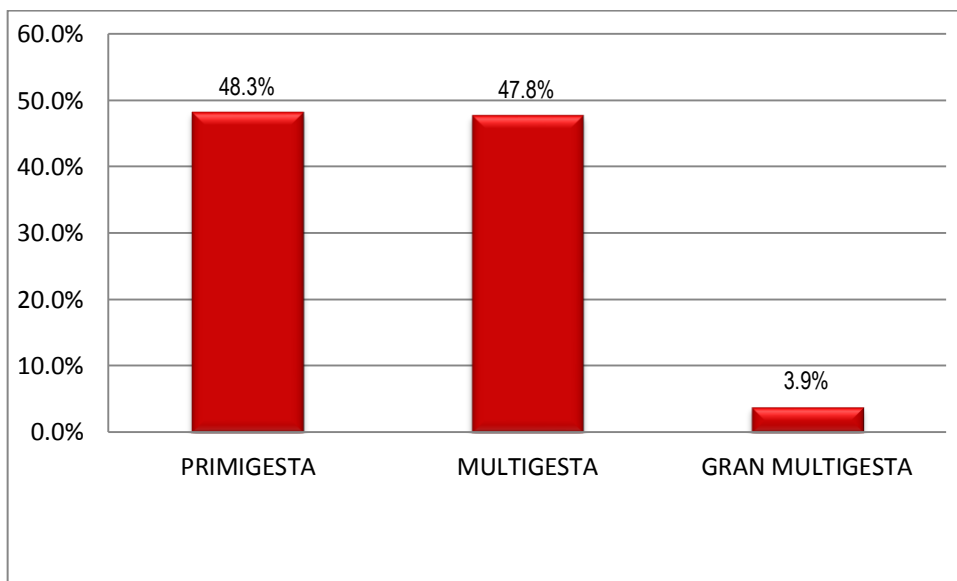


TABLA N° 05

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE SALUD ORAL	N	%
BAJO	70	38,9%
REGULAR	108	60,0%
ALTO	2	1,1%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes (108/180) tenían regular nivel de conocimientos sobre salud oral, representando el 60,0%; seguido de las gestantes con bajo nivel de conocimientos (70/180) quienes representan 38,9%; y sólo 2 gestantes presentaba alto nivel de conocimientos general sobre la salud oral, que representaban el 1,1% de gestantes.

GRÁFICO N° 05

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

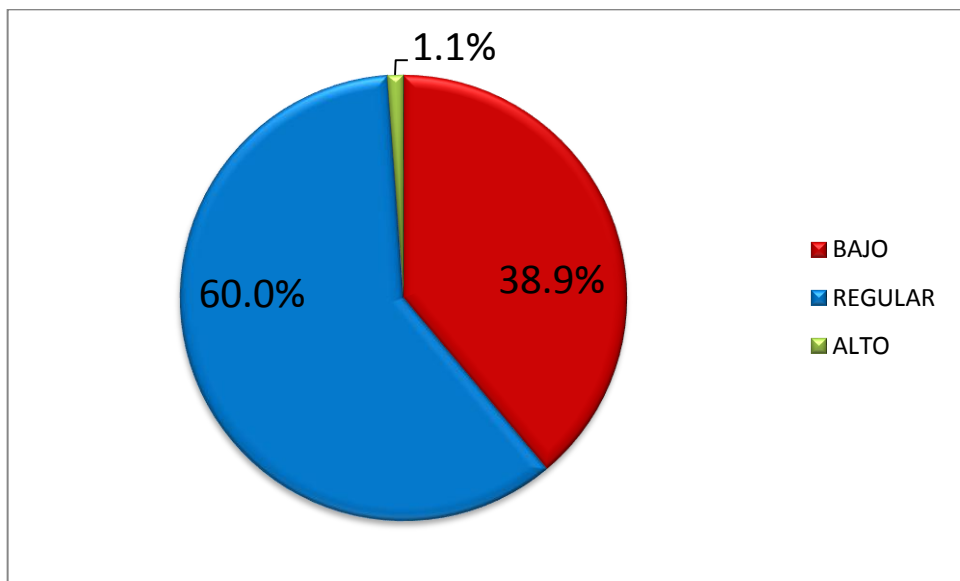


TABLA N° 06

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL
EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL	N	%
BAJO	79	43,9%
REGULAR	95	52,8%
ALTO	6	3,3%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes tenían regular nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas en salud oral, representando el 52,8%; seguido de las gestantes con bajo nivel de conocimientos (43,9%), y apenas el 3,3% tenía alto nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas en salud oral.

GRÁFICO N° 06

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL
EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

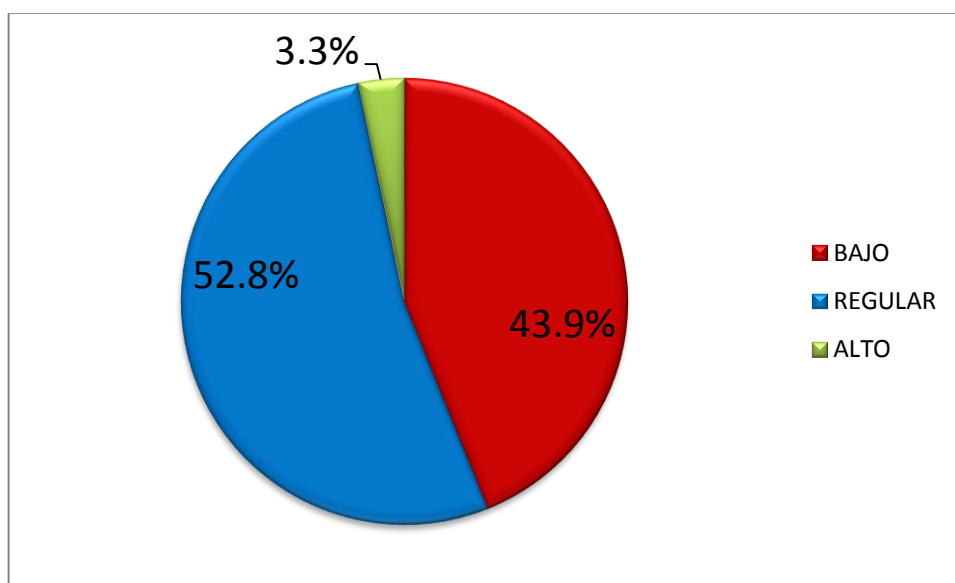


TABLA N° 07

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES BUCALES Y RIESGO DE
CARIES EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES BUCALES Y RIESGO DE CARIES	N	%
BAJO	121	67,2%
REGULAR	45	25,0%
ALTO	14	7,8%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes tenían bajo nivel de conocimientos sobre las enfermedades bucales y riesgo de caries, representando el 67,2%; seguido de las gestantes con nivel de conocimientos regular (25,0%), y apenas el 7,8% tenía alto nivel de conocimientos sobre las enfermedades bucales y riesgo de caries.

GRÁFICO N° 07

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES BUCALES Y RIESGO DE
CARIES EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015**

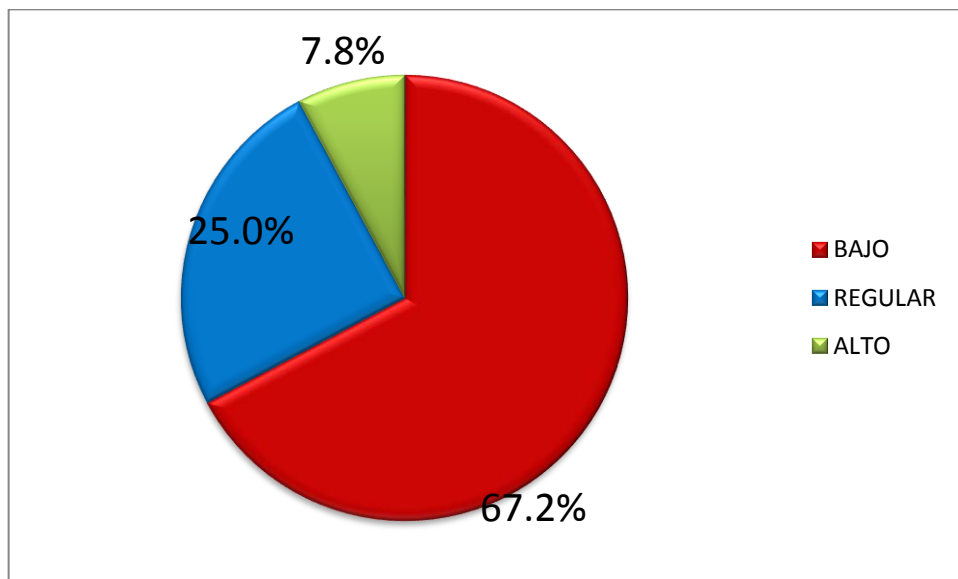


TABLA N° 08

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL RIESGO DE FÁRMACOS USADOS EN
ODONTOLOGÍA EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

CONOCIMIENTO SOBRE EL RIESGO DE LOS FÁRMACOS USADOS EN ODONTOLOGÍA	N	%
BAJO	121	67,2%
REGULAR	58	32,2%
ALTO	1	0,6%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes (121/180) tenían bajo nivel de conocimientos sobre el riesgo de fármacos usados en Odontología, representando el 67,2%; seguido de las gestantes con nivel de conocimientos regular (58/180) quienes representan el 32,2%; y sólo 1/180 gestantes presentaba alto nivel de conocimientos sobre el riesgo de fármacos usados en Odontología (0,6%).

GRÁFICO N° 08

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL RIESGO DE FÁRMACOS USADOS EN
ODONTOLOGÍA EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

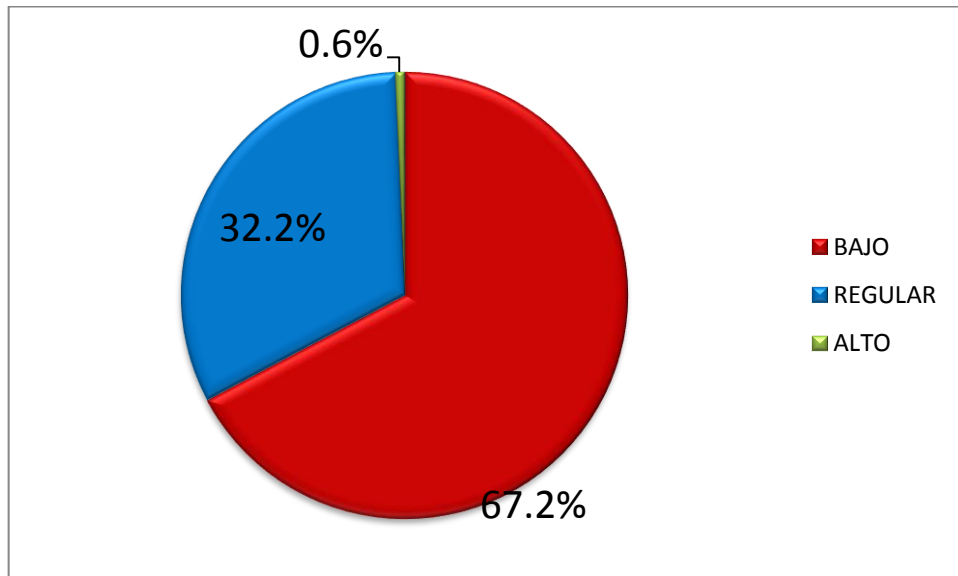


TABLA N° 09

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL EN
LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

CONOCIMIENTO SOBRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL	N	%
BAJO	78	43,3%
REGULAR	88	48,9%
ALTO	14	7,8%
TOTAL	180	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes (88/180) tenían regular nivel de conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo dental representando el 48,9%; seguido de las gestantes con bajo nivel de conocimientos (78/180) quienes representan 43,3%; y sólo 14/180 gestantes presentaba alto nivel de conocimientos sobre las enfermedades bucales y riesgo de caries, representando el 7,8%.

GRÁFICO N° 09

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL EN
LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

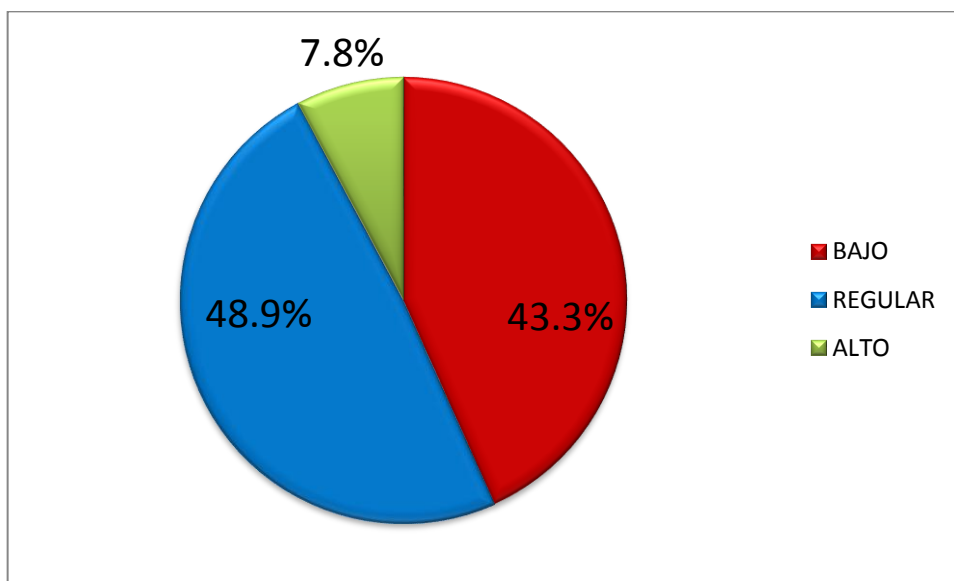


TABLA N° 10

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL GRUPO ETÁREO DE
LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

GRUPO ETARIO	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL						TOTAL	CHI2	P
	BAJO		REGULAR		ALTO				
	N	%	N	%	N	%			
12-17 AÑOS	1	20,0%	4	80,0%	0	0,0%	5		
18-29 AÑOS	50	42,0%	67	56,3%	2	1,7%	119	3,086	0,544
30-59 AÑOS	19	33,9%	37	66,1%	0	0,0%	56		
TOTAL	70	38,9%	108	60,0%	2	1,1%	180		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla observamos que la mayoría de las gestantes de los diferentes grupos etáreos presentaron regular nivel de conocimientos sobre la salud oral (80,0%, 56,3% y 66,1% respectivamente). Solo dos gestantes cuya edad comprendía entre 18-29 años tenían alto nivel de conocimientos (1,7%). El análisis estadístico evidencia que no existe diferencia significativa el nivel de conocimientos sobre la salud oral según la edad de las gestantes (chi2=3,086 y p=0,544).

GRÁFICO N° 10

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE
LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

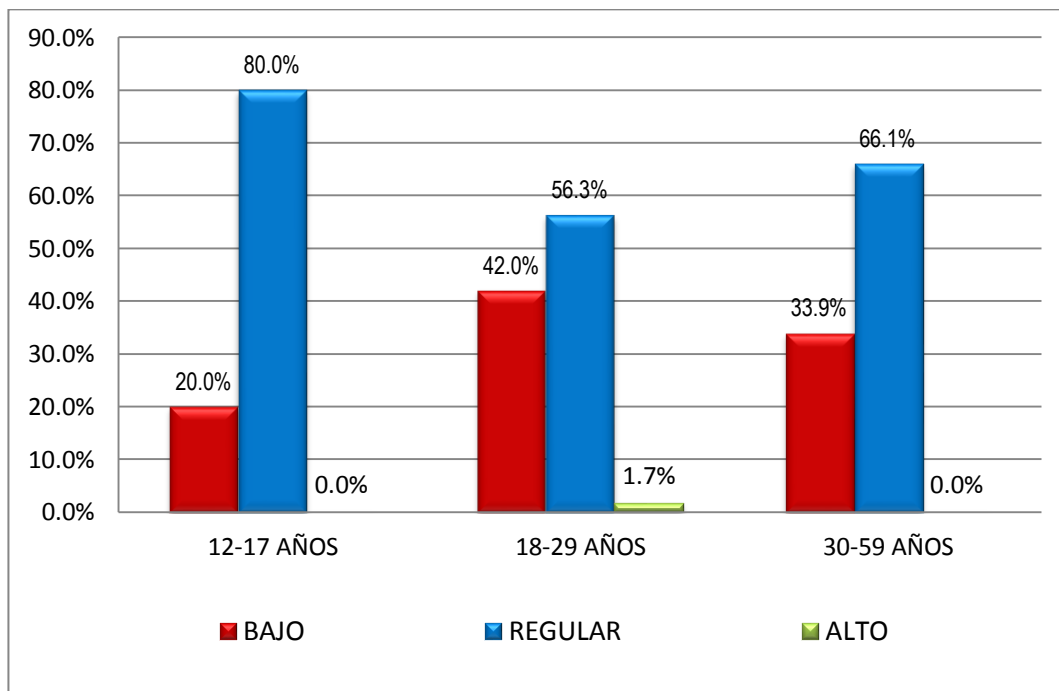


TABLA N° 11

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL TRIMESTRE DE
EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015**

TRIMESTRE DE EMBARAZO	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL						TOTAL	CHI2	P
	BAJO		REGULAR		ALTO				
	N	%	N	%	N	%			
I TRIMESTRE	15	45,5%	18	54,5%	0	0,0%	33		
II TRIMESTRE	21	51,2%	20	48,8%	0	0,0%	41	6,298	0,178
III TRIMESTRE	34	32,1%	70	66,0%	2	1,9%	106		
TOTAL	70	38,9%	108	60,0%	2	1,1%	180		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

Las gestantes que cursaban el I trimestre de embarazo tenían bajo o regular nivel de conocimientos sobre salud oral (45,5% y 54,5% respectivamente). Similar a las gestantes que cursaban el II trimestre de embarazo (51,2% con bajo y 48,8% con regular nivel de conocimientos sobre salud oral). Mientras que las gestantes con III trimestre de embarazo presentaron menor frecuencia de gestantes con bajo nivel de

conocimientos (32,1%), mientras que la mayoría tenía regular nivel (66,0%) y 2 gestantes presentaban alto nivel de conocimientos (1,9%). El análisis estadístico evidencia que no existe diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre salud oral según trimestre de embarazo ($\chi^2=6,298$ y $p=0,178$).

GRÁFICO N° 11

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL TRIMESTRE DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015

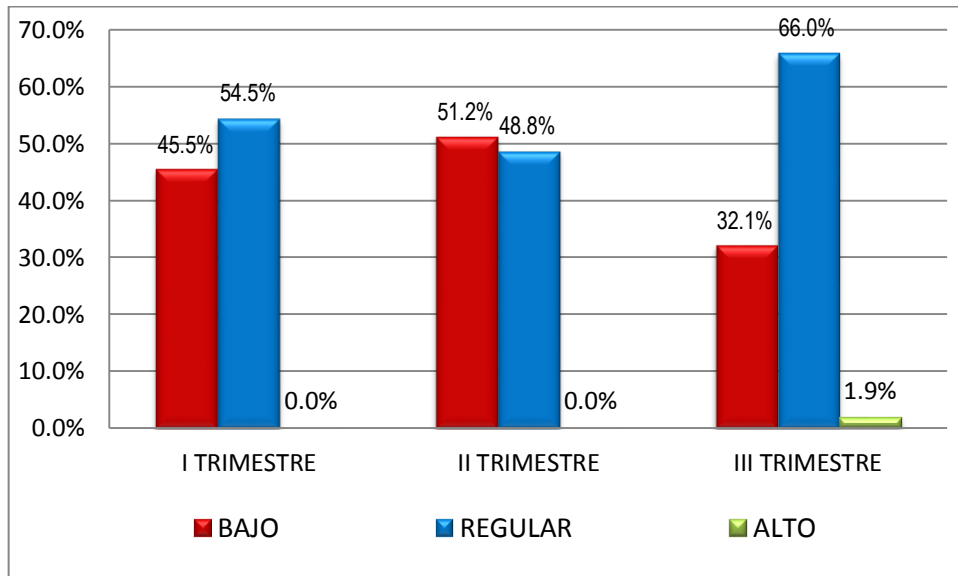


TABLA N° 12

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE
LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

NIVEL EDUCATIVO	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL						TOTAL	CHI2	P
	BAJO		REGULAR		ALTO				
	N	%	N	%	N	%			
PRIMARIA	10	55,6%	8	44,4%	0	0,0%	18		
SECUNDARIA	46	48,9%	48	51,1%	0	0,0%	94		
SUPERIOR TECNICA	10	26,3%	28	73,7%	0	0,0%	38	25,472	0,000
SUPERIOR UNIVERSITARIA	4	13,3%	24	80,0%	2	6,7%	30		
TOTAL	70	38,9%	108	60,0%	2	1,1%	180		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla se observa que el nivel de conocimientos sobre salud oral va mejorando según el nivel educativo de las gestantes. Se observa que la mayoría de gestantes con educación primaria tenía bajo nivel de conocimientos (55,6%), mientras que en las gestantes con secundaria predominaban con conocimiento regular (51,5%), incrementándose hasta 73.7% para las gestantes con educación técnica superior y 80% para aquellas con educación universitaria, quienes además presentaron los

únicos 2 casos de gestantes con alto nivel de conocimientos sobre salud oral. El análisis estadístico evidencia la asociación significativa que existe entre el nivel educativo y el nivel de conocimientos sobre salud oral ($\chi^2=25,472$ y $p=0,000$)

GRÁFICO N° 12

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE
LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA,
ENERO A MARZO 2015**

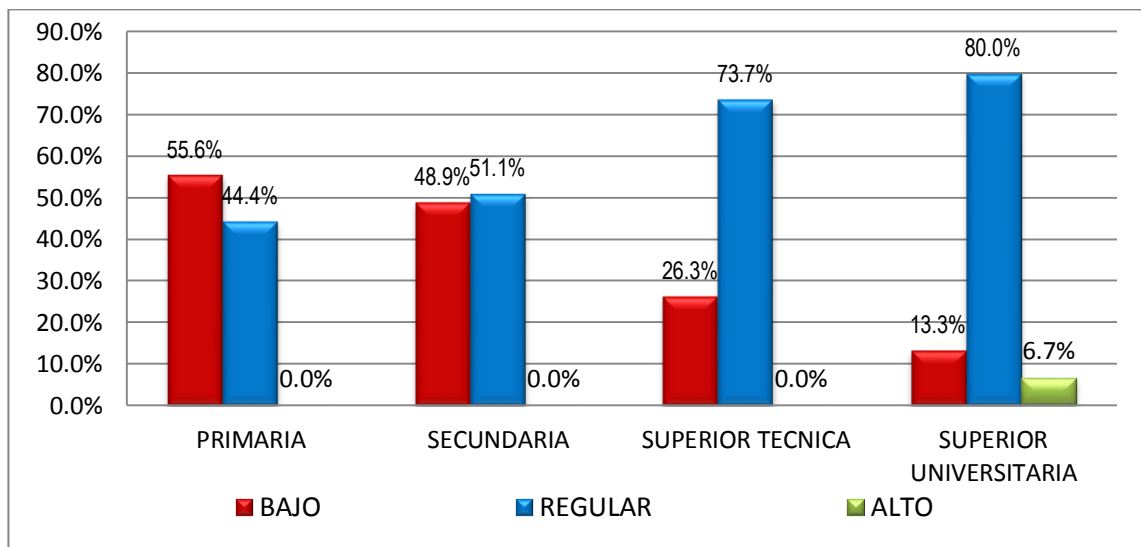


TABLA N° 13

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL NUMERO DE

EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN

LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015

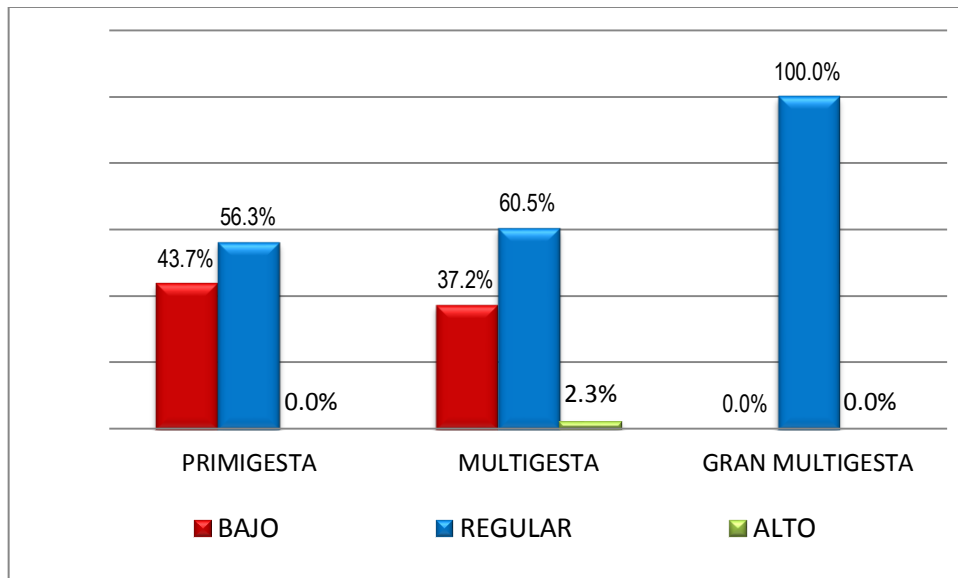
NUMERO DE EMBARAZO ACTUAL	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL						TOTAL	CHI2	P
	BAJO		REGULAR		ALTO				
	N	%	N	%	N	%			
PRIMIGESTA	38	43,7%	49	56,3%	0	0,0%	87		
MULTIGESTA	32	37,2%	52	60,5%	2	2,3%	86	7,549	0,11
GRAN MULTIGESTA	0	0,0%	7	100,0%	0	0,0%	7		
TOTAL	70	38,9%	108	60,0%	2	1,1%	180		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Tacna 2015.

En la tabla observamos que conforme incrementa el número de gestaciones, disminuye la tasa de bajo nivel de conocimientos sobre salud oral. Entre las primigestas, la frecuencia de bajo nivel de conocimientos representa 43,7%; esta frecuencia disminuye en las multigestas hasta 37,2% y disminuye hasta 0% en las grandes multigestas, en quienes el 100% tenían regular nivel de conocimientos sobre salud oral. Sin embargo, el análisis estadístico evidencia que no existe asociación significativa entre el número de embarazo y el nivel de conocimientos sobre salud oral ($\chi^2=7,549$ y $p=0,11$).

GRÁFICO N° 13

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EL NUMERO DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA, ENERO A MARZO 2015



4.2 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Oral de las gestantes en su mayoría es regular con un 60,0%, de esta manera nuestros hallazgos coinciden con las investigaciones de Dobarganes (las gestantes presentaron nivel de conocimiento regular), Córdova (66% de las gestantes presentaron conocimiento medio), Rodríguez (60 % de las gestantes presentaron conocimiento regular) y por último con Arias (nivel de conocimiento frecuente fue el mediano con 87, 1%de las gestantes); no coincidió con las investigaciones de Amarales, cuyos resultados mostraron un predominio de las embarazadas con nivel de conocimiento insatisfactorio (59,1%), de la misma forma con los estudios de Barrios, Gonzáles, Valdéz y Garbero donde el nivel de conocimientos evaluados fue bajo.

Esta investigación fue realizada tomando las 4 categorías planteadas por Barrios para determinar el nivel de conocimientos sobre Salud Oral en gestantes, donde no sólo se limitó a determinar el nivel de conocimiento sobre las principales medidas preventivas, sino también estudió el nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales más frecuentes en cavidad oral, tales como la gingivitis y periodontitis, así como la formación y desarrollo dental y el riesgo de fármacos utilizados en Odontología. También se evaluó si existe relación entre la edad, grado de

instrucción, trimestre de embarazo y número de embarazo con el nivel de conocimiento sobre Salud Oral para tener una base e implementar planes de acción eficaces en la atención odontológica del programa de atención a la mujer gestante.

Si se evalúa cada categoría estudiada, la primera parte que trata sobre el conocimiento de medidas preventivas como flúor, cepillado, limpieza, prevención de lesiones cariosas, se obtuvo los promedios más elevados (52.8%), en comparación con las otras tres categorías. Esto podría deberse a que la mayoría de las gestantes tiene el conocimiento de las consecuencias de una mala higiene bucal y una concurrencia al odontólogo anteriormente, estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Barrios, Rodríguez Dobarganes, Córdova y la Torre. La segunda parte se refiere al conocimiento de las gestantes con respecto a las principales enfermedades bucales y riesgo, como caries, enfermedades gingivales o periodontales. Se determinó que la mayoría de gestantes presentó un nivel de conocimiento bajo en esta sección (67,2%), que varía mucho con respecto a la categoría anterior, esto demuestra que las gestantes no reciben información suficiente con respecto a otras enfermedades bucales, ya que ellas, en su mayoría solo conocen la caries dental. Muchas de ellas desconocían la existencia de

enfermedades periodontales y el riesgo que se produce en las gestantes a padecer de éstas.

La tercera parte, acerca del conocimiento sobre riesgo de fármacos y técnicas usados en odontología, se revelan resultados poco satisfactorios, en donde la gran mayoría de gestantes presenta un nivel de conocimiento bajo (67.2%), en esta sección se pudo observar los temores e ideas erradas que tienen las gestantes como por ejemplo el uso de radiografías y anestesia dental, que tendría algún resultado adverso en la formación del bebé, algunas gestantes también creían que durante la gestación no se podía recibir atención odontológica alguna, y se les explicó que esto es totalmente errado. Díaz realizó un trabajo de investigación donde confirma la ignorancia y miedo sobre lo relacionado con la gestación y la atención odontológica.

Finalmente en la cuarta parte del cuestionario se ve el nivel de conocimientos sobre la formación y el desarrollo dental del bebé donde la mayoría de gestantes tuvo un nivel de conocimientos regular (48.9%) y seguido muy de cerca por las que obtuvieron un nivel de conocimientos malo (43.3%), en esta sección se plantearon preguntas como el inicio de formación de piezas dentarias deciduas, que una gestante debe conocer para poder relacionarlo con su dieta, hábitos, llevados durante su

embarazo y las consecuencias que éstos pueden tener en los dientes de sus futuros hijos, ya que estos se forman durante su gestación.

4.3. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos sobre salud bucal de las gestantes que acuden al centro de salud San Francisco en el período enero a marzo del 2015 fue regular el cual se comprobó estadísticamente a través del resultado obtenido en las pruebas realizadas por el programa SPSS versión 21.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento sobre Salud Oral que predominó en las gestantes encuestadas fue regular con un 60,0%.

- El nivel de conocimientos sobre prevención en Salud Oral de las gestantes encuestadas fue regular con 52,8 %.
- El nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales y riesgo de caries de las gestantes encuestadas fue bajo con 67.2%.
- El nivel de conocimientos sobre riesgo de fármacos usados en odontología de las gestantes encuestadas fue bajo con 67.2 %.
- El nivel de conocimientos sobre formación y desarrollo dental de las gestantes encuestadas fue regular con 48.9%.
- Las gestantes con grado de instrucción superior universitario obtuvieron el mayor porcentaje de nivel conocimientos regular (80,0 %), seguido por las gestantes con grado de instrucción superior Técnica (73,7%), seguido por las gestantes con grado de instrucción secundaria (51,1%) y por último las gestantes con grado de instrucción primaria (44,4%).
- Las gestantes que estuvieron en el tercer trimestre de gestación obtuvieron el mayor porcentaje de nivel de conocimiento regular (66,0%), seguido por las gestantes del primer trimestre (54,5%) y por último las gestantes del segundo trimestre (48,8%).

- El grupo etáreo que obtuvo un mayor porcentaje de un nivel de conocimiento regular (80,0%) fue el comprendido entre 12- 17 años, seguido por el grupo entre 30-59 años (66,1%) y por último el grupo de gestantes cuya edad comprende entre 18-29 años (56,3%).
- Las gran multigestas obtuvieron mayor porcentaje en cuanto al nivel de conocimiento regular (100,0%), seguido por las multigestas (60,5%) y por último las primigestas (56,3%).

RECOMENDACIONES

1. Emplear los resultados de este trabajo de investigación como base para plantear un plan de trabajo tanto en el Centro de salud San Francisco como en los servicios de atención de Salud Pública en general.
2. Realizar mayor labor preventiva promocional en pacientes gestantes proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud Bucal.
3. 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.
4. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **DOBARGANES.** (2011) Intervención educativa en salud bucal para gestantes. Camagüey, Cuba. 15(3):143-145
2. **ALMARALES C.** (2008) Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev. Cubana Estomatológica 2008; 45(2):44-48.
3. **GONZÁLEZ W.** (2007) Conocimientos de las embarazadas del área de salud "Carlos J. Finlay" sobre salud bucal. Rev. Cubana Estomatológica 2007; 44(4):21-24.
4. **CORDOVA JA.** (2007) Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco. Tesis Bachiller. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México c.
5. **VALDÉS N.** (2007) Evaluación cognoscitiva y capacitación sobre salud bucal en embarazadas del municipio Consolación del Sur 2007.
6. **GARBERO I.** (2005) Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Rev. Acta odontológica. Venezolana 2005; 43 (2)25-31
7. **RODRÍGUEZ M.** (2005) Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en Gestantes del hospital nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.Tesis – Bachiller. UNMSM. 2005

- 8.-BARRIOS D.** (2012) Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ – MINSA. Tesis bachiller UNMSM
- 9. LA TORRE M.** (2001) Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud Bucal infantil en el Hospital nacional Hipólito Unanue. Tesis-Bachiller USMP. 2001
- 10. ARIAS C.** (2000) Nivel de conocimiento sobre prevención de salud Oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima de diciembre 1995 a enero1996. Tesis - Bachiller UNFV 2000.
- 11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ FDI.** Metas Globales para la Salud Bucal en el año 2000. Revista Salud Bucal CORA1981; 8(48):101-104.
- 12. GARCÍA S.** Adolescencia y salud bucal. Disponible en <http://raladolec.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a06v01n3.pdf> (consulta: 13 jun 2012).
- 13. STIFANOM.** 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)
- 14. CHAVARRO I.** Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo posibles factores. Disponible en: <http://www.encolombia.com/pediatria35100caries.htm> (consulta: 14 jun 2012)
- 15. VILLENA SM.** (1998)Ingesta de azúcares en niños de 0 a 36 meses. Revista Estomatológica Herediana, Lima 1998;5(2):22-26.

16. MC DONALD, R. Odontología Pediátrica y del adolescente. Editorial Panamericana 5º Edición.1995.

17. 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)

18. LITTLEW. (1998) Gestación y Lactancia. Tratamiento odontológico del Paciente bajo tratamiento médico. Quinta edición. 668(434-41). 1998.

19. 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 servicio de Pediatría de dos Policlínicos del IPSS y HNCH en los meses dic. 1995-ene.1996. Tesis-Bachiller UPCH 1996

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

21. ZAMBRANO F. (1996) Relación entre cronología y secuencia de erupción en infantes de 0-42 meses y estado nutricional de sus madres durante el embarazo. Tesis-Bachiller. UPCH 1996

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

23. PINKHAM JR. Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.

24. CASARETTO H. Contenido de hidratos de carbono en lácteos y comidas envasadas para lactantes. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños 1996; 25(2):18-21.

25. FDI. Nutrition, diet and oral Health. International Dental Journal 1994; 44(6):6-12.

26. VILLENA M, Bernal J. Ingesta de azúcar en la dieta de Niños de 0- 36 meses. Revista Estomatológica Herediana 1995;5(1-2):13-17.

27. BRATTHALL D. Avaliação do Risco de Cárie - Uma Abordagem Atual. In: Promoção de Saúde Bucal na Clamp; Rev Odontológica. EAP Press 2000;7(2):149-168.

28. PEREZ B. Algunos factores de riesgo de la caries dental, Bolivia. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2127/1/Algunosfactores-de-riesgo-dela-Caries-dental.html> (consulta; 17 jun 2012)

29. DUQUE J. Técnicas actuales utilizadas en el tratamiento de la caries dental. Rev Cubana Estomatológica 2006; 43(2):38-43.

30. BARBERÍA E. Odontopediatría. pág. 181 – 182. 2º Edic. Masson. 2002.

31. CUENTAS E. Odontología preventiva y comunitaria. pág. 28.3ªedición, 2007.

32. DEL CARPIO M. Factores de riesgo de caries dental en bebés, Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est01203.htm (consulta 21 jun 2012)

33. LAMAS, M. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Rev. Profesión Dental 1999; 2(6):362-368.

34. ARANDA I. La importancia de la limpieza con hilo dental. Disponible en:

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

35. CASALS E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. Disponible en:

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

36. MADEIROS A. La verdad sobre el Flúor. Disponible en:

<http://apologista.wordpress.com/2012/04/16/el-fluor-la-verdad-sobre-sus-supuestos-beneficios> (consulta: 22 jun 2012)

ANEXOS

ANEXO Nº 1

GRÁFICO DE LA CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN DENTARIA

	Dientes superiores		Dientes inferiores	
	Comienza su formación	Erupción	Comienza su formación	Erupción
Incisivos centrales	4 semanas de v.i.u.	7 ½ meses	4 ½ semana de v.i.u.	6 meses
Incisivos laterales	4 ½ semanas de v.i.u.	9 meses	4 ½ semana de v.i.u.	7 meses
Caninos	5 semana de v.i.u.	18 meses	5 semana de v.i.u.	16 meses
Primera molar	5 semana de v.i.u.	14 meses	5 semana de v.i.u.	12 meses
Segunda molar	6 semana de v.i.u.	24 meses	6 semana de v.i.u.	20 meses

v.i.u: vida intrauterina

ANEXO Nº 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
identificada con DNI N° _____, declaro que cumpla con todos los criterios de inclusión y acepto participar en la investigación denominada “Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes que acuden al Centro de Salud San Francisco en el año 2015” realizada por la interna Nelly Patricia Osnayo Quispe.

Tacna, ____ de _____ del 2015.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

ANEXO Nº 3

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

CUESTIONARIO

Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que considere correcto.

Sea totalmente sincera.

FICHA Nº:..... FECHA:.....

I. DATOS GENERALES:

- Coloque una "X" en su rango de edad:

- De 12-17 años ()
- De 18-29 años ()
- De 30 a 59 años ()

-¿Cuántos meses de gestación tiene?.....

- ¿Qué número de embarazo cursa actualmente?.....

- Grado de instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior:

- Técnica ()
- Universitario ()

II. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

1. ¿Qué es salud oral?

- a) Dientes sanos ()
- b) Encías sanas ()
- c) Dientes y encías sanas ()
- d) No sé ()

2. ¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en Salud Oral?

- a) Consumo de Dulces, Uso del cepillo dental, Uso de pasta dental ()
- b) Aplicación de Flúor, Uso de pasta dental, Administración de calcio ()
- c) Cepillado Dental, Aplicación de flúor, Aplicación de sellantes ()
- d) No sé ()

3. La placa bacteriana es:

- a) Restos de dulces y comida ()
- b) Manchas marrones en los dientes ()
- c) Restos de alimentos y microorganismos ()
- d) No sé ()

4. ¿Por qué se cepilla los dientes?:

- a) Para eliminar la caries ()
- b) Para eliminar la placa bacteriana ()
- c) Para eliminar el sarro ()
- d) Para tener buen aliento ()

5. ¿Piensa que lo que come durante su embarazo afectará los dientes de su hijo?

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) No sé ()

6. ¿Por qué considera al flúor importante para los dientes de su futuro hijo?

- a) Para prevenir la aparición de la caries ()
- b) Para curar la caries ()
- c) Para que no se le caigan los dientes ()
- d) No creo que sea importante ()

7. ¿Considera importante la limpieza de la boca de su bebé antes de que salgan los dientes?

- a) SI ()

b) NO ()

c) No sé ()

8. ¿Es bueno que el niño se duerma con el biberón en la boca?

a) SI ()

b) NO ()

c) No sé ()

9. ¿Por qué cree Ud. que el hábito de chuparse el dedo y el uso de chupones afectaría los dientes de su hijo?

a) Le saldrían más caries ()

b) Le saldrían los dientes chuecos ()

c) No le afectarían ()

d) No sé si afectarían sus dientes ()

10. ¿En qué momento cree que debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

a) Al erupcionar el primer diente ()

b) Cuando le duela algún diente ()

c) Cuando le salgan todos sus dientes ()

d) Primeras semanas de vida ()

11. La caries de biberón es:

- a) La caries causada por caramelos ()
- b) La caries causada por líquidos dulces y el biberón ()
- c) La caries causada por falta de limpieza ()
- d) No sé ()

12. La gingivitis es:

- a) Es lo mismo que la caries dental ()
- b) Es la inflamación de las encías ()
- c) Es la inflamación de los dientes ()
- d) No sé ()

13. La enfermedad periodontal es:

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los tejidos que sostienen al diente ()
- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) No sé ()

14. ¿En qué momento de la vida de la mujer considera que es más propensa a tener caries o enfermedad periodontal?

- a) Durante la menarquía (primera menstruación) ()
- b) Durante la gestación ()

c) Durante la menopausia (cese de la menstruación) ()

d) No sé ()

15. ¿Considera que los medicamentos (antibióticos, analgésicos) tomados durante el embarazo podrían hacer daño los dientes de su hijo?

a) SI ()

b) NO ()

c) No sé ()

16. ¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales durante la gestación está contraindicado?

a) SI ()

b) NO ()

c) No sé ()

17. ¿Considera Ud. que el uso de anestesia dental durante su gestación puede afectar a su hijo?

a) SI ()

b) NO ()

c) No sé ()

18. ¿Sabe cuándo empiezan a formarse los dientes de su hijo?

a) A las 6 semanas de gestación ()

b) A los 6 meses de gestación ()

c) A partir de su nacimiento ()

d) No sé ()

19. ¿Sabe de dónde sale el calcio que se requiere para la formación de su hijo?

a) De mis dientes ()

b) De mis huesos y alimentación ()

c) Del flúor ()

d) No sé ()

20. ¿Por qué cree Ud. que su alimentación influirá en la formación de los dientes de su hijo?

a) Para que sus dientes no tengan alteraciones ()

b) Para que sus dientes no tengan caries ()

c) No sé si influirá en la formación de sus dientes ()

d) No creo que influya ()

21. ¿Sabe cuántos dientes de leche tendrá su hijo?

a) 16 ()

b) 20 ()

c) 32 ()

d) No sé ()

22. ¿Sabe cuándo le comenzarán a salir los dientes de su bebé?

a) A los 3 meses de nacido ()

b) A los 6 meses de nacido ()

c) Al año de nacido. ()

d) No sé ()

23. ¿Desde cuándo cree que debe empezar la limpieza de la boca de su hijo?

a) Desde el nacimiento ()

b) A los 6 meses de nacido ()

c) Al año de nacido. ()

d) No sé ()

24. ¿Cómo puede reforzar los dientes de su hijo para que no les afecte la caries?

a) Consumo de alimentos ricos en Calcio ()

b) Aplicación de Flúor en los dientes ()

c) Consumo de alimentos ricos en Hierro ()

d) No sé ()

ANEXO Nº 4

FOTOGRAFÍAS

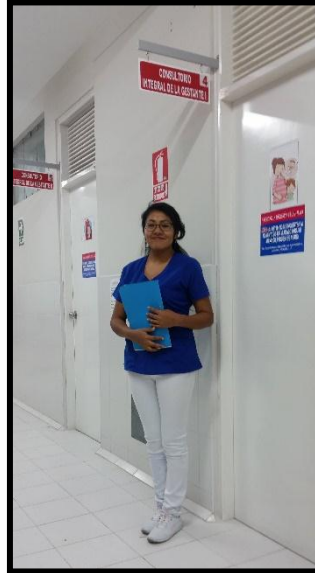


Figura Nº1. En los consultorios de atención a las gestantes I y II



Figura Nº2. Explicando sobre el llenado de las encuestas a las gestantes



Figura N°3 y 4. En la sala de espera con las gestantes



Figura N°5. Respondiendo a las dudas de las gestantes respecto al cuestionario de conocimientos de salud oral

ANEXO Nº 5

Solicitud para validación de instrumento

SOLICITO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

C.D. LUIS ALBERTO ALARICO COHAILA

DOCENTE DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Yo, Nelly Patricia Osnayo Quispe, alumna del sexto año de la Escuela académico profesional de Odontología, identificada con DNI Nº 43712026, con domicilio Alfonso Ugarte I etapa Mz C-3 lote 17 Gregorio Albarracín; con el debido respeto, me presento y expongo:

Que deseando continuar con la elaboración del proyecto de tesis titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA – TACNA. ENERO A MARZO 2015, solicito a Ud. la validación del instrumento: Encuesta sobre nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes que acuden al centro de Salud San Francisco, que permitirá la obtención de la información competente al proyecto de investigación.

Por lo expuesto

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Nelly Patricia Osnayo Quispe

DNI 43712026

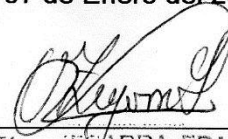
ANEXO Nº 6

VALIDACIONES DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento denominado cuestionario para evaluar los conocimientos sobre salud oral en gestantes, propuestos para el proyecto de tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE ENERO A MARZO EN EL AÑO 2015; perteneciente a la estudiante de la Escuela académico Profesional de Odontología Nelly Patricia Osnayo Quispe han sido revisados y evaluados consensuadamente por lo que queda por expedito para su aplicación.

Tacna, 07 de Enero del 2015

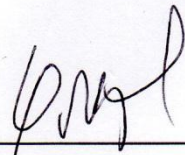


DR. VICTOR LECARRA FRANCO
Cirujano - Dentista
C.O.P. 3787

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento denominado cuestionario sobre nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes, propuesto para el proyecto de tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2015; perteneciente a la alumna de sexto de año de la Escuela académico Profesional de Odontología Nelly Patricia Osnayo Quispe ha sido revisado y evaluado consensuadamente por lo que queda por expedito para su aplicación.

Tacna, 9 de enero del 2015

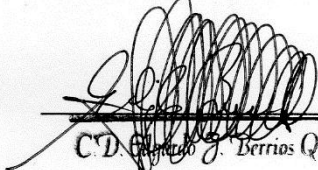


C.D. GUADALUPE CRUZ

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento denominado cuestionario para evaluar los conocimientos sobre salud oral en gestantes, propuestos para el proyecto de tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE ENERO A MARZO EN EL AÑO 2015; perteneciente a la estudiante de la Escuela académico Profesional de Odontología Nelly Patricia Osnayo Quispe han sido revisados y evaluados consensuadamente por lo que queda por expedito para su aplicación.

Tacna, 07 de Enero del 2015

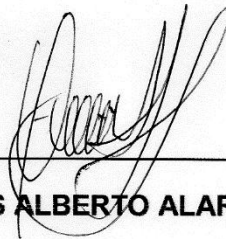


C.D. Gerardo J. Berrios Q
C.O.P. 7382

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento denominado cuestionario sobre nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes, propuesto para el proyecto de tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2015; perteneciente a la alumna de sexto de año de la Escuela académico Profesional de Odontología Nelly Patricia Osnayo Quispe ha sido revisado y evaluado consensuadamente por lo que queda por expedito para su aplicación.

Tacna, 9 de enero del 2015



C.D. LUIS ALBERTO ALARICO COHAILA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento denominado cuestionario para evaluar los conocimientos sobre salud oral en gestantes, propuestos para el proyecto de tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE ENERO A MARZO EN EL AÑO 2015; perteneciente a la estudiante de la Escuela académico Profesional de Odontología Nelly Patricia Osnayo Quispe han sido revisados y evaluados consensuadamente por lo que queda por expedito para su aplicación.

Tacna, 07 de Enero del 2015



CD. Yuri Tenorio C.
Docente - ESOD

ANEXO 7

PLAN DE TRABAJO PREVENTIVO PROMOCIONAL PARA LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y PARA LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GROHOMAN.

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 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).

El período de gestación suscita cambios fisiológicos en la madre, que pueden comprometer su salud bucal si estos no son adecuadamente contemplados.

- Deben establecerse el tratamiento de pacientes gestantes en los servicios de clínica integral del adulto para que el estudiante brinde charlas de prevención de la salud bucodental, conocimientos de las principales enfermedades bucales y su relación con su estado fisiológico, brindarles información al respecto de fármacos usados en odontología, rayos x y uso de anestesia, conocimientos sobre el desarrollo de los dientes y la cronología de erupción.

- Educar a la gestante en cuanto a la transmisibilidad materno infantil de los microorganismos cariogénicos (siendo crítica en los primeros 3 años de vida), por lo que es fundamental el cambio de hábitos de la madre.
- 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.
- Promover el uso tópico, por ejemplo con dentífricos e hilos fluorados, colutorios.
- Realizar durante la clínica un diagnóstico precoz y el tratamiento de enfermedades como caries, gingivitis y enfermedad periodontal en las pacientes gestantes para eliminar estos focos de infección puesto que sabemos que su relación con el embarazo podría traer consecuencias negativas como un parto prematuro.
- La gestante debe llegar al parto con una situación de salud bucal óptima después de todo el control llevado durante el transcurso de su embarazo.
- Es conocido el rol de la madre en el patrón de comportamientos adquiridos por el ser humano en su primera infancia, por lo cual las acciones educativas y preventivas son esenciales para la instalación de hábitos saludables en el niño.