

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL
ÍNDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN
JUNIO Y JULIO AREQUIPA 2017”**

Tesis presentada por la Bachiller

Bengoa Mora, Cárolayn Michell

Para optar el Título Profesional de:

Cirujana Dentista.

Asesor: Dr. Rojas Valenzuela, Christian

AREQUIPA –PERÚ

2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO


DR HUGO TEJADA PRADELL

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 55

Vista la solicitud que presenta don (ña **CAROLAYN MICHELL BENGOA MORA** sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUEDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO AREQUIPA, 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR HUGO TEJADA PRADELL
CD ELMER PACHECO BALDARRAGO
MGTER MARIA DEL S. BARRIGA FLORES

Arequipa, 19 de JUNIO del 2018

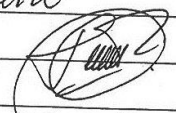
Universidad Católica de Santa María

Dr. Herbert Gallegos Vargas
Decano
Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano

Habiendo cumplido con realizar los cambios sugeridos por el suscrito, cumpla con emitir dictamen favorable del presente Trabajo de Investigación al fin de que prosiga con su trámite respectivo.

Atte


Dr. Hugo Tejeda Pradell

Arequipa, 2018 20 Junio -

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

CD ELMER PACHECO BALDARRAGO

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 55

Vista la solicitud que presenta don (ña CAROLAYN MICHELL BENGEOA MORA sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUEDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO AREQUIPA, 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR HUGO TEJADA PRADELL
CD ELMER PACHECO BALDARRAGO
MGTER MARIA DEL S. BARRIGA FLORES

Arequipa, 19 de JUNIO del 2018

Universidad Católica de Santa María
H. Gallegos
Dr. H. Gallegos Vargas
Decano
Facultad de Odontología

INFORME

Después de haber leído y corregido el presente borrador de tesis correspondiente con la sustentación. Dejo dictamen FAVORABLE para que la comisión de Tutores y Jurador se fecha, hora, lugar de sustentación en

H. Gallegos
(Signature)

Arequipa, 2018 *19 de junio*

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE SAN - UMACOLLO

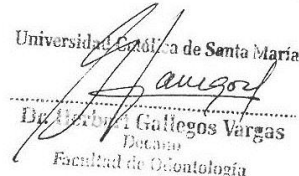
MGTER MARIA DEL S. BARRIGA FLORES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 55

Vista la solicitud que presenta don (ña CAROLAYN MICHELL BENGOA MORA sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUEDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO AREQUIPA, 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR HUGO TEJADA PRADELL
CD ELMER PACHECO BALDARRAGO
MGTER MARIA DEL S. BARRIGA FLORES

Arequipa, 19 de JUNIO del 2018

Universidad Católica de Santa María

Dr. Heriberto Gallegos Vargas
Decano
Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Previa saludo procedo a informarle sobre la revisión del presente borrador de tesis el cual se sugiere realizar los siguientes cambios:

* Revisión de formato, ortografía, y secuencia.

* Revisión de puertos de gráficos y tablas.

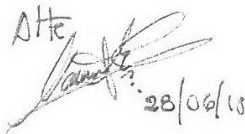
* Revisión de los antecedentes (orden), y las recomendaciones.

Es todo cuanto procedo a informar. Ate

 27/06/18

Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Habiendo se cumplido con realizar los cambios sugeridos, cumpla con emitir dictamen favorable del presente trabajo de investigación para que proceda en el trámite correspondiente. Arequipa, 2018

Ate
 28/06/18

Dedico este trabajo a Dios por su fortaleza y bendición de cada día.

A mi padre Alberto en el cielo... por su apoyo constante e incondicional, por sus enseñanzas en cada etapa de mi carrera y a lo largo de mi vida, por darme la confianza y el incentivo para seguir adelante a pesar de toda circunstancia.

A mi madre Carito por su guía confianza y esfuerzo de todos los días.

A mi hermano Paulo por su incentivo positivo y constante.

A mis primeros pacientes por depositar su confianza en mí.

A mis maestros por su enseñanza, paciencia y apoyo.



“La mayor gloria no es nunca caer,
sino levantarse siempre”

Nelson Mandela

INTRODUCCIÓN

Las mujeres gestantes y principalmente las que se encuentran en bajo nivel socio-económico son consideradas un grupo específicamente vulnerable en cuanto a salud bucodental, es por eso que es importante que tengan una atención integral de salud; sin embargo, por diferentes factores internos (de la mujer gestante), y externos (de la sociedad), no se cubre esta atención y surgen los problemas a nivel bucodental los cuales podrían afectar o repercutir también en el periodo de gestación de la mujer.

Las actividades respecto a Salud Oral que están programadas por el Ministerio de Salud y que se dan en Centros de Salud constituyen acciones: preventivo-promocionales, charlas de capacitación entre otras que se han realizado desde hace mucho tiempo atrás en distintos lugares del Perú, pero no en todos; sin embargo que su impacto social es muy bajo debido a la percepción que tienen las personas en cuanto a la labor del profesional odontólogo que continúan enfocadas en el área de recuperativo y rehabilitador lo cual muestra un desinterés o baja motivación para la labor en otras actividades.

Dicha investigación es realizada para que exista una motivación de bienestar para no tener problemas posteriores, lo cual es posible con una educación adecuada y la información correcta para la madre en conocimientos de enfermedades bucodentales, conocimientos en higiene oral, así como también factores de riesgo para el bebé y la gestante en cuanto a su Salud Oral; esto asegurará una Salud Oral positiva y segura para la gestante.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo fundamental determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento en salud bucal de las gestantes y su índice de caries de las mismas al momento de la evaluación, que acuden a sus controles en el Hospital III Goyeneche en el distrito de Cercado de Arequipa – Perú.

Corresponde a un estudio observacional, prospectivo, transversal, relacional, de campo y nivel relacional.

En el primer capítulo del presente trabajo nos enfocamos en describir el problema de la investigación dirigida a las mujeres gestantes que asisten al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Goyeneche en cuanto a su Nivel de Conocimiento en Salud Bucal y su Índice de Caries, los objetivos específicos y generales, el marco teórico que constituye temas importantes para la investigación como: Factores que influyen en conductas de salud, Dieta, Caries Dental, Gingivitis y Enfermedad Periodontal durante el embarazo, Salud Oral, Prevención en gestantes, Higiene Oral, Indicadores de Caries y Antecedentes Investigativos; por último planteamos la Hipótesis de la investigación.

En el segundo capítulo describimos la técnica e instrumentos que se han utilizado así como la ubicación donde se realizó la investigación y sus criterios de inclusión y exclusión, por último la estrategia para recolectar los datos y para su manejo; para dicha investigación los datos fueron obtenidos por medio de una ficha de observación documentada, realizada por la investigadora que consto de un cuestionario de 10 preguntas, el cual fue entregado a las gestantes; y también por medio de una ficha de observación clínica que consistía en un odontograma para obtener el Índice de Caries (cpo-d) de las gestantes. Dichas fichas fueron aplicadas en 101 gestantes. La información se estableció en la ficha de recolección y con ella se elaboró la matriz de datos

para el procesamiento y análisis de resultados aplicando la prueba estadística Análisis de Varianza (ANOVA).

En el tercer capítulo describimos el procesamiento de los datos analizados los cuales están planteados en tablas con sus respectivos gráficos, finalmente se discute otras investigaciones similares, se plantea cuatro conclusiones y algunas recomendaciones para las gestantes y personas del sector de Salud.

El nivel de conocimiento en Salud Bucal de las gestantes en su mayoría (76.2%) fue bajo; ninguna de ellas llegó a tener el nivel de conocimiento dentro de muy bueno, por lo tanto, el porcentaje de las gestantes que tuvieron un nivel de conocimiento regular y bueno fue 16.8% y 6.9% respectivamente. EL Índice de Caries (cpo-d) promedio que presentaron las gestantes fue de 14.12. Las gestantes con un nivel de conocimiento en Salud Bucal bajo, mostraron un Índice de Caries (cpo-d) promedio de 15.81; aquellas gestantes que tuvieron un nivel de conocimiento regular y bueno, tuvieron un promedio de Índice de Caries de 9.06 y 7.86 respectivamente.

Demostrándose así que efectivamente existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las gestantes en Salud Bucal y el Índice de Caries (cpo-d) de las mismas al momento de la evaluación.

Dado que el nivel de conocimiento que presentan las gestantes fue en más del 50% bajo, se recomienda crear programas en salud bucal e incluir controles dentales para las gestantes y así ayudar a que el índice de caries de la población disminuya.

Palabras clave: Salud Bucal, Índice de Caries, Índice cpo-d.

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the relationship between the level of knowledge in oral health of pregnant women and their caries index at the time of evaluation, who come to their controls at Hospital III Goyeneche in the district of Cercado de Arequipa - Peru.

Corresponds to an observational, prospective, cross-sectional, relational, field and relational level study.

In the first chapter of this paper we focus on describing the problem of research aimed at pregnant women who attend the Obstetrics-Gynecology service of Hospital III Goyeneche in terms of their level of knowledge in oral health and their caries index, Specific and general objectives, the theoretical framework that constitutes important topics for research such as: Factors that influence health behaviors, Diet, Dental Caries, Gingivitis and Periodontal Disease during pregnancy, Oral Health, Prevention in pregnant women, Oral Hygiene, Indicators of Caries and Investigative Background; finally we propose the hypothesis of the investigation. In the second chapter we describe the technique and instruments that have been used as well as the location where the research was conducted and its inclusion and exclusion criteria, finally the strategy to collect the data and to manage it; for this research, the data were obtained through a documented observation card, made by the researcher that consisted of a questionnaire of 10 questions, which was delivered to the pregnant women; and also by means of a clinical observation card that consisted of an odontogram to obtain the Caries Index (cpo-d) of the pregnant women. These cards were applied in 101 pregnant women. The information was established in the collection form and with it the data matrix for the processing and analysis of results was elaborated applying the statistical test Analysis of Variance (ANOVA).

In the third chapter we describe the processing of the analyzed data which are presented in tables with their respective graphs, finally we discuss other similar investigations, we propose four conclusions and some recommendations for pregnant women and people in the Health sector.

The level of knowledge in oral health of the pregnant women in its majority (76.2%) was low; none of them came to have the level of knowledge within very good, therefore, the percentage of pregnant women who had a regular and good level of knowledge was 16.8% and 6.9% respectively. The average caries index (cpo-d) presented by pregnant women was 14.12. Pregnant women with a level of knowledge in low oral health, showed an average caries index (cpo-d) of 15.81; those pregnant women who had a regular and good level of knowledge, had an average Caries Index of 9.06 and 7.86 respectively.

Demonstrating that there is indeed a significant relationship between the level of knowledge of pregnant women in oral health and the Caries Index (cpo-d) of them at the time of evaluation.

Given that the level of knowledge presented by pregnant women was more than 50% low, it is recommended to create programs in oral health and include dental controls for pregnant women and thus help the population's caries index to decrease.

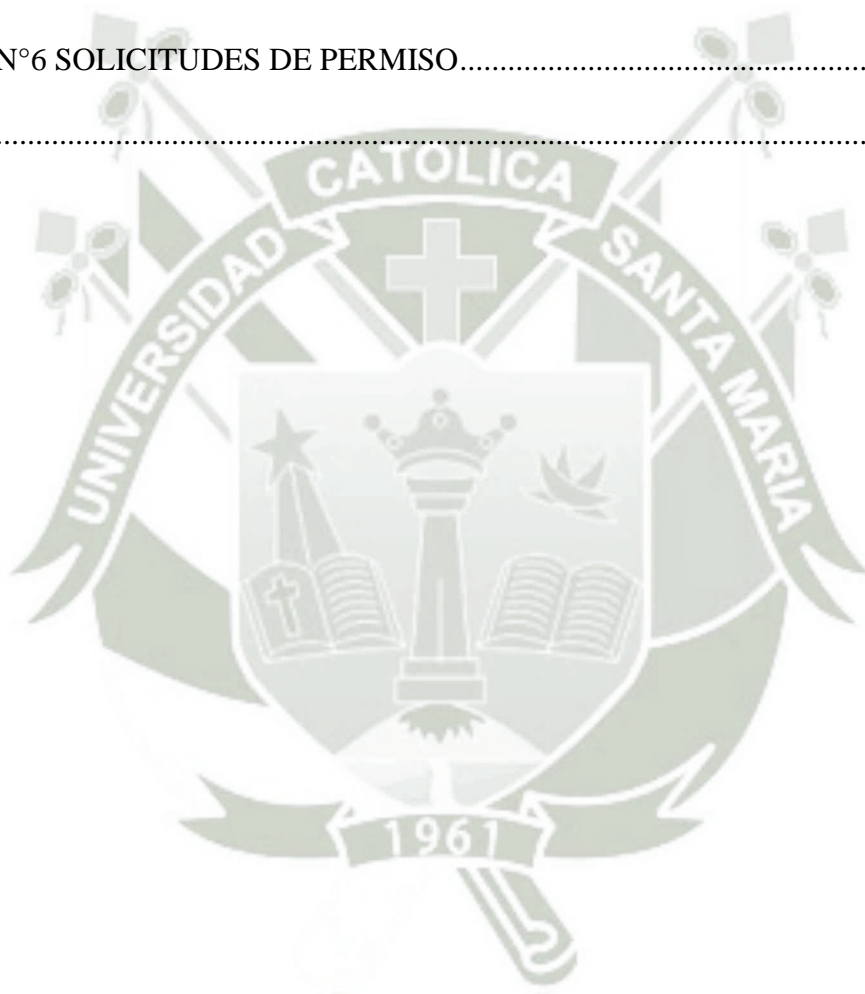
Key words: Oral Health, Caries Index, cpo-d Index.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	x
ÍNDICE.....	xii
CAPITULO I	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2 Determinación del problema.....	2
1.2 Enunciado del Problema.....	2
1.3 Descripción del Problema.....	3
1.4 Justificación	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivos específicos:.....	5
2.2 Objetivo general:.....	6
3. MARCO TEORICO.....	6
3.1 Factores que influyen en conductas de salud.....	6
3.2 Dieta.....	7
3.3 Caries dental:	12
3.4 Gingivitis y Enfermedad Periodontal durante el embarazo.....	17
3.5 Salud oral	21
3.6 Prevención en Gestantes	24
3.7 Higiene Oral.....	49
3.8 Indicadores de Caries.....	56

3.9 Revisión de Antecedentes Investigativos.....	58
4. HIPÓTESIS.....	63
CAPITULO II.....	64
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	64
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	65
1.1 Técnica:.....	65
1.2 Instrumentos.....	66
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	68
2.1. Ubicación Espacial.....	68
2.2. Temporalidad.....	68
2.3. Unidades de Estudio	69
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	70
3.1. Organización.....	70
3.2. Recursos.....	70
4. ESTRATEGIA PARA MANEJO DE DATOS	70
4.1 Plan de procesamiento de datos:	70
4.2 Plan de análisis de datos:	71
CAPITULO III: RESULTADOS.....	72
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES.....	88
BIBLIOGRAFIA	89
HEMEROGRAFIA.....	90
WEBGRAFIA.....	91

ANEXOS	92
ANEXO N° 1 MATRIZ DE DATOS	93
ANEXO N°2 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	96
ANEXO N°3 CUESTIONARIO EN SALUD BUCAL PARA GESTANTES.....	97
ANEXO N°4 FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA INTRAORAL.....	99
FICHA DE EVALUACIÓN INTRAORAL.....	99
ANEXO N°5 FOTOGRAFÍAS	100
ANEXO N°6 SOLICITUDES DE PERMISO.....	101
.....	103





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2 Determinación del problema.

Para promover hábitos y comportamientos positivos para la salud; las personas necesitan tener la información adecuada sobre qué hacer y cómo hacerlo. Existen diferentes factores que influyen en la aparición de enfermedades bucodentales fundamentalmente y la cual abarca un gran porcentaje: la caries.

El embarazo tiene un periodo de grandes cambios en el organismo los cuales pueden influir en la aparición de trastornos en la salud oral además del tipo de vida y los factores biológicos.

La gestación está relacionada con muchos tabúes y creencias respecto a la salud oral de la gestante que se van transmitiendo en tiempo por generaciones. Es habitual escuchar en las pacientes que en el periodo del embarazo "se descalcifican los dientes", o que "enferma las encías", y "que cada embarazo se pierde un diente" etc. También hay creencias y prácticas que olvidan los cuidados estomatológicos por las incomodidades que causa el tratamiento y el miedo de las gestantes respecto a los daños que puede causar al bebé.

1.2 Enunciado del Problema.

“Relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de caries de gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio Arequipa 2017“

1.3 Descripción del Problema

1.3.1 Área del conocimiento.

Área General : Ciencias de la Salud

Área Específica : Odontología

Línea de Investigación : Odontología preventiva

Tópico: Grado de conocimiento de gestantes en salud bucal

1.3.2 Operacionalización de Variables:

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Nivel de conocimiento en salud bucal	Cuestionario en: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención en Salud Bucal 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo: 0 – 10 • Regular: 12 - 14 • Bueno: 16 - 18 • Muy Bueno: 20
	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades Bucodentales 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene Oral 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento Odontológico en Gestantes 	
Índice de caries	<ul style="list-style-type: none"> • Cariados • Extraídos • Obturados 	Índice CPO De Klein y Palmer

1.3.3 Interrogantes Básicas.

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal de gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio?
- b. ¿Cuál es el índice de caries que presentan las gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio?
- c. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de caries de las gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio?

1.3.4 Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el n° de mediciones de la variable	Por el n° de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	Descriptivo Prospectivo	Relacional

1.4 Justificación

1.4.1 Relevancia Social

Tiene relevancia social porque dicha investigación precisa contribuir en la sociedad con una conciencia preventiva acerca de la salud bucal en gestantes y disminuir el índice de caries de las mismas durante el embarazo.

1.4.2 Viabilidad

La ejecución de este trabajo es viable porque posee disponibilidad de unidades de estudio, equipo de trabajo, materiales, así como el tiempo y conocimiento necesario para su ejecución.

1.4.3 Actualidad

Es un problema actual porque toda gestante necesita estar orientada en temas como salud oral para tener información adecuada de que hacer y cómo hacer para prevenir enfermedades como la caries durante el embarazo para no afectar al futuro niño.

1.4.4 Interés Personal.

El interés profesional que me incentiva a realizar esta investigación es por la experiencia del notable y marcado desinterés que se observa en las personas en general y principalmente en gestantes las cuales deberían tener un cuidado especial; así como también obtener mi título profesional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos específicos:

- a. Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de las gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio.
- b. Determinar el índice de caries que presentan las gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio.

2.2 Objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de caries de las gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en Junio y Julio.

3. MARCO TEORICO

3.1 Factores que influyen en conductas de salud.

3.1.1 El conocimiento:

En la sociedad los seres humanos están constantemente recibiendo múltiple información y cada persona responde de acuerdo a su percepción seleccionando lo que es de su interés e ignorando lo que no desea, porque le provoca ansiedad o en algunos casos reacciones defensivas. El modelo de conocimiento y acción indica que cuando la persona percibe un estímulo, enseguida lo interpreta; esta interpretación va de acuerdo a sus conocimientos, vivencias, creencias y valores de cada persona y en cómo se da el mensaje.

3.1.2 Fases entre el conocimiento y la conducta:

Por lo tanto entendemos que en ciertos casos el conocimiento puede ser lo único necesario para provocar un cambio de conducta, pero en otros casos no sería suficiente. Cuando el conocimiento es considerado importante para el individuo debe ser elaborado de manera significativa que provoque la atención del grupo objetivo. El paso del conocimiento a la acción consta de diferentes factores internos y externos constituyendo valores, actitudes y creencias.

3.1.3 Actitudes, valores, creencias y conductas:

Para que el conocimiento pase a la acción debe ser considerado por la persona de tal manera que impacte en sus valores, creencias y actitudes respecto a la salud.

Actitud es un procedimiento que conlleva a un comportamiento en particular que puede ser negativo o positivo.

Valor es una creencia transmitida y difundida en una población. Creencia es la seguridad de que un fenómeno u objeto es verídico o real.

A menudo cuando ocurre un cambio de actitud también hay un cambio de conducta; de igual manera un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.

3.2 Dieta.

La alimentación tiene mucha relación con la salud oral, hay alimentos saludables y también otros perjudiciales y dañinos para la salud de nuestros dientes y encías; por lo tanto, es fundamental mantener una buena dieta que sea bien balanceada para cuidar nuestra salud bucal.

Los alimentos que tienen mucha azúcar y los alimentos ácidos perjudican y dañan nuestra salud bucodental debido a que causan erosión en el esmalte y esto da lugar a la acumulación de placa bacteriana.

Sin embargo, también están los alimentos saludables para nuestra salud bucodental entre ellos tenemos las frutas, lácteos, hortalizas y frutos secos.

Las frutas y verduras tienen abundante agua y fibra y son los que se encargan de balancear los azúcares y estimulan la producción de saliva la cual es importante porque sirve para eliminar ciertas bacterias de la cavidad oral evitando la xerostomía.

Es importante tener una buena rutina de alimentación; el hecho de comer entre horas puede perjudicar nuestra salud bucodental debido a que entre horas consumimos más los alimentos azucarados los cuales desfavorecen los dientes y encías, así como también influye el hecho de que entre horas y entre comidas no hay un hábito de realizar la higiene bucal ya sea por flojera por falta de tiempo o por la falta de los útiles dentales en el momento dado.

3.2.1 Características que hacen que los alimentos sean cariogénicos:

<p>Propiedades Físicas</p>	<p>Adhesividad: mientras más adhesivo sea el alimento más tiempo estará unido al diente; ejemplo: chicles, gominolas, turrone; Consistencia: los alimentos duros y fibrosos actúan como detergentes sobre los dientes como la zanahoria, manzana. Mientras que los blandos se adhieren al diete como las galletas, chocolates; Tamaño de la partícula: las partículas más pequeñas pueden quedarse en fosas y fisuras.</p>
<p>Ocasión en que se consume el alimento</p>	<p>La cariogenicidad del alimento aumentará cuando sea ingerido entre comidas. Esto ocurre porque durante las comidas producimos mas saliva y lo variado de la alimentación aumenta los movimientos musculares de mejillas, labios y lengua y asi aceleramos la eliminación de residuos.</p>

F

Frecuencia	Si ingerimos más veces al día hidratos de carbono aumenta el potencial cariogenico.
------------	---

Fuente: “Dieta cariogénica, lo peor para tu salud bucodental”.

Tenemos también alimentos que inhiben los procesos cariogénicos; entre ellos tenemos:

- El Flúor: se encuentran bien en los alimentos o puede ser administrado en forma tópica.
- El Calcio y fósforo: los cuales evitan la desmineralización del diente.
- El Hierro: según algunos estudios realizados en animales han demostrado su efecto sobre el proceso cariogénico.
- Las Proteínas: Una dieta con menos proteínas aumenta el riesgo de desarrollar caries.
- Las Grasas: Porque forman una película protectora sobre los dientes.

3.2.2 Nutrición durante la gestación

HIDALGO (2018) No restringir alimentos: En el periodo de gestación el cuerpo sufre cambios que favorecen en el desarrollo del bebe por lo que surgen las necesidades nutricionales para lo cual no debe haber limitaciones y tener una alimentación (CESA) Completa, Equilibrada, Suficiente y Adecuada. Se recomienda incluir alimentos de todos los grupos, pero teniendo en cuenta el tamaño y número de porciones según la edad, actividad física y etapa en la que se encuentre del embarazo de la paciente. Por eso es importante que incluyas en tu alimentación los siguientes grupos:

Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	Frutas y verduras	Leche y productos derivados	Carnes, huevos y leguminosas secas	Grasas	Azúcares
<p>Consuma máximo dos porciones de harina en cada comida principal y una sola harina en los intermedios. Es preferible preparaciones al horno, vapor, guisados y cocidos.</p>	<p>Incluye en tu dieta dos porciones al día de alimentos que tengan un color vivo y fuerte. Prefiere las frutas enteras o en porción por lo menos tres veces al día. En caso de estreñimiento consume las que contengan semillas o cuya cáscara la puedas comer.</p>	<p>Toma mínimo tres porciones de leche al día sola o mezclada, así como de sustitutos de la leche ya sea yogur, kumis o avena. Opta por el queso campesino, pera, mozzarella o cuajada.</p>	<p>Consuma carnes magras, pollo y pescado sin piel ni grasa, cocidas al horno, guisadas o asadas. Puedes consumir huevo diariamente.</p>	<p>Usa aceites de origen vegetal, como los de girasol o canola (cocido), aceite de oliva (crudo) y frutos secos y semillas.</p>	<p>consúmelos con moderación y redúcelos al mínimo en los últimos tres meses de gestación</p>

Fuente: “7 recomendaciones nutricionales que debes tener en cuenta durante tu embarazo”, Dra. Luz Stella Hidalgo



Fuente: <https://www.nutricionsaludable.com/habitos-saludables-en-el-embarazo>

- Conocer y controlar el aporte calórico:

	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Aporte Calórico	Aumenta en promedio 85 calorías por día	Aumenta en promedio 285 calorías por día	Aumenta en promedio 475 calorías por día

Fuente: “7 recomendaciones nutricionales que debes tener en cuenta durante tu embarazo”, Dra. Luz Stella Hidalgo

- Ingerir suplementos nutricionales: Es fundamental que durante el primer trimestre de gestación se coma micronutrientes como el ácido fólico, hierro y calcio entre otras vitaminas y minerales; estos micronutrientes son fundamentales para que funcione el organismo y también para un buen desarrollo del bebe, por ejemplo el ácido fólico previene las malformaciones del tubo neural y que el bebe nazca con bajo peso, y podemos encontrarlos en vegetales verdes crudos, frutas cítricas, cereales fortificados, leguminosas secas, vísceras y huevos. El hierro previene la anemia y el calcio disminuye el riesgo a tener complicaciones hipertensivas como son la preeclampsia y la eclampsia, ya que este actúa como protector.
- No debemos ingerir alimentos aditivos porque es probable que tengan sustancias toxicas o pueden causar alergias; con respecto a la cafeína solo podemos ingerir dos tazas al día pero hay que tener en cuenta que hay variedad de productos con cafeína como gaseosas, te, bebidas energizantes entre otros hay que tratar de no consumir también los jugos

industrializados y frutas enlatadas. Debemos tratar de controlar el consumir mucha sal por la retención de líquidos, hay que revisar que sea yodada y fluorada.

- No debemos ingerir medicamentos, solo si son recetados en el control prenatal por el profesional de salud.
- Debemos prestar atención a la valorización nutricional cuando es un embarazo de riesgo.
- Durante el periodo de gestación puedes aumentar 12,5 kilogramos aproximadamente, pero esto puede cambiar según las condiciones de cada mujer. Cuando se gana poco peso hay más riesgo de que se retrase el crecimiento intrauterino, de mortalidad perinatal y de que el bebe nazca con bajo peso. Pero cuando se aumenta más peso de lo planeado esto se vincula con alto peso al nacer y, por lo tanto, también complicaciones con la desproporción céfalo-pélvica; además que eso significa que hay riesgo de preeclampsia. Si no se le da importancia en cuidar la alimentación también hay probabilidad de tener riesgo de desarrollar hipertensión, diabetes gestacional y anemia.

3.3 Caries dental:

La caries dental es el daño o reblandecimiento del esmalte y la dentina, causada por la placa bacteriana que se encuentra en las superficies de los dientes. Se trata de una infección que sufre el diente, que empieza en la periferia del mismo y avanza en profundidad, causando una pérdida de sustancia, lo cual forma una cavidad dentro de la pieza dental.

La boca del ser humano tiene variedad de microorganismos que forman un ecosistema en equilibrio, llamado placa bacteriana. El germen más común que se encuentra en la boca es el *Streptococcus mutans*. Tras consumir alimentos, éstos son metabolizados por la placa bacteriana, creando así unas sustancias ácidas que hacen que el pH bucal disminuya. Al disminuir el pH afecta la estructura mineral del esmalte del diente lo cual causa su desmineralización.

Lo primero que ocurre cuando hay una infección a la pieza dental es el cambio de color, la pieza dental se torna blanquecina y sin brillo. En una etapa más avanzada aparece un borde amarillo, marrón o negro en la zona que esta careada. En este momento es donde puede aparecer el característico dolor de muelas relacionado con la enfermedad. Y cuando la caries ya se logra ver, es porque ha aparecido un socavón en el esmalte como consecuencia de la pérdida de sustancia. La destrucción de la pieza dental es un proceso lento, lo que significa que cuando el daño de la caries se logra ver, la destrucción del diente ya lleva meses produciéndose.

La caries es una enfermedad multifactorial y está vinculada directamente con los siguientes factores de riesgo:

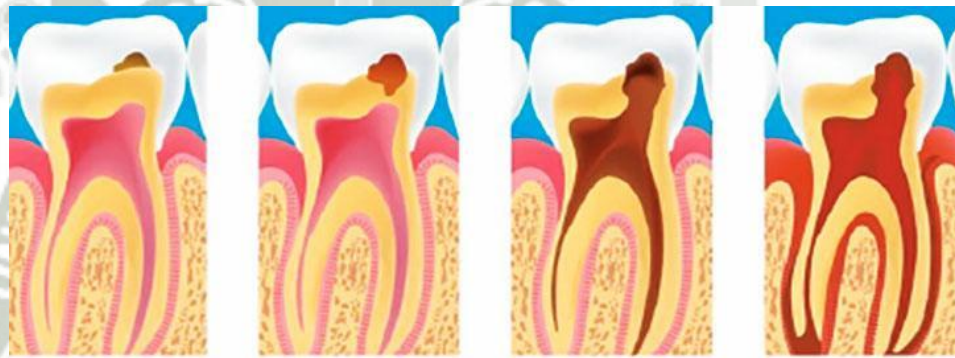
Factores de riesgo:

FACTORES DE RIESGO	RELACIONADOS CON EL DIENTE Y LA SALIVA	La saliva protege a los dientes de la caries, personas con alteraciones en la cantidad o calidad de saliva aumenta el riesgo de tener caries; de igual modo la morfología, composición, disposición, textura y maduración del esmalte se relaciona con el riesgo caries.
	RELACIONADOS CON LA DIETA	Los hidratos de carbono precipitan la acción bacteriana en el esmalte del diente causando daño. Cuando una dieta conlleva muchos azúcares aumenta el riesgo de caries; sin embargo, la desnutrición y la falta de minerales también causan daño en la salud bucodental. Además, si se ingiere muchos azúcares durante el día el pH bucal baja de manera permanente por lo que no se produce la remineralización del esmalte. Por eso los que comen entre horas están más propensos a tener caries.
	RELACIONADOS CON LA PLACA BACTERIANA	La cavidad oral está llena de abundantes microorganismos y la caries se desarrolla en las superficies del esmalte donde la flora microbiana de la placa está en un ambiente adecuado para su proliferación como ocurre con la mala higiene dental.
	RELACIONADOS CON EL TIEMPO	Mientras más tiempo pasan los dientes expuestos a la actividad de los ácidos producidos por las bacterias aumenta el riesgo de caries, es decir cuanto más nos demoremos en cepillarnos los dientes tenemos más riesgo de tener caries

Fuente: Caries Dental: que es y cómo actúa de Bekia Salud

Los ácidos en la placa dañan el esmalte que cubre las piezas dentales y crean orificios en los dientes llamados caries. Las caries generalmente no duelen, a menos que sean muy grandes y afecten la pulpa del diente llegando así a los nervios o que causen una fractura de la pieza dental. Si no se interviene y se trata la afección pueden llegar a un absceso dental. La caries dental que no se trata también destruye el interior del diente (pulpa), lo cual requiere un tratamiento más extenso e incómodo para la paciente o, en el peor de los casos, la extracción del diente cuando ya es una pieza inservible.

Evolución de la caries dental:



Fuente: <http://www.lainformacion.com.do/noticias/mirador/100138/Preve-ncion-de-caries-dental>

3.3.1 Caries dental en gestantes:

NISWANDER (1987) Algunos investigadores, aunque no todos, han demostrado un aumento en la producción de saliva durante el embarazo, pero otros consideran que el ptialismo de muchas de las gestantes puede ser simplemente por las náuseas que se presentan durante la gestación lo que impiden deglutir una cantidad normal de saliva. Un autor, cuyos resultados

no han sido confirmados, observo un descenso en el pH de la saliva, que podría explicar el aumento en incidencia de caries dentales que presentan muchas de las pacientes gestantes. Prácticamente todos admiten que las alteraciones del metabolismo del calcio que se producen durante la gestación no explican las caries de los dientes permanentes.

Aclaremos que la popular idea de que el bebé obtiene el calcio de los dientes de la paciente gestante a medida que se desarrolla en el vientre no es más que un mito. Por lo tanto, eso no es lo que provoca los posibles problemas bucodentales que podrían experimentar durante la gestación. Sin embargo, sí resaltamos que el ácido del estómago sí provoca el deterioro de los dientes en el embarazo. Los vómitos debidos al embarazo y el reflujo, los dos muy comunes y frecuentes en muchas mujeres embarazada, son la vía por la que el ácido estomacal termina entrando en contacto con los dientes y erosionando su esmalte, volviéndolos más propensos a tener caries.

RODRIGUEZ (2003) La mujer durante el periodo de gestación sufre una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos vinculados entre sí que la hacen más propensa a padecer caries. Los cambios en la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, son los factores capaces de producirla.

Durante el embarazo, la composición salival se ve alterada, desciende el pH salival y la capacidad buffer, y se altera la función para regular los ácidos que son producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal apto y favorable para el desarrollo de estas al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones.

Como todo proceso salud y enfermedad, lo biológico no puede separarse de lo social. Esta etapa también puede causar cambios en los estilos de vida, aunque no ocurre en todas las embarazadas. Los cambios en los hábitos alimenticios son comunes, la dieta cariogénica en aumento de frecuencia empieza a tener un papel principal en relación con los restantes alimentos, lo que constituye el sustrato para la bacteria. Además de esto, se presenta la deficiencia y falla del cepillado por dos motivos: primero las náuseas que causa la práctica de este hábito y segundo porque la gestante se ve acorralada por los síntomas del propio embarazo, todo lo cual colabora en la acumulación de placa dentobacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie de las piezas dentales.

3.4 Gingivitis y Enfermedad Periodontal durante el embarazo.

El embarazo puede provocar que las encías y otros tejidos que sostienen a los dientes sean mucho más propensos a la inflamación y a las infecciones. A esto le llamamos enfermedad periodontal. Causado por los cambios hormonales que afectan a la flora bucal (saliva y fluido gingival), en las mujeres gestantes que tienen diabetes también son más propensas a tener enfermedad periodontal. A la inflamación de las encías le llamamos gingivitis. Esto es bastante común durante el periodo de gestación y si una mujer embarazada tiene una buena higiene dental y usa hilo dental correctamente, tendrá menos probabilidades de contraer dichas enfermedades gingivales.

Cuando la inflamación y la infección no son intervenidas y controladas adecuadamente, puede terminar en la pérdida del hueso que apoya y rodea a los dientes. Esta enfermedad le llamamos periodontitis. Hay que tener en cuenta, que el

embarazo no causa enfermedades gingivales, sino que es el resultado de una mala higiene que provoca cambios en las encías.

MIR (1997) Durante el periodo de gestación se produce cierto grado de edema gingival y gingivitis hasta en el 50 %. La encía se inflama y causa proliferación vascular, volviéndose más friable. Parece vincularse a los estrógenos del embarazo y a una enfermedad dental preexistente. Cuando la gingivitis es más avanzada, las papilas se hipertrofian causando el épulis o pseudotumor del embarazo. El épulis es blando, cianótico con borde rojo y en algunos casos puede estar cubierto por una pseudomenbrana grisácea. Es friable y puede causar hemorragia. La hipertrofia gingival regresa espontáneamente tras el parto, pero el épulis se debe extirpar. Se ha vinculado el embarazo con el aumento de caries dentales, pero, la gestación no causa la desmineralización de las piezas dentales. El esmalte tiene cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios que surgen durante el embarazo.

En este periodo de gestación, la secreción de hormonas como estrógenos le eleva 30 veces más de lo normal y la progesterona 10 veces más, en comparación con lo que ocurre normalmente en el ciclo sexual de la mujer. La influencia hormonal actúa como una respuesta inflamatoria intensa donde se eleva la permeabilidad vascular y la exudación, lo que causa el éxtasis de la microcirculación, lo cual facilita la filtración de líquidos en los tejidos peri vasculares.

A pesar de todos estos cambios vasculares, la placa sigue siendo el factor etiológico principal en la génesis de la gingivitis, y ocurren cambios en su composición y control. Los cambios microbianos en esta se presentan principalmente en la placa subgingival vinculado con el aumento de hormonas. La bacteria anaerobia gramnegativa Prevotella, que es de un grupo pequeño de microorganismos que están

estrechamente vinculados con el inicio de la enfermedad periodontal, conforman los microorganismos que se ven elevados en la placa subgingival a partir del tercer al cuarto mes de embarazo, los cuales usan a la progesterona y estrógenos que están en el fluido gingival como fuente de alimentos, pues tienen similar estructura a la naphthaquinona, que es alimento esencial para ellas.

El daño y destrucción de mastocitos gingivales por el incremento de las hormonas sexuales y la liberación de histamina y enzimas proteolíticas, pueden colaborar también a la respuesta inflamatoria exagerada a los irritantes locales. Estos cambios hormonales provocan un incremento de las prostaglandinas y una alteración del sistema fibrinolítico.

Por otro lado, se ha demostrado que en el sistema inmunológico maternal ocurren algunas modificaciones esenciales para evitar el rechazo inmunológico entre la madre y el feto. Se sugiere que la progesterona actúa como un inmunosupresor en los tejidos gingivales de mujeres gestantes previniendo el tipo agudo-rápido de reacción inflamatoria contra la placa, pero permite un tipo crónico creciente de reacción del tejido, lo cual se ve clínicamente con un aspecto exagerado de la inflamación. Otros estudios han evidenciado que muchas veces, aún con el control de la placa y otros factores de riesgo, está implícita la inflamación gingival, lo cual responde a una disminución de las células T, que sugiere que esta depresión sea un factor en la sensibilidad afectada de los tejidos gingivales.

El organismo en el embarazo produce una hormona llamada relaxina, que actúa relajando las articulaciones de la embarazada para facilitar el parto. Algunos estudios dicen que esta hormona puede función también en el ligamento periodontal causando una ligera movilidad de la pieza dentaria lo que permite la entrada de restos de

comida y que la placa dentobacteriana se localice entre la encía y el diente, lo que provoca la inflamación de estas. Esta movilidad dentaria no llega a tener pérdida de la inserción dentaria, por lo que no precisa tratamiento y remite posparto, ya que es raro que el deterioro periodontal sea irreversible. La gestación no es la causa de pérdidas óseas con la consiguiente aparición de bolsas periodontales reales.

RODRIGUEZ (2003) Las cantidades totales de calcio y fósforo que necesita el feto durante el periodo de gestación solo representa 1/50 de la cantidad que hay en los huesos de la madre. Por lo tanto, el organismo de la gestante sufre muy poco al respecto. Pero, una deficiente y baja incorporación de calcio y fósforo en la dieta de la gestante ocasiona que baje la concentración de estos iones en los líquidos extracelulares, y se origine la salida de calcio de los huesos como un mecanismo compensador para llegar cifras normales de estos iones. En este caso, lo que si hay es una pérdida del contenido mineral óseo, pero, no pérdida de altura de hueso alveolar. Esta pérdida del contenido mineral es reversible y se recupera cuando la concentración del ion calcio llega a cifras más elevadas.

A pesar de que estos cambios fisiológicos aparecen en todas las embarazadas, no en todas se presentan las alteraciones descritas. Esto ocurre porque la predisposición genética individual influye en padecer o no ciertas enfermedades, así como también influye el estado sociocultural de cada una de las pacientes gestantes, teniendo en cuenta, según estudios, que a un mayor nivel educativo con condiciones socio económicas positivas, esta afección llega a ser en menor escala.

INFLAMACIÓN DE LAS ENCIAS



SANA



GINGIVITIS



PERIODONTITIS

Fuente: <http://dentalsalud.com.co/conoce-la-enfermedad-de-las-encias-o-periodontal/>

3.5 Salud oral

OMS (2012) La salud oral es importante para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas orales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de piezas dentarias y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona la capacidad para morder, masticar, sonreír y hablar, al mismo tiempo que también repercuten en su bienestar psicosocial dentro de la sociedad.

Los conceptos constituidos por el modelo de Lalonde en 1974, (Marc Lalonde fue Ministro de Sanidad en Canadá entre 1972 y 1977, y fue quien estableció los determinantes que afectaban y alteraban a la salud de la población), resaltaban fundamentalmente la importancia del estilo de vida, el medio ambiente, la biología humana y los servicios de salud como determinantes de la salud.

Hay un acuerdo implícito en atribuir a una etiología multifactorial en el desarrollo de esta enfermedad. Los elementos básicos que intervienen son: las características de la persona, la placa bacteriana cariogena actualmente llamado biofilm y el sustrato que se encuentra en el medio bucal como dieta, saliva, etc. Estos elementos constituyen un sistema el cual debe mantenerse en equilibrio y en caso se desequilibrará a favor de los agentes cariogénicos, van a determinar la aparición de la enfermedad. La caries empieza con una desmineralización del tejido dentario, lo cual es totalmente reversible en sus estadios iniciales, pero puede avanzar y provocar la destrucción irreversible del tejido dental.

Vinculando los factores de riesgo de la caries dental con cada grupo de determinantes del modelo descrito por Lalonde, el estilo de vida estaría vinculado con los hábitos higiénicos como el cepillado dental y con los hábitos dietéticos-alimenticios como con la frecuencia que se ingiere contenido total de carbohidratos. La biología humana, el determinante menos modificable, determinaría la capacidad de neutralización de los ataques ácidos por parte de la saliva, así como el nivel habitual del pH salivar.

La biología también influiría de manera importante la estructura inicial de los tejidos dentales y su resistencia intrínseca. El medio ambiente tiene un efecto a nivel local, porque las superficies de las piezas dentales están colonizadas por bacterias y su íntima relación conlleva un papel primordial en el desarrollo de caries. Si existen concentraciones óptimas de fluoruros en el medio ambiente actúan como un factor importante en la formación del tejido dental, y también en su posterior equilibrio desmineralización-reminerización.

El determinante de los servicios de salud tiene también un papel importante, al ser esta enfermedad muy prevalente y contar con terapias preventivas remineralizadoras y terapias restauradoras quirúrgicas para actuar sobre los efectos de las lesiones cariosas. Anteriormente, el único tratamiento posible para una lesión avanzada de la caries era la eliminación quirúrgica lo cual era la pérdida irreversible de la pieza dentaria cuando era causa de dolor o infección (etapa quirúrgica). La conocida restauración de las lesiones causadas por la caries dental (etapa restauradora) tuvo lugar con la aparición de materiales de restauración (los cuales se realizaban al principio con oro o amalgama de plata y luego con el tiempo con materiales estéticos como son los composites e incluso cerámica) y la creación de los primeros instrumentos rotatorios mecanizados (como la turbina dental) hacia posible tallar la pieza dentaria y preparar una cavidad óptima para colocar un material de restauración para rehabilitar la pieza dentaria en óptimas condiciones.

CASALS (2012) Las mejoras que ha representado la implantación de una terapia conservadora-restauradora son evidentes. Pero, pese al aumento en la calidad, estética y durabilidad de los tratamientos restauradores, la mejor opción es tratar de evitar que aparezca la enfermedad (etapa preventiva). Durante los últimos 50 años se ha originado una notable mejoría en la salud bucodental de las personas, y la mayoría de los jóvenes y adultos de mediana edad buscan conservar sus dientes naturales durante toda la vida.

Salud bucal



Fuente: Salud y Enfermedad Bucal - Imágenes.

3.6 Prevención en Gestantes

LLODRA (2012) Los profesionales de salud oral deben proporcionar a las pacientes los cuidados preventivos adecuados, así como también el tratamiento de la infección aguda, lo más pronto como sea posible en el embarazo dándole la seguridad a la paciente para su bienestar y para evitar causar riesgos que pongan en peligro tanto a la paciente como al bebe. La prevención de la caries y gingivitis para tener una boca sana es el objetivo primordial en el embarazo. Es netamente importante la inclusión de medidas que eviten la colonización de la cavidad oral por agentes cariogénicos primarios, específicamente el *S. mutans* y el *S. sobrinus*. Se recomienda el uso de selladores en mujeres gestantes con elevado riesgo de caries en las superficies oclusales de todos los molares.

3.6.1 Fisiología de la paciente gestante:

EUCURED (2012) Los cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos que se presentan durante el embarazo son variados y pueden ser sistémicos o locales. Muchos de ellos van a volver a su estado pre gestacional entre el parto y las seis semanas del puerperio. Estos cambios fisiológicos normales consiguen formar un hábitat saludable para el feto, sin comprometer la salud de la paciente gestante. En muchos sistemas, sin embargo, la actividad estará incrementada. En el caso de los aparatos urinarios y gastrointestinales, veremos que los músculos estarán más laxos, provocado por la actividad decreciente. Es necesario conocer bien la fisiología normal de la paciente embarazada para entender los procesos de enfermedades que coinciden durante el periodo de gestación.

a. En el sistema digestivo:

Las regulaciones nutricionales durante el periodo de gestación se elevan, lo cual constituye las vitaminas y minerales. Muchas de las alteraciones maternas se originan para encontrar la solución a esta demanda. En los primeros meses del periodo de gestación el apetito disminuye ya que empiezan a experimentar las náuseas y vómitos, esto debido a los cambios en los niveles de gonadotropinas coriónicas. Luego de esto el apetito va aumentando, y también la cantidad de alimentos consumidos que es mucho mayor. Por lo que se debe educar e informar a la paciente sobre la cantidad y calidad de los alimentos que debe consumir.

b. En la cavidad oral:

El PH de la cavidad oral disminuye y pueden ocasionar caries en las piezas dentarias. Las caries no son causadas por la pérdida de calcio, ya que éste se encuentra estable en los dientes. Las encías pueden empezar a ser hipertróficas e hiperémicas y sangran con facilidad: esto es probable por el incremento de los estrógenos y la deficiencia de Vitamina C. posteriormente vuelven a la normalidad durante el puerperio. Hay un incremento de la salivación causado por las dificultades de ingestión por el pH bajo y por las náuseas.

La motilidad gastrointestinal: Puede disminuir durante el embarazo debido a los niveles altos de progesterona, lo cual actúa sobre la disminución en la producción de motilín, un péptido hormonal del cual se conoce que estimula el músculo liso en el intestino.

c. En el estómago, esófago, intestino y vesícula:

La producción estomacal del ácido clorhídrico es variada y está aumenta en el primer trimestre. La hormona gastrín puede ser producida por la placenta y disminuir el PH estomacal, lo cual incrementa el volumen del estómago y también su producción de mucus. El peristaltismo esofágico disminuye y estará vinculado con el reflujo gástrico por el lento vaciado estomacal; la dilatación o relajación del cardias causa una sensación de gastritis o acidez. Este reflujo gástrico dura hasta el final del embarazo por la elevación del estómago, “empujado” por el crecimiento del útero que puede simular una Hernia Hiatal. Se tiene que evitar el descanso en posición supina y tener en cuenta dichas alteraciones cuando se coloque anestesia para

evitar la broncoaspiración. La vesícula estará hipotónica por la acción de la progesterona y su vaciado será lento e incompleto; todo esto favorece la estasis de la bilis y la formación de litiasis. No hay cambios morfológicos en el hígado pero si se alteran sus funciones. La actividad de la fosfatasa alcalina sérica está duplicada, posiblemente por el aumento de las ioenzimas de la placenta. Existe también un descenso de las albúminas plasmáticas pero la disminución del índice albúmina-globulina es normal durante el embarazo.

d. En el riñón y tracto urinario:

Los riñones incrementan su tamaño y peso; la pelvis renal se dilata con un volumen mayor de 60 mL. Los uréteres se dilatan desde el borde de la pelvis ósea, se alargan e incurvan; aunque, es rara su torsión; esta dilatación y estasis urinarias una produce orina residual en su sistema colector de aproximadamente 200 mL; estos cambios empiezan desde la semana 10. El uréter derecho está más dilatado que el izquierdo causado probablemente por la dextrorrotación del útero durante el embarazo. Lo que produce la hidronefrosis y el hidrouréter no está bien delimitado, aunque se plantean todos estos cambios facilitadores, así como el aumento de los niveles de progesterona, hormonas placentarias, antidiurética y la hormona tiroidea; un factor adicional es el incremento del volumen plasmático. El flujo plasmático renal se eleva de forma progresiva hasta llegar a valores máximos en la semana 32 y próximo al parto baja, pero sin llegar a las cifras pre gestacionales (valores de 750 a 900 mL/min). El incremento de las funciones renales son causados por aumento del débito cardíaco, a la volemia y a la

necesidad de desechar catabolitos y productos de excreción fetal. Hay un incremento de diuresis y el ritmo de excreción invertido con un PH elevado. La proteinuria es de 0,2 a 0,3 g/24 horas; este valor se tiene que analizar con cuidado, porque cifras superiores pueden resultar enfermedad renal o preeclampsia. En el sedimento urinario hay ligeramente aumento de los hematíes, causado por la opresión del útero y esto, junto con la dilatación subsecuente de los orificios ureterovesicales, explica la el aumento en la frecuencia del reflujo vesicouretral durante el embarazo.

e. En el sistema hematológico:

Probablemente el mayor cambio general de la fisiología de la paciente gestante es el aumento del volumen sanguíneo, y el volumen de este aumento variará de acuerdo con la talla de la paciente gestante, el número de embarazos, partos anteriores y si ésta es un embarazo única o múltiple. Una paciente gestante pequeña puede tener un incremento de volumen plasmático de sólo 20 %, mientras que una gestante de talla alta puede tenerlo hasta de 100 %.

Los cambios del volumen sanguíneo no están bien determinados, lo que provoca esto puede ser la elevación de estrógenos, progesterona y aldosterona, y su demanda se explica por el flujo sanguíneo extra que necesita el útero, las necesidades metabólicas del feto y el incremento de perfusión de otros órganos, principalmente los riñones. Otros flujos sanguíneos extras se presentan para disipar en la piel los cambios de temperatura provocados por los incrementos metabólicos y las pérdidas

maternas en el parto que van de 500 a 600 mL o en caso de la cesárea de 1 000 mL.

El aumento de los eritrocitos es de unos 450 mL y esto sucede igual si se aporta o no el suplemento de hierro, pero si hay una buena reserva de éste, el volumen sanguíneo y celular es paralelo y no ocurre la mal llamada "anemia fisiológica" del embarazo, la cual no es más que un reflejo de la falta de reserva de hierro. La médula ósea muestra una hiperplasia normocítica, con incremento del trabajo hemoformador; provocado por posible liberación de la eritropoyetina renal que causa disminución de la vida media de los hematíes en 50 % es decir 120 a 60 días y, por lo tanto, aumenta la actividad de la médula ósea. Los leucocitos están elevados hasta cifras que pueden llegar a 15000 por mm en el tercer trimestre del embarazo.

Las plaquetas, de acuerdo a estudios recientes de Tygart, presentan un aparente acrecentamiento durante el embarazo unido a un consumo progresivo de plaquetas. Los niveles de prostaciclina, inhibidores de la agregación plaquetaria y del tromboxán A₂, el cual es un inductor de la agregación plaquetaria y un vasoconstrictor, están elevados durante el periodo de gestación de la paciente.



Fuente: Fisiología del embarazo – Laura Duarte

f. Sistema cardiovascular:

Según el útero se incrementa su tamaño, el *diafragma* se eleva y el *corazón* se desplaza hacia arriba y un poco hacia la izquierda, con rotación de su eje longitudinal, así el latido apical se mueve lateralmente.

La capacidad cardíaca aumenta hasta 70 u 80 ml porque existe *hipertrofia* y aumento del volumen del *músculo* cardíaco (12 %).

El rendimiento cardíaco se incrementa en un 40 % durante el embarazo teniendo su acmé en las 20 a 24 semanas de gestación. El aumento puede ser por encima de 1,5 L/min de los niveles pre gestacionales.

La aumento sensible del rendimiento cardíaco según crece la gestación, probablemente se deba a la compresión del útero sobre la vena cava inferior y de ahí disminuye el retorno venoso de sangre al corazón. El rendimiento cardíaco es la respuesta del esfuerzo y el latido cardíaco. Los latidos cardíacos al término del embarazo aumentan en 15 latidos por min, aunque esto puede cambiar y variar al estar afectado por el ejercicio o esfuerzo físico, el estrés o la temperatura. La presión arterial disminuye poco durante el embarazo: es un ligero cambio en la presión sistólica, pero la diastólica está disminuida desde las 12 a 26 semanas en 5 a 10 mm de Hg. La presión diastólica aumenta en sus cifras pre gestacionales cerca de las 36 semanas de embarazo. La resistencia vascular periférica es el resultado de la presión sanguínea dividida por el rendimiento cardíaco; como la presión sanguínea disminuye o se mantiene igual y el rendimiento cardíaco aumenta, entonces la resistencia disminuye notablemente. El flujo sanguíneo se incrementa hacia los riñones, el útero y las mamas, pero la cantidad va de acuerdo al estado de normalidad o no del embarazo. El incremento del flujo sanguíneo en el útero es aproximadamente de 500 mL por minuto, pero puede alcanzar a 700 u 800 ml por minuto. La placenta y el útero incrementan su flujo debido a que su resistencia es menos que en la circulación sistémica. El flujo renal se eleva hasta 400 ml por minuto y hacia la piel, principalmente en las manos y los pies.

El flujo elevado hacia los músculos largos durante el ejercicio físico puede descender el flujo útero placentario. No se sabe la verdadera extensión de tal mecanismo y cómo puede comprometer al feto. Si

ocurre una carga adicional al mecanismo útero placentario de transferencia de oxígeno, se puede provocar un patrón anormal del latido cardíaco fetal.

g. Sistema Respiratorio:

La ingurgitación capilar que altera toda la mucosa del árbol respiratorio durante el embarazo va a provocar edema e hiperemia de la nasofaringe, las cuerdas vocales y los bronquios. En algunos casos hay cambio de voz, ronqueras, epistaxis y dificultad para respirar. El útero comprime el diafragma, por lo que los diámetros verticales del tórax están disminuidos en 4 centímetros, pero la capacidad vital está normal.

La circunferencia torácica crece unos 6 a 7 centímetros; la frecuencia respiratoria está incrementada, y de igual manera el volumen ventilatorio que es cantidad de aire que entra o sale en cada movimiento respiratorio.

La utilización del oxígeno se eleva y el metabolismo nasal se incrementa en 20 %, y también el consumo de oxígeno por la suma del metabolismo feto-placentario y el de la madre. La eliminación de dióxido de carbono se acrecienta porque la concentración sanguínea baja y el pH no cambia debido a la eliminación de bicarbonato por la orina. En ocasiones la embarazada se queja de disnea aun sin hacer esfuerzos físicos aunque pueda estar vinculado con factores psicológicos o culturales, hay que evaluarla con cuidado, porque puede ser un síntoma importante de enfermedad cardiovascular.

h. Metabolismo:

Tanto el feto como la placenta crecen y este desarrollo va exigiendo demandas en la madre, lo que causa alteraciones en su metabolismo. Los cambios físicos más notorios son el aumento de peso y las alteraciones en las formas de su cuerpo. El aumento de peso es causado por el crecimiento del útero y su contenido, como también al desarrollo del tejido mamario, el volumen sanguíneo y de agua de aproximadamente 6.8 L tanto en el flujo extra como intravascular. La deposición de grasa y proteína y el incremento del agua celular son aumentos en la reserva materna.

El promedio del aumento de peso durante el embarazo cambia de acuerdo con el aumento total del peso. En el periodo de la segunda mitad del embarazo, el aumento de lípidos en plasma (el colesterol en 50 %, el triple de los triglicéridos) es notorio, pero disminuyen rápidamente después del parto. El índice de lipoproteínas de baja y alta densidades (LDL y HDL) se eleva durante el embarazo.

Por lo que la reserva de grasa aumenta durante la primera mitad del embarazo y que el feto tiene una mayor necesidad de nutrientes en los últimos meses, lo que hace disminuir las reservas de grasa.

3.6.2 Manifestaciones orales.

El embarazo comporta una serie de modificaciones orgánicas, fisiológicas y de conducta, que pueden alterar la cavidad bucal causando una mayor incidencia de caries, gingivitis y enfermedad periodontal y el desarrollo del granuloma gravídico.

a. Caries:

Es muy común escuchar durante la labor diaria el comentario “con cada hijo perdí un diente” · entre las pacientes. Los estudios clínicos más completos han dado como resultado que el periodo de gestación no contribuye directamente al desarrollo de la caries. El calcio que se encuentra en los dientes maternos se mantiene estable en forma de hidroxapatita y carece de estructuras vasculares por lo que no posibilita la circulación sistémica sin ser removido en atención a la necesidad fetal. Cuando vemos un incremento de la actividad de caries en una gestante pensamos que está provocado por un aumento de los factores locales cariogénicos, como:

Descuido del hábito en la higiene dental.

Cambio de los hábitos en la dieta y sus horarios. La mujer gestante tiene una menor capacidad gástrica, por lo que consume pequeñas cantidades de comida, pero con mayor frecuencia. Estas comidas entre horas pueden ser un hábito frecuente, generalmente con tendencia a consumir alimentos que tienen mayor cantidad de hidratos de carbono.

La erosión ácida del esmalte del diente, provocado por los vómitos constantes y al reflujo del contenido gástrico.

b. Gingivitis y enfermedad periodontal:

La gingivitis gravídica se presenta en un 50- 100% de las embarazadas. Ésta es causada por los cambios hormonales que acompañan el periodo de gestación relacionada a una serie de factores locales. Los estrógenos y progestágenos causan un incremento de la vascularización de la encía, una proliferación capilar y se eleva la permeabilidad que resulta en una mayor

susceptibilidad de los tejidos frente a los irritantes locales, como: la placa bacteriana, sarro, caries sin tratamiento, ausencia de puntos de contacto, mala higiene oral, etc. A lo que le aumentamos las modificaciones dietéticas y horarios que suele hacer la gestante. Las alteraciones gingivales se presentan a menudo en el segundo mes de embarazo y suelen llegar máximo a las 36 semanas, tras el cual comienza a disminuir bruscamente con el parto. Los grupos dentarios anteriores son más propensos a ser dañados.

Clínicamente se observa un color rojo encendido de la encía marginal y de las papilas interdentes. El tejido presenta edema, con una textura superficial lisa y brillante, y es propenso a sangrar fácilmente. También podremos observar alteraciones periodontales, que serán más notorias si antes del embarazo había ya una enfermedad periodontal. Podría presentarse en muchos casos una movilidad dentaria generalizada que puede remitir tras el parto. Esta movilidad posiblemente esté vinculada al grado de enfermedad periodontal y de desmineralización de los procesos alveolares (el calcio puede ser extraído del hueso de la gestante para cubrir las demandas fetales). En raras oportunidades se genera un cuadro grave de reabsorción alveolar con fuerte movilidad y pérdida del diente.

c. Granuloma gravídico:

Una manifestación propia del periodo de gestación es el granuloma gravídico, que se presenta en el 0'5-5% de las embarazadas, siendo histológicamente parecido a un granuloma piógeno y de ahí su nombre. El granuloma del embarazo se presenta cerca al segundo trimestre, creciendo durante todo el periodo de gestación y volviendo generalmente luego del parto. Se observa regularmente en las papilas interdentes de la zona

anterior del maxilar superior. Clínicamente se observa la aparición de tumores, generalmente únicos, pedunculados o sésiles, de un tono rojo púrpura o azulado y sin presentar síntomas. Existe una mayor susceptibilidad a la hemorragia, por la friabilidad de su superficie, y es poco frecuente que se asocie a reabsorción del hueso subyacente. Ante su aparición se deberá vigilar constantemente, postergando el tratamiento para después del parto debido a que:

La mayoría remiten tras el parto o reduce de tamaño, con lo que evitamos y facilitamos su excisión quirúrgica.

Son más propensos a la recidiva. Sólo cuando se observe un sangrado persistente de la lesión, ulceración o impedimento de las funciones orales se indicará su exéresis quirúrgica. Tomando en cuenta que hay un riesgo de hemorragia, el abordaje quirúrgico debe ser con bisturí convencional y electrocoagulación, electrobisturí o láser de CO₂ para lograr una adecuada hemostasia.

3.6.3 Tratamiento odontológico durante la gestación.

Cuando tratamos a una gestante tenemos que ser conscientes siempre de que estamos frente dos individuos, la madre y el feto, lo que nos lleva a una serie de restricciones en la actitud terapéutica, principalmente en lo respecta a la administración de fármacos y la exposición a las radiaciones ionizantes. Tomar en cuenta que el embarazo no debe constituir para el profesional de salud la contraindicación del tratamiento odontológico principalmente en los casos de urgencia. El principal objetivo en el plan de tratamiento de la paciente

embarazada es la prevención, es muy primordial informar a la gestante de los cambios bucales vinculados a su estado de gestación y educarla en cuanto a:

a. Higiene bucal:

Deberá hacerse una profilaxis, si lo requiere e indicar la correcta higiene bucal que debe tener, recimendando a la paciente gestante de que deberá cepillarse los dientes después de cada consumo de alimentos y luego de los posibles vómitos y regurgitaciones que pueda tener (o por lo menos enjuagarse la boca). Así lograremos establecer el control adecuado de la placa bacteriana, reduciendo la exagerada respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales a los irritantes locales, y disminuyendo la erosión del esmalte debido a los ácidos gástricos, reduciendo la aparición de la caries.

b. Nutrición:

Recomendamos a la gestante que reduzca la ingesta de alimentos con exceso de azúcares y no comer entre horas para disminuir el ambiente cariogenico

c. Tratamiento odontológico:

GAY (1997) Se recomienda seguir unas pautas de tratamiento durante el periodo de gestación:

En el PRIMER TRIMESTRE: sólo se harán tratamientos de urgencia, no debiéndose realizar tratamientos electivos. Esto porque, durante el embarazo, ocurre la organogénesis y podríamos influir en ella causando malformaciones o la interrupción de la gestación.

En el SEGUNDO TRIMESTRE: sería el período más seguro para realizar un tratamiento odontológico, limitándonos tan sólo a hacer

procedimientos que sean lo más simples y dejando las grandes reconstrucciones y cirugía para luego del parto. A pesar de esto, si el periodo de gestación ha transcurrido con normalidad y la gestante no refiere haber tenido ningún aborto espontáneo en embarazos anteriores, el segundo trimestre será el ideal para realizar cualquier tipo de tratamiento dental, ya que el desarrollo de los órganos del bebe a culminado y la paciente todavía está cómoda pudiendo se reclinada en el sillón dental a conveniencia del dentista.

Durante el TERCER TRIMESTRE: recomiendan limitarnos de nuevo a hacer sólo tratamientos de urgencia. Sin embargo, en algunas pacientes, del sexto al noveno mes de gestación sería todavía un buen momento para hacer un tratamiento dental de rutina, aunque desde la segunda mitad del tercer trimestre el incremento del volumen abdominal causará una incomodidad notable de la paciente gestante. En caso sea necesario hacer algún tratamiento en este momento, deberemos realizarlo con citas cortas y con la paciente en posición semisentada, para no provocar complicaciones como el síndrome de hipotensión supina y disnea. Durante el último mes aumenta el riesgo de causar un parto prematuro. Por lo que se debe tomar las máximas precauciones durante el noveno mes de gestación principalmente en las dos últimas semanas del embarazo.

d. Colocación de la mujer embarazada:

Cuando la gestante esta tumbada boca arriba, el útero en el tercer trimestre de embarazo puede comprimir la vena cava inferior causando el síndrome hipotensivo en decúbito supino. Este síndrome se presenta en el 15 a 20% de las gestantes y puede evitarse no reclinando mucho a la paciente en el

sillón dental. Puede ayudar un cojín colocado en una de las caderas, al desplazar al útero porque previene el síndrome hipotensivo postural. La paciente tiene mayor riesgo de aspiración gástrica como consecuencia de la disminución del tono muscular gastroesofágico. La posición semisentada de la gestante disminuye este riesgo.

Durante la atención odontológica de la gestante es fundamental la posición de la paciente.

En el primero, es recomendable colocarlo a 165 grados, en el segundo 150 grados, y en el tercer trimestre a 135 grados.

F



Figura 1. Sillón a 165° aproximadamente. Figura 2. Sillón a 150° aproximadamente. Figura 3. Posición semisentada sillón a 135° aproximadamente.

F

Fuente: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102g.pdf>

El profesional no debe postergar el tratamiento dental en la embarazada que presente dolor, infección o urgencia dental pues las consecuencias de la demora del tratamiento de una infección activa pueden causar mayor riesgo que el mismo tratamiento. De igual manera el odontólogo tiene que proveer el tratamiento periodontal en la gestante, independientemente de la etapa de gestación. El tratamiento de la caries está sugerido para disminuir los niveles bacterianos orales en la gestante.

Si no se realiza los tratamientos oportunos, el riesgo de transmisión salivar al recién nacido aumenta.

Luego del parto, la embarazada estará muy atareada como para ir a las diferentes citas en el consultorio dental. El segundo trimestre de gestación es el ideal por ser el más cómodo para la embarazada. Actualmente, está claro el enfoque de tratamiento periodontal no quirúrgico durante el segundo trimestre de gestación. La evidencia científica es clara con respecto a los beneficios y ventajas de este tratamiento para la paciente embarazada.

Los niveles de ansiedad normalmente se incrementan durante el periodo de gestación por lo que se sugiere planear citas más cortas y evitar la posición incómoda de la paciente en el sillón del consultorio dental.

e. Complicaciones en el sillón dental durante tratamiento a pacientes embarazadas:

Durante el periodo de gestación el peso del útero se incrementa desde los 70 gramos iniciales a más de 1000 gramos para acomodar el crecimiento del

bebe, y el volumen pasa a ser de unos 10 ml a unos 5000 ml al terminar el embarazo. Por lo que debemos tener mucho cuidado al posicionar una paciente gestante en el sillón dental durante el primer trimestre, y sobre todo en el final del embarazo, porque el aumento del útero grávido podría causar dos complicaciones importantes como el síndrome de hipotensión supina y disnea.

Síndrome de hipotensión supina.

Se presenta aproximadamente en el 10% de las pacientes gestantes en la última fase del periodo de gestación al colocarlas en decúbito supino. En esta posición, el útero grávido comprimirá los grandes vasos, especialmente la vena cava inferior, disminuyendo considerablemente el retorno venoso al corazón y causando el descenso de la presión sistólica de más del 30%. Causará taquicardia ligera y vasoconstricción periférica con palidez las dos reactivas, seguidas de una reacción vaga con bradicardia, mareo, náuseas, sudoración fría y pérdida final de conciencia. En caso de presentarse un síndrome de hipotensión supina tenemos que colocar a la gestante en decúbito lateral izquierdo, con lo que disminuirá la compresión de la vena cava inferior logrando restablecer la circulación de retorno.

Disnea.

Puede presentarse en el 25% de las pacientes embarazadas durante las últimas semanas de gestación al colocarlas en decúbito supino, esto causado porque el útero grávido y los órganos abdominales presionan contra el diafragma. Por ello se debe evitar cualquiera de estas dos complicaciones, tenemos que colocar a la paciente gestante sentada en el sillón y con una inclinación

máxima de 45 grados, o en de cubito lateral izquierdo elevando el costado derecho con una almohada o cojín, evitando siempre la posición de Trendelenburg.

f. Uso de fármacos

Todo proceso infeccioso tiene que ser tratado farmacológicamente para impedir una probable bacteriemia o septicemia, ya que una diseminación sistémica de la infección podría generar un parto prematuro o aun peor un aborto espontáneo. La gran cantidad de posibilidades terapéuticas a usar ante una paciente gestante se reduce debido a que el fármaco puede atravesar la barrera placentaria y ser tóxico o teratogénico para el bebe. Afortunadamente la mayoría de los fármacos prescritos regularmente en odontología pueden ser usados con relativa seguridad teniendo en cuenta unas precauciones generales.

- **ANTIBIOTICOS**

La penicilina, la eritromicina (a excepción de la sal de estolato) y las cefalosporinas de primera generación se consideran antibióticos de uso seguro en el embarazo. Trataremos las indicaciones y contraindicaciones de los antibióticos más usados.

Penicilina. No hay contraindicaciones para la prescripción de penicilina durante toda la gestación, ya que está ampliamente demostrado que no tiene efectos teratogénicos y tóxicos.

Cefalosporinas No existen estudios que ayuden a suponer una total inocuidad y seguridad de las cefalosporinas de segunda y tercera

generación, por lo que si se necesita la administración de una cefalosporina, sería recomendable el uso de las de primera generación.

Eritromicina. Los macrólidos generalmente tienen un elevado peso molecular por lo que con dificultad atraviesan la barrera placentaria pudiendo ser administrados durante la gestación. Como se indica anteriormente, estará contraindicada la administración de la sal de estolato de eritromicina ya que podría generar hepatotoxicidad materna.

Clindamicina. Se administrará solo frente a una necesidad estricta y con bastante precaución en las pacientes gestantes, consultando siempre a su obstetra porque:

La administración de clindamicina está relacionada al desarrollo de colitis pseudomembranosa aguda.

No hay mucha literatura en cuanto a su teratogenicidad y toxicidad, pero siendo que penetra fácilmente la barrera placentaria es mejor evitar el uso a pesar de carecer de relación con ningún defecto congénito.

Aminoglucósidos. Tiene potencial de nefrotoxicidad y ototoxicidad fetal. Hay casos descritos de daño coclear en el neonato por el uso de estreptomicina y kanamicina en la gestante.

Tetraciclinas. Están totalmente contraindicadas en gestantes. Si se usa durante el segundo o tercer trimestre de embarazo causa la quelación de la tetraciclina por el calcio provocando:

Tinciones marrones o amarillentas de las piezas dentarias del niño e hipoplasia del esmalte y, por consiguiente un mayor riesgo de caries.

Inhibición del crecimiento óseo longitudinal, pudiendo generar anomalías congénitas de miembros superiores e inferiores.

Metronidazol. Aunque no hay descripción alguna de malformación congénita relacionada al tratamiento con metronidazol, no se recomienda su uso durante la gestación ya que se conoce como un fármaco mutagénico para algunas bacterias y cancerígeno en roedores si se usa a altas dosis.

Ácido clavulánico. Los fármacos con asociación de ácido clavulánico se usarán sólo en casos estrictamente necesarios ya que su seguridad no está demostrada.

• ANALGESICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

El analgésico de elección durante la gestación es el paracetamol.

Ácido acetilsalicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Existe mucha discusión en relación a la seguridad del ácido acetilsalicílico (AAS) durante el la gestación.

Existen estudios retrospectivos que relacionan el consumo de AAS con malformaciones congénitas, en oposición a otros estudios que no encuentran ninguna relación entre la administración de AAS y un incremento de defectos en el nacimiento. Lo que sí está comprobado es que:

La ingesta de AAS prolongará el tiempo de gestación y alargará el trabajo de parto.

El uso de AAS la semana antes del parto afectará la agregabilidad plaquetar, alterando la hemostasia tanto de la madre como en el feto, por lo que hay mayor riesgo de hemorragia excesiva durante el parto y una mayor incidencia de hemorragia intracraneal en el feto.

Los AINES son fuertes inhibidores de la síntesis de prostaglandinas que sirve para conservar la permeabilidad del conducto arterioso fetal. Se ha demostrado que el uso de AINES, principalmente en los meses finales de gestación, puede llegar a una constricción del “ductus arteriosus” causando una hipertensión pulmonar con incremento de la mortalidad neonatal.

Codeína. El uso de codeína en gestantes está contraindicado ya que está vinculada a la aparición de anomalías congénitas severas:

- Fisura labial y palatina.
- Defectos cardíacos y circulatorios.
- Deformidad de la pared torácica.
- Hernia inguinal.

Corticosteroides. Muchos estudios demuestran la relación entre el uso de corticoides en ratas embarazadas y la aparición de fisura palatina, por lo que se recomienda reservar su uso para casos de estricta necesidad.

• ANESTÉSICOS LOCALES Y SEDACIÓN

La anestesia local es el método de elección, siempre que se el tratamiento pueda realizar el tratamiento dental de una paciente gestante. Todos los anestésicos locales penetran fácilmente la placenta. El hígado fetal no

metabolizará con tanta facilidad la Mepivacaína en cambio la lidocaína y la Bupivacaína si logra ser metabolizadas. Entonces, el anestésico local de elección a utilizar en pacientes gestantes será la lidocaína ya que muchos estudios animales han comprobado que no hay peligro teratogénico. No estará contraindicada la administración de vasoconstrictores.

Óxido nítrico. La presentación de anomalías congénitas o abortos espontáneos está relacionada a la exposición crónica al óxido nítrico, por que afectará a aquellas personas que estén expuestas a él de manera crónica, el odontólogo y personal laboral. Entonces, aunque es poco probable que una única administración de óxido nítrico pueda ser teratogénica, sería recomendable evitar su administración durante el primer trimestre o periodo de organogénesis.

Benzodicepinas. Están absolutamente contraindicadas. Estudios en animales y humanos han comprobado una estrecha relación entre el uso de benzodicepinas durante la gestación y la aparición de fisuras labiales y palatinas, defectos cardíacos y hernia inguinal.

a. Radiografías dentales en gestantes

El diagnóstico radiológico es considerado una ayuda para el tratamiento dental y seguro en la mujer embarazada con los cuidados correctos. El examen radiográfico dental tiene una exposición muy baja a la radiación por lo que el riesgo de efectos nocivos es extremadamente bajo.

Los organismos internacionales no sugieren modificar el modo de uso de la exploración radiológica dental en la gestante. El profesional

tiene que proteger correctamente el abdomen y cuello de la gestante con delantal y collarín de plomo. El uso de radiografías digitales es muy recomendable al disminuir la radiación necesaria y permitir una visible imagen instantánea.

La dosis de radiación absorbida en el abdomen por el uso de radiografías dentales parece menor o igual a la dosis de radiación natural que emana del medio ambiente. Variados estudios soportan que no exista un incremento de efectos negativos en el feto como resultado de exposiciones a dosis de 5-10 radiografías. Por lo consiguiente se puede hacer exploraciones radiográficas en nuestras pacientes gestantes, pero siempre teniendo una serie de medidas de protección que disminuyan la radiación difusa a la que puede ser expuesta el área abdominal, como son:

- Realizar solo las radiografías que sean estrictamente necesarias.

Es imprescindible la utilización de un delantal plomado para proteger el abdomen de la paciente. De hecho, es la medida más importante ya que se ha demostrado que, cuando se coloca el delantal de plomo durante la realización de radiografías dentales, la radiación fetal es virtualmente inmensurable.

- Utilizar películas de alta velocidad para disminuir al máximo el tiempo de exposición.
- Evitar la dispersión excesiva y la radiación secundaria.



Fuente: <https://elembarazo.net/efectos-de-las-radiografias-en-el-embarazo.html>



3.7 Higiene Oral

3.7.1 El cepillo dental

ENRILE (2009) Existen indicios de un cepillo de dientes con cerdas se remontan al año 1600 en China y la primera patente de cepillos en EE.UU. se registró en 1859, con unas características que son similares a las de los cepillos actuales. Hirschfeld, en su trabajo “The toothbrush its use and abuse”, planteo las características que tendría un cepillo de dientes para poder considerarse óptimo para su función; así, “el mango y el cabezal deberían estar alineados de manera rectilínea, y a la dimensión del cabezal debería medir aproximadamente una pulgada, las cerdas deben ser de dureza mediana, distribuidas en penachos con espacios, y finalmente el mango debería ser de material rígido y no flexible”. Las características de un cepillo dental manual adecuado para la higiene oral deben incluir:

- Tamaño de mango adecuado para la edad y destreza motora del paciente que lo use.
- Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.
- Uso de filamentos de nylon o poliéster de punta redondeada y tamaño inferior a 0,009 pulgadas de diámetro.
- Uso de filamentos suaves configurados de acuerdo los estándares de la industria.
- Filamentos que permitan una buena eliminación de placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival.

La mayoría de los cepillos dentales manuales tienen estos requisitos generales.

Aunque, existe un gran número de diseños de cepillos dentales manuales en el

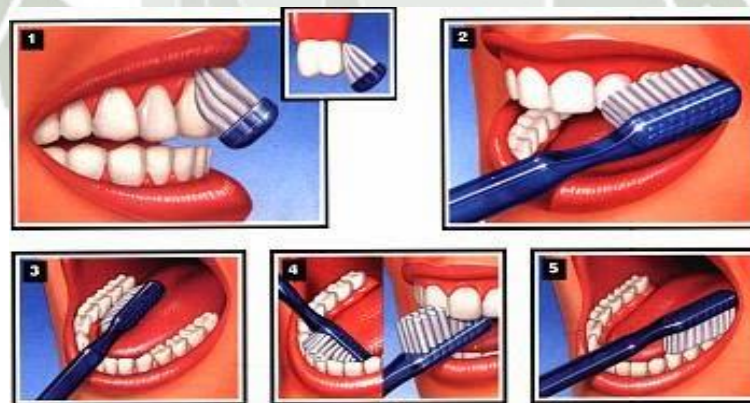
mercado y hay pruebas científicas claras de que un diseño de cepillo específico sea mejor que otro, ya que los estudios realizados son de corta duración y usan muestras de pacientes no representativos (pacientes muy motivados).

Cepillos dentales: todo tipo de filamentos



Fuente: <https://www.vitis.es/blog/que-tipo-de-filamentos-necesita-mi-boca/>

3.7.2 Técnicas de cepillado:



Fuente: <http://cepilladotec.blogspot.com/2014/09/tecnicas-de-cepillado.html>

a. Técnica Horizontal o de Zapatero:

Los filamentos del cepillo dental se ponen en un ángulo de 90° sobre la superficie vestibular, lingual, palatina y oclusal de las piezas dentales y se

hace un movimiento de frotamiento horizontal. Se recomienda para niños hasta los 3 años de edad y hay que tener cuidado de no causar abrasiones dentarias.

b. Técnica de Starkey:

Es una técnica que realizan los padres poniendo al niño de espaldas a ellos y apoyándolos sobre su pecho o su pierna. Cuando el niño ya tiene 2 o 3 años esta técnica se hace de pie y delante de un espejo. Se posicionan los filamentos del cepillo angulados 45° con respecto al eje vertical del diente hacia apical y se hacen movimientos horizontales. El objetivo de esta técnica es adquirir el hábito de higiene por lo que se aconseja hasta los 7 años.

c. Técnica de Charters:

Con la boca entreabierta se ponen los filamentos del cepillo dental en ángulo de 45° respecto al eje con ligero movimiento anteroposterior, la cabeza del cepillo se rota haciendo un movimiento de barrido en sentido vertical con dirección hacia las caras oclusales de los dientes, las cuales deben ser cepilladas con otras técnicas.

d. Técnica de Stillman Modificada:

Se hace la técnica de Stillman que se complementa con un movimiento de barrido en sentido vertical hacia las caras oclusales de las piezas dentales, al finalizar el movimiento vibratorio.

e. Técnica Deslizante o de Barrido:

Con la boca entreabierta, se ponen los filamentos del cepillo dental en ángulo de 90° en relación a la superficie dentaria dirigiendo dichos

filamentos hacia el margen gingival, y se hace un movimiento vertical hacia las caras oclusales de los dientes. Para las caras oclusales se usan técnicas con movimientos horizontales. Se recomienda en adolescentes y en pacientes con salud periodontal.

f. Técnica fisiológica o de Smith-Bell:

Se ponen los filamentos del cepillo dental en ángulo de 90° en relación a la superficie del diente para realizar un movimiento vertical desde las superficies oclusales y los bordes incisales de los dientes hacia el margen gingival. Para hacer esta técnica se recomiendan filamentos suaves.

g. Técnica Rotatoria:

Se ponen los filamentos del cepillo dental en el fondo del vestíbulo, en contacto con la encía y se hace un movimiento de rotación en sentido oclusal.

h. Técnica de Fones:

Esta técnica se hace con los dientes en oclusión en los niños y con la boca ligeramente abierta en los adultos. Se ponen los filamentos del cepillo dental en ángulo de 90° en relación a la superficie dentaria para hacer movimientos rotatorios en las caras vestibulares y oclusales de los dientes. Para las superficies linguales y palatinas se posiciona el cabezal del cepillo en sentido vertical y se hacen pequeños movimientos rotatorios.

i. Técnica de Charters modificada:

En esta técnica se hacen los movimientos vibratorios de la técnica de Charters con los movimientos rotatorios.

3.7.3 Colutorios

Hacer enjuagues bucales con un colutorio de manera diaria es un buen complemento a la pasta dental. Un colutorio es una solución líquida acuosa o hidroalcohólica, que puede tener los mismos principios activos que las pastas dentales pero en concentraciones menores. Según para lo que se utilice puede tener una composición u otra como por ejemplo para la prevención de la caries puede tener flúor, y si se destina a la prevención de la gingivitis debe tener agentes antisépticos o cicatrizantes.

Los colutorios son un buen complemento en la higiene bucodental, pero no sustituyen al procedimiento del cepillado dental e interproximal y al uso de hilo dental. En situaciones específicas, como un postoperatorio, si no se puede realizar una higiene con un cepillado dental, los colutorios pueden ser una buena solución temporal.

El colutorio ideal debe cumplir los siguientes requisitos:

- Elevada actividad antimicrobiana intrínseca y antigingivitis.
- Eficacia de amplio espectro contra las bacterias y levaduras sin causar resistencias.
- Estabilidad química.
- Sustantividad.
- Seguridad toxicológica.
- Ausencia de reacciones adversas.
- Compatibilidad con la formulación de los pastas dentales.

También hay colutorios con acciones específicas para una mayor eficacia:

- Antimanchas: eliminan las manchas de la superficie del esmalte del diente y previenen su formación.
- Antisarro: para retrasar y evitar la formación de sarro y eliminar las manchas, lo que evita su formación.
- Anticaries: protegen y remineralizan el esmalte de los dientes, previniendo la aparición de caries.
- Blanqueadora: con el objetivo de devolver a los dientes su blanco natural. Entre los colutorios blanqueadores, los que contienen nanopartículas de hidroxiapatita en su composición reparan y protegen el esmalte ya que las nanopartículas se integran en el esmalte de los dientes y rellenan las superficies irregulares del diente y también previenen y tratan la sensibilidad dental.



Fuente:<http://clinicadentalgandia.com/para-que-problemas-bucales-se-recomienda-el-uso-de-colutorio/>

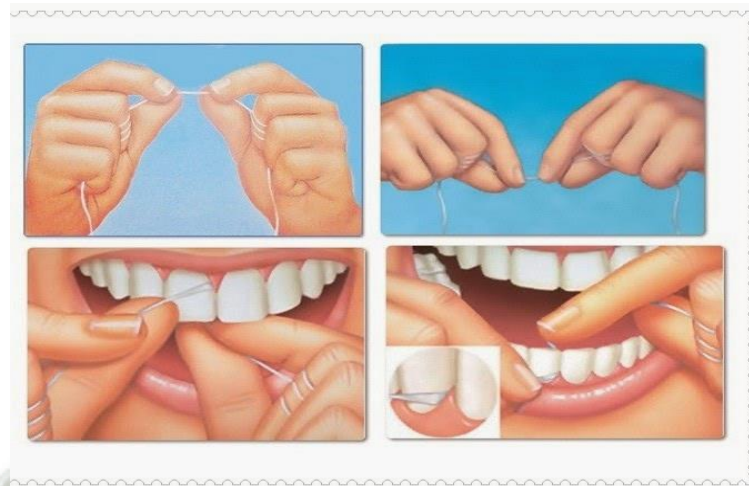
3.7.4 Hilo Dental

El cepillado dental diario hecho de forma adecuada ayuda a eliminar la mayor cantidad de la placa dental, pero solamente el cepillado no logra eliminar la

placa de los lugares donde el cepillo no puede llegar, usualmente en los espacios entre los dientes. En consecuencia resulta indispensable el uso del **hilo dental**, único implemento que puede eliminar la placa y los restos de alimentos que se pueden quedar entre los dientes y encías ayudando a prevenir la caries dental, enfermedades de las encías y el mal aliento.

Hay dos tipos de materiales de hilo dental: Nylon, que es filamentosos, y de teflón, que es de un solo filamento y es más fino. El hilo dental se introduce entre los dientes sin dañar la encía y no debe provocar dolor; sin embargo, si nunca se ha usado o hace mucho tiempo no se utiliza, sí puede causar molestias de dolor y sangrado inicialmente, desapareciendo en una o dos semanas de continuar con la higiene dental.

El uso adecuado del hilo dental indica tomar de 40 - 45cm de hilo dental, enrollar la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 - 5cm de hilo para realizar la limpieza. Se tiene que sostener el hilo dental tenso entre los dedos pulgares e índices, y deslizar suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes pasando suavemente por debajo de la encía. Usa secciones de hilo limpio a medida que avanzas de diente en diente. Para extraer el hilo, usa el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes. Para tener una correcta higiene dental se recomienda usar hilo dental por lo menos 1 - 2 veces al día y sobre todo antes de ir a dormir.



Fuente: <http://dentistaelsalvador.blogspot.com/p/nuestros-servicios.html>

3.8 Indicadores de Caries.

3.8.1 Índice CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Este índice es importante y básico para los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Indica la experiencia de caries tanto presente como pasada, porque toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos realizados anteriormente. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porciento o promedio de las mismas. Esto es fundamental al comparar poblaciones. El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que en su registro se constituyen datos sobre:

- Los dientes con lesión activa y clínicamente evidente (cariados)

- Los dientes extraídos - perdidos por caries dental y aquellos indicados para una extracción (perdidos)
- Los dientes que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturados)

INDICE CPO-D	
C	CARIADOS
P	PERDIDOS
O	OBTURADOS

DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE CPOD



**TOTAL DE DIENTES CARIADOS,
PERDIDOS Y OBTURADOS EN LA
POBLACION EXAMINADA**

INDICE CPOD -> -----

TOTAL DE PERSONAS EXAMINADAS

DE LEON. El Índice CPO-D se registra para cada individuo y se toma en cuenta los piezas permanentes, las 28 piezas dentarias permanentes, pero no contamos los terceros molares. Se escribe para cada individuo el número de dientes cariados, obturados y perdidos, incluyendo también las extracciones indicadas por caries dental.

3.9 Revisión de Antecedentes Investigativos

3.9.1 Internacional:

a. Título: Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007.

Autor: Córdova Hernández Juan Antonio y Bulnes López Rosa María

Resumen:

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007.

Material y Métodos: Se 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. **Resultados:** El rango de 18 a 20 años fué el más frecuente ($X = 24$ años, $DS = 5$), 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%. **Conclusiones:** Aunque el nivel de conocimiento predominante fue el medio, es insuficiente, si se consideran las consecuencias que el desconocimiento sobre enfermedades bucales puede producir a la gestante y su producto. Se necesita realizar una mayor labor

educativo preventiva en pacientes gestantes de este centro hospitalario; la mayoría posee conocimientos empíricos sobre prevención bucal.

3.9.2 Nacional:

a. Título: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL PUESTO DE SALUD LA FLORIDA DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH – NOVIEMBRE 2012”

Autor: Minaya Sanchez, Tito Ricardo

Resumen: El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, no pirobalístico; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes que acuden al servicio de Obstetricia del puesto de salud La Florida del distrito de Chimbote, provincia de Santa, departamento de Anchash – Noviembre 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha Institución en 25 gestantes.

El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etéreo y con el grado de instrucción.

Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general sobre conocimiento en Salud Bucal el 84.0% mostro un nivel regular, el 12.0% un nivel malo y el 4.0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre

medidas preventivas, el 48.0% tuvo un nivel regular, el 44.0% un nivel bueno y el 8.0% obtuvo un nivel malo: sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 52.0% tuvo un nivel malo, el 44.0% un nivel regular y el 4.0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 52.0% tuvo un nivel regular, el 28.0% un nivel bueno, mientras que el 20.0% un nivel malo; por último en desarrollo dental el 52.0% tuvo un nivel malo, el 32.0% tuvo un nivel regular y el 16% un nivel bueno.

En relación sobre el nivel de conocimiento según la edad predomina el nivel de conocimiento regular en los grupos de menos 20, y de 20 a 24 años con 24.0% en cada uno, con un resalte de 4,0% en el grupo etáreo de 25 a 29 años en el nivel de conocimiento bueno y con respecto al grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 56% en nivel regular.

b. Título: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE GESTANTES DEL HONADOMANI “SAN BARTOLOME” MINSA EN EL AÑO 2012”

Autor: Barrios Lambruschini David

Resumen: 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 donde los resultados se

agruparon como malo (0-3 puntos), regular (4-7 puntos) y bueno (8-10 puntos), igualmente se hizo con enfermedades bucales y riesgo, malo (0-2 puntos), regular (3 puntos) y bueno (4-5 puntos), riesgo de fármacos usados en odontología, malo (0-1 puntos), regular (2 puntos) y bueno (3 puntos) y por último formación y desarrollo dental, malo (0-1 puntos), regular (2 puntos) y bueno (3-4 puntos). Luego se sumó el puntaje obtenido en cada sección y se obtuvo un puntaje general que se clasificó de acuerdo a los siguientes intervalos: malo (0-10 puntos), regular (11- 16) y bueno (17-22 puntos). 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 (01) y riesgo de fármacos usados en odontología (01). 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.

c. **Título:** “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL AÑO 2002”

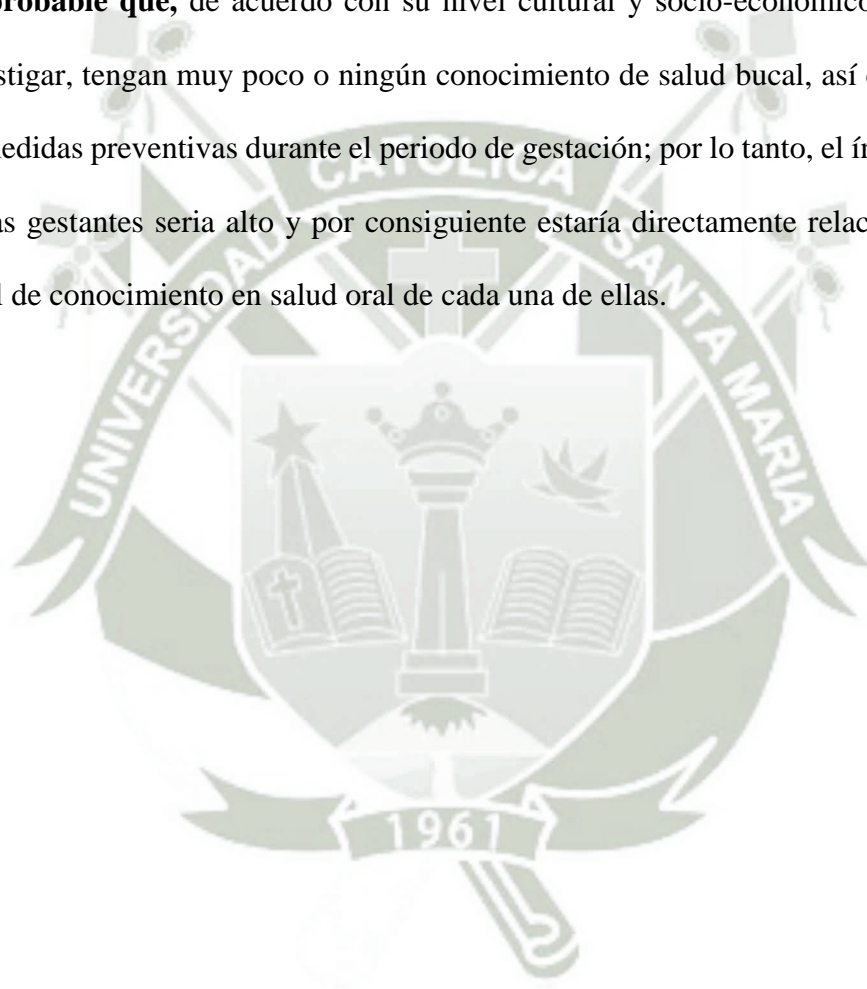
Autor: Rodriguez Vargas Martha Cecilia

Resumen: El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal 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 puntos) 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.

4. HIPÓTESIS

Dado que, el conocimiento en salud bucal es muy importante para mantener una buena higiene oral, así como también para evitar la enfermedad de la caries; teniendo en cuenta el nivel cultural y socio-económico de las gestantes que asisten a sus controles en el área de gineco-obstetricia en el Hospital III Goyeneche en los meses de junio y julio del año 2017

Es probable que, de acuerdo con su nivel cultural y socio-económico de la zona a investigar, tengan muy poco o ningún conocimiento de salud bucal, así como también de medidas preventivas durante el periodo de gestación; por lo tanto, el índice de caries de las gestantes sería alto y por consiguiente estaría directamente relacionado con el nivel de conocimiento en salud oral de cada una de ellas.





1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica:

1.1.1 Precisión de la técnica.

Se hizo uso de un cuestionario de preguntas que ha sido elaborado de tal forma que nos de datos precisos sobre el grado de conocimiento en salud bucal en relación con la caries dental, tomando en cuenta el nivel cultural y socio-económico de las gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en los meses de junio y julio del 2017.

1.1.2 Estructura del instrumento.

VARIABLE INVESTIGATIVA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento en salud bucal	Observación documentada	Encuesta
ÍNDICE DE CARIES	Observación Clínica Intraoral	Ficha de observación documentada

1.1.3 Descripción de la técnica

- La técnica trata de brindar un cuestionario de preguntas a las gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en los meses de junio y julio previo a un consentimiento informado y la realización del índice de caries de las mismas
- Se realizó un cuestionario de preguntas que constó de 10 preguntas y se aplicó el índice de caries (cpo-d)
- Al obtener los cuestionarios de preguntas y los resultados del índice de caries se determinó la relación que existe entre ellos.

1.2 Instrumentos

1.2.1 Instrumento Documental:

- Precisión del instrumento

Se utilizó instrumentos de tipo elaborado, denominado Ficha de Recolección.

- Modelo de los instrumentos: Véase en anexos.

1.2.2 Preguntas que miden el conocimiento:

El cuestionario contiene 10 preguntas. La valoración de cada pregunta es 2 puntos, para un total de 20 puntos.

La puntuación es:

- Bajo: 0 - 10
- Regular: 12 - 14
- Bueno: 16 - 18

- Muy Bueno: 20

El cuestionario se ha dividido en cuatro dimensiones, las cuales son:

1. Prevención en salud oral: constituida por 1 pregunta (correspondiente a la pregunta 1) la cual se puntúa de la siguiente manera:

- No conoce: 0
- Conoce: 2

2. Enfermedades bucodentales: constituidas por 3 preguntas (correspondiente a las preguntas 3, 4 y 6) la cual se puntúa de la siguiente manera:

- Bajo: 0 – 2
- Regular: 4
- Bueno: 6

3. Higiene oral: constituida por 3 preguntas (correspondiente a las preguntas 2, 5 y 7) la cual se puntúa de la siguiente manera:

- Bajo: 0 – 2
- Regular: 4
- Bueno: 6

4. Tratamiento odontológico en gestantes: constituida por 3 preguntas (correspondiente a las preguntas 8, 9 y 10) la cual se puntúa de la siguiente manera:

- Bajo: 0 – 2
- Regular: 4
- Bueno: 6

1.2.3 Insumos

- Hojas de papel
- Lapicero
- Computadora y accesorios

1.2.4 Materiales

- Espejos
- Pinzas
- Exploradores
- Guantes
- Barbijo

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

2.1.1. Ubicación general

Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.1.2. Ubicación Específica

Servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche

2.2. Temporalidad

La investigación se llevó a cabo en, Junio y Julio 2017

2.3. Unidades de Estudio

Se tomó como unidad de estudio a la totalidad de pacientes gestantes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en los meses de junio y julio del 2017.

Características cualitativas de los casos:

2.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres Gestantes
- Gestantes que asisten a su control de mes en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Goyeneche
- Gestantes clínicamente sanas
- Gestantes que firmen el consentimiento informado y estén de acuerdo con llenar la encuesta y ser examinadas intraoralmente.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes que no asistan al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Goyeneche en los meses de junio y julio del 2017
- Gestantes que presenten enfermedades sistémicas o alguna deficiencia física o mental
- Gestantes que no acepten participar en la investigación y no firmen el consentimiento informado

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización del director del Hospital Goyeneche para la utilización de las instalaciones del mismo.
- Preparación de las unidades de estudio
- Formalización de las unidades de estudio
- Recolección de datos mediante la entrega de las encuestas y evaluación a las gestantes.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Investigadora: Cárolayn Michell Bengoa Mora

Asesor: Dr. Christian Rojas Valenzuela

3.2.2. Recursos Físicos

Están dados por la Infraestructura del Hospital Goyeneche

3.2.3. Recursos Económicos

El presupuesto para la investigación fue aportado por la investigadora.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJO DE DATOS

4.1 Plan de procesamiento de datos:

4.1.1 Tipo de procesamiento

El procedimiento de datos se hizo manualmente.

4.1.2 Plan de procesamiento

- **Clasificación de datos**

Toda la información obtenida se ordenó en una matriz de sistematización cuyo detalle aparecerá en los anexos.

- **Plan de recuento**

Se realizó una matriz de datos y se contabilizarán manualmente.

- **Plan de análisis de datos**

Se realizó un análisis cuantitativo.

- **Plan de graficos**

Se utilizó gráficos considerando la exigencia de los cuadros.

- **Plan de tabulación**

Se empleó cuadros simples, que se ajusten a las necesidades de análisis y a los objetivos.

4.2 Plan de análisis de datos:

4.2.1 Metodología de interpretación

La interpretación se realizó en base a la comparación de datos y por la apreciación crítica.

4.2.2. Modalidad interpretativa

Se optó por una interpretación subsiguiente a cada cuadro y una discusión global.



CAPITULO III: RESULTADOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO SEGÚN SU
EDAD**

EDAD	N°	%
De 19 a 25 años	31	30.7
De 26 a 30 años	41	40.6
De 31 a 40 años	29	28.7
Total	101	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la tabla N° 1 podemos observar la distribución de las gestantes según su edad; cómo podemos apreciar el mayor porcentaje de gestantes que corresponde a el 40.6% tuvieron entre 26 y 30 años y el menor porcentaje de gestantes que corresponde al 28.7% tuvieron entre 31 y 40 años, cabe resaltar que la totalidad de gestantes son adultas jóvenes.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO SEGÚN SU EDAD

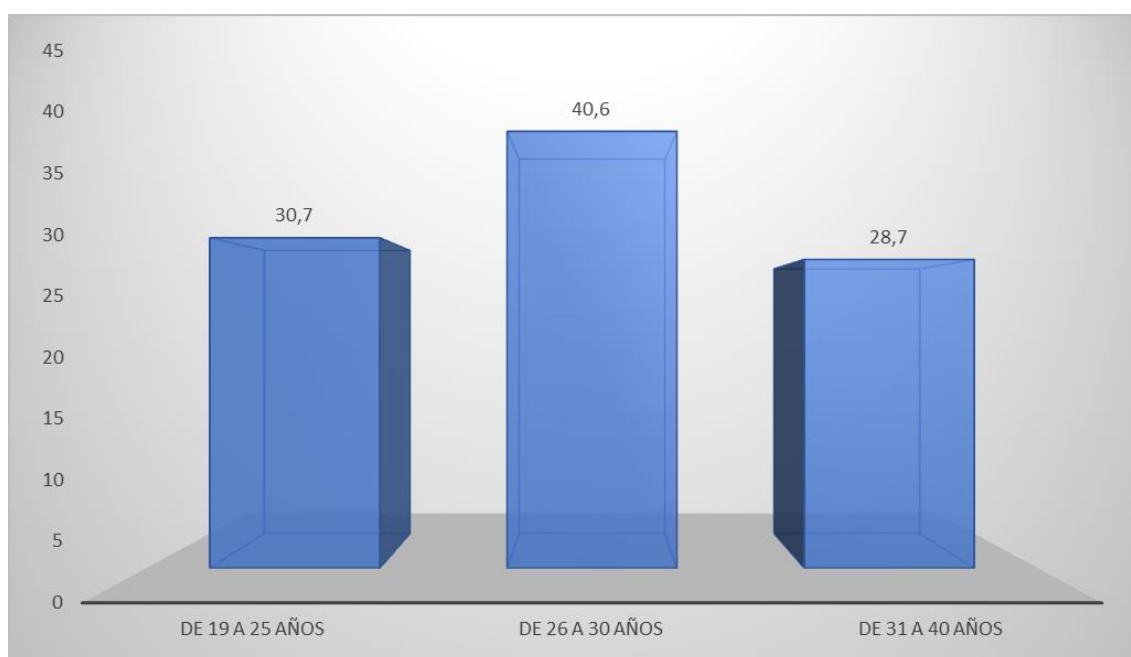


TABLA N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO EN
SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO**

CONOCIMIENTO DIMENSIONES	N°	%
PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL		
No conoce	80	79.2
Conoce	21	20.8
ENFERMEDADES BUCODENTALES		
Bajo	15	14.9
Regular	64	63.4
Bueno	22	21.8
HIGIENE ORAL		
Bajo	13	12.9
Regular	65	64.4
Bueno	23	22.8
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN GESTANTES		
Bajo	92	91.1
Regular	9	8.9
Bueno	0	0.0
Total	101	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En el tabla N° 2 observamos el nivel de conocimiento de salud oral en sus 4 dimensiones: En Prevención en Salud Bucal, la mayoría de gestantes no conoce sobre prevención en salud bucal y es el 79.2%, respecto a Enfermedades Bucodentales la mayoría de gestantes tiene un conocimiento regular y corresponde al 63.4%, en Higiene Oral la mayoría de gestantes tiene un conocimiento regular que es un 64.4% y finalmente en Tratamiento Odontológico en Gestantes la mayoría tiene un conocimiento bajo el cual es el 91.1%.



GRAFICO N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LAS DIMENCIONES DEL CUESTIONARIO EN
SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO**

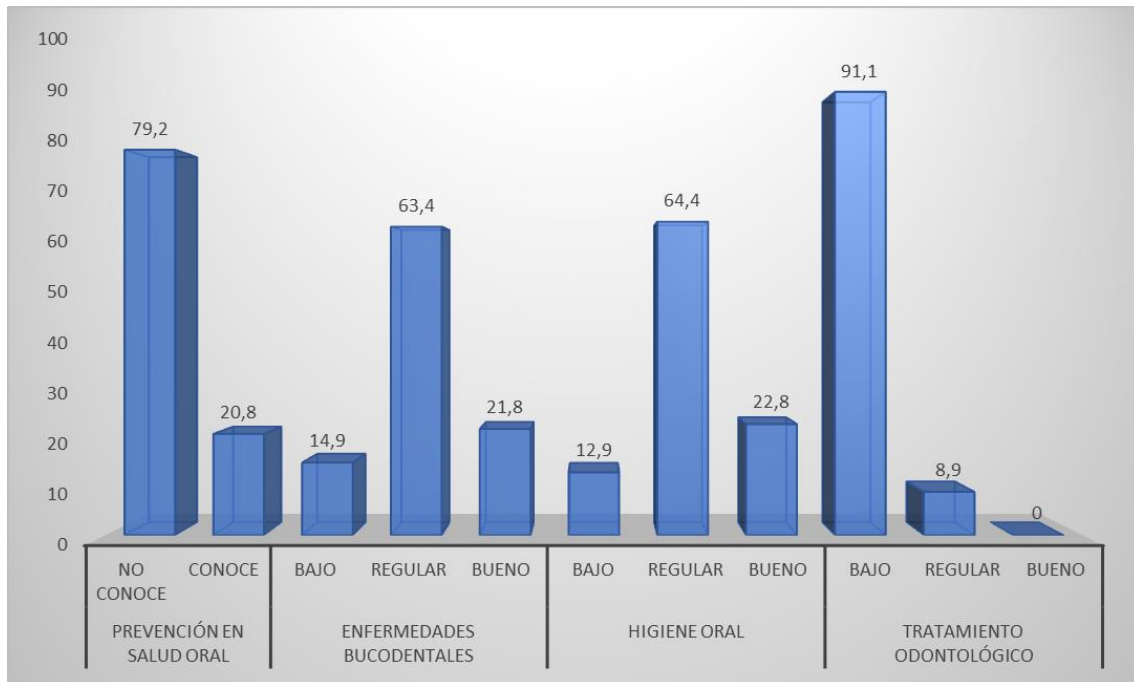


TABLA N°3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL GLOBAL DE LAS
GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Bajo	77	76.2
Regular	17	16.8
Bueno	7	6.9
Muy Bueno	0	0.0
Total	101	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la tabla N° 3 podemos apreciar el nivel de conocimiento en general sobre salud bucal; observamos que la mayoría de gestantes tiene bajo nivel de conocimiento en salud bucal que es el 76.2% de las gestantes y ninguna de ellas llegó a tener un conocimiento muy bueno.

GRAFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL GLOBAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO

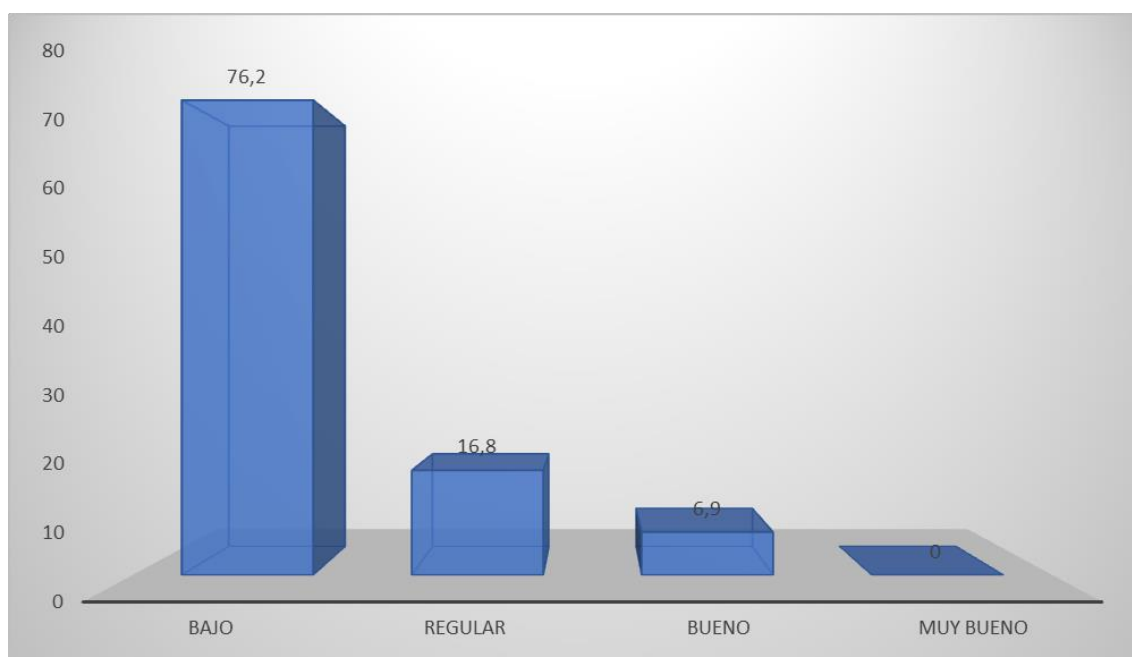


TABLA N° 4

**ÍNDICE DE CARIES DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO**

Valores	ÍNDICE DE CARIES			
	Cariados	Perdidos	Obturados	Índice de CPOD
Media Aritmética	7.52	1.21	5.40	14.12
Desviación Estándar	4.07	1.63	2.95	3.77
Valor Mínimo	1	0	0	4
Valor Máximo	18	6	14	20
Total	101	101	101	101

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la tabla N° 4 podemos apreciar el Índice de Caries de las gestantes en el cual observamos que el promedio de piezas cariadas es de 7.52 oscilando desde un valor mínimo de 1 y llegando hasta un máximo de 18, respecto a las piezas perdidas el promedio fue de 1.21 oscilando desde un valor mínimo de 0 y llegando a un máximo de 6 y finalmente las piezas obturadas que tuvieron de promedio 5.40 oscilando desde un valor mínimo de 0 llegando hasta un máximo de 14. Respecto al Índice CPOD hemos obtenido un promedio de 14.12 oscilando desde un valor mínimo de 4 y llegando hasta un máximo de 20.

GRAFICO N° 4

**ÍNDICE DE CARIES DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO**

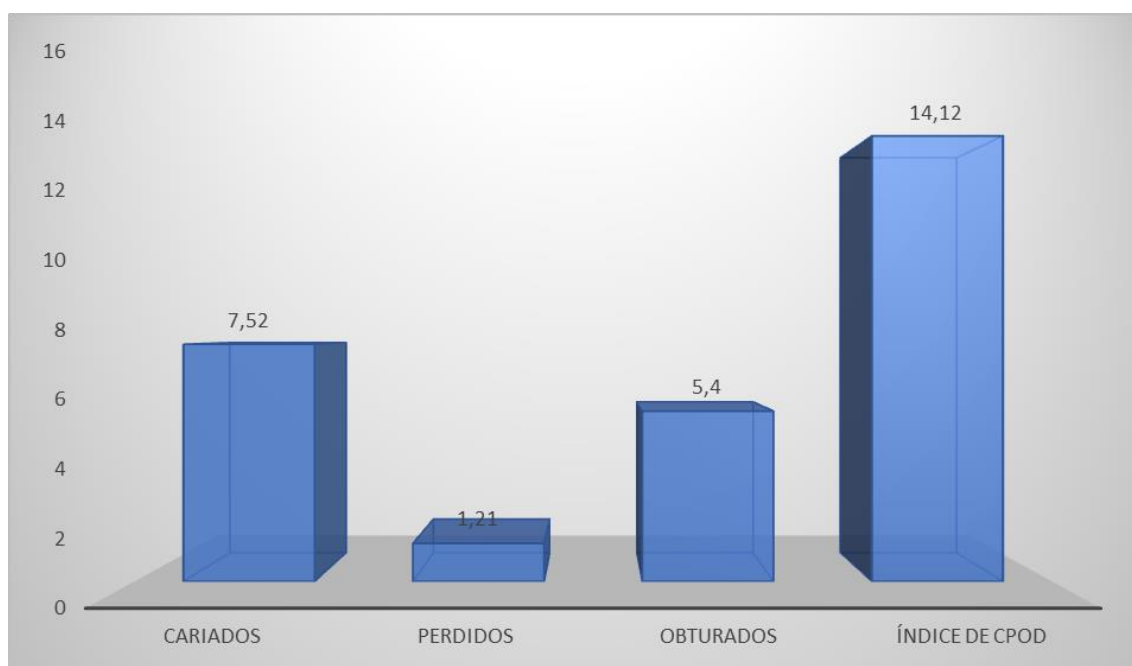


TABLA N° 5

**PRUEBA ESTADISTICA ANOVA DE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL ÍNDICE DE CARIES DE GESTANTES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO**

Índice de CPOD	Nivel de Conocimiento		
	Bajo	Regular	Bueno
Media Aritmética	15.81	9.06	7.86
Desviación Estándar	2.18	2.22	3.02
Valor Mínimo	11	6	4
Valor Máximo	20	13	12
Total	77	17	7

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S

Interpretación:

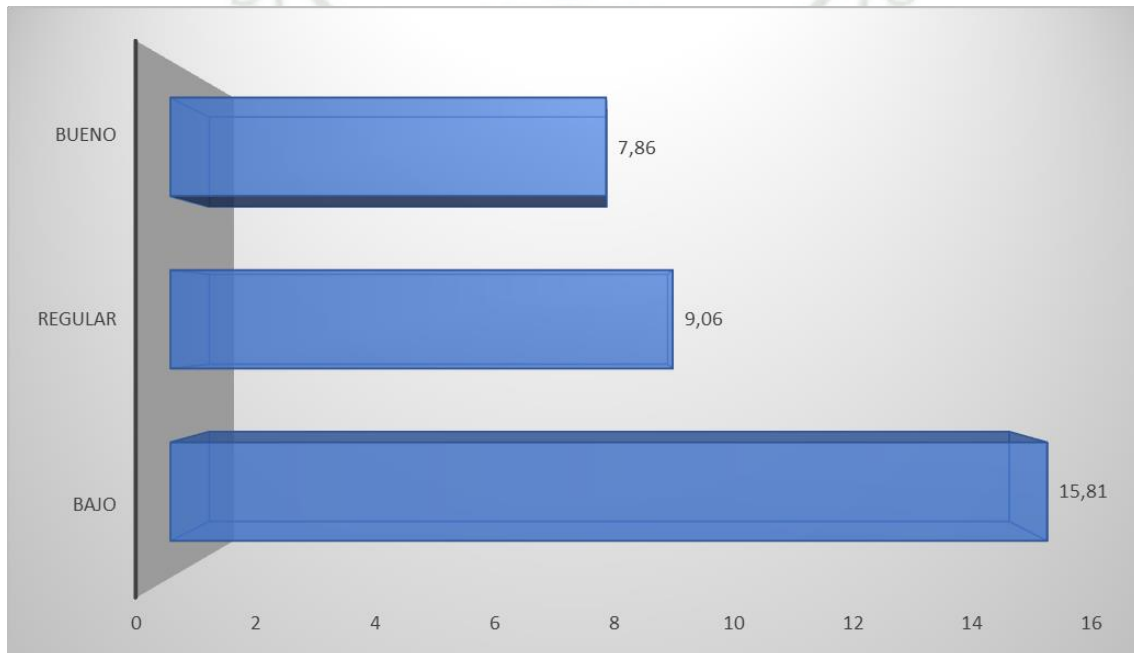
En la tabla N° 5 podemos apreciar la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de caries de las gestantes, observamos que aquellas gestantes que tuvieron un nivel de conocimiento bajo, tuvieron un promedio de índice de caries de 15.81; aquellas gestantes que tuvieron un nivel de conocimiento regular, tuvieron un promedio de índice de caries de 9.06 y finalmente aquellas gestantes que tuvieron un nivel de conocimiento bueno, tuvieron un promedio de índice de caries de 7.86.

Según la prueba estadística ANOVA existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el índice de caries, puesto que mientras mayor sea el nivel de conocimiento menor será el índice de caries.



GRAFICO N° 5

**PRUEBA ESTADISTICA ANOVA DE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL ÍNDICE DE CARIES DE GESTANTES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO**



DISCUSIÓN

La caries dental y la enfermedad periodontal según estadísticas afectan en más del 90% a la población, la única posibilidad de mantener estable y positiva la salud bucal, es prevenir la enfermedad tempranamente, la mayor ventaja de esto es tener la oportunidad de interceptar y modificar patrones de conducta que puedan ser dañinos, es por eso que se considera a las gestantes como un grupo prioritario, ya que los cuidados que tengan durante el periodo de gestación puedan afectar o modificar su salud bucal por lo que este trabajo se enfoca en identificar el nivel de conocimiento de las gestantes para tener un patrón base y poder crear programas que promocionen la salud bucal dando hincapié en los cuidados durante el embarazo para prevenir y disminuir los riesgos en la salud bucal de las gestantes.

Toda la información que una persona tiene en salud bucal y todo lo que implica mantenerla en buenas condiciones es de fundamental importancia para poder disminuir los índices de caries dental.

Por lo tanto, al conocer el nivel de conocimiento en salud bucal de las gestantes, implica por consecuencia que sepa cómo prevenir las enfermedades bucodentales y los cuidados que debe tener durante el periodo de gestación para no afectar su salud bucal.

En los casos estudiados, se encontró que si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de caries de las gestantes ($P=0.000$). Las gestantes cuyo nivel de conocimiento fue considerado bajo (76.2%) presentaron un índice de caries (cpo-d) promedio de 15.8, respecto a las gestantes con un nivel de conocimiento considerado regular (16.8%) presentaron un índice de caries (cpo-d) promedio de 9.06 y aquellas gestantes con un nivel de conocimiento considerado bueno (6.9%) presentaron un índice de caries promedio de 7.86. El promedio de índice de caries (cpo-d) encontrado fue de 14.12 el cual no está dentro de los valores cuantificados de la OMS puesto que supera sus límites de índice “muy alto”; esto

se debe a la falta de interés de cada gestante en cuanto a su salud bucal, dando prioridad a otros aspectos de la salud, así como también al nivel social y cultural en el que ellas se encuentran donde no tienen los recursos para una salud dental óptima.

Se encontraron investigaciones similares al trabajo realizado el cual se le a incluido la variable del índice de caries de las gestantes.

MINAYA (2012), en una investigación sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud la florida del distrito de Chimbote, provincia del santa, departamento de Áncash – noviembre en 25 gestantes encontró que en relación sobre el nivel de conocimiento según la edad predomina el nivel de conocimiento regular en los grupos de menos 20, y de 20 a 24 años con 24.0% en cada uno, con un resalte de 4,0% en el grupo etáreo de 25 a 29 años en el nivel de conocimiento bueno y con respecto al grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 56% en nivel regular.

RODRÍGUEZ (2002) en una investigación que trata el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional Daniel A. Carrión, en 75 gestantes 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.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Concluimos que El Nivel de Conocimiento en Salud Bucal global fue “BAJO” en la mayoría de las gestantes, lo cual corresponde al 76.2%; respecto a conocimiento sobre prevención en salud bucal la mayoría no conoce (79.2%), respecto a conocimiento en enfermedades bucodentales es en un mayor porcentaje regular (63.4%), respecto a conocimiento en higiene oral es en su mayor porcentaje regular (64.4%) y finalmente respecto a conocimiento en tratamiento odontológico en gestantes es en su mayor porcentaje bajo (91.1%).

SEGUNDA

Concluimos que El Índice de Caries CPO-D de las gestantes fue “MUY ALTO” con Índice de Caries de 14.12. Siendo las piezas cariadas un promedio de 7.52, las piezas obturadas 5.40 y las piezas perdidas 1.21.

TERCERA

Concluimos que El Nivel de Conocimiento de las gestantes tiene relación significativa con su índice de caries, puesto que el nivel de conocimiento de las gestantes es bajo y su índice de caries es muy alto

CUARTA

Con estas conclusiones queda verificada la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al Director del Hospital III Goyeneche incluir la visita al consultorio dental para las gestantes de que asisten al servicio de Gineco-Obstetricia en el cual incluya:

- Educación sobre prevención en Salud Oral mediante charlas educativas donde ellas expongan todas sus dudas y puedan ser correctamente informadas.
- Demostraciones para el aprendizaje en cuanto a Higiene Oral:
 - técnicas de cepillado
 - uso de colutorios
 - uso de hilo dental
 - otros instrumentos de limpieza
- Hacer hincapié a las gestantes sobre:
 - Dieta y Nutrición
 - Salud oral
 - Manifestaciones orales durante la gestación
 - Todo tratamiento odontológico durante la gestación
 - Uso de fármacos
 - Uso de radiografías dentales

Así como también la paciente pueda ser evaluada intraoralmente para tener en cuenta su estado de salud oral y que sea atendida correctamente para mejorar su estado bucal.

BIBLIOGRAFIA

- CHAVEZ, M., Investigación materno infantil, Atención odontológica en la mujer embarazada, Toluca - Mexico Vol. II, no. 2 Año 2010 p. 80-84
- ENRILE DE ROJAS F. y FUENMAYOR V. Manual de Higiene Bucal Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración Editorial Medica Panamericana 2009 p. 81
- GAY.C. La paciente embarazada: repercusión en la cavidad bucal y consideraciones respecto al tratamiento odontológico 5,184-193 (1997)
- MIR Asturias. Ginecología y Obstetricia – Exámenes MIR y Familia 96 Editorial MAD S.L. primera edición Setiembre 1997p. 534
- NISWANDER K.R. Obstetricia Practica Clínica Editorial Reverté S.A. impreso en España 1987 p. 39
- RODRIGUEZ H. y LOPEZ M. El embarazo su relación con la salud bucal - Revista Cubana Estomatológica v.40 n.2 Ciudad de La Habana 2003

HEMEROGRAFIA

- RODRIGUEZ H. y LOPEZ M. (2003) El embarazo su relación con la salud bucal - Revista Cubana Estomatológica v.40 n.2 Ciudad de La Habana.
- Global Child Dental Fund, Rooms 329-331, 26-29 Drury Lane, London WC2B 5RL Reino Unido Número de registro como organización benéfica en el Reino Unido: 1125850
- Mouth Healthy- ADA American Dental Association
- CASALS E. Salud Bucal y Alimentación Facultad de Odontología Universidad de Barcelona Publicada en 2012
- LLODRA J.C. Salud Oral y Embarazo Una guía práctica Universidad de Granada PN/GI-GUÍA EMBARAZO 2012
- MONTENEGRO S. Hilo dental: La clave de la buena higiene bucal Clinica Dental Cayetano Heredia
- DE LEON L. Índice CPO Universidad de San Carlos de Guatemala Odontología Preventiva y Social

WEBGRAFIA

- La dieta cariogénica, la peor para tu salud bucodental.
<<http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf>>
- MINAYA, T., Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud La Florida del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Anchas – Noviembre 2012. [Tesis – Bachiller] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012
- Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. - MedlinePlus<<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001055.htm>>
- Prevenir la caries dental durante el embarazo – Mamichic Modern Mun Baby
<https://mamichic.com/blogs/expertos-en-denticion/prevenir-la-caries-dental-durante-el-embarazo>
- OMS Organización Mundial de La Salud - Nota informativa N°318 - abril de 2012
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>>
- ECURED Fisiología Materna en el Embarazo Publicado 20 de enero del 2012
https://www.ecured.cu/Fisiolog%C3%ADa_materna_en_el_embarazo
- HIDALGO L. Siete recomendaciones nutricionales que debes tener en cuenta durante tu embarazo
- BENITO M. Caries Dental: Que es y cómo actúa – Bekia Salud
<<http://www.bekiasalud.com>>
- HIGIENISTAS VITIS Importancia del uso del colutorio en la higiene bucal diari

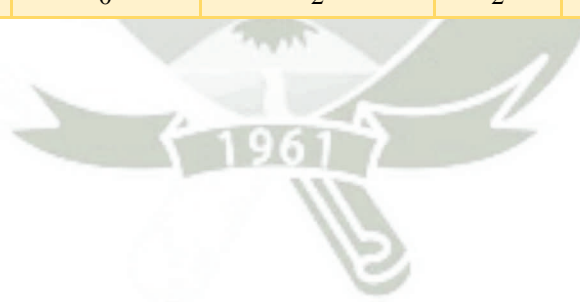


ANEXO N° 1 MATRIZ DE DATOS

N°	EDAD	C	P	O	CPOD	PREVENCIÓN EN SALUD ORAL	ENFERMEDADES BUCODENTS	HIGIENE ORAL	TRATAMIENTO ODONTOL. EN GESTANTES	NIVEL DE CONOC.
1	29	1	0	7	8	2	6	6	4	18
2	29	1	0	3	4	2	6	6	4	18
3	20	3	0	3	6	2	6	6	2	16
4	30	1	0	4	5	0	6	6	4	16
5	30	2	1	6	9	2	6	6	4	18
6	36	2	0	10	12	2	6	6	2	16
7	25	1	0	10	11	2	6	6	2	16
8	21	1	0	5	6	2	6	6	0	14
9	29	2	0	4	6	2	6	6	0	14
10	27	3	0	4	7	2	4	6	2	14
11	27	4	0	4	8	2	6	6	0	14
12	32	2	0	7	9	2	6	4	2	14
13	36	1	0	11	12	2	6	4	2	14
14	38	1	0	7	8	2	6	2	4	14
15	30	3	0	4	7	0	4	4	4	12
16	32	5	0	4	9	2	6	6	0	14
17	35	4	0	5	9	2	4	4	4	14
18	26	5	0	4	9	0	4	6	2	12
19	24	1	0	7	8	0	6	6	2	14
20	21	5	0	3	8	0	6	4	2	12
21	22	5	0	6	11	0	6	6	0	12
22	28	6	3	4	13	0	4	6	2	12
23	29	7	0	6	13	0	4	4	4	12
24	28	4	0	7	11	0	4	6	2	12
25	30	6	0	6	12	0	4	6	0	10
26	27	4	0	10	14	0	4	4	2	10
27	34	11	0	2	13	2	2	6	0	10
28	35	3	0	9	12	0	4	4	2	10
29	24	12	0	2	14	2	2	4	2	10
30	30	9	0	8	17	0	4	6	0	10
31	32	5	3	8	16	0	4	4	2	10
32	20	11	0	7	18	0	4	4	2	10
33	37	9	3	3	15	0	4	4	2	10
34	24	7	2	6	15	0	4	4	2	10

35	32	7	4	8	19	0	4	4	2	10
36	32	6	1	7	14	0	4	4	2	10
37	30	10	3	5	18	0	6	4	0	10
38	40	7	5	2	14	2	2	6	0	10
39	27	9	1	5	15	0	4	4	2	10
40	20	11	1	3	15	0	4	2	4	10
41	32	7	1	9	17	0	4	4	2	10
42	26	5	0	13	18	0	4	4	2	10
43	34	8	2	4	14	0	4	4	2	10
44	32	6	3	4	13	0	4	4	2	10
45	19	9	0	6	15	0	4	4	2	10
46	22	11	0	1	12	0	4	4	2	10
47	26	12	0	3	15	0	4	4	2	10
48	26	10	1	2	12	0	4	4	2	10
49	24	10	0	5	15	0	4	4	2	10
50	26	7	0	6	13	0	6	4	0	10
51	33	8	3	2	13	0	6	4	0	10
52	24	2	3	14	19	0	6	4	0	10
53	25	4	1	9	14	0	4	4	2	10
54	27	6	6	3	15	0	4	4	2	10
55	32	7	1	5	13	0	4	4	2	10
56	37	8	0	9	17	2	6	2	0	10
57	22	6	0	5	11	0	4	4	0	8
58	22	12	0	4	16	0	4	4	0	8
59	24	14	0	3	17	0	4	4	0	8
60	28	11	3	1	15	2	4	2	0	8
61	26	14	0	3	17	0	4	4	0	8
62	31	3	2	10	15	0	4	4	0	8
63	28	6	4	4	14	0	4	4	0	8
64	26	8	1	7	16	0	4	4	0	8
65	36	6	2	8	16	0	4	4	0	8
66	32	10	4	2	16	0	2	4	2	8
67	32	12	1	4	17	0	4	4	0	8
68	29	16	1	0	17	0	4	4	0	8
69	21	10	0	3	13	0	4	4	0	8
70	27	11	0	4	15	0	4	4	0	8
71	21	9	2	7	18	0	4	4	0	8
72	26	9	2	7	18	0	4	4	0	8
73	29	9	1	8	18	0	4	4	0	8
74	19	16	0	2	18	0	2	4	2	8
75	28	9	0	7	16	0	4	4	0	8

76	32	12	2	4	18	0	2	6	0	8
77	26	11	1	6	18	0	4	4	0	8
78	20	8	4	1	13	0	4	4	0	8
79	20	6	1	7	14	0	4	4	0	8
80	26	6	4	6	16	0	4	4	0	8
81	22	4	0	9	13	0	4	4	0	8
82	28	5	4	6	15	0	4	4	0	8
83	28	11	0	4	15	0	4	2	2	8
84	19	4	0	12	16	0	4	4	0	8
85	30	13	2	1	16	0	4	4	0	8
86	34	8	2	7	17	0	4	2	2	8
87	22	8	0	9	17	2	4	2	0	8
88	28	5	0	11	16	0	2	6	0	8
89	33	9	5	4	18	0	2	4	2	8
90	29	5	0	8	13	0	0	4	0	4
91	19	8	0	9	17	0	4	2	0	6
92	32	11	4	5	20	0	2	4	0	6
93	23	17	0	3	20	0	4	2	0	6
94	32	14	1	4	19	0	4	2	0	6
95	26	11	5	0	16	0	2	4	0	6
96	34	12	4	3	19	0	2	4	0	6
97	21	18	0	0	18	0	4	0	2	6
98	28	13	3	3	19	0	2	4	0	6
99	25	16	0	2	18	0	4	2	0	6
100	27	8	6	3	17	0	0	4	0	4
101	22	9	3	8	20	0	2	2	0	4



ANEXO N°2 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ identificada con DNI N° _____, declaro que cumplo con todos los criterios de inclusión y acepto formar parte de la investigación denominada ““RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO AREQUIPA 2017” realizada por el Bachiller Cárolayn Michell Bengoa Mora.

Arequipa _____ de _____ del 2017

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

ANEXO N°3 CUESTIONARIO EN SALUD BUCAL PARA GESTANTES

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Nombre _____ Edad: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL

1. ¿Tiene información sobre medidas preventivas en Salud bucal?

SI () NO ()

2. Principalmente, cuando debo cepillarme los dientes:

- a) Después de cada comida ()
- b) Antes de dormir ()
- c) Antes y después de cada comida ()

3. ¿Qué es lo que eliminamos al cepillarnos?

- a) restos de dulces y comida ()
- b) manchas blanquecinas en los dientes ()
- c) restos de alimentos y microorganismos ()
- d) No sé ()

4. ¿Considera usted a la caries una enfermedad infecciosa?

SI () NO ()

5. ¿Considera importante el uso de enjuagues bucales e hilo dental?

SI () NO ()

6. La gingivitis es:

- a) el dolor de diente ()
- b) la enfermedad de las encías ()
- c) inflamación del labio ()
- d) No sé ()

7. ¿Practica usted la técnica de cepillado?

SI () NO ()

8. ¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales con protección contra los rayos durante su gestación afectará a su hijo?

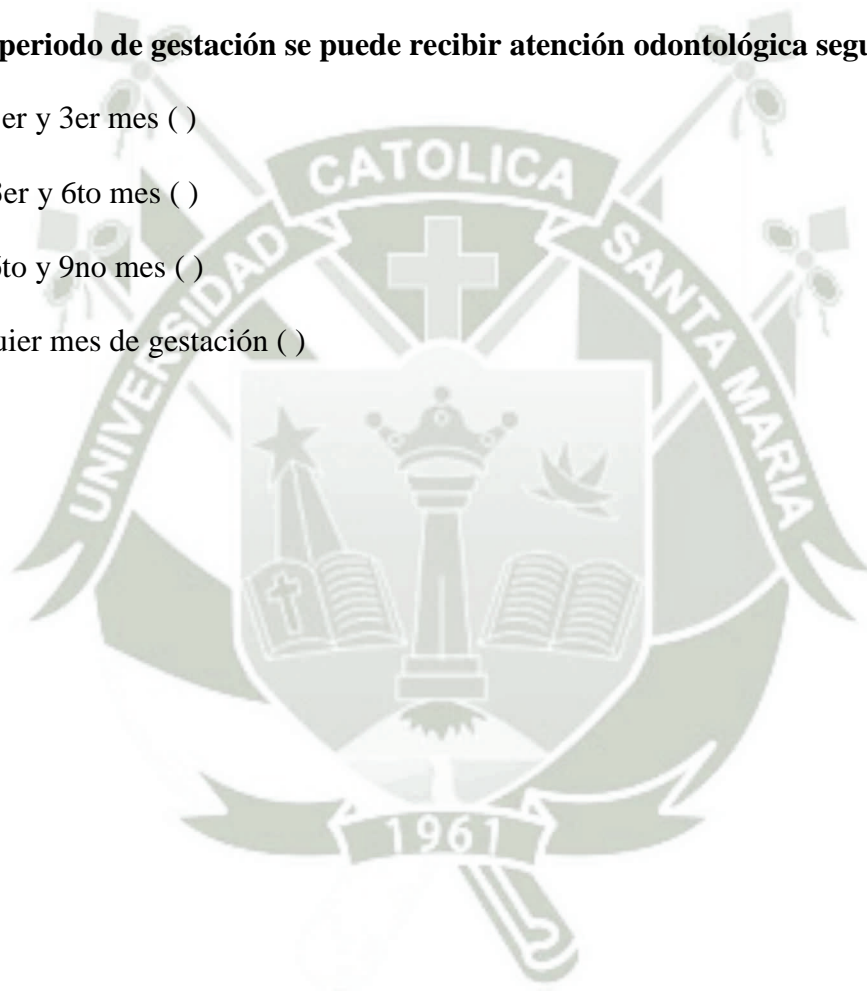
SI () NO ()

9. ¿Considera Ud. ¿Que el uso de anestesia dental afectará su gestación?

SI () NO ()

10. En que periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura

- a) Entre el 1er y 3er mes ()
- b) Entre el 3er y 6to mes ()
- c) Entre el 6to y 9no mes ()
- d) En cualquier mes de gestación ()



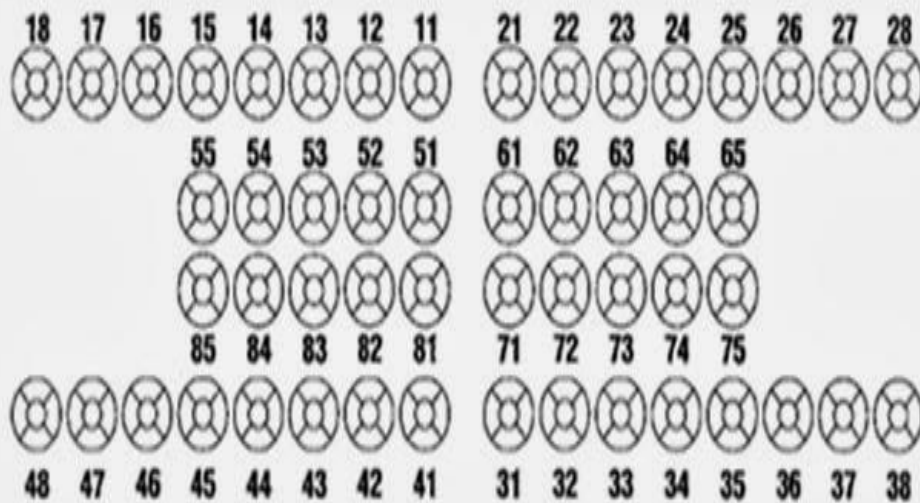
ANEXO N°4 FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA INTRAORAL

FICHA DE EVALUACIÓN INTRAORAL

PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA: _____

11. ODONTOGRAMA DE EVOLUCIÓN



C = _____

P = _____

O = _____

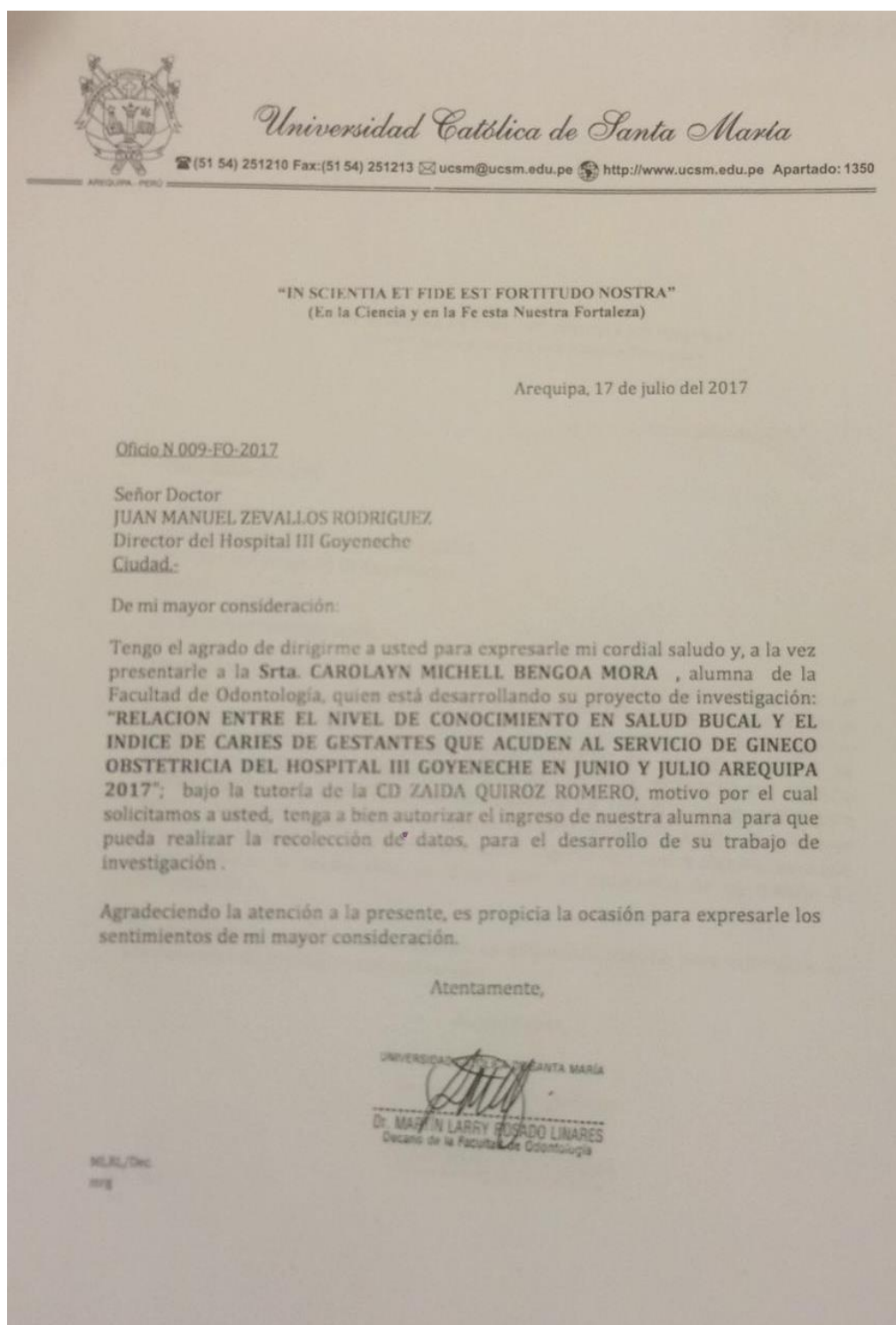
TOTAL = _____

ANEXO N°5 FOTOGRAFÍAS

En las siguientes imágenes podemos observar la recolección de datos de las pacientes y la realización del cuestionario en el Hospital III Goyeneche, como también el momento en el que se realizó el examen intraoral para obtener el odontograma de cada paciente gestante.



ANEXO N°6 SOLICITUDES DE PERMISO



"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"

(En la Ciencia y en la Fe esta Nuestra Fortaleza)

Arequipa 18 de Julio del 2017

Señor Doctor

JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

Director del Hospital III Goyeneche

Ciudad.-

De mi mayor consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su autorización para ingresar a el área de Consultorio Externo de Gineco-obstetricia, para realizar la recolección de datos de mi proyecto de investigación "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO AREQUIPA 2017"; motivo por el cual solicito a usted su autorización para mi ingreso en las fechas de Lunes a Viernes del mes de Julio y Agosto 2017.

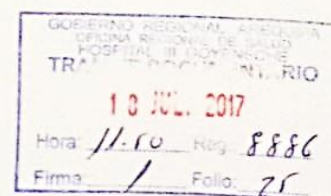
Agradeciendo la atención, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,



Carolayn Michell Begoa Mora

DNI (47082591)



"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"

Arequipa, 1 de Agosto del 2017

Señor Doctor

JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

Director del Hospital III Goyeneche

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y, a la vez presentarme como **TUTORA HOSPITALARIA** de la Srta. **CAROLAYN MICHELL BENGOA MORA**, alumna de la facultad de Odontología de la Universidad Católica Santa María, quien está desarrollando su proyecto de investigación: "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES DE GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN JUNIO Y JULIO AREQUIPA 2017"; en el cual estará bajo mi tutoría durante la recolección de datos del proyecto de investigación.

Agradeciendo la atención, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente


GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Zaira Quiroz Rodríguez
(Jefa del Área de Odontología del Hospital III Goyeneche)
DIRECCIÓN REGIONAL DE ODONTOLÓGICA
C/ P. O. SANTA ROSA 1001
P.O. BOX 1001
P.O. BOX 1001
P.O. BOX 1001