

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA



**“RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO –INFANTIL
EN GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACIN – TACNA 2016”**

Tesis presentada por:
Bach. C.D. MARIA LUCRECIA FIERRO MEDINA FLORES.

Para obtener el Grado Académico de
Maestra en Odontología

Asesora: Dra. Eliana Guillen Fernández

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

*Este trabajo; así como todas
las acciones de mi vida; van
dedicadas a mí querida hija Fabiana.*



AGRADECIMIENTOS

*Uno muy especial a la Dra. Eliana Guillen Fernández,
por su asesoría en este trabajo; y a los Dres. Hugo Tejada Pradell y Elsa
Vásquez Huerta por el apoyo brindado.*

EPÍGRAFE

“La mayoría de publicaciones científicas sobre promoción de la salud oral, coinciden en que idealmente la educación debe empezar durante el embarazo por una serie de razones: porque la mayoría de embarazadas desconocen las pautas preventivas de salud oral, a pesar de tener una motivación especial hacia el aprendizaje sobre el cuidado de su propia salud y la del bebé; porque la educación prenatal ayuda a disipar los mitos sobre el embarazo y la pérdida dental, así como sobre el embarazo y las visitas al dentista; porque es más fácil adoptar buenos hábitos precozmente, que intentar cambiar hábitos nocivos una vez que el niño los ha incorporado; porque el tratamiento periodontal durante el embarazo, reduce los partos prematuros y la prevalencia de bebés con bajo peso al nacer en mujeres con enfermedad periodontal; porque la reducción de los niveles de Streptococcus mutans en la madre reduce el riesgo de transmisión bacteriana vertical y por tanto, el riesgo de caries del niño.”

Camila Palma Portaro

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA.....	02
EPÍGRAFE.....	03
ÍNDICE GENERAL.....	04
RESUMEN.....	09
ABSTRACT.....	10
ÍNTRODUCCION.....	11
CAPÍTULO UNICO: RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	43
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
ANEXOS.....	51
ANEXOS N° 01: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	52
I. PREÁMBULO.....	54
II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	55
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	55
1.1. ENUNCIADO.....	55
1.2. DESCRIPCIÓN.....	55
a. Área Del Conocimiento.....	55
b. Análisis y Operacionalización De Variables.....	56
c. Interrogantes Básicas.....	57
d. Tipo y nivel de investigación: Taxonomía.....	58
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	57
2. MARCO CONCEPTUAL.....	59
2.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA GESTANTE.....	59
2.1.1. Edad Materna.....	59
2.1.2. Procedencia.....	60

2.1.3	Grado De Instrucción	60
2.1.4	Ocupación.....	60
2.1.5	Orden De Embarazo	61
2.1.6	Tiempo De Gestación.....	61
2.1.7	Nivel Socioeconómico	62
2.2.	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL.....	63
2.2.1.	MANIFESTACIONES ORALES DE LA GESTANTE.....	63
2.2.1.1.	Hiperémesis Gravídica	63
2.2.1.2.	Gingivitis Del Embarazo	64
2.2.1.3.	.Asociación periodontitis y riesgo de bebés prematuros	64
2.2.1.3.1.	Respecto al peso del recién nacido.....	65
2.2.1.3.2.	Mecanismos patógenos.....	65
2.2.2.	MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA GESTANTE.....	66
2.2.2.1.	Visitas rutinarias al dentista.....	66
2.2.2.1.1.	Durante el primer trimestre de gestación.....	67
2.2.2.1.2.	Durante el segundo y tercer trimestre de gestación.....	67
2.2.2.1.3.	Posición del sillón dental por trimestre	67
2.2.2.2.	Cepillado dental y uso de hilo dental	67
2.2.2.2.1.	Cepillado dental.....	68
2.2.2.2.2.	Hilo dental.....	68
2.2.2.2.2.1.	Técnica del uso del hilo dental.....	69
2.2.2.3.	Alimentación saludable en el embarazo	69
2.2.2.3.1.	Importancia de la dieta de la madre para el desarrollo de la dentición del feto.....	70
2.2.2.4.	Aplicación flúor	71
2.2.2.4.1.	Vías de administración de fluoruros.....	72
2.2.2.4.1.1.	Flúor ingerido	72
2.2.2.4.1.2.	Aplicación profesional. Fluoruro tópico.....	72
2.2.2.4.1.3.	Flúor en las pastas dentales	72
2.2.2.4.1.4.	Enjuagatorios dentales con flúor / Clorhexidina	73

2.2.3. CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DURANTE LA GESTACIÓN	73
2.2.3.1. Periodo de atención segura en el embarazo	73
2.2.3.1.1. Atención bucodental durante el primer trimestre	74
2.2.3.1.2. Atención bucodental durante el segundo trimestre	74
2.2.3.1.3. Atención bucodental durante el tercer trimestre	75
2.2.3.2. Uso de fármacos	75
2.2.3.2.1. Medicamentos seguros durante el embarazo	76
2.2.3.2.2. Medicamentos que no se deben tomar durante el embarazo.....	77
2.2.3.3. Uso de radiografías dentales	78
2.2.3.3.1. Radiografías en Odontología	79
2.2.3.4. Uso de anestesia local.....	79
2.2.3.4.1. Embarazo y anestesia local	80
2.2.3.5. Efectos nocivos del cigarrillo y alcohol	80
2.2.4. SALUD ORAL DEL BEBÉ	81
2.2.4.1. Erupción dental, síntomas y manejo.....	81
2.2.4.1.1. La boca del neonato.....	81
2.2.4.1.1.1. Almohadillas gingivales	81
2.2.4.1.2. Relaciones maxilares neonatales.....	82
2.2.4.1.3. Calcificación y erupción dentaria.....	82
2.2.4.1.4. Erupción de molares y caninos	82
2.2.4.1.5. Fase dentición mixta.....	83
2.2.4.1.6. Segundo levante fisiológico de la oclusión.....	83
2.2.4.2. Caries de la infancia temprana, factores de riesgo y factores de prevención	85
2.2.4.2.1. Factores de riesgo	85
2.2.4.2.1.1. Transmisión vertical	85
2.2.4.2.1.2. Transmisión horizontal	85
2.2.4.2.1.3. Uso del biberón	85
2.2.4.2.1.4. Lactancia materna.....	85
2.2.4.2.2. Otros factores dietéticos	86

2.2.4.2.2.1. Bajo peso al nacer.....	86
2.2.4.2.2.2. Medicación	86
2.2.4.2.3. Factores de prevención	86
2.2.4.3. Higiene Oral del lactantes.....	88
2.2.4.3.1. Desde el nacimiento hasta los 6 meses	88
2.2.4.3.2. Entre los 6 meses y el año de edad.....	88
2.2.4.3.3. A partir del año de edad.....	88
2.2.4.3.4. Alrededor de los 3 años	88
2.2.4.4. Transferencia de saliva de madre a hijo	89
2.2.4.5. Prevención de hábitos nocivos: uso de chupón, succión del dedo u otro hábito	90
2.2.4.5.1. Deglución atípica.....	90
2.2.4.5.1.1. Efectos bucales de la deglución atípica	91
2.2.4.5.2. Mal hábito de succión.....	91
2.2.4.5.2.1. Succión digital.....	92
2.2.4.6. Visitas al odontólogo durante el primer año.....	92
2.2.4.6.1. Recomendaciones del dentista al padre de familia.....	93
3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	94
4. OBJETIVOS.....	98
5. HIPÓTESIS	99
III.PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	99
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIAL DE VERIFICACIÓN	99
1.1. TÉCNICAS.....	99
1.2. INSTRUMENTOS.....	99
1.2.1. Instrumentos documentales	99
1.2.1.1. Cuestionario	101
1.2.1.2. Criterios de evaluación	103
1.2.2. Instrumentos mecánicos	106
1.2.3. Materiales	106

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN	106
2.1. Ubicación espacial	106
2.2. Ubicación temporal	106
2.3. Unidades de estudio	106
2.3.1. Identificación de unidades de estudio	107
2.3.1.1. Universo.....	107
2.3.1.2. Muestra	107
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	108
3.1. Organización.....	108
3.2. Recursos	108
3.2.1. Recursos humanos.....	108
3.2.2. Recursos físicos.....	108
3.2.3. Recursos financieros	108
3.3. Validación del instrumento.....	108
3.4. Criterios para el manejo de resultados	109
3.4.1. Plan de sistematización de datos.....	109
3.4.2. Plan de análisis de datos.....	109
IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO	110
V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	111
Bibliografía.....	111
Hemerografía	112
Informatografía.....	116
ANEXOS N° 02: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	120
ANEXOS N° 03: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	122
ANEXOS N° 04: AUTORIZACION DEL CENTRO DE SALUD.....	124
ANEXOS N° 05: VALIDACION DEL INSTRUMENTO	126
ANEXOS N° 06: CUESTIONARIO	128

RESUMEN

La salud oral materno infantil constituye un problema en la paciente embarazada, que depende en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas; pero un buen porcentaje no tienen conocimientos claros o tienen información errónea respecto a la atención odonto-estomatológica en la gestación. **Objetivo:** Determinar la relación entre características epidemiológicas y conocimientos sobre salud oral materno –infantil en gestantes. **Material y Métodos:** Estudio tipo aleatorio o probabilístico, basado en un cuestionario estructurado de 28 preguntas, que permitirá conocer los conocimientos de salud oral materno infantil en relación con sus características epidemiológicas que acudieron durante meses consecutivos al C.S. CLAS “San Francisco”. Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna. **Resultados:** Las características epidemiológicas como edad, grado de instrucción, orden de embarazo y nivel socioeconómico tienen evidencia de relación estadística significativa ($p < 0,05$) con los conocimientos sobre Salud Oral Materno Infantil en las gestantes citadas. **Conclusión:** Se halló relación entre las características epidemiológicas y conocimientos sobre salud oral materno –infantil en gestantes; del C.S. “San Francisco”. **Palabras clave:** Salud oral materno infantil, gestantes, características epidemiológicas

ABSTRACT

Maternal and child oral health is a problem in the pregnant patient, that depends largely on the application of preventive and curative measures; but a good percentage do not have clear knowledge or have erroneous information regarding odonto-stomatologic attention in gestation. **Objective:** To determine the relationship between epidemiological characteristics and knowledge about maternal and infant oral health in pregnant women. **Material and Methods:** A random or probabilistic study, based on a structured questionnaire of 28 questions, which will allow us to know the knowledge of maternal and child oral health in relation to its epidemiological characteristics that came during consecutive months to C.S. CLAS "San Francisco". Gregorio Albarracín of Tacna city. **Results:** Epidemiological characteristics such as age, educational level, pregnancy order and socioeconomic level have evidence of a statistically significant relationship ($p < 0.05$) with knowledge about Maternal and Child Oral Health in the mentioned pregnant women. **Conclusion:** We found a relationship between epidemiological characteristics and knowledge about maternal and infant oral health in pregnant women; Of C.S. "San Francisco".

Key words: Maternal and infant oral health, pregnant women, epidemiological characteristics

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un período de grandes modificaciones fisiológicas en el organismo de la mujer, que pueden conllevar a la aparición de trastornos en el estado de salud bucal. Pero el embarazo por sí sólo, no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de factores, fundamentalmente de tipo conductuales y relacionados con el estilo de vida, que junto con los factores biológicos, condicionan la aparición y agravamiento de estas enfermedades.¹ Las enfermedades buco dentarias no solo son consideradas entre las patologías de mayor prevalencia en gestantes; sino que también están asociadas a condiciones económicas, sociales, educacionales y conductuales de cada gestante.

En nuestra realidad, en los centros de salud nacionales, los primeros que tienen contacto con la gestante, son los gineceos-obstetras en sus controles prenatales, son inmediatamente derivadas a los servicios odontológicos para su respectiva evaluación. Pero, las demoras y falta de organización e información en el centro de salud, hace que las gestantes releguen los cuidados estomatológicos, aduciendo molestias que ocasiona el tratamiento y temores relacionados a los daños que pudiera ocasionar al bebé.²

La presente investigación, tiene el objetivo de conocer cuánto saben las gestantes acerca de atención primaria bucodental y si este conocimiento tiene relación con sus características epidemiológicas; lo que contribuirá a mejorar estrategias, avances y metas en lo que respecta a promoción y prevención en salud bucal de las gestantes; en relación a la atención primaria que promueve el MINSA-Perú.

¹ ALMARALES SIERRA, CARIDAD y col. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. P.1

² RODRÍGUEZ VARGAS, MARTHA CECILIA. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. P 1



TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN EDAD Y PROCEDENCIA. TACNA 2016**

Características Epidemiológicas		Nº	%
Edad	< 18 años	3	6.0
	19 y 29 años	25	50.0
	30 y 39 años	17	34.0
	40 a más años	5	10.0
	Total	50	100.0
Procedencia	Tacna	19	38.0
	Puno	12	24.0
	Cuzco	7	14.0
	Moquegua	8	16.0
	Otros	4	8.0
	Total	50	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

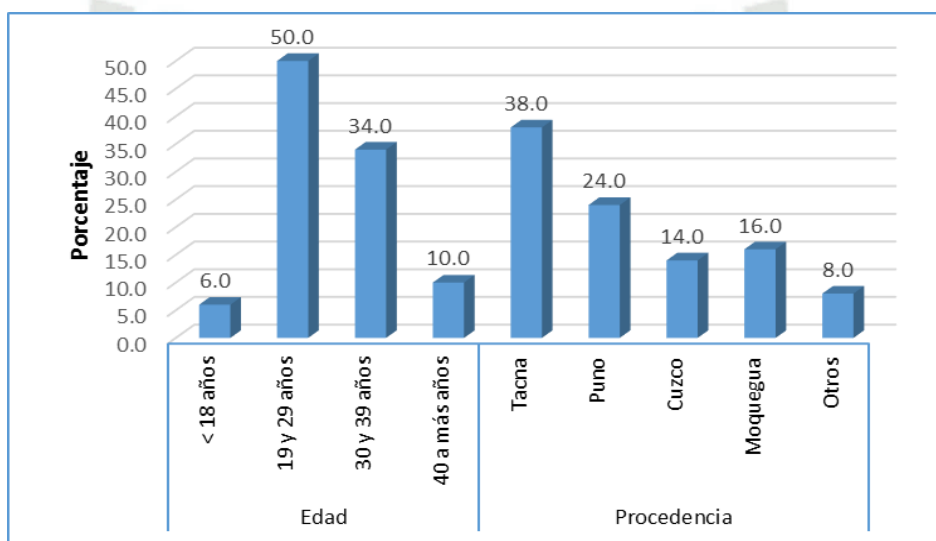
INTERPRETACIÓN

Se observa que el mayor porcentaje de gestantes, se encuentra entre las edades de 19 a 29 años que hacen el (50%); y el menor, en gestantes menores de 18 años con el (6%).

Según la procedencia, la ciudad de Tacna presenta el 38% de gestantes, seguido de Puno (24%), Moquegua (14%) y procedentes de otros departamentos (8 %).

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN EDAD Y PROCEDENCIA TACNA 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS GESTANTES
DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN DE TACNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y
OCUPACIÓN**

Características Epidemiológicas	N°	%	
Grado de instrucción	Analfabeta	3	6.0%
	Primaria	17	34.0%
	Secundaria	21	42.0%
	Técnica	9	18.0%
	Total	50	100.0%
Ocupación	Ama de casa	6	12.0%
	Artesana	3	6.0%
	Comerciante	30	60.0%
	Empleada	11	22.0%
	Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

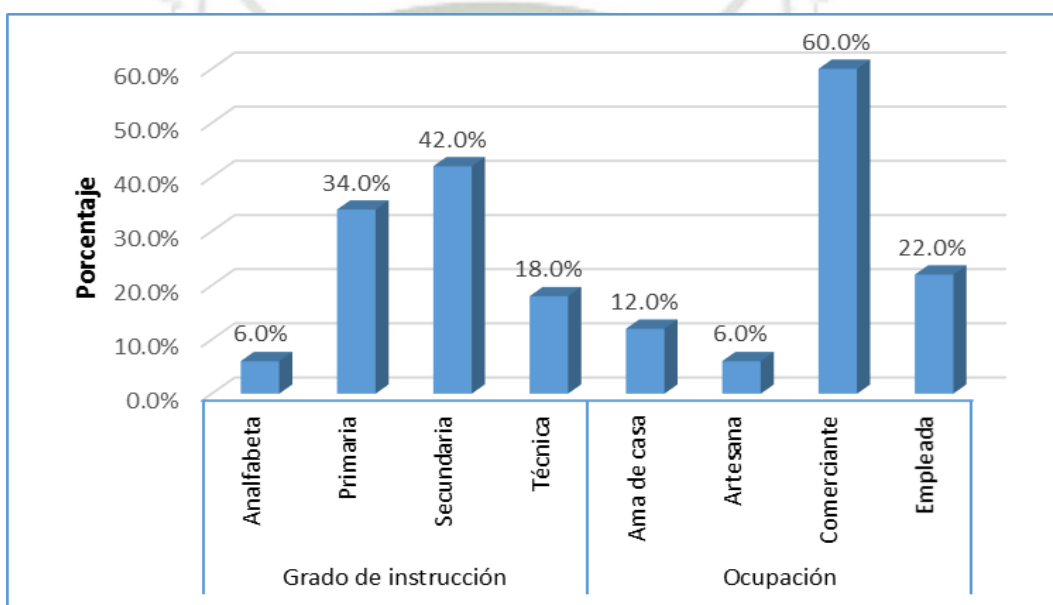
INTERPRETACIÓN

El grado de instrucción con mayor porcentaje fue el Secundario con (42%), y analfabetas con el (6%).

Respecto a la ocupación el 60% corresponde a comerciantes y el 6% a artesanas.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN DE LA CIUDAD DE TACNA SEGÚN ORDEN DE
EMBARAZO Y TIEMPO DE GESTACIÓN**

Características Epidemiológicas		N°	%
Orden de Embarazo	Primer embarazo	12	24.0%
	2 a 3 embarazos	30	60.0%
	Más de 3 embarazos	8	16.0%
	Total	50	100.0%
Tiempo de gestación	< 12 semanas	13	26.0%
	12 a 24 semanas	24	48.0%
	24 a más	13	26.0%
	Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

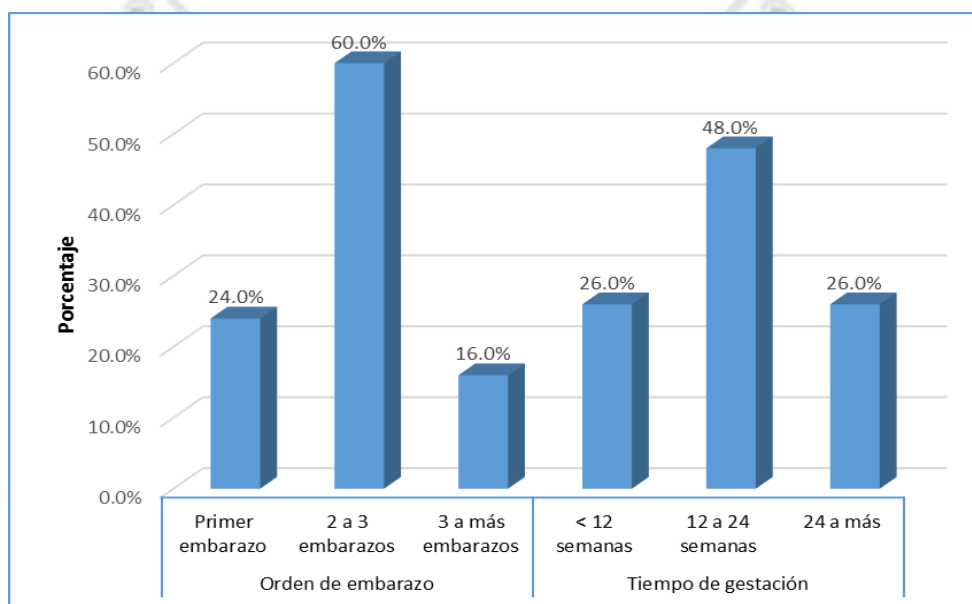
INTERPRETACIÓN

La tabla revela que el mayor porcentaje de embarazadas tuvieron dos, tres o más embarazos con el (60%) y más de tres con el (16%).

Según el tiempo de gestación el mayor porcentaje se halló entre 12 a 24 semanas con el 48% y el 26% tanto para menores de 12 semanas y de 24 a más.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE LA CIUDAD DE TACNA SEGÚN ORDEN DE EMBARAZO Y TIEMPO DE GESTACIÓN



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 4**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO.TACNA. 2016**

Nivel Socioeconómico	N°	%
No pobre	15	30.0%
Pobre	23	46.0%
Pobre extremo	12	24.0%
Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

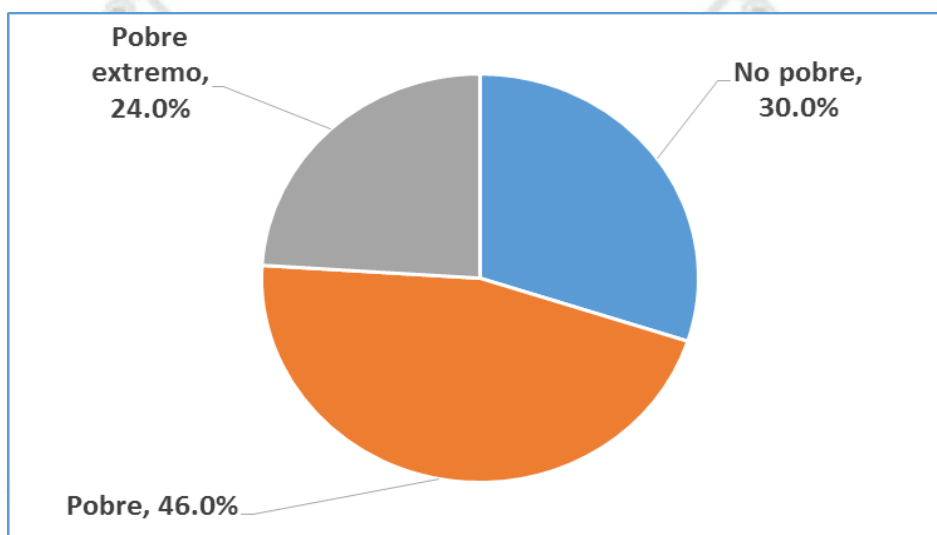
Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Se aprecia que el nivel socioeconómico con mayor porcentaje fue el nivel pobre con 46% y el menor fue el pobre extremo con 24%.

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO. TACNA. 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C. S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL Y MANIFESTACIONES ORALES. TACNA 2016**

Preguntas	Frecuencia	Porcentaje
¿Considera Ud. que las náuseas y vómitos excesivos son síntomas normales del Embarazo?		
Si	46	92.0%
No	4	8.0%
Total	50	100.0%
¿Cree Ud. que el sangrado de encías se presenta en todas las embarazadas?		
Si	10	20.0%
No	40	80.0%
Total	50	100.0%
¿Escuchó hablar que el sangrado y movilidad de sus dientes podría ser causa de parto prematuro?		
Si	3	6.0%
No	47	94.0%
Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Se aprecia que de 50 gestantes encuestadas el 92% de gestantes, considera que las náuseas y vómitos excesivos son síntomas normales del embarazo; y solo el 8% respondió que no. Por otro lado, el 80% respondió que el sangrado de encías se presenta en todas las embarazadas; y el 94% de gestantes respondió que el sangrado y movilidad de sus dientes podría ser causa de parto prematuro.

TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES, DEL
C. S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL Y MEDIDAS PREVENTIVAS.
TACNA 2016.**

Preguntas	Frecuencia	Porcentaje
Las visitas de la gestante al dentista deben ser:		
Antes del Embarazo	21	42.0%
Durante el primer trimestre	0	0.0%
Durante el Segundo Trimestre	2	4.0%
Al final del Embarazo	27	54.0%
Total	50	100.0%
¿Crees que el cepillado de dientes y el uso del hilo dental, podría evitar la Caries Dental y el sangrado de las encías durante el embarazo?		
Si	46	92.0%
No	4	8.0%
Total	50	100.0%
¿Consideras que la embarazada debe evitar comer Chocolates, frutas dulces, pan, pasteles, tofes, etc.?		
Si	23	46.0%
No	27	54.0%
Total	50	100.0%
¿Qué productos crees podrían evitar la caries dental?		
Pastas dentales con flúor	32	64.0%
Enjuagues bucales con flúor	6	12.0%
Flúor aplicado por el profesional	12	24.0%
Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

La tabla demuestra que de las 50 gestantes encuestadas el 54% afirman que las visitas al dentista deben ser al final del embarazo y el (4%) señalan que deben ser durante el segundo trimestre. El 92% dicen que el cepillado de dientes y uso del hilo dental podría evitar la Caries Dental y el sangrado de encías durante el embarazo y solo un 8% no lo considera.

Así mismo el 54% considera que la embarazada debe evitar comer chocolates, frutas dulces, pan, pasteles, tofes, etc. Así mismo, el 64% respondió correctamente al afirmar que las pastas dentales con flúor podrían evitar la caries dental y una minoría de 12% mediante enjuagues bucales con flúor.

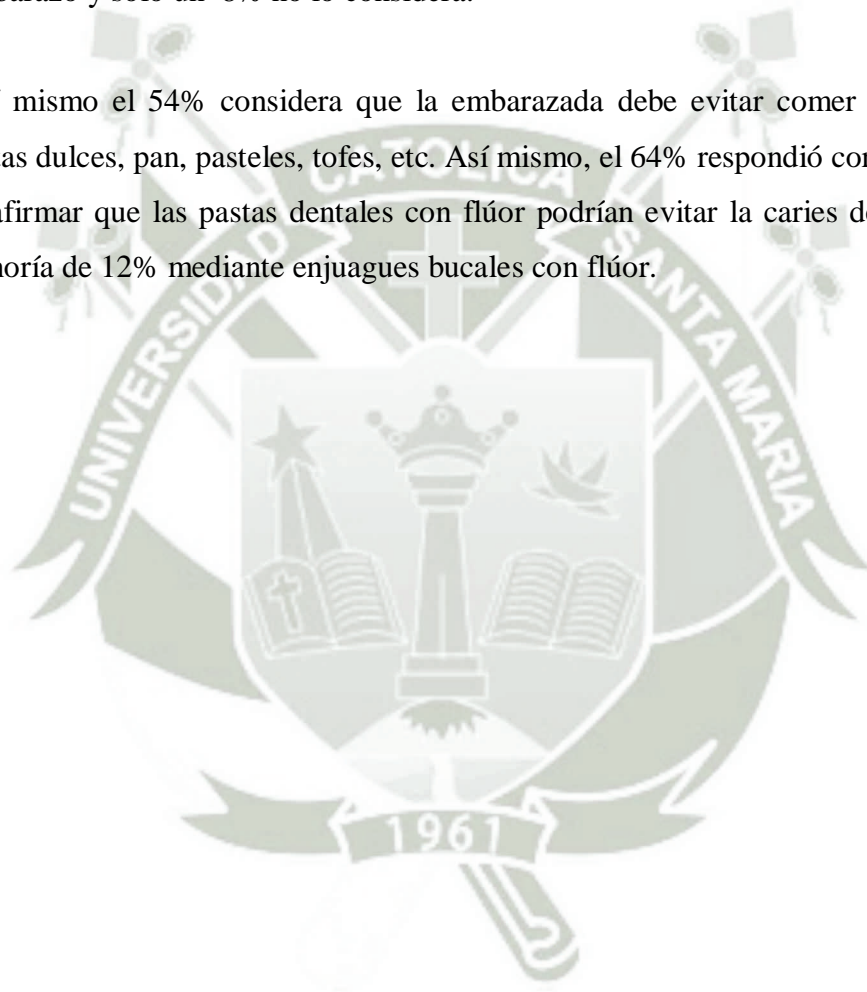


TABLA N° 7

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.
S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL - CUIDADOS Y TRATAMIENTO EN EL
EMBARAZO. TACNA 2016**

PREGUNTAS	N°	%
¿La mujer embarazada puede tomar medicamentos?		
Si	2	4.0%
No	48	96.0%
Total	50	100.0%
Si marcaste No ¿Por qué		
Puede dañar al bebé	31	64.6%
Puede provocar manchas en los dientes del bebé	4	8.3%
Puede provocar aborto en la madre gestante	12	25.0%
No hace ningún daño al bebé	1	2.1%
Total	48	100.0%
¿Se le debe tomar radiografías dentales a la embarazada?		
Si	0	0.0%
No	50	100.0%
Total		
Si marcaste No ¿Por qué?		
Causa deformaciones en el bebé	33	66.0%
Produce abortos	17	34.0%
Total	50	100.0%
¿Se puede aplicar anestesia dental a la embarazada?		
Si	2	4.0%
No	48	96.0%
Total	50	100.0%
¿Conoce los riesgos de fumar e ingerir alcohol durante el embarazo?		
Si	11	22.0%
No	39	78.0%
Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Se aprecia que el 96% de gestantes contesta que no se debe tomar medicamentos durante el embarazo, señalando el (64,6%) que puede dañar al bebé; siguiéndole un 25% que refirió que puede provocar aborto del bebé.

Así mismo, la totalidad de las gestantes (100%) refiere que no se debe tomar radiografías dentales a la embarazada con un (66%), porque causa deformaciones en el bebé. El 96 % afirma que no se debe aplicar anestesia dental en la gestación y el 78% refiere que no conoce los riesgos de fumar e ingerir alcohol durante el embarazo.

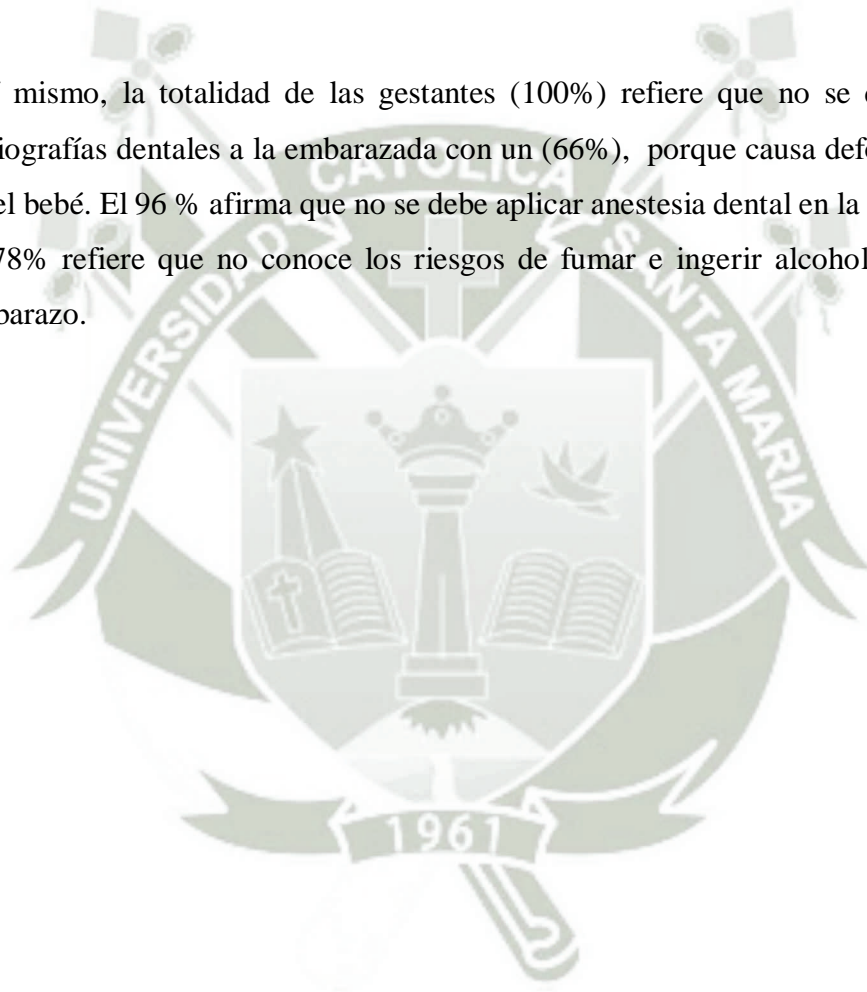


TABLA N 8

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C. S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL Y DEL BEBÉ**

Preguntas	N°	Porcentaje
¿Sabe cuándo salen los primeros dientes de leche de su bebé?		
Entre 5° y 6° mes	34	68.0%
Más de 10 meses	15	30.0%
Más de 1 año	1	2.0%
Total	50	100.0%
¿Cuándo se recomienda limpiar los dientes de su bebé?		
Desde que salen	29	58.0%
Al primer año	18	36.0%
Cuando completa la dentadura	3	6.0%
Total	50	100.0%
¿Cómo se debe limpiar los dientes de su bebé:		
Con gasa enrollada en el dedo	26	52.0%
Con Gasa embebida en agua	8	16.0%
Sólo con cepillo dental	16	32.0%
Total	50	100.0%
¿Qué tipo de Lactancia crees es la más conveniente para la salud oral de su bebé?		
Lactancia Materna	48	96.0%
Lactancia Mixta	2	4.0%
Total	50	100.0%
¿Sabes que la leche acumulada en las encías y en los primeros dientes de leche puede provocar la llamada Caries de la Infancias Temprana (Caries del Biberón)?		
Si	7	14.0%
No	43	86.0%
Total	50	100.0%
¿El uso prolongado del biberón puede provocar malformaciones en la boca de su bebé?		
Si	25	50.0%

Preguntas	N°	Porcentaje
No	25	50.0%
Total	50	100.0%
¿Escuchó hablar que besar en la boca a su bebé o compartir cucharas puede transmitir bacterias a su bebé?		
Si	23	46.0%
No	27	54.0%
Total	50	100.0%
¿Cree que el uso del chupón o chuparse el dedo constantemente provoca daño en la dentición de su bebé?		
Si	48	96.0%
No	2	4.0%
Total	50	100.0%
¿Cuándo debe ser llevado el niño a la consulta dental?		
A partir de los 06 meses	11	22.0%
Al año	28	56.0%
Cuando presenta dolor	11	22.0%
Total	50	100.0%
¿Sabe que la boca sana de los padres influye en la buena salud bucal de su niño?		
Si	38	76.0%
No	12	24.0%
Total	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En los conocimientos sobre la salud oral del bebe, el 68% de gestantes señala que los primeros dientes de leche salen entre el 5to y 6to mes, y un 30% dice que a partir de los 10 meses. El 58% de gestantes, considera que se deben limpiar los dientes del bebé desde que salen. El 52% de gestantes, refiere que se debe limpiar los dientes del bebé con gasa enrollada en el dedo, 32% sólo con cepillo dental y 16% con gasa embebida en agua.

El 96% refirió que la lactancia materna es la más conveniente para la salud oral de su bebé y el 86% no saben que la leche acumulada en las encías y en los primeros dientes de leche puede provocar la llamada Caries de la Infancia Temprana (Caries de Biberón).

El 50% de gestantes manifestó, que el uso prolongado del biberón no puede provocar malformaciones en la boca de su bebé y el 50% sí lo considera. El 54% no escuchó hablar que besar en la boca a su bebé o compartir cucharas puede transmitir bacterias a su bebé y 46% sí lo escuchó.

De 50 gestantes encuestadas, el 96% respondió que el uso del chupón o chuparse el dedo constantemente provoca daño en la dentición del bebé. El 56% no respondió correctamente al referir que el niño debe ser llevado a la consulta dental al año de vida, y el 22% señala que se debe llevar al niño a la consulta, a partir de los 6 meses. El 76% de gestantes sí sabe que la boca sana de los padres influye en la buena salud bucal de su niño y 24% no sabe.

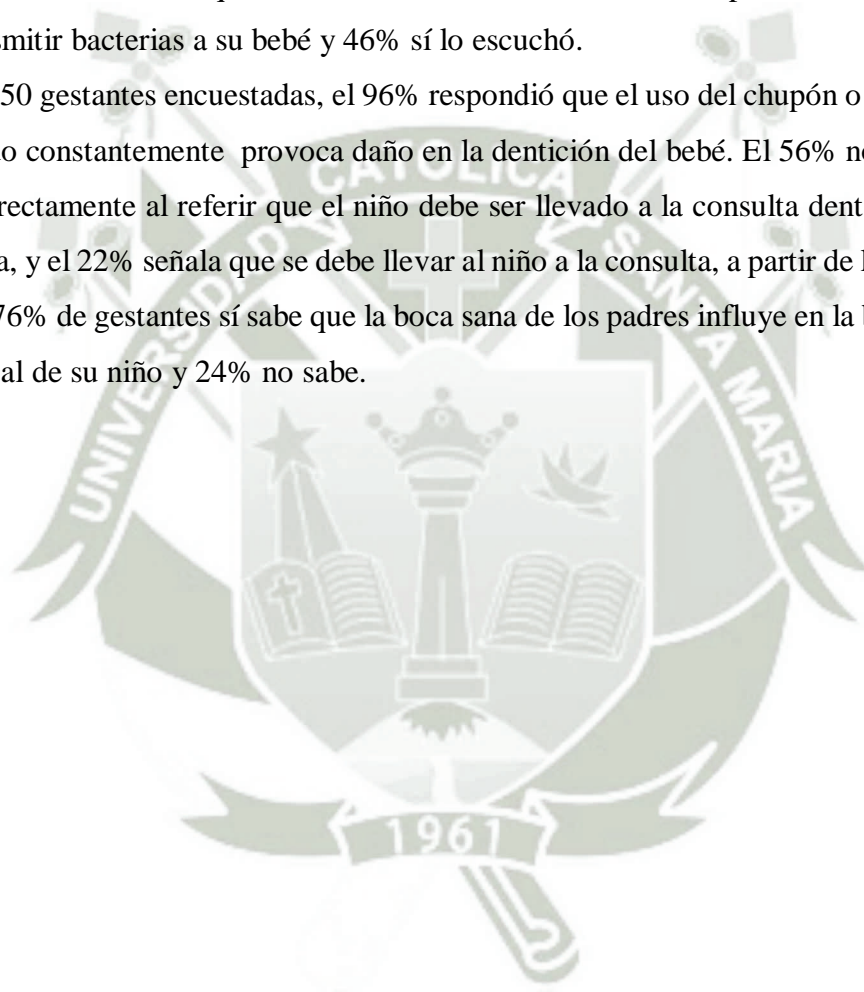


TABLA N° 9

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL EN GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL.
TACNA 2016**

Edad	Nivel de conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 18 años	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%
19 y 29 años	7	28.0%	14	56.0%	4	16.0%	25	100.0%
30 y 39 años	1	5.9%	7	41.2%	9	52.9%	17	100.0%
40 a más años	0	0.0%	2	40.0%	3	60.0%	5	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

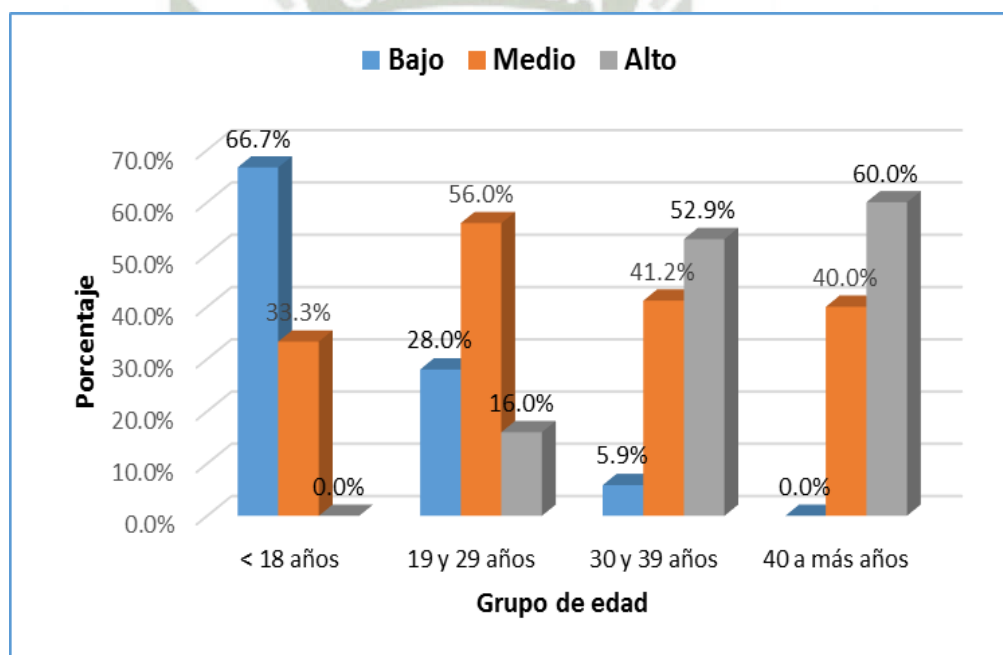
Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2= 13.975$; G.L=6; $p=0,030 < 0,05$

INTERPRETACIÓN

Se observa que las gestantes mayores de 30 años tienen un alto nivel de conocimiento (52.9%) y un nivel mayor las mayores de 40 años con (60%). Las menores de 18 años (66.7%) son las que tienen el más bajo nivel de conocimiento. La prueba de Chi cuadrado de independencia de criterios, demuestra que existe relación estadística significativa entre la edad y nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil ($p = 0,030 < 0,05$).

GRÁFICO N° 5

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL EN GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL.
TACNA 2016**



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y NIVEL
DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL.**

TACNA 2016

Edad	Nivel de conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tacna	5	26.3%	6	31.6%	8	42.1%	19	100.0%
Puno	2	16.7%	6	50.0%	4	33.3%	12	100.0%
Cuzco	1	14.3%	5	71.4%	1	14.3%	7	100.0%
Moquegua	1	12.5%	5	62.5%	2	25.0%	8	100.0%
Otros	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%	4	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2= 4.550$; G.L=8; $p=0,804 > 0,05$

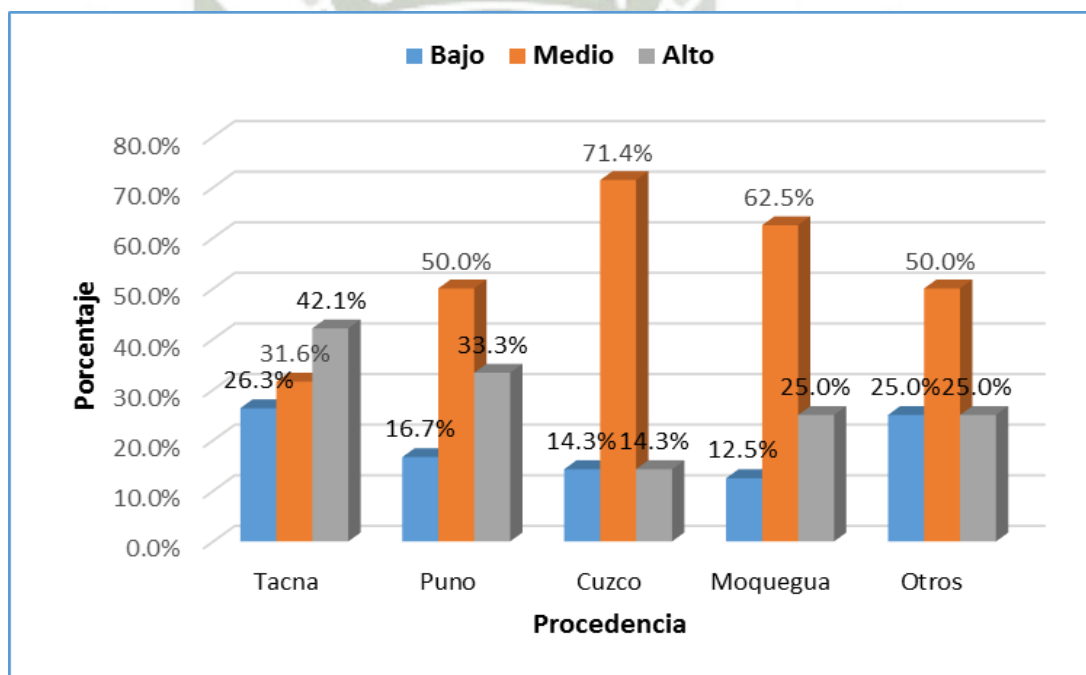
INTERPRETACIÓN

Se observa que de las 19 gestantes procedentes de Tacna el 42,1% tiene un nivel alto de conocimiento; de las 12 gestantes procedentes de Puno el 50% tiene un nivel medio de conocimientos; de las 08 gestantes procedentes de Moquegua el 62,5% tiene nivel medio de conocimientos y de las 04 gestantes procedentes de otros lugares el 50% tiene un nivel medio de conocimientos.

Según la prueba de Chi- Cuadrado demuestra no existir relación estadística significativa entre la procedencia y nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil ($p = 0,804 > 0,05$).

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL. TACNA 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 11

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN
Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO
INFANTIL. TACNA. 2016**

Grado Instrucción	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Analfabeta	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%
Primaria	5	29.4%	10	58.8%	2	11.8%	17	100.0%
Secundaria	2	9.5%	11	52.4%	8	38.1%	21	100.0%
Técnica	1	11.1%	2	22.2%	6	66.7%	9	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2 = 14.166$; G.L=6; $p = 0,028 < 0,05$

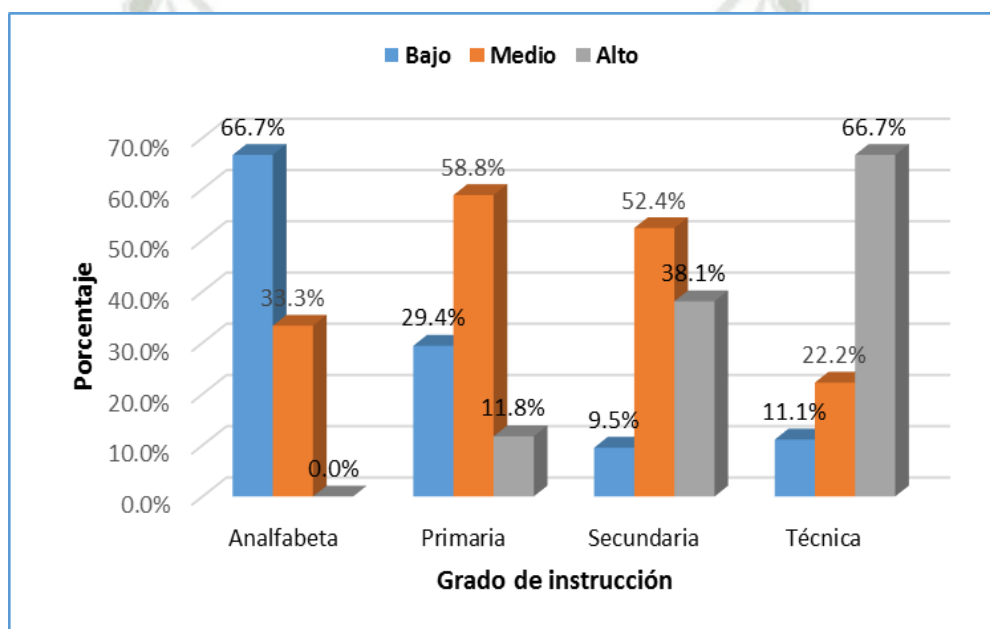
INTERPRETACIÓN

Las gestantes, con grado de instrucción Técnica, tienen el más alto nivel de conocimiento (66.7%) y las Analfabetas el más bajo (66.7%)

Según la prueba Chi Cuadrado, evidencia una relación estadística significativa ($p = 0,028 < 0,05$) entre grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL. TACNA. 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 12

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL.**

TACNA 2016

Ocupación	Nivel de Conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	2	33.3%	2	33.3%	2	33.3%	6	100.0%
Artesana	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%
Comerciante	4	13.3%	15	50.0%	11	36.7%	30	100.0%
Empleada	3	27.3%	5	45.5%	3	27.3%	11	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2 = 3.528$; G.L=6; $p = 0,740 > 0,05$

INTERPRETACIÓN

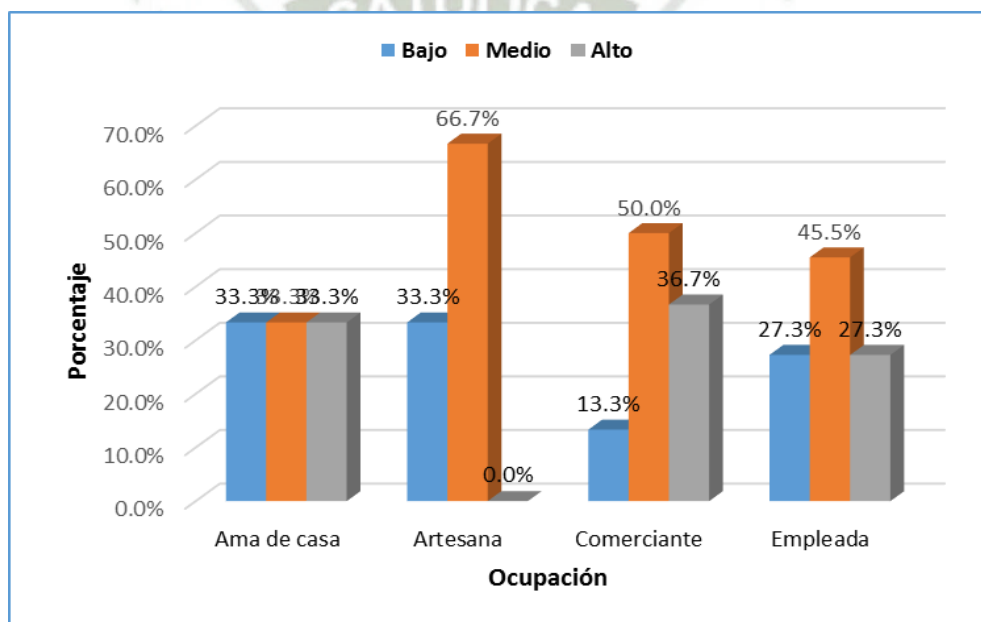
Las gestantes con ocupación comerciantes tuvieron el más alto nivel de conocimientos (36.7%) y las amas de casa el más bajo nivel (33%)

La prueba Chi Cuadrado demuestra no existir relación estadística significativa, entre la ocupación y nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil ($p = 0,740 > 0,05$).

GRÁFICO N° 8

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL.**

TACNA 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL
C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE EL ORDEN DE
EMBARAZOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL TACNA 2016**

Orden de Embarazo	Nivel de conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primer embarazo	3	25.0%	8	66.7%	1	8.3%	12	100.0%
2 a 3 embarazos	7	23.3%	14	46.7%	9	30.0%	30	100.0%
3 a más embarazos	0	0.0%	2	25.0%	6	75.0%	8	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2 = 12.886$; G.L=4; $p = 0,012 < 0,05$

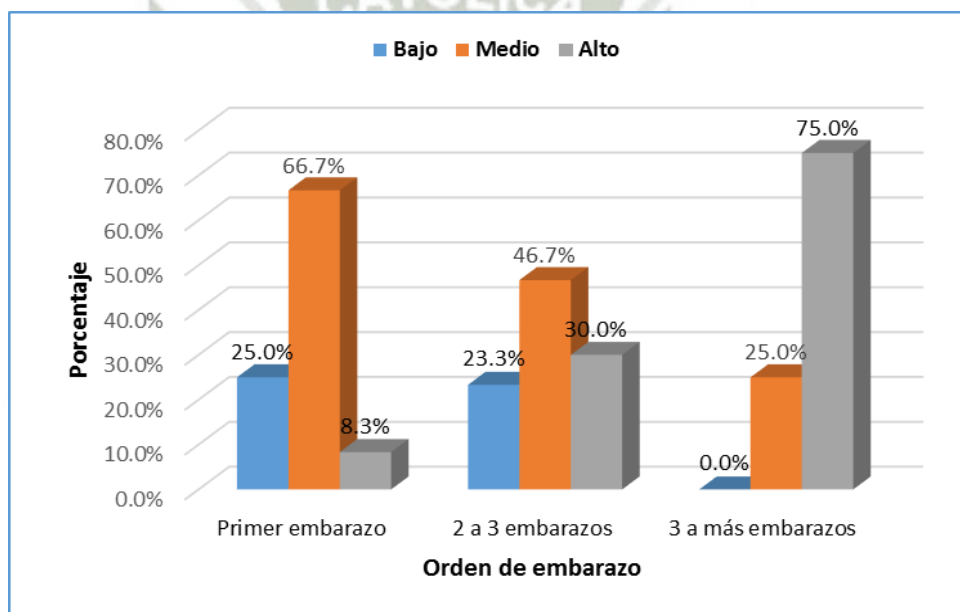
INTERPRETACIÓN

Las gestantes con 3 o más embarazos presentaron el más alto nivel de conocimientos (75%) y las primerizas el más bajo nivel (25%)

Según la prueba Chi Cuadrado se demuestra la relación estadística significativa, entre el orden de embarazos y nivel de conocimientos sobre salud oral materno infantil ($p = 0,012 < 0,05$).

GRÁFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE EL ORDEN DE EMBARAZOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL TACNA 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 14

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE
GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE
GESTACIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL. TACNA 2016**

Tiempo de Gestación	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 12 semanas	2	15.4%	9	69.2%	2	15.4%	13	100.0%
12 a 24 semanas	7	29.2%	8	33.3%	9	37.5%	24	100.0%
24 a más	1	7.7%	7	53.8%	5	38.5%	13	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2= 6.038$; G.L=4; $p = 0,196 > 0,05$

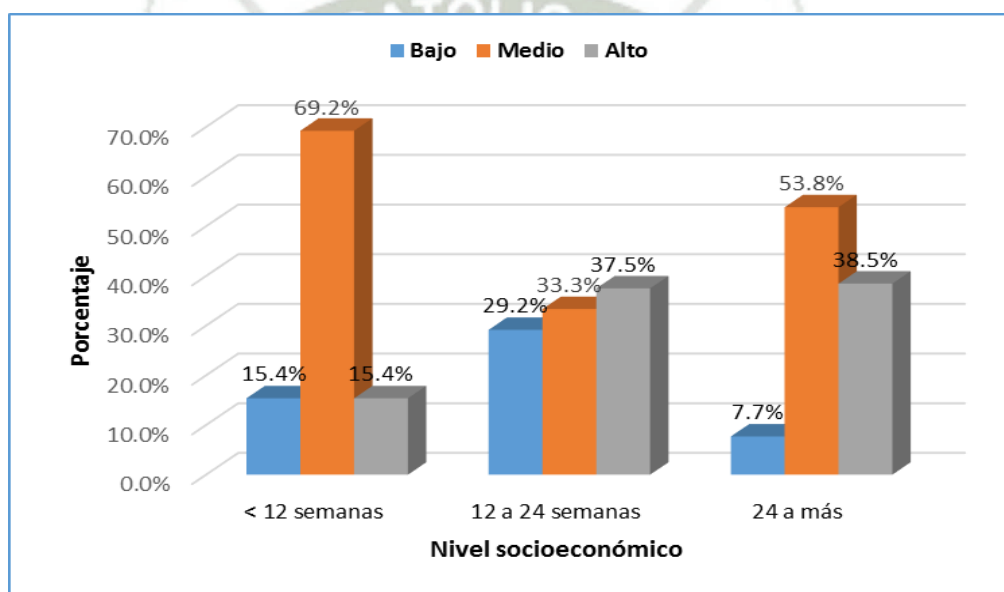
INTERPRETACIÓN

Las gestantes de 24 a más semanas de gestación tuvieron el más alto nivel de conocimientos, y las de 12 a 24 semanas el más bajo (29.2%)

La prueba Chi Cuadrado evidencia no existir relación estadística significativa, entre el tiempo de gestación y nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil ($p = 0,196 > 0,05$).

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE GESTACIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL. TACNA 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

TABLA N° 15

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE
GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE NIVEL
SOCIOECONÓMICO Y CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL
MATERNO INFANTIL. TACNA 2016**

Nivel Socioeconómico	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No pobre	1	6.7%	6	40.0%	8	53.3%	15	100.0%
Pobre	3	13.0%	14	60.9%	6	26.1%	23	100.0%
Pobre extremo	6	50.0%	4	33.3%	2	16.7%	12	100.0%
Total	10	20.0%	24	48.0%	16	32.0%	50	100.0%

Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración propia

Pruebas de Chi-cuadrado: $X^2= 12.088$; G.L=4; $p=0,017 < 0,05$

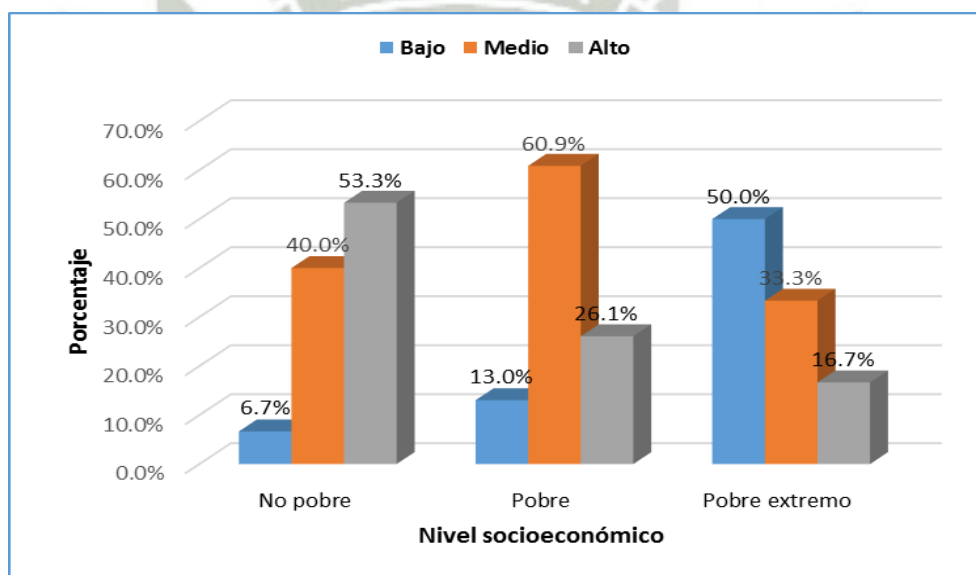
INTERPRETACIÓN

Las gestantes no pobres tuvieron un alto nivel de conocimientos (53.3%) y las de pobreza extrema el más bajo (50%)

La prueba Chi Cuadrado demuestra relación estadística significativa entre el nivel socioeconómico y conocimientos sobre salud oral materno infantil ($p = 0,017 < 0,05$).

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN SEGÚN RELACIÓN ENTRE NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL. TACNA 2016



Fuente: Matriz de Sistematización de Datos.

Elaboración Propia

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, en relación a las características epidemiológicas de las gestantes del C. S. CLAS “San Francisco” demostraron el predominio en el grupo de edad de 19 a 29 años; los lugares de procedencia con mayor porcentaje fueron de Tacna y Puno (Tabla N°1), Los resultados respecto a la edad guardan relación con el estudio realizado en el Hospital III ESSALUD Alcides Carrión de Tacna (*Montesinos Aramayo, 2012*) donde también encontró que el 42% de gestantes se encontraban entre las edades de 20 y 24 años.

El grado de instrucción con mayor porcentaje encontrado en nuestro estudio corresponde al secundario seguido del primario (Tabla N° 2) con actividad ocupacional comerciante, guardando relación con el estudio realizado en el Hospital Goyeneche de Arequipa (*Peralta Saico, D. I. 2009*), en el cual predominó el de secundaria completa (36.5%). Coincidiendo también con el estudio realizado en ESSALUD y el Minsa de Lima (*Benavente Lipa, L.A. y Cols. 2010*) donde con un grado de nivel secundario (60%), así mismo con el estudio realizado en el HONADAMANI “San Bartolomé” de Lima (*Paz Mamani, M.A. 2014*) con predominio del grado de instrucción secundaria (31.6%).

De lo anterior se puede deducir que; las gestantes fueron jóvenes en edad óptima para la maternidad. Este contexto epidemiológico refleja una realidad social y cultural a tomar en cuenta para establecer las buenas prácticas y hábitos de salud bucal.

Analizando el estrato socioeconómico (Tabla N° 4), el mayor porcentaje de gestantes correspondió al grupo de no pobres y pobres, que al agruparlos resultó un 76%; resultado que guarda relación con el estudio en el Hospital Goyeneche de Arequipa (Peralta Saico, D. I. 2009), que halló igualmente el mayor porcentaje en el estrato socioeconómico bajo, lo que podría corresponder al hecho de que en los establecimientos del Ministerio de Salud, los pacientes en general son bajos recursos.

Según orden de embarazos (Tabla N° 3), se halló mayor porcentaje de mujeres que tuvieron entre dos a tres embarazos (60%), seguido de las primíparas (24%) ; siendo el tiempo de gestación de mayor porcentaje de 12 a 24 semanas (48%) , y el menor correspondió a menos de 12 semanas (26%).

Con relación a los conocimientos sobre salud oral materno infantil, en relación a las manifestaciones orales de la gestante (Tabla N° 5), fueron de nivel bajo, encontrando similitud con el estudio realizado en el hospital III ESSALUD de Tacna (Montesinos Aramayo, 2012) que halló conocimientos deficientes (39.8%) en las gestantes. Sin embargo, los resultados del estudio realizado en ESALUD y el Minsa de Lima (Benavente Lipa, L.A. y Cols. 2010) difiere de nuestro resultados, al haber encontrado un predominio de nivel de conocimiento entre regular y bueno (77.6%).

El resultado de este estudio, y los comparados anteriormente, indican que en los diferentes espacios poblacionales de gestantes, atendidos en los servicios de salud, no se viene observando un impacto positivo, por parte de los programas de salud

bucal, establecidos para la difusión y propagación; por lo que se necesita reforzar y replantear, los planeamientos estratégicos en cuanto a la difusión de información de medidas de prevención de salud bucal, dirigidos a las gestantes, que acuden a los servicios de los diferentes establecimientos de salud, del primer nivel de atención, con enfoque comunitario.

En cuanto a los conocimientos sobre medidas preventivas en la gestantes (Tabla N° 6), se halló un desconocimiento sobre las visitas rutinarias al dentista con un (42 % y 54 %); así mismo, un 54% , no consideran que la embarazada, deba evitar comer chocolates, frutas dulces, pan, pasteles, tofes, etc., lo que demuestra su falta de conocimiento sobre el riesgo que representa en las enfermedades bucales. Sobre el cepillado de dientes y el uso del hilo dental como métodos para evitar la Caries y sangrado de encías durante el embarazo, un 92% demuestran conocerlo. Asimismo, un alto porcentaje (64% y 24%) conocen que las pastas dentales con flúor y los enjuagues bucales con flúor aplicados por el profesional, son productos que podrían evitar la caries dental.

En general el conocimiento sobre medidas preventivas fue regular, guardando similitud con el estudio realizado en el Honadamani “San Bartolomé” de Lima (Paz Mamani, M.A. 2014) que también fue regular con un(56.9%). Coincidiendo también con el estudio realizado en el Hospital San Simón de Cochabamba (Rodríguez Vargas, A.C. 2002) donde el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de las gestantes fue regular con un (60%).

En relación a los conocimientos sobre cuidados y tratamiento de la gestante (Tabla

N° 7), se halló que las embarazadas no conocen en su gran mayoría los riesgos para la embarazada, conocen que no deben tomar medicamentos porque puede dañar al bebe o puede provocar aborto en la madre gestante; señalan erróneamente que el uso de radiografías dentales durante el embarazo, puede causar deformaciones en el bebé y llegar a producir abortos.

Respecto a los conocimientos sobre la salud oral del bebe (Tabla N° 8), existe desconocimiento en las gestantes al tener la idea equivocada sobre las visitas odontológicas en el primer año de vida, desconocen que la leche acumulada en las encías y primeros dientes de leche puede provocar la llamada Caries de la Infancia Temprana antes llamada Caries del Biberón; desconocen también que besar en la boca o compartir cucharas puede transmitir bacterias a su bebé.

Analizando el conocimiento sobre Salud oral del bebe; la mayoría de gestantes conoce que la lactancia materna es muy conveniente; que el uso del chupón o chuparse el dedo constantemente puede provocar daño en la dentición del bebé; que la boca sana de los padres influye en la buena salud bucal del niño; que entre el 5to y 6to mes erupcionan los primeros dientes; que deben limpiar los dientes de su bebé desde el nacimiento, retirando los restos de leche materna o de fórmula y continuar con la limpieza cuando erupcionan los primeros dientes, demostrando que su nivel de conocimientos es bueno, lo que difiere con el estudio realizado en el Hospital Goyeneche de Arequipa (Peralta Saico, D. I. 2009) que halló conocimientos deficientes en un (51.1%).

La relación entre las características epidemiológicas con el nivel de conocimiento

sobre salud oral materno infantil, se halló que la edad ($p=0,030 < 0,05$), el grado de instrucción ($p=0,028 < 0,05$), el orden de embarazo ($p=0,012 < 0,05$) y el nivel socioeconómico ($p=0,017 < 0,05$) presentaron una **relación estadística significativa** con el nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil.

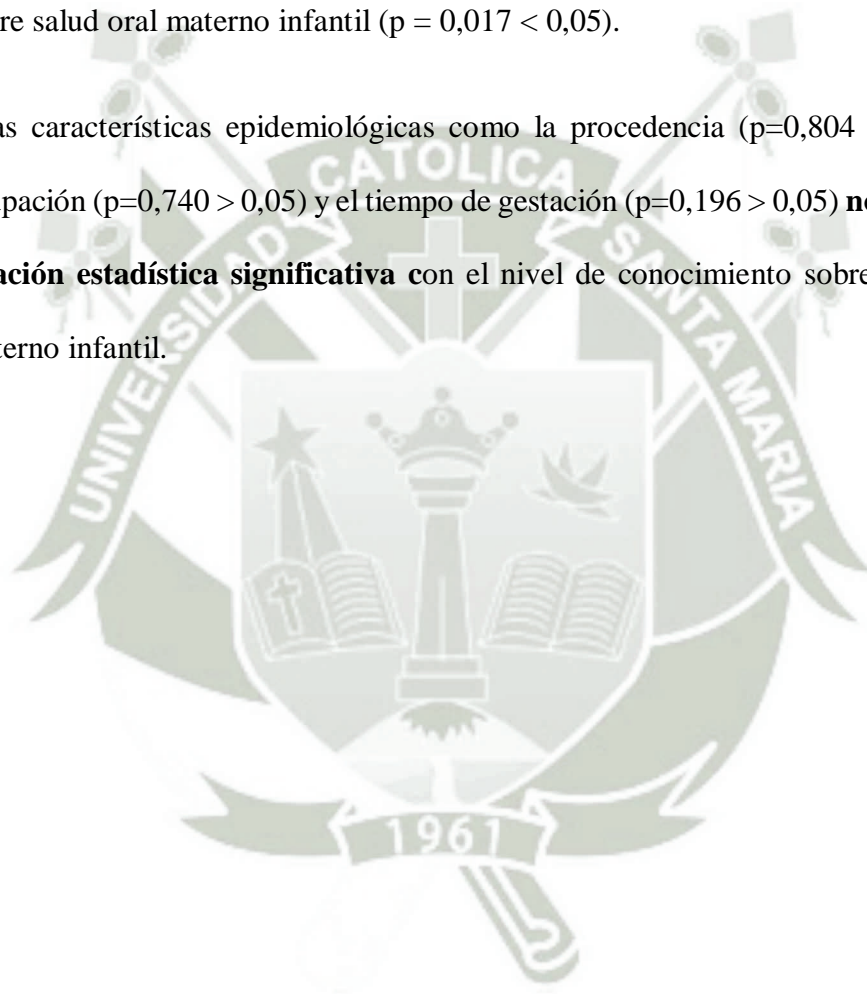
La relación del nivel de conocimiento con la edad (Tabla N° 9), halló que las gestantes mayores de 40 años tenían un alto nivel de conocimiento con un (60%) y las gestantes entre las edades de 19 y 29 años un nivel de conocimiento medio (56%), éstos últimos resultados guardan similitud con el trabajo de (Paz Mamani, M.A.; Rodríguez Vargas A. C) y Montesinos Aramayo, B S.) quienes hallaron que gestantes de 19 a 29 años tenían conocimiento regular.

La relación entre nivel de conocimiento con el grado de instrucción (Tabla N° 11) coincide con el estudio realizado en el Hospital Goyeneche de Arequipa (Peralta Saico, D. I. 2009) al encontrar mayor porcentajes de analfabetas (100%) y el nuestro (66.7%), ambos estudios con un bajo nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil. Los resultados de nuestro estudio sobre educación técnica (66.7%) con un nivel alto de conocimientos sobre salud oral materno infantil; guarda relación con el realizado en el HONADAMANI “San Bartolomé” de Lima (Paz Mamani, M.A. 2014) que también halló un predominio de la educación técnica (78%) con un nivel regular de conocimientos.

Con referencia al orden de embarazo y el nivel de conocimientos (Tabla N° 13), se observa que está en relación directa con el número de embarazos. Es decir a medida

que aumenta el número de embarazos aumenta el nivel alto de conocimientos. Respecto al nivel socioeconómico y su relación con el nivel de conocimientos; las gestantes no pobres tuvieron un alto nivel de conocimientos (53.3%) y las de pobreza extrema el más bajo (50%) demostrando la prueba Chi Cuadrado una **relación estadística significativa** entre el nivel socioeconómico y conocimientos sobre salud oral materno infantil ($p = 0,017 < 0,05$).

Las características epidemiológicas como la procedencia ($p=0,804 > 0,05$), la ocupación ($p=0,740 > 0,05$) y el tiempo de gestación ($p=0,196 > 0,05$) **no evidenció relación estadística significativa** con el nivel de conocimiento sobre salud oral materno infantil.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

Las características epidemiológicas de las gestantes del C. S. CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín que presentaron mayor porcentaje fueron: Edad entre 19 a 29 años, procedentes de Tacna, nivel de instrucción secundaria, ocupación comerciante, orden de embarazo de 2 a 3 gravideces, tiempo de gestación de 12 a 24 semanas y nivel socioeconómico pobre.

SEGUNDA:

Los conocimientos sobre salud oral materno-infantil de las gestantes del C.S.CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín, fueron representados por un nivel medio (48%) Expresando mayor conocimiento (96% y 100%) en: que no debe tomarse radiografías dentales a la embarazada, la mujer embarazada no puede tomar medicamentos, ni se le puede aplicar anestesia dental, la lactancia materna es la más conveniente para la salud oral de su bebé, sabe que el uso del chupón o chuparse el dedo constantemente provoca daño en la dentición de su bebé y sabe que el cepillado de dientes y el uso del hilo dental, podría evitar la Caries Dental y el sangrado de las encías durante el embarazo.

TERCERA:

La relación entre las características epidemiológicas como: edad, grado de instrucción, orden de embarazo y nivel socioeconómico tienen evidencia de relación estadística significativa ($p < 0,05$) con los conocimientos sobre Salud Oral Materno Infantil en las gestantes del C.S. CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín. Tacna 2016.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Sugerir al Gerente del CS. CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna, elaborar:

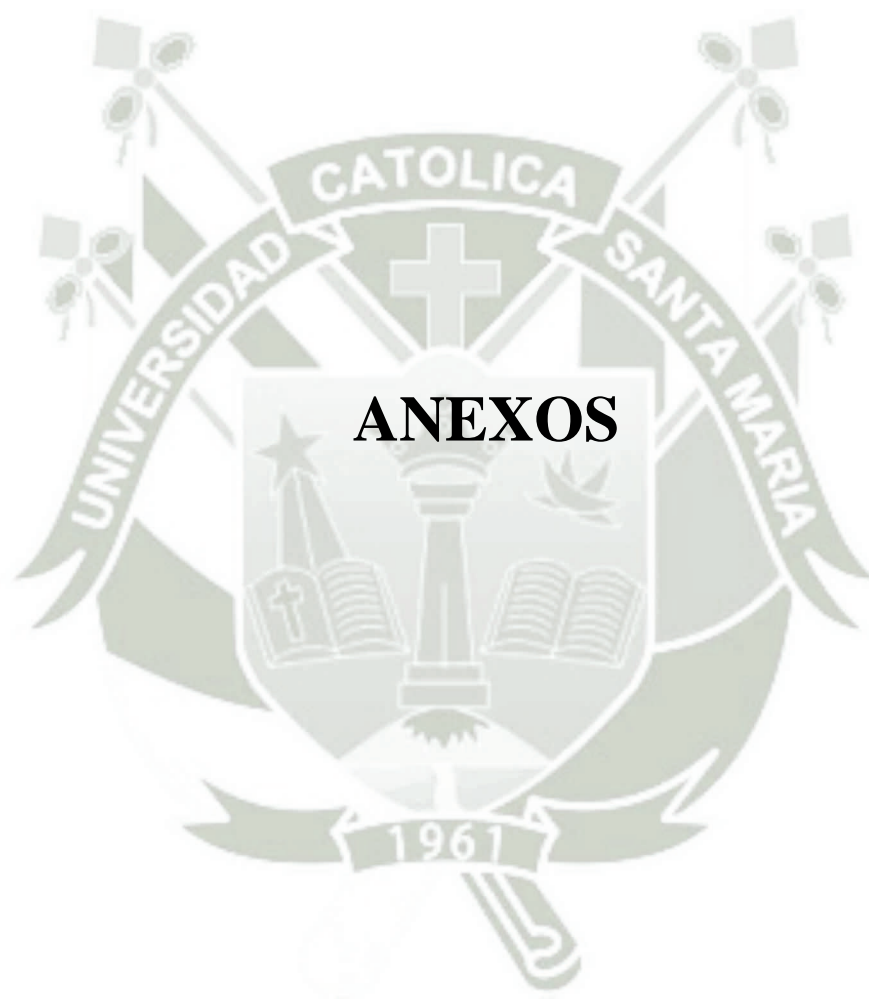
- Guías de atención primaria buco dental para la gestante, considerando edad nivel socio económico y grado de instrucción.
- Guías de Salud Bucal Preventiva- Educativa para la primera infancia.

SEGUNDA:

Se sugiere plantear programas de capacitación para Obstetras y enfermeras, de las Microredes de la ciudad de Tacna, e integrar los servicios de Odontología con los de Niño Sano y Atención Preventiva a la Mujer Embarazada.

TERCERA:

Sugerir cambios en la parte administrativa del Centro de Salud CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna, para facilitar citas y la atención integral de la mujer embarazada.





ANEXO N° 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA SEDE TACNA



**“RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO –INFANTIL EN
GESTANTES DEL C.S. “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACIN – TACNA 2016**

Proyecto de Tesis presentada por:

**Bach. C.D. MARÍA LUCRECIA FIERRO
MEDINA FLORES.**

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGIA

Arequipa – Perú

2016

I. PREÁMBULO

La determinación del problema de este trabajo de investigación, fe producto de la inquietud que surgió en mí, un día; al acompañar a un ser querido, a su control prenatal, a un centro de salud local. Observé, que la gentil atención que recibió por parte del servicio de Obstetricia; se vio opacada, ya que al ser derivada al servicio de Odontología, nos informaron que ese día no había atención dental, para las gestantes.

La situación generadora de este problema, radica básicamente en que desgraciadamente, a la mayoría de las gestantes; no les importa cumplir con este requisito de atención odontológica; primeramente porque en el centro de salud, no encuentra cupos de atención suficientes y también por no tener ideas claras, de que el embarazo por sí sólo, no es capaz de provocar enfermedades buco-dentarias; y que aparte de los factores biológicos propios del embarazo, es necesaria, la influencia de factores, fundamentalmente de tipo conductuales que estén relacionados con su estilo de vida y que, junto con los factores: sociales, económicos, educacionales etc. condicionan la aparición y agravamiento de estas enfermedades buco dentarias. Relegando también los cuidados estomatológicos, por el temor a las molestias que ocasiona el tratamiento dental, y los daños, que creen, podrían ocasionar al bebé.³

Para ello, este trabajo de investigación, del tipo aleatorio o probabilístico; basado en un cuestionario estructurado de 28 preguntas, que nos permitirán conocer la cantidad y calidad, de conocimientos, sobre salud oral materno infantil, que tienen las gestantes, que acudieran 3 meses consecutivos a atenderse al Centro de salud CLAS “San Francisco”(Turno mañana) del distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna.

³ ALMARALES SIERRA, CARIDAD y col. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. P.P. 3-10

La recolección de información nos ayudará a determinar realmente cuánto conocen las gestantes acerca de atención primaria bucodental en los centros de salud, y si este conocimiento tiene relación con sus características epidemiológicas; lo que a nuestra intención contribuirá a mejorar las estrategias, avances y metas en lo que respecta a promoción y prevención en salud bucal de las gestantes; considerado como prioridad de la Atención primaria que promueve el MINSA-Perú.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

“RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO – INFANTIL EN GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN. TACNA-2016”

1.2. Descripción

a. Área de Conocimiento

El presente estudio se ubica en el Área General de Ciencias de la Salud; en el Área específica de Odontología; en la Especialidad de Salud Pública Estomatológica; Subespecialidad de Odontología Preventiva y Comunitaria y finalmente, en la Línea o Tópico sobre Salud Oral Materno infantil en Gestantes

b. Análisis y Operacionalización de Variables ⁴

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA GESTANTE	EDAD MATERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 18 años • Entre 19 y 29 años • Entre 30 y 39 años • De 40 a más años
	PROCEDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Tacna • Puno • Cusco • Moquegua • Otros
	OCUPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional con título Universitario • Técnicos, Comerciantes, Oficinistas • Empleado Manual calificado • Empleado manual no calificado (jornalero, chofer • Agricultura
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior
	ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	<ul style="list-style-type: none"> • No pobre • Pobre • Pobreza extrema
	ORDEN DE EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Dos o tres gravideces • Más de tres gravideces
	TIEMPO DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 12 semanas • De 12 a 24 semanas • Más de 24 semanas
	CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL	MANIFESTACIONES ORALES DE LA GESTANTE
MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA GESTANTE		<ul style="list-style-type: none"> • Visitas rutinarias al dentista. • Cepillado dental y uso de hilo dental. • Alimentación Saludable. • Aplicación Flúor: Pastas dentales-Colutorios con Flúor/Clorhexidina, Aplicación por un profesional
CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE		<ul style="list-style-type: none"> • Atención Odontológica segura en embarazo. • Uso de fármacos • Uso de Rx dentales • Uso de anestesia local. • Uso del cigarrillo, alcohol y otros.
SALUD ORAL DEL BEBÉ		<ul style="list-style-type: none"> • Erupción Dental, síntomas y manejo. • Caries Infancia temprana, factores de riesgo y Prevención. • Higiene Oral en lactante • Transferencia de saliva entre madre e hijo. • Hábitos nocivos: chupón, succión del dedo, otros. • Visitas odontológicas en primer año de vida.

⁴ PALMA PORTARO, CAMILA. Educación de Salud Oral en el Infante. P.P. 33-44

c. Interrogantes Básicas

- c.1 ¿Cuáles serán las características epidemiológicas de las gestantes del C.S. CLAS “San Francisco” distrito Gregorio Albarracín. Tacna - 2016?
- c.2 ¿Qué conocimientos sobre salud oral materno – infantil tendrían las gestantes citadas?
- c.3 ¿Cómo se relacionan las características epidemiológicas y los conocimientos sobre salud oral materno – infantil que tienen las gestantes antes mencionadas?

d. Tipo y nivel de Investigación: Taxonomía

Por la técnica de recolección: Comunicacional

Por el tipo de dato que se planifica recoger: Prospectivo

Por el número de mediciones de la variable: Transversal

Por el número de muestras o poblaciones: Descriptivo

Por el ámbito de recolección: De campo

FICHA TAXONÓMICA

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO	DISEÑO	NIVEL
Cuantitativo	Descriptivo Prospectivo	De Relación	Relacional

1.3. Justificación

El presente estudio justifica ser investigado por su **originalidad parcial** al haberse encontrado investigaciones con diferentes enfoques a nivel nacional e internacional. La **relevancia científica** radica principalmente en determinar el conocimiento sobre atención bucodental que tienen y deben recibir las gestantes en sus centros de salud, datos que nos servirán para conocer la realidad de la atención primaria bucodental de una localidad de Tacna y poder plantear estrategias de atención.

La **relevancia humana** se da al considerar la atención al binomio Madre-Niño como prioritaria en la atención de salud, donde también está incluida la atención bucodental. La puesta en marcha de acciones de promoción y prevención, en la mujer embarazada a expensas de los resultados de la presente investigación demuestra la **relevancia social**.

La **factibilidad** de este trabajo está dada porque se cuenta con el apoyo y aprobación del Director del Centro de salud CLAS “San Francisco” para realizar la Investigación que se plantea, se cuenta con el conocimiento metodológico, la disposición de las unidades de estudio y el interés personal de llegar a su culminación.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA GESTANTE

2.1.1. Edad Materna:

La edad se debe expresar como un número entero de años; o como un número entero de años y meses, transcurridos desde el nacimiento de una persona. La edad adquiere especial importancia, en el caso de la mujer; sobre todo el periodo llamado: edad fértil (capacidad de ovular y embarazarse) El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y/o recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir según la edad. Definiendo, desde el punto de vista de la atención materno infantil a “RIESGO” como la mayor probabilidad de producirse “DAÑO” (muerte, enfermedad y/o secuela) en el periodo que acabamos de referir.⁵

Las madres son categorizadas en tres niveles de riesgo en relación con su edad:⁶

- ALTO RIESGO – Menos de 20 años.
- BAJO RIESGO – Entre 20 y 34 años.
- RIESGO INTERMEDIO – Mayores de 34 años.

El embarazo adolescente o en menores de 20 años (Alto riesgo) además del mayor riesgo biológico que implica; genera un problema social para el recién nacido y la madre, constituyendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo como el nuestro.

El embarazo en mujeres de 35 o más años o (Riesgo intermedio) o embarazo en edad materna avanzada, se asocia a un aumento de probabilidades o riesgo de presentar una serie de patologías propias de la

⁵ DONOSO, Enrique y cols. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil P 2
⁶ BUTLER, N.R y BONHAM D.G. Perinatal Mortality, P. 125

gestación; que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal y edad muy avanzada: a partir de los 45 años, para resaltar la condición de mayor riesgo materno-perinatal de esas edades maternas.⁷

2.1.2. Procedencia

La palabra procedencia se emplea para designar el origen, ya sea por barrio, pueblo, ciudad, región, entidad política, provincia, país o cualquier otro lugar, que ostente una persona y del cual entonces procede; recalando que lugar de procedencia es el lugar donde estuvo últimamente y el lugar de nacimiento o Nacionalidad es el lugar donde nació, así no proceda de allí.⁸

2.1.3. Grado De Instrucción

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país.⁹ Según el INEI los grados de instrucción en el Perú son: sin nivel, Preescolar, Primaria, Secundaria y Superior.

La ONU, a través de su Oficina de Estadística, recomienda categorizar el Nivel de Instrucción Materno en siete grupos: Analfabeta, Primaria Incompleta y Completa, Secundaria Incompleta y Completa y Terciaria o Universitaria Incompleta y Completa. El mayor riesgo corresponde a los niños, hijos de madres con bajo nivel de instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto nivel de instrucción.¹⁰

2.1.4. Ocupación

El empleo se define como un conjunto de funciones y tareas desempeñadas por una persona, en particular para un empleador. La ocupación se refiere

⁷ DONOSO, Op. Cit., P.3

⁸ DEFINICIONES ABC. www.definicionabc.com

⁹ GLOSARIO DE LOS TÉRMINOS BÁSICOS DE LAS ESTADÍSTICAS EN SALUD. Oficina De Estadística De Las Naciones Unidas. P. 1

¹⁰ *Ibíd.*, P. 49

al tipo de trabajo, oficio o profesión de una persona; que se realiza en un empleo.¹¹

Tipo de ocupación de mujeres:

- Profesional con título Universitario
- Técnicos, Comerciantes, Oficinistas
- Empleada Manual calificada (cocinera, pastelera, etc.)
- Empleado manual no calificado (doméstica, comercio, etc.)
- Agricultura¹²

2.1.5. Orden de Embarazo

Se refiere al número de orden de sucesión, del nacido vivo, que está siendo registrado; en relación con todos los embarazos anteriores de la madre; incluyendo de si los partos fueron, de nacidos vivos o de fetos muertos.¹³

2.1.6. Tiempo de Gestación:

La duración promedio del embarazo humano es de 280 días (40 semanas).

El periodo de gravidez o tiempo de gestación se divide en trimestres:

- **Primer trimestre**, desde la concepción (a partir del primer día de la última menstruación) hasta la semana 13.5.
- **Segundo trimestre**: de la semana 13.6 a la 27
- **Tercer trimestre**: de la semana 27.1 al final de la gestación.

Existen signos y síntomas característicos de cada etapa:

➤ Primer Trimestre

En estas primeras semanas del embarazo, el embrión crece a pasos

¹¹ CLASIFICADOR NACIONAL DE OCUPACIONES DEL INEI-2015. Basado en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 2008 elaborado por la Organización Internacional del Trabajo. P. 10

¹² PERÚ- ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR INEI. Departamento de Tacna.2012.P.14

¹³ETAPAS DEL EMBARAZO: <https://www.womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/etapas-del-embarazo.html>.

agigantados, no sólo se multiplica en tamaño y peso, sino que también desarrolla la totalidad de los órganos y tejidos de su cuerpo. En esta etapa primeriza de embarazo, es cuando aparecen los primeros síntomas de embarazo.

➤ Tercer trimestre

Como el bebe está creciendo y ejerce más presión sobre los órganos de la madre, muchas de ellas tienen dificultades para respirar y tienen que ir al baño con más frecuencia, notándose también otros signos durante este tercer trimestre como: Falta de aire, Acidez, hinchazón de tobillos, dedos y cara. (Cuidado si hay hinchazón repentina o extrema), hemorroides, Senos sensibles, el ombligo puede protruir hacia afuera, problemas para dormir, el bebe se mueve hacia la parte baja del abdomen y contracciones, que pueden ser una señal del trabajo de parto verdadero o falso.¹⁴

2.1.7. Nivel socio-económico

El seguro integral de salud SIS, con la finalidad de que la ficha de evaluación socio-económica familiar (FESE-SIS) esté de acuerdo con la normatividad vigente; ha considerado pertinente incorporar las variables de recojo de información de la metodología del sistema de focalización de hogares (SISFHO) que es el único sistema para identificar el nivel de pobreza de los hogares.¹⁵

¹⁴ETAPAS DEL EMBARAZO: <https://www.womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/etapas-del-embarazo.html>.

¹⁵ FICHA DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA FAMILIAR (FESE- F1) SIS. MINSA. Perú. P-P. 2-3

FICHA DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA FAMILIAR		
FESE-F1 (MINSA-SIS)		
CARA	SECCIONES	NUMERALES
A	I. DECLARACIÓN	1-8
	II. CONTROL DE TRABAJO	9-16
	III. REVOCATORIA DE FESE-F1	17-22
	IV. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA	23-27
	V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	28-35
	VI. DATOS DEL HOGAR	36-40
B	VII. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	41-50
	III. EDUCACIÓN Y OCUPACIÓN	51-55

2.2. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL

2.2.1. MANIFESTACIONES ORALES DE LA GESTANTE

2.2.1.1. Hiperémesis Gravídica

Las náuseas, vómitos y malestares estomacales, son situaciones clínicas muy frecuentes al inicio del embarazo; que afecta a la mayoría (75 – 80 %) de las gestantes. El aspecto más grave de esta situación clínica conocida como hiperémesis gravídica; es mucho menos frecuente afectando solo entre un 0,5 a 2 % de todas las gestantes y aparece mayormente, de forma gradual. Se trata de pacientes que han ido empeorando clínicamente de forma progresiva, hasta llegar a presentar vómitos persistentes con intolerancia parcial o total a la ingesta de alimentos lo que conlleva a una

gran pérdida ponderal.

Para explicar la etiología de la hiperémesis gravídica se han propuesto diferentes causas: Niveles elevados de Beta – HCG y estrógenos, factores psicológicos y hasta factores hereditarios; pero en sí, no se ha podido determinar su claramente su etiología. Las náuseas y vómitos del embarazo son una enfermedad con diferentes espectros de severidad, por lo que se indica añadir los tratamientos farmacológicos de forma escalonada; teniendo la alternativa de que en pacientes con sintomatología leve de náuseas y vómitos, y que son reticentes a los tratamientos clásicos farmacológicos, tendrían alternativas no farmacológicas que han demostrado gran efectividad.¹⁶

2.2.1.2. Gingivitis del Embarazo

La gingivitis del embarazo (encía enrojecida, inflamada y sangrante) es la condición clínica más frecuente en las gestantes; que ocurre mayormente entre el tercer y octavo mes de gestación (60 y 75 % de mujeres) y suele desaparecer después del parto. La causa se debe al acúmulo de placa bacteriana; pero la respuesta inflamatoria se exagera: por los cambios vasculares y hormonales (estrógenos aumenta 30 veces más de lo normal y la Progesterona 10 veces más en comparación al ciclo menstrual) que acompañan al embarazo, acentuando la irritación local. A veces, acompañando estos cambios gingivales, puede aparecer una tumoración benigna denominada tumor de embarazo, épuilis o granuloma de embarazo.¹⁷

2.2.1.3. Asociación periodontitis - bebés prematuros

Siendo la duración media de la gestación: de 40 semanas; la Organización Mundial de la Salud, define al parto como:

¹⁶ PALACIO, M. Protocolos Medicina Fetal y Perinatal, P. 1

¹⁷ BERMÚDEZ VILLACRÉS, E. Situación de salud bucal de las gestantes que acuden al dispensario pasadero del cantón sucre de la provincia de Manabí, período septiembre 2013- enero 2014, P. 26

- **Prematuro o pretérmino (PP):** al parto que ocurre antes de cumplirse las 37 semanas de gestación.
- **Muy prematuro:** Parto antes de las 32 semanas.
- **Inmaduro:** Parto antes de las 28 semanas.
- **A término:** Parto que ocurre cumplidas las 37 semanas
- **Post término:** si dura más de 42 semanas¹⁸

2.2.1.3.1. Respecto al peso del RN:

La OMS define como:

- **Bajo peso al nacimiento (BPN)** cuando el neonato no alcanza a pesar los 2.500 gramos.
- **Muy bajo peso al nacimiento (MBPN)** cuando este es menor de 1.500 gr.
- **Extremadamente bajo peso al nacimiento:** si no alcanza los 1000 gramos (1 kg.) de peso.

La enfermedad periodontal está surgiendo como un factor de riesgo, en la relación con: el parto pre-término, bajo peso al nacer, o la restricción del crecimiento fetal durante la gestación; destacando que las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal tienen un riesgo casi 6 veces mayor de sufrir PP/BPN que las mujeres periodontalmente sanas, siendo el factor de riesgo más fuerte de los estudiados por encima del tabaquismo, baja ganancia de peso materno o menos de seis consultas prenatales.¹⁹

2.2.1.3.2. Mecanismos patogénicos

El estado clínico periodontal y bacteriológico de la madre producen una perturbación en la gestación lo que podría provocar la ruptura de los perfiles

¹⁸ FLORES J y Cols., Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento, P. 2

¹⁹ *Ibíd.* P.62

inmunológicos relacionados con la enfermedad periodontal. Estos mecanismos atribuidos incluyen:

- Translocación bacteriana, o de microorganismos patógenos periodontales, a la unidad placentaria
- Acción de un depósito periodontal de lipopolisacáridos impulsores de mediadores inflamatorios
- La detección de anticuerpos (IgM) específicos frente al *Campylobacter rectus* en muestras de sangre del cordón umbilical. Lo que apunta a una mayor capacidad de este microorganismo para alcanzar el feto, atravesando la barrera placentaria
- La observación en placa subgingival de madres de hijos prematuros de niveles significativamente más elevados de este organismo frente a otros patógenos periodontales refuerza esta sospecha con frecuencia. Cabe destacar que son muchos los casos, aprox. un 25% que a pesar de éstas asociaciones descritas, donde sucede el parto prematuro o nace un bebé de bajo peso, sin que se encuentren algunos de los factores de riesgo conocidos (partos prematuros previos, edad materna: < 17 años y > de 34, cuidado prenatal inadecuado, embarazos múltiples, nivel socioeconómico bajo, abuso de alcohol y de drogas, tabaquismo, hipertensión, infecciones del tracto genitourinario, la diabetes gestacional etc.)²⁰

2.2.2. MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA GESTANTE

2.2.2.1. Visitas rutinarias al dentista

Siempre que sea posible, se recomendaría que el primer paso en el tratamiento dental, debiera ser, contactar con el obstetra el cuidado de la paciente; discutir el estado médico, para luego reconocer los requerimientos dentales y organizar el plan del tratamiento.²¹

²⁰ *Ibíd.* P.63

²¹ ATENCIÓN DENTAL EN PACIENTES EMBARAZADAS: <http://html.rincondelvago.com/atencion-dental-de-pacientes-embarazadas.html>

2.2.2.1.1. Durante el primer trimestre de gestación

Atender en el consultorio dental a una gestante, puede aumentar la tendencia de regurgitación, náuseas y vómitos. Se debe anestesiar depurando la técnica para evitar intentos fallidos.

2.2.2.1.2. Durante el segundo y tercer trimestre de gestación

La posición de cúbito dorsal en el sillón dental, puede provocar mayor hipotensión en la gestante, las sesiones no deben ser mayores a 25 minutos, la eliminación de caries y obturación definitiva de la pieza dentaria debe ser en una sola cita. En tratamientos de conductos, instrumentar con extrema precaución, para evitar perforaciones del ápice y condicionar bacteremias transitorias. En caso de abscesos periapicales y/o periodontales, realizar de inmediato el tratamiento indicado.

2.2.2.2. Cepillado dental y uso del hilo dental

Aunque el material más duro del cuerpo humano es el que recubre externamente los dientes, es susceptible de ser erosionado por las sustancias ácidas que se crean cuando las bacterias de nuestra boca consumen los azúcares de los alimentos, dando lugar a las caries. Esto puede evitarse si llevamos a cabo una buena higiene buco-dental que incluye: cepillarse los dientes, usar hilo dental y visitas periódicas al profesional para control y tratamientos ²²

La Caries es la destrucción de los tejidos duros de los dientes, por los metabolitos (productos finales del metabolismo ácido de bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial, azúcares) producidos por los microorganismos de la placa Bacteriana adherida a la superficie del diente. Son esenciales, para la ocurrencia de la caries dental, la actuación conjunta a través del tiempo, de tres factores:

1. Flora bacteriana
2. Huésped (diente susceptible)

²² SALUD BUCAL. http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/salud_bucal.pdf.

3. Adecuado sustrato: azúcares, que deben coexistir un tiempo para que se desarrolle la caries.

Donde también existen varios factores secundarios que pueden actuar acelerando el ataque cariogénico:

- Composición de la saliva
- Flujo salival
- Higiene buco - dentaria
- Dieta²³

2.2.2.2.1. Cepillado dental

La gestante debe cepillarse minuciosamente los dientes como mínimo 2 veces al día; con un cepillo dental de cerdas suaves, o cepillo eléctrico de buena calidad y cómodo.

La técnica recomendada es la de Bass, que consiste en colocar el cepillo dental en un ángulo de 45° con respecto a los dientes, presionando contra el surco gingival, seguidamente se realizan movimientos muy cortos en dirección antero-posterior y de arrastre. Para limpiar las superficies internas de los dientes delanteros, inclinar el cepillo verticalmente y hacer varios movimientos hacia arriba y hacia abajo. Luego se debe hacer un cepillado de la lengua. Se modificó la técnica, haciendo movimientos rotacionales aparte de los ya mencionados (Técnica de Bass modificada)

24

2.2.2.2.2. Hilo dental

A veces, por el grosor de las cerdas del cepillo dental, no se permite limpiar bien los espacios entre los dientes, entonces, se recomienda que el cepillado sea complementado con el uso del hilo dental. Existen dos

²³ *Ibíd.* P.66

²⁴ BRUSH TEETH. <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/f/flossing>

tipos de hilo dental, ambos encerados o no encerados y de diferentes sabores:

- Hilo dental de nylon (o multifilamento) Está compuesto por muchas hebras de nylon, que a veces se desgarran o deshílanse, especialmente entre los puntos de contacto.
- El Hilo dental PTFE (monofilamento) se desliza fácilmente entre los dientes, incluso entre aquellos con puntos de contacto apretados, y generalmente no se deshílanse. Ambos son excelentes para eliminar placa restos alimenticios.²⁵

2.2.2.2.1. Técnica del uso del hilo dental

- Tomando unos 45 cm (18") de hilo dental, se enrolla la mayor parte del mismo alrededor del dedo medio, dejando 3 o 5 cm (1 o 2") de hilo para trabajar y enrollar igual, en el dedo medio de la otra mano.
- Se sostiene el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y se desliza suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes. Se curva el hilo suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía; sin golpear ni forzar el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival
- Se utiliza secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente. Para extraer el hilo, se mueve hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo.²⁶

2.2.2.3. Alimentación saludable en el embarazo

Que la gestante tenga una alimentación saludable y equilibrada proporcionará los nutrientes adecuados para favorecer: el crecimiento y desarrollo del feto, la calidad de la placenta, para prevenir anemias o diabetes, activar la producción de leche, y mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post-

²⁵ FLOSS: <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/f/flossing>

²⁶ COMO USAR EL HILO DENTAL: www.colgate.com.mx/es/mx/oc/oral-health/.../brushing-and-flossing

parto.

Los grupos de alimentos que pueden asegurar una buena nutrición en la gestante son: cereales y derivados, frutas y vegetales, leche, yogur y quesos, carnes y huevos, aceites vegetales (no grasas) y agua. Cabe señalar que el ácido fólico es indispensable en la dieta de la embarazada, ya que sirve para acompañar la rápida división celular que se produce en el embrión, como así también reducir el riesgo de anemia.

Durante el primer mes del embarazo, el ácido fólico es fundamental, para reducir hasta en un 75%, el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural. Siendo importante que la mujer haya consumido suficiente ácido fólico antes de la concepción, a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos.²⁷

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales.

Importancia de la dieta de la madre para el desarrollo de la dentición del feto

Los dientes deciduos empiezan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina, y a calcificarse aproximadamente a las 20 semanas. Es muy importante que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de la erupción. Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como vitamina D, vitamina A y minerales como calcio y fósforo los que formaran tejidos duros como los huesos y dientes. Ante una ingesta deficiente de Calcio durante la formación de los dientes se manifestará en una deficiente estructura dentaria con predisposición a caries. Y trastornos en el metabolismo del calcio y fósforo

²⁷ MINISTERIO DE SALUD BUENOS AIRES. Nutrición y embarazo. P. 6

puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y otros defectos.²⁸

2.2.2.4. Aplicación de Flúor:

El flúor al ser el elemento más electronegativo de la naturaleza, nunca lo vamos a encontrar solo, sino en combinación con otros elementos. El término fluoruro hace referencia a los compuestos que contienen el ion fluoruro (F-) y los encontramos en todas partes: en el suelo, el aire, el agua; así como en las plantas y los animales.

Algunos ejemplos de fluoruros son el fluoruro de sodio y el fluoruro de calcio. Ambos son sólidos blancos. El fluoruro de calcio no se disuelve fácilmente en agua, el fluoruro de sodio sí. El fluoruro de sodio se añade a menudo a los suministros de agua potable y a una variedad de productos dentales, como pastas dentales y enjuagues bucales, para prevenir las caries.²⁹

Los fluoruros pueden minimizar la pérdida de la superficie del cristal de hidroxiapatita y favorecer la remineralización por inclusión de cristales de calcio y fosfatos. Cuando la remineralización se produce en presencia de fluoruros, el cristal reconstituido es más ácido resistente que el esmalte original. Además, el fluoruro puede inhibir el metabolismo bacteriano, ya que interfiere con la maquinaria enzimática del metabolismo de los carbohidratos³⁰

A las 24 horas de haber ingresado al organismo, cerca de la mitad del fluoruro abandona el cuerpo rápidamente, en la orina. La mayor parte del fluoruro que permanece en el cuerpo es almacenado en los huesos y los dientes. Cuando se usa apropiadamente, el fluoruro es eficaz en la prevención y control de caries dentales. Beber o ingerir demasiado fluoruro durante el período de formación de los dientes (8 años aprox.) puede producir fluorosis dental.

También el fluoruro en exceso, puede atravesar la placenta y alcanzar al feto; y solamente una pequeña porción de la cantidad que se ingiere es transferida al

²⁸ MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Programa de promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares. P-P. 15-20

²⁹ DOCUMENTO SOBRE EL FLÚOR. http://www.odontologiapediatrica.com/documento_sobre_el_fluor

³⁰ *Ibíd.* P.69

niño a través de la leche materna ³¹

2.2.2.4.1. Vías de administración de fluoruros

Flúor Ingerido

En general se usa a través del consumo de agua potable fluorurada, disponible en la mayor parte del territorio nacional alcanzando una cobertura del 72% de la población. El flúor, usado de ésta manera, actúa de manera directa sobre las superficies dentarias. Igualmente al adicionar a la sal de mesa: yodo y fluoruro; contribuirá a la reducción de la caries dental. El flúor inhibe la desmineralización del diente, protegiendo la superficie del esmalte y haciéndolo más resistente al ataque ácido de las bacterias³²

Aplicación profesional. Fluoruro Tópico

Cuando se aplica el flúor tópico a alta concentración, logramos que en la capa superficial del esmalte, se concentre gran cantidad de ion F al reaccionar éste con el calcio (formando fluoruro de calcio- CaF_2). A partir de este precipitado de fluoruro de calcio, se produce un intercambio más profundo del ion F con la hidroxiapatita, donde por diversos mecanismos de intercambio, los oxhidrilos son reemplazados por el ion flúor, formándose fluorhidroxiapatita. Este compuesto aumentará significativamente la resistencia del esmalte a la desmineralización. Cuando se aplica el flúor tópico a baja concentración, ya no formará un precipitado de fluoruro de calcio; sino que se incorporará directamente en forma de fluorhidroxiapatita.

El flúor en las pastas dentales

Para que las pastas dentales fluoruradas sean eficaces, existen 3 factores importantes a considerar: la concentración de fluoruro que tengan, la

³¹ DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU. Reseña toxicológica de los fluoruros, fluoruro de hidrógeno y flúor. P. 2

³² Ibíd. P.70 DOCUMENTO SOBRE EL FLÚOR: http://www.odontologiapediatrica.com/documento_sobre_el_fluor

frecuencia de cepillado y el enjuague post-cepillado. Para mujeres embarazadas, el uso de pasta dental fluorada y el uso de 1 sola vez al día de enjuague con colutorio libre de alcohol que contenga 0,05% de fluoruro de sodio o el uso de 2 veces al día de enjuague con 0,02% de fluoruro de sodio, ha sido sugerido para reducir los niveles de placa y ayudar a promover la remineralización del esmalte.

Enjuagatorios bucales con flúor/ clorhexidina

Una de las principales metas, de atención bucal durante el embarazo, es reducir los niveles de streptococcus mutans (SM) en la madre y por ende disminuir la transmisión bacteriana hacia el niño. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) destaca la efectividad del uso diario de enjuagatorios de fluoruro de sodio (0,05%) y clorhexidina (0,12%) a partir del sexto mes de embarazo y finalizaba con el parto, para disminuir la carga bacteriana en la mujer.

El protocolo consideraba:

1. Enjuagatorio de clorhexidina al 0,12% en la noche durante 20 días, descanso durante 10 días y reiniciar
2. Enjuagatorio de fluoruro de sodio al 0,05% en la mañana durante todo el programa.³³

2.2.3. CUIDADOS Y TRATAMIENTO DURANTE LA GESTACIÓN

2.2.3.1. Periodo de Atención Segura en el Embarazo

Por su magnitud, las enfermedades bucales constituyen un problema en la paciente embarazada que dependen en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas. Las enfermedades bucales con más alta frecuencia son las caries y las periodontopatías. Siempre que sea posible, el primer paso en el tratamiento dental deberá ser el contactar con el

³³ *Ibíd.* P71.DOCUMENTO SOBRE EL FLÚOR: http://www.odontologiapediatrica.com/documento_sobre_el_fluor

obstetra a cargo del cuidado de la gestante; para discutir el estado médico, los requerimientos dentales y el plan de tratamiento propuesto.

2.2.3.1.1. Atención bucodental durante el 1er. trimestre

Ante una paciente que cursa el primer trimestre de gestación, puede aumentar la posibilidad de regurgitación, náuseas y vómitos; lo cual dificultaría la colocación de dique de hule. Se debe anestesiar, depurando la técnica, para evitar intentos fallidos; y el sillón dental colocarlo a 165°

Tratamientos recomendados:

- Control de placa
- Instrucciones de higiene oral
- Profilaxis de curetajes simples
- Tratamientos de emergencia solamente³⁴

2.2.3.1.2. Atención bucodental durante el 2do. Trimestre

Durante los 2 últimos trimestres, la gestante puede mostrar mayor hipotensión simplemente al colocarse en decúbito dorsal en el sillón dental. Por eso se recomienda la posición del sillón a 150° en el segundo trimestre, y en el tercer trimestre a 135°, Se debe realizar la eliminación de caries y obturación de la cavidad dentaria en una sola cita, donde las sesiones no deben durar más de 25 minutos. En tratamientos de conductos, instrumentar con extremo cuidado, para evitar perforaciones de ápice y provocar bacteriemias transitorias. En caso de abscesos periapicales y/o periodontales se debe realizar de inmediato el tratamiento indicado.

Tratamientos recomendados:

- Control de placa
- Instrucciones de higiene oral

³⁴ FERNÁNDEZ GARCÍA, Ofelia María y Cols. Atención odontológica en la mujer embarazada., Pág. 85

- Profilaxis y curetajes simples
- Tratamiento dental de rutina³⁵

2.2.3.1.3. Atención bucodental durante el 3er trimestre

Durante el tercer trimestre de la gestación, y principalmente la segunda mitad de éste, se deben disminuir los procedimientos dentales, ya que además, de ser muy incómodo para la paciente, el colocar la espalda en el sillón dental, durante éste periodo del embarazo; el útero puede aumentar la presión sobre la vena cava inferior, produciendo alteraciones hemodinámicas en el binomio madre-feto, que se traducirán en hipotensión (producto de la posición materna y no por efecto del medicamento), así como dificultad para respirar. Pero, si en última instancia, el tratamiento debe ser practicado en éste período, se debe permitir que la paciente cada 3 a 7 minutos cambie de posición.

Tratamientos recomendados:

- Control de placa
- Instrucciones de higiene oral
- Profilaxis y curetajes simples
- Tratamiento dental de emergencia solamente³⁶

2.2.3.2. Uso de Fármacos

Está contraindicado consumir medicamentos durante el embarazo, pues al ingresar al torrente sanguíneo, pueden atravesar la placenta y alcanzar la circulación fetal. De acuerdo a la etapa o tiempo de gestación en que han sido ingeridos los medicamentos varían los efectos. Durante las primeras semanas de gestación, la toxicidad es tan elevada que puede conducir a la muerte del feto o al aborto.

³⁵ Ob. Cit. P.65

³⁶ *Ibíd.* P. 74

Los fármacos más frecuentes utilizados en el embarazo son los antieméticos, antiácidos, antimicrobianos, sedantes, diuréticos, analgésicos y corticoides, suplementos vitamínicos y minerales.³⁷

Los efectos teratógenos de los fármacos pueden ser de tres tipos:

- a) Efectos teratógenos que se producen principalmente en el primer trimestre del embarazo.
- b) Efectos sobre el desarrollo que pueden producirse durante todo el embarazo.
- c) Efectos secundarios sobre el feto y el neonato que se producen en el tercer trimestre, específicamente en torno al parto.³⁸

MEDICAMENTOS SEGUROS DURANTE EL EMBARAZO:

- **Ácido Fólico:**

Reduce la predisposición a hacer anemias y disminuye el riesgo de malformaciones del tubo neural del feto.

- **Descongestionantes nasales:**

Indicados porque su acción es solo a nivel local. No deben usarse más de 3 o 4 días seguidos ya que pueden causar rinitis como efecto rebote.

- **Pastillas para la tos:**

En caso de padecer irritación en la garganta, se recomienda, porque estimula el flujo de saliva aliviando el escozor.

- **Antiácidos:**

Se recomienda que sea en pastillas para chupar y que sean derivados del aluminio y magnesio.³⁹

- **Antibióticos:**

- **Penicilina G:** Usada mayormente para infecciones durante el embarazo.

- **Ampicilina:** No cruza la barrera placentaria y durante el embarazo es

³⁷ SALUD: EL PELIGRO DE LA MEDICACIÓN EN EL EMBARAZO: <http://www.cronicaviva.com.pe/salud-el-peligro-de-la-automedicacion-en-el-embarazo/>

³⁸ IBID. : <http://www.cronicaviva.com.pe/salud-el-peligro-de-la-automedicacion-en-el-embarazo/>

³⁹ MEDICAMENTOS SEGUROS Y PROHIBIDOS DURANTE EL EMBARAZO: <http://www.hacerfamilia.com/embarazo/>

eliminada por vía urinaria dos veces más rápido.

- **Amoxicilina** Se absorbe rápidamente en el intestino delgado y es eliminado por la orina, igual que la ampicilina. Se puede excretar en la leche materna en pequeñas cantidades pudiendo producir sarpullido, diarrea o infecciones en los lactantes.

MEDICAMENTOS QUE NO SE DEBEN TOMAR DURANTE EL EMBARAZO

• Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):

- **El naproxeno, el ibuprofeno y la aspirina** pertenecen a este grupo pero no se recomiendan durante el último trimestre de gestación. Estos medicamentos dilatan los vasos sanguíneos alterando el flujo sanguíneo del feto. Y la aspirina al ser un fuerte inhibidor de la función plaquetaria, puede aumentar la probabilidad de hemorragias durante el embarazo y el parto.

- **Paracetamol o acetaminofeno:** Alivia el dolor y fiebre; a dosis terapéutica y por corto tiempo es inocuo. La sobredosis materna quizá pueda dar alteraciones renales fetales y/o necrosis hepática.

- **Parches de nicotina:** El efecto teratógeno es similar al de fumar cigarrillos.⁴⁰

• Antibióticos:

- **Tetraciclina:** En tratamientos prolongados durante la segunda mitad del embarazo, durante la lactancia y niños menores de 8 años puede causar decoloración permanente de los dientes (gris o amarillento) Y Probable hepatotoxicidad materna y fetal.

- **Cefalosporina:** De primera elección durante el embarazo. No tiene efectos teratógenos. Y a pesar que todas atraviesan la barrera placentaria, su vida media es más corta por el aumento de la filtración renal.

- **Eritromicina:** Muy seguro cuando existe alergia a las penicilinas, pero

⁴⁰Ibíd. P.75

mal tolerada porque produce trastornos gastrointestinales.

- **Clindamicina:** No hay seguridad de su uso; también pasa a la leche materna.
- **Otros**
- **Antihipertensivos:** Contraindicados durante el proceso de gestación, al estar relacionados, con defectos de nacimiento en el feto; sobre todo a nivel renal.
- **Antidiabéticos secretagogos:** Estos medicamentos pueden provocar hipoglucemias que provocarían alteraciones en el sistema nervioso del feto. Mejor que la gestante, cambie el tratamiento a insulina.
- **Estatinas:** Se asocia a malformaciones de la tráquea, esófago, corazón y ano en el feto, entre otras.
- **Cortisona:** Los derivados de los corticoides probablemente provoquen paladar hendido en el feto.
- **Anticonceptivos orales:** Aumentan el riesgo de que el bebe sufra síndrome de Down y presente alteraciones en los genitales y las vías urinarias.
- **Bicarbonato:** Produce un aumento del pH natural (alcalosis) de la sangre de la madre y él bebe.⁴¹

2.2.3.3. USO DE RX DENTALES

La exposición intrauterina, de radiación por encima de los 0.1 Gy, es la dosis mínima letal, a la que puede ser expuesta una gestante. A partir de los 0.2 Gy pueden producir diversos efectos adversos, tales como: pérdida del embarazo por muerte fetal intrauterina o por aborto, también malformaciones congénitas, anomalías del desarrollo: como retraso del crecimiento o retraso mental etc. dependiendo también del periodo gestacional en que ocurre la exposición

⁴¹ EDICAMENTOS SEGUROS Y PROHIBIDOS DURANTE EL E <http://www.hacerfamilia.com/embarazo/noticia-medicamen>.

En niños expuestos intraútero a las radiaciones, el riesgo de cáncer se considera como un fenómeno estocástico y que no hay una dosis umbral.⁴²

Radiografías en Odontología

Según Leonardo⁴³ el embarazo no constituye una contraindicación al tratamiento endodóntico de la gestante, ya que las radiaciones ionizantes a las que estaría sometida, pueden hacerse inofensivas, siempre y cuando se cumplan los requisitos básicos de protección como ser: distancia, blindaje (delantal de plomo) tiempo de exposición y tomar el mínimo posible de radiografías

El período ideal, para realizar el tratamiento endodóntico en la gestante, sería durante el segundo trimestre de gestación; pues en este período el embarazo ya se encuentra consolidado, habiendo sido superadas las náuseas frente a determinados sabores y olores.

Igualmente, en el tercer trimestre de gestación, no existe contraindicación para la realización del tratamiento, evitando la molestia de una sesión prolongada y según el caso, se debe hacer solamente el tratamiento de urgencia, y aguardar una época más oportuna después del parto.⁴⁴

2.2.3.4. USO DE ANESTESIA LOCAL

Con la anestesia local se pierde la sensibilidad, sin perder la conciencia ni el control de las funciones vitales.

Los anestésicos locales actúan sobre cualquier fibra o parte del sistema nervioso y tienen una acción reversible, con recuperación total de la función sin provocar daño alguno⁴⁵

⁴² AGUILERA, Cristina y cols. Riesgo de las radiaciones ionizantes durante el embarazo, Pág. 1

⁴³ LEONARDO, Mario. Endodoncia. Tratamiento de los conductos radiculares. Pág. 108

⁴⁴ PADRÓN, Edelys y Col. Utilización de las radiografías en los ttos. de endodoncia en la embarazada, P. 4

⁴⁵ SANO, Jean y Col. Anestesia Local Odontológica y Embarazo. P. 2

Embarazo y Anestesia local

Cuando se requiere tratamiento dental en gestantes, el uso de la lidocaína en dosis adecuadas, es la indicada, por no causar efectos adversos. Su efecto es entre 2 y 5 minutos y es efectiva por 1-2 horas. Tiene mayor eficacia y menor incidencia de complicaciones. Se metaboliza en hígado y se excreta por los riñones

La mayoría de los anestésicos contienen vasoconstrictor (adrenalina) al que el útero grávido tiene una mayor sensibilidad; sin embargo, esta sensibilidad disminuye en los últimos meses de la gestación.⁴⁶

2.2.3.5. EFECTOS NOCIVOS DEL CIGARRILLO Y ALCOHOL

Fumar durante el embarazo está asociado con numerosas complicaciones obstétricas, fetales y del desarrollo (Aborto espontáneo, placenta previa, parto pre-término, mortinatos, restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, y síndrome de muerte súbita), así como un aumento en el riesgo de consecuencias adversas en la salud de los hijos en la edad adulta como infertilidad, diabetes tipo 2, obesidad, hipertensión, problemas neuronales y disfunción respiratoria.

En cuanto a la salud oral de los hijos de madres fumadoras: se presenta retraso en la dentinogénesis y Amelogénesis en molares, siendo el esmalte más afectado que la dentina. Ser hijo de una paciente gestante fumadora y la exposición post natal al humo del cigarrillo, se han asociado independientemente con una prevalencia aumentada de caries en niños jóvenes. El cigarrillo afecta el sistema vascular, el sistema inmune humoral y los sistemas celulares inmune e inflamatorio; en consecuencia, los mecanismos normales de cicatrización están afectados.

Las pigmentaciones extrínsecas, la halitosis, enfermedad periodontal y cáncer Oral, son los problemas orales asociados Respecto al alcohol no

⁴⁶ Ibíd. P.79

existe una cantidad segura de consumo de alcohol durante el embarazo. El síndrome alcohólico fetal (restricción del crecimiento, anomalías faciales y disfunción del sistema nervioso central) es un defecto congénito prevenible.⁴⁷

2.2.4. SALUD ORAL DEL BEBE

2.2.4.1. Erupción Dental, Síntomas Y Manejo

En ubicaciones específicas, los dientes comienzan su formación con la invaginación de la lámina dental en el mesénquima subyacente, alrededor de la 6ta semana de vida intrauterina y continúan más allá del nacimiento hasta el cuarto o quinto año. Esto ocurre en tres fases principales:

1. Iniciación de la formación de toda la dentición primaria durante el segundo mes en el útero.
2. Iniciación de los dientes permanentes (hasta Pre molares) por medio del crecimiento continuado por lingual del órgano del esmalte de cada diente primario, a partir del quinto mes aprox.
3. La lámina dental se elonga por distal del segundo molar primario y da origen a los gérmenes de los molares permanentes. La época de formación del primer molar permanente es aproximadamente los 4 meses en el útero; para el segundo molar permanente al 1er. año; y para el tercer molar a los 4 o 5 años.⁴⁸

La boca del neonato

▪ Almohadillas gingivales

Al momento del nacimiento, los procesos alveolares están cubiertos por almohadillas gingivales, las que pronto son segmentadas para dar lugar a los dientes en desarrollo. Las encías son firmes, determinando la forma

⁴⁷ MACIAS GUTIERREZ, Carmenza. Guía de práctica clínica en salud oral de la Paciente Gestante, P. 25

⁴⁸ SANDOVAL, Paulo. Elementos básicos para la terapia interceptiva. Manual de ortodoncia interceptiva. P. 41

básica de los arcos dentarios.⁴⁹

▪ **Relaciones maxilares neonatales**

Al nacer hay gran variabilidad en las relaciones de las almohadillas superior e inferior y aunque se tocan en buena parte de la circunferencia del arco, de ninguna manera es una “mordida” precisa o una relación maxilar, no sirviéndonos para hacer una predicción diagnóstica de dentición primaria.

Algo que favorece a que el maxilar inferior avance de su posición distal (respecto al superior) a una posición más mesial, es el amamantamiento; llamándosele a este proceso: “primer avance fisiológico del maxilar inferior”⁵⁰

▪ **Calcificación y erupción dentaria**

La calcificación de los dientes temporales se desarrolla desde los 4 hasta los 6 meses de vida intrauterina.

En el nacimiento ya se encuentran calcificadas las coronas de los incisivos laterales; se observan las cúspides de caninos y molares aunque todavía poco calificados, y ya ha comenzado la calcificación de la corona del primer molar permanente y se aprecian las criptas de los gérmenes de los premolares, caninos e incisivos centrales superiores permanentes.⁵¹

▪ **Erupción de molares y caninos**

Luego de la erupción incisiva se produce la erupción del primer molar temporal: lo que ocurre entre los 12 y 16 meses, cuando entran en contacto los primeros molares superiores e inferiores, produciéndose el “Primer Levante Fisiológico de la Oclusión”, perdiéndose entonces el contacto entre los rebordes gingivales. Posteriormente erupcionan los caninos y segundos molares. Entre los 3 y 5 años, se va produciendo paulatinamente

⁴⁹ Ibíd. P.81

⁵¹ Ibíd. P.82

el desgaste de las cúspides, de las piezas temporales. Con esto, el maxilar inferior avanza mesialmente y el plano post lácteo se transforma en escalón. Este deslizamiento mesial es considerado como el “2do Avance Fisiológico de la Oclusión”. Al mismo tiempo, se va desarrollando el primer molar permanente en el interior de la tuberosidad y de la rama ascendente.⁵²

▪ **Fase detención mixta**

Desde que erupciona la primera pieza permanente, comienza la fase de detención mixta. Este periodo se divide claramente en dos etapas: en la primera, se forman dos zonas de erupción, una anterior o incisiva y otra posterior o del 1er molar. Estas dos zonas dejan entre ellas otra zona que en este periodo no se modifica y que es llamada a mantener el engranaje y altura de la oclusión. Al mismo tiempo conserva el espacio que ocuparan después los caninos y premolares. Es la llamada “Zona de Sostén de Korkhaus” y está formada por caninos y molares temporales.

Los primeros molares permanentes erupcionan entre los 5.9 y los 6.4 años, siendo los inferiores los primeros en erupcionar y luego los superiores y en el sexo femenino antes que el masculino. Estos molares demoran en erupcionar de 2 a 3,5 meses y determinan al “Segundo levante fisiológico de la oclusión”⁵³

▪ **Segundo levante fisiológico de la oclusión**

Casi simultáneamente con la erupción de los primeros molares permanentes, entre los 5,9 y 6,4 años comienza el cambio en la zona anterior. Los primeros en erupcionar son los incisivos centrales inferiores. A estos le siguen, en el curso de un año, los incisivos centrales superiores y los laterales inferiores. Casi un año más tarde, término medio, erupcionan

⁵² *Ibíd.* P.82

⁵³ *Ibíd.* P.83

los laterales superiores.

De este modo, el cambio de los dientes anteriores en total dura desde el 6° hasta el 8° año de vida. En general, la erupción de los dientes permanentes en niñas tienen lugar por lo común, medio año antes que en los varones. Tras año y medio erupcionan los primeros premolares superiores y en forma casi simultánea, el canino y el primer premolar inferior; más o menos 9 meses más tarde erupcionan los segundos premolares superiores y luego los inferiores. Casi al mismo tiempo lo hacen los caninos superiores. Alrededor de los 11 años en las niñas y de los 11 en los varones queda terminado el recambio en la zona de sostén.⁵⁴

2.2.4.2. Caries de la infancia temprana, factores de riesgo y factores de prevención

La Academia Americana de Odontología Pediátrica, define caries de aparición temprana, a la presencia, en dientes temporarios, de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no), perdidas (por caries) u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses), por lo que en menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie de caries en una superficie lisa, es indicativo de presencia de CAT.

Es un término que describe un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria de lactantes y niños de corta edad. Se presenta sobre en todo en niños con una alimentación por biberón o lactancia materna prolongada, y por lo tanto, un retraso en la introducción a las comidas sólidas⁵⁵

⁵⁶ *Ibíd.* P.83

⁵⁵ MONTERO DÍAZ, Kattia Vanessa. Caries de aparición temprana. Pág. 2-3

2.2.4.2.1. Factores de riesgo:

- **Transmisión vertical:**

Es la trasmisión de microorganismos de la madre al niño debido a las costumbres y hábitos que ella tiene, por ejemplo: darle besos en la boca, soplar la comida para enfriarla, probar el biberón para sentir la temperatura, etc.

- **Transmisión horizontal:**

Es el traspaso de microorganismos entre los mismos miembros del grupo familiar o de otros cercanos al niño, como ser niños de la misma guardería o sala cuna.⁵⁶

- **Uso del biberón:**

La importancia del biberón en el desarrollo de la CAT, depende fundamentalmente de la duración y características del contacto nocturno con el mismo. La aparición de caries en los incisivos superiores se ha explicado por la posición de la tetina del biberón, que bloquea el acceso de salida a esas piezas obstaculizando la remoción de glucosa de donde el biberón es un importante medio de ingestión del azúcar.

- **Lactancia materna:**

La leche materna contiene los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas para cada etapa del bebé. Pasados tres o cuatro días aparece la leche de transición y después la leche madura que contienen los ingredientes necesarios y en las cantidades correctas para convertirse en la principal fuente de nutrientes durante los primeros 4 a 6 meses de vida del niño. Se ha demostrado que los niños alimentados con lactancia materna prolongada tienden a establecer hábitos alimentarios no adecuados, lo que constituye una situación de riesgo para el desarrollo de caries para una edad temprana.

⁵⁶ *Ibíd.* P.84

- **Otros factores dietéticos:**

Existe preocupación por la aparición de caries temprana como la edad en la que los niños empiezan a consumir alimentos sólidos azucarados (chupetes endulzados, alimentos ricos en sacarosa), ya que la presencia de sacarosa en la dieta del bebé facilita la implantación de una microbiota cariogénica, en especial la colonización de la superficie dental por estreptococos del grupo mutans.⁵⁷

- **Bajo peso al nacer:**

Estudios realizados con niños mal nutridos fetales desde el nacimiento hasta edades de 6-8 años de vida, demuestran la influencia de este factor en la incidencia de caries dental, así como en las anomalías de textura dentaria. La desnutrición es un factor de riesgo de caries dental porque tal riesgo se condiciona a las erosiones adamantinas, que se desarrollan en los órganos dentarios de los pacientes desnutridos como una consecuencia de los reiterados episodios de acidez en el medio bucal.

- **Medicación:**

Existen dos grupos de medicamentos cuya ingesta durante periodos prolongados de tiempo implica un alto riesgo de caries: medicamentos que reducen el flujo salival (sedantes anticolinérgicos, neurolépticos, antihistamínicos y derivados de L-dopa y antihipertensivos); y medicamentos con alto contenido en hidratos de carbonos (antitusígenos)⁵⁸

2.2.4.2.2. Factores de prevención

- Reducir los niveles de *S. mutans* en la madre/nana/hermanos, idealmente durante el periodo prenatal, interviniendo en la transmisión de las bacterias

⁵⁷ *Ibíd.* P.85

⁵⁸ RODRÍGUEZ GARCÍA, Luis Orlando. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana. Pág. 3

cariogénicas, con medidas restaurativas y de higiene bucal.

- Minimizar las actividades en las que haya intercambio de saliva, como compartir utensilios entre el niño y sus familiares, encargados del niño y sus compañeros.
- Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente. Si el niño se queda dormido mientras se está alimentando, los dientes se deben limpiar antes de acostar al niño. En niños dentados se recomienda el uso diario de una pasta con fluoruro, de preferencia a dosis bajas y alta frecuencia, dos veces al día, ya que ofrece muchos más beneficios que una sola vez al día. El cepillo debe ser blando, de tamaño adecuado a su edad y los padres deben realizar o asistir al cepillado. Se debe iniciar el empleo del hilo dental (asistido), cuando las superficies de los dientes adyacentes no puedan ser limpiadas por el cepillo dental.
- Evaluar el riesgo de caries en el niño y brindar educación a los padres para la prevención de enfermedades bucales, entre los seis primeros meses de la erupción del primer diente y por los siguientes 12 meses.
- Evitar conductas alimenticias promotoras de caries. En particular, no se debe acostar a los niños con biberones con contenido de carbohidratos fermentables. Se debe evitar el pecho a libre demanda después de que el primer diente comience a erupcionar y que otros carbohidratos sean introducidos en la dieta. Los padres deben alentar el uso de tazas al llegar el primer año de edad, retirando el biberón entre los 12 y 14 meses de edad. Se debe evitar el consumo repetitivo de cualquier líquido que contenga carbohidratos fermentados por medio de biberón o tazas entrenadoras. No es recomendable que los niños entre uno y seis años consuman más de cuatro a seis onzas de jugo de frutas por día, como parte de la comida. Si el niño requiere el uso de un chupón, éste debe estar

limpio y sin ningún carbohidrato fermentable.⁵⁹

2.2.4.3. Higiene oral del lactante

2.2.4.3.1. Desde el nacimiento hasta los 6 meses:

Envolver con una gasa húmeda el dedo índice o utilizar un dedal de silicona (disponible en el mercado) y masajear suavemente las encías, superficie de la lengua y carrillos retirando los excesos de leche. Si se dificulta emplear la técnica descrita, se puede dar un biberón con agua sin azúcar al niño para que los residuos de alimentos puedan “resbalar” y no se queden adheridos a las superficies bucales. Es recomendable realizar la higiene oral después de cada comida, ya sea que el infante tome biberón o se amamante de forma natural.⁶⁰

2.2.4.3.2. Entre los 6 meses y el año de edad:

Aproximadamente a los 6 meses comienzan a salir sus primeros dientecitos, continuamos con la higiene de sus encías e incorporamos el cepillado después de cada comida, recomendando emplear un cepillo especial para bebés. En esta etapa no es necesario que se utilice pasta dental; con agua es suficiente, así evitamos el riesgo de ingestión de flúor.

2.2.4.3.3. A partir del año de edad:

El cepillado debe realizarse después de cada comida o mínimo dos veces al día. Es importante promover buenos hábitos alimenticios en el niño, evitando dulces, galletas y bebidas azucaradas que puedan ocasionar caries. Es recomendable no acostumar al bebe a dormir con el biberón o en todo caso que solo contenga agua.

2.2.4.3.4. Alrededor de los 3 años:

La dentadura primaria se completa, ya podemos incorporar pastas dentales

⁵⁹RODRÍGUEZ GARCÍA, Luis Orlando. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana. Pág.87

⁶⁰ *Ibíd.* P. 88

especialmente formuladas para niños que contengan menos concentración de flúor.

La cantidad que se necesita de pasta corresponde al tamaño de un guisante o “arveja”.

Es importante que el niño vaya adquiriendo el hábito de higiene bucal desde pequeño y que sea parte de su rutina diaria. Los padres tienen el compromiso de participar activamente en ello para que el desarrollo del hábito sea compartido. No debemos ser temerosos al momento de realizar la limpieza oral del bebé, pensando que le estamos causando incomodidad, ya que, él se encuentra en una fase oral pasiva, donde disfrutara del masaje y manipulación de su boca.⁶¹

2.2.4.4. Transferencia de saliva entre madre e hijo.

La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño, fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordan. Davey y Rogers corroboraron que la madre es la mayor fuente de infección dental por SM en los niños pequeños; el padre no compartía las cepas de microorganismo con otros miembros de la familia.

El contagio de la boca del niño, por cepas cariogénicas proveniente de la saliva de los adultos, especialmente la madre, se produce principalmente al erupcionar las piezas dentarias. Existirán periodos críticos de susceptibilidad por lo que se ha empleado el término “ventanas de infectividad” para graficar este momento, el que se produciría entre los 6 y los 24 meses y entre los 6 y 11 años del niño, coincidiendo con los periodos de aparición de las piezas dentarias en la boca. Se ha demostrado que mientras más precoz es la colonización de la boca del niño por las bacterias cariogénicas, mayor es el riesgo de tener caries en el corto plazo.

El mecanismo de contagio entre madre e hijo, se produce cuando este comparte

⁶¹ Ibid.P.88

los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura de la mamadera con su boca o simplemente, “lava” el chupete de su hijo con su saliva. De esta manera la madre transmite las bacterias cariogénicas a su hijo por lo tanto < puede deducir que una mujer que tiene hábitos deficientes de cuidado dental repetirá estos patrones en sus hijos y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de las caries.⁶²

2.2.4.5. Prevención de hábitos nocivos: uso de chupón, succión del dedo u otro hábito

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos.

Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar: mordidas abiertas anteriores o laterales, protrusiones dentarias, protrusiones dentoalveolares, inhibición en la erupción de uno o varios dientes, vestíbulo o linguoversiones, etc. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años de edad los problemas pueden corregirse espontáneamente.⁶³

2.2.4.5.1. Deglución Atípica

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones se puede afirmar también, que la deglución atípica se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior.

Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito podemos nombrar: La alimentación artificial por medio del biberón, Amígdalas inflamadas,

⁶² PALOMER, Leonor. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Pág. 3

⁶³ LABOREN M. y Cols. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. P. 2

desequilibrio del control nervioso, macroglosia (son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de Cretinismo), pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

También hay deglución atípica por factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. y para finalizar, por estadíos de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.⁶⁴

2.2.4.5.1.1. Efectos bucales de la deglución atípica:

- Mordida abierta anterior o lateral
- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Protrusiones dento-alveolares
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes,
- Vestíbulo o linguoversiones
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
- Hipertonicidad de la borla de mentón.
- Hiperactividad de los músculos de la masticación.
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
- Incompetencia labial
- Problemas fonéticos⁶⁵

2.2.4.5.2. Mal hábito de succión

El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos

⁶⁴ *Ibíd.* P. 91

⁶⁵ *Ibid.* P. 92

durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los 4 o 6 meses. Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los 3 años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación, se considera un mal hábito cuando persiste estando la pieza en la boca.

2.2.4.5.2.1. Succión digital

Es un hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. La ADA Considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, éste hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continua después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo. Se ha descrito como un hábito común en la infancia, que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años. Después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo: psicológicos, fonoaudiológicos, u odontológicos.⁶⁶

2.2.4.6. Visita al odontólogo durante el primer año

Es importantísimo el contexto y lugar de la primera visita del niño al dentista ya que ésta marcará para toda la vida su relación con el. Los padres no deben insistir demasiado en que el niño acuda contra su voluntad al dentista; igualmente no debe usar palabras que puedan causar ansiedad o temor innecesario en el niño, tales como: no va a doler, aguja o taladro. Cuando llegue el momento de acudir al dentista, los padres deben esforzarse por transmitir a su hijo una sensación de

⁶⁶ *Ibíd.* P.92

confianza y de seguridad. Es necesario que entre el niño y el dentista haya una buena relación y no se creen miedos y temores desde el principio. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, los niños deben ir por primera vez al Dentista, antes de su primer cumpleaños. Efectivamente a los 6 meses o cuando erupciona la primera pieza dentaria, debemos comenzar con toda la labor educativa hacia los padres acerca del cuidado bucodental de su bebé, evaluando el uso del chupón, succión del dedo, mamadera nocturna, consumo de carbohidratos entre otros.

Luego se debe continuar con visitas cada 6 meses controlando el desarrollo maxilar y hábitos. El Profesional le hará una revisión de dientes y encías, verá si existen caries del biberón, se evaluarán posibles problemas como mordida cruzada, abierta o alteraciones de crecimiento y, seguramente, iniciará un historial sobre los antecedentes médicos y dentales del niño. Es el momento de corregir a tiempo malos hábitos e introducir desde temprano buenos hábitos sobre todo de limpieza.⁶⁷

2.2.4.6.1. Recomendaciones del Dentista al Padre de familia:

- Para prevenir caries en los dientes de leche, mucha higiene. Antes incluso de que aparezca el primer diente, debe realizarse la limpieza de las encías después de cada toma. Para ello, se puede usar una gasa humedecida. Cuando comience la dentición, recurrir al cepillo, eso sí, al principio, sin pasta dentífrica hasta los dos años. A partir de entonces, se puede poner una pequeña cantidad, siempre y cuando esté especialmente indicada para niños.
- No dejarlo sólo con el biberón en la boca, pues el contacto prolongado con los azúcares de la leche predisponen a la aparición de caries.⁶⁸

⁶⁷ LA PRIMERA VISITA DE LOS NIÑOS AL DENTISTA: <http://www.sanosyfelices.org/pdf/entrevista-calabaza.pdf>

⁶⁸ *Ibíd.*P.93

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

ANTECEDENTES LOCALES:

3.1. TÍTULO: “Relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal durante el embarazo en pacientes gestantes del área de ginecología- obstetricia del Hospital III “Daniel Acides Carrión” de la Red Asistencial Tacna. Essalud 2012.

AUTORA: Montesinos Aramayo, Betzy Saraly.⁶⁹

RESUMEN: El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo-relacional, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal durante el embarazo en las pacientes gestantes del área de Ginecología-Obstetricia del Hospital III ESSALUD Alcides Carrión. Tacna. El universo de estudio fue de 100 pacientes gestantes, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión; para determinar el nivel de conocimiento se realizó una encuesta para la recolección de datos, los cuales fueron sistematizados constituyendo una matriz de datos. Dicho estudio fue realizado en los meses de octubre y noviembre del año 2012. Se determinó que las pacientes gestantes primigestas se encuentran en su mayoría en las edades comprendidas entre 24 – 29 años, seguidas de las que están entre los 20- 24 años y 30- 34 años. El nivel de conocimiento sobre salud bucal durante el embarazo en las pacientes gestantes del Hospital ESSALUD Alcides Carrion fue deficiente (39.68 %), regular (31.98%) y bueno (28.3%). No se encontró una relación directamente proporcional entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos sobre cuidados sobre salud bucal durante el embarazo. Las pacientes gestantes con un grado de instrucción superior obtuvieron mejores resultados en la entrevista realizada pero dichos resultados no son del

⁶⁹ MONTESINOS ARAMAYO, BETZY SARALI. “relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal durante el embarazo en pacientes gestantes del área de ginecología- obstetricia del hospital iii “daniel acides carrión” de la red asistencial tacna. essalud 2012

porcentaje esperado. Dados los resultados obtenidos se recomienda realizar programas y promociones de salud bucal dirigidas a las gestantes, ya que así podremos evitar complicaciones a nivel de su salud bucal.

ANTECEDENTES NACIONALES

3.2. TÍTULO: “Relación entre el grado de instrucción de madres y su nivel de conocimiento sobre los cuidados orales del infante en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2008”

AUTOR: Peralta Saico, Daniel Isaac.⁷⁰

RESUMEN: El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad, determinar la relación entre el grado de instrucción de las madres y su nivel de conocimiento sobre cuidados del infante, en el hospital Goyeneche. Para la selección de las unidades de estudio se procedió a tomar en cuenta a las madres de infantes de 0 a 36 meses de vida, que asistieron a las áreas de Neonatología y Pediatría del hospital Goyeneche durante los meses de Octubre y Noviembre del 2008 a quienes se les realizó una encuesta acerca de los cuidados orales de sus hijos. Para determinar el conocimiento sobre los cuidados orales del infante, se confeccionó una encuesta de 20 preguntas donde se evaluó: conocimientos sobre salud bucal, erupción dentaria, dieta y nutrición. Además se tomaron datos de la madre y el grado de instrucción. Se encontró que a pesar de que las madres con infantes que asisten al Hospital Goyeneche de Arequipa son de un estrato socioeconómico bajo, se encontraron a madres con grado de instrucción universitario (8.2%). El grado de instrucción que más se encontró fue el de secundaria completa con el 36.5% seguido por el grado de instrucción técnico de 24.1%; secundaria incompleta 16.5%; primaria 11.8% y analfabeta 2.9%. Respecto al nivel de conocimiento de las madres, fue calificada como regular (47.1%), en cuanto a conocimientos sobre salud bucal, pero deficiente en cuanto a conocimientos sobre erupción dentaria (55.9%), dieta y nutrición

⁷⁰ PERALTA SAICO, Daniel Isaac. “Relación entre el grado de instrucción de madres y su nivel de conocimiento sobre los cuidados orales del infante en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2008”

(53.5%) Comparando entre el grado de instrucción de las madres y el nivel de conocimiento sobre los cuidados orales del infante, existe una relación moderada del 40.1% entre ambas.

3.3. TÍTULO: “Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. 2010”. Minsa y Essalud. Lima.

AUTORA: Lourdes A. Benavente Lipa, Sylvia A. Chein Villacampa, Carlos H. Campodónico Reátegui1 y col.⁷¹

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad.

⁷¹ BENAVENTE LIPA, Lourdes y cols. Nivel De Conocimientos En Salud Bucal De Las Madres Y Su Relación Con El Estado De Salud Bucal Del Niño Menor De Cinco Años De Edad.

3.4. TÍTULO: “Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” MINSA. Lima 2014

AUTOR: Miguel Ángel Paz Mamani. ⁷²

RESUMEN: El objetivo de este estudio es determinar nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses que asistieron a los servicios de odontoestomatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014, siendo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra consta de 369 madres de niños de 0 a 36 meses; se aplicó una encuesta estructurada de 20 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres, en donde se abarcó temas como crecimiento y desarrollo, lactancia materna y hábitos alimenticios, higiene oral, caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos. Los resultados obtenidos, según respuestas correctas, se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el regular con el 56.9% de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el 31.7% y del nivel bueno con el 11.4%; hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

3.5. TÍTULO: “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital “San Simon” año 2002.” Cochabamba. Bolivia

AUTORA: Rodríguez Vargas Ana Cecilia. ⁷³

RESUMEN: El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre

⁷² PAZ MAMANI, Miguel Ángel. “Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé”

⁷³ RODRÍGUEZ VARGAS, Ana Cecilia. “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital “San Simon” año 2002.”

prevención en salud Bucal en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital San Simon. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7- 13) y bueno (14-20 puntos). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales reciben o no atención odontológica. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. Se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

4. OBJETIVOS

- 4.1.** Establecer las características epidemiológicas predominantes, de las gestantes del C.S. CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín. Tacna. 2016.
- 4.2.** Identificar los conocimientos sobre salud oral materno- infantil en las gestantes mencionadas.
- 4.3.** Relacionar las características epidemiológicas y los conocimientos sobre Salud Oral Materno Infantil en las gestantes antes citadas.

5. HIPÓTESIS

Dado que, el embarazo es un período de grandes modificaciones fisiológicas en el organismo de la mujer se necesita tener conocimientos sobre la influencia de factores socioeconómicos, biológicos, conductuales y relacionados con el estilo de vida que condicionan la aparición de trastornos en el estado de la salud oral materno infantil

Es probable que, exista una relación directa entre las características epidemiológicas y los conocimientos sobre salud oral materno infantil en las gestantes del CS CLAS San Francisco. Distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

Se precisará de la observación documental para recoger información de las variables investigativas: Características epidemiológicas y conocimientos sobre salud oral materno infantil, y de sus indicadores.

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Instrumentos Documentales

Se utilizará un instrumento documental de tipo elaborado, denominado “Relación entre características epidemiológicas y conocimientos sobre salud oral materno –infantil en gestantes del C.S. “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín – Tacna 2016 (ver anexos) que constará de 2 partes: Características epidemiológicas de

la gestante y Conocimientos sobre salud oral materno infantil. Con un total de 28 preguntas; que nos permitirán obtener información de las variables investigativas y sus indicadores.

VARIABLE	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MADRE GESTANTE	Edad Materna	I	ENCUESTA	CUESTIONARIO DE 28 PREGUNTAS
	Procedencia	I		
	Grado de Instrucción	I		
	Estrato Socio Económico	I		
	Orden de Embarazo	I		
	Tiempo de Gestación	I		
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL	Manifestaciones Orales en la Gestante	II		
	Medidas Preventivas de la Gestante	III		
	Cuidados y Tratamiento de la Gestante	IV		
	Salud Oral del Bebé	V		

12. ¿Crees que el cepillado de dientes y el uso del hilo dental, podría evitar la Caries Dental y el sangrado de las encías durante el embarazo? Sí () No ()
¿Por qué?
13. ¿Consideras que la embarazada debe evitar comer Chocolates, frutas dulces, pan, pasteles, tofes, etc.? Sí () No ()
¿Por qué?
14. ¿Qué productos crees podrían evitar la caries dental? Pastas dentales con flúor () Enjuagues bucales con flúor () Sellantes () Flúor aplicado por el profesional () Ninguno ()
Otros.....

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE

15. ¿La mujer embarazada puede tomar medicamentos? Sí () No ()
Si marcaste No ¿Por qué?
Porque puede dañar al bebé () Porque puede provocar manchas en los dientes del bebé () Porque puede provocar aborto en la madre gestante ()
No hace ningún daño al bebé ()
16. ¿Se le debe tomar radiografías dentales a la embarazada? Sí () No ()
Si marcaste No ¿Por qué? Causa deformaciones en el bebé () Produce abortos () Otros.....
17. ¿Se puede aplicar anestesia dental a la embarazada? Sí () No ()
18. ¿Conoce los riesgos de fumar e ingerir alcohol durante el embarazo? Sí ()
No () ¿Cuáles?

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL DEL BEBÉ

19. ¿Sabe cuándo salen los primeros dientes de leche de su bebé?
Entre 5° y 6° mes () Más de 10 meses () Más de 1 año ()
20. ¿Cuándo se recomienda limpiar los dientes de su bebé?
Desde que salen () Al primer año () Cuando completa la dentadura ()
21. ¿Cómo se debe limpiar los dientes de su bebé:
Con gasa enrollada en el dedo () Con Gasa embebida en agua ()
Sólo con cepillo dental () Cepillo y Pasta dental () Ninguno ()
22. ¿Qué tipo de Lactancia crees es la más conveniente para la salud oral de su bebé?
Lactancia Materna () Lactancia Mixta () Lactancia Artificial ()
23. ¿Sabes que la leche acumulada en las encías y en los primeros dientes de leche puede provocar la llamada Caries del Biberón? Sí () No ()

24. ¿El uso prolongado del biberón puede provocar malformaciones en la boca de su bebé? Sí () No () ¿Por qué?
25. ¿Escuchó hablar que besar en la boca a su bebé o compartir cucharas puede transmitir bacterias a su bebé? Si () No ()
26. ¿Cree que el uso del chupón o chuparse el dedo constantemente provoca daño en la dentición de su bebé? Sí () no ()
27. ¿Cuándo debe ser llevado el niño a la consulta dental?
A partir de los 06 meses () Al año () Cuando presenta dolor ()
28. ¿Sabe que la boca san de los padres influye en la buena salud bucal de su niño?
Si () No ()

1.2.1.2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA GESTANTE

1. **Edad de la gestante:** número entero de años y meses, transcurridos desde el nacimiento de una persona.
 - a) Menor a 18 años
 - b) Entre 19 y 29 años
 - c) Entre 30 y 39 años
 - d) De 40 a más años

2. **Procedencia:** designa el origen, ya sea por barrio, pueblo, ciudad, región, entidad política, provincia, país o cualquier otro lugar, que ostente una persona y del cual entonces procede.
 - a) Tacna
 - b) Puno
 - c) Cuzco
 - d) Moquegua
 - e) Otros

3. **Grado de instrucción:** grado más alto completado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país.

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnica
- e) Superior

4. Ocupación: se refiere al tipo de trabajo que se realiza en un empleo.

5. Orden de embarazo: Es el número de orden de sucesión, del nacimiento vivo, que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos

- a) Primer embarazo
- b) Dos o tres embarazos
- c) Más de tres embarazos

6. Tiempo de gestación: Es la duración promedio del embarazo humano, que es de 280 días (40 semanas). El periodo de gravidez se divide en 3 trimestres.

- a) Menos de 12 semanas
- b) De 12 a 24 semanas
- c) Más de 24 semanas

7. Nivel socio-económico según SIS:

- a) No pobre
- b) Pobre
- c) Pobreza extrema.

II. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO INFANTIL

MANIFESTACIONES ORALES DE LA GESTANTE:

8. Hiperémesis Gravídica: Náuseas y vómitos.
9. Gingivitis del Embarazo.
10. Asociación Periodontitis y Riesgo de bebés prematuros.

CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA GESTANTE:

11. Visitas rutinarias al dentista.
12. Cepillado dental y uso de hilo dental.
13. Alimentación Saludable.
14. Aplicación Flúor: Pastas dentales-Colutorios con Flúor/Clorhexidina, Aplicación por un profesional

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE

15. Uso de fármacos
16. Uso de Rx. Dentales
17. Uso de anestesia local.
18. Uso del cigarrillo, alcohol y otros

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL DEL BEBÉ

19. Erupción Dental, síntomas y manejo.
20. Caries Infancia temprana, factores de riesgo y Prevención.
21. Higiene oral en el lactante
22. Transferencia de saliva entre madre e hijo.
23. Hábitos nocivos: chupón, succión del dedo, otros.
24. Visitas odontológicas en primer año de vida.

1.2.2. Instrumentos Mecánicos

- Computadora

1.2.3. Materiales

- Utilería de Escritorio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Se recolectaran los datos en el Centro de Salud CLAS “San Francisco” del Distrito Gregorio Albarracín del departamento de Tacna.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio corresponderá al año 2016 (meses de Enero, Febrero y Marzo) Comprenderá una visión temporal Prospectiva porque se evaluará a las gestantes por medio de cuestionarios de preguntas.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio son las gestantes que responderán las preguntas de los cuestionarios, en el Centro de salud CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín del dpto. de Tacna, en los meses de Enero, Febrero y Marzo 2016.

Criterios de Exclusión: Se excluirá a las gestantes que no deseen llenar el cuestionario e incapacitadas.

Criterios de Inclusión: Se incluirá a todas las gestantes que deseen llenar el cuestionario, sin ninguna distinción, como: el trimestre de gestación, edad, procedencia, ocupación, grado de instrucción, orden de embarazo ni estrato socioeconómico etc.

2.3.1. Identificación de las Unidades de Estudio

2.3.1.1. Universo: El universo poblacional estará conformado por 112 madres gestantes que acudan a atenderse al centro de salud CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín. Tacna, durante el periodo Enero, Febrero y Marzo del 2016.

2.3.1.2. Muestra:

$$n = \frac{N \cdot z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Datos:

- N: 112 gestantes
- Z_{α} : 1.96 cuando el error α es 0.05.
- p (nivel de confianza): 95% (0.95)
- q (Probabilidad esperada): 5% (0.05)
- d (precisión): 3% (0.03)

Reemplazando:

$$n = \frac{112 \cdot 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.03^2 \cdot (112 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}$$

n = 50 gestantes por grupo

UNIVERSO	112 gestantes que acuden al CS.CLAS “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín. Tacna
MUESTRA	50 gestantes

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- a. Solicitud para acceder a consultorios de Obstetricia dirigida al Director del Centro de salud “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín del dpto. de Tacna.
- b. Coordinación con el Personal de los consultorios de Obstetricia del centro de salud.
- c. Prueba Piloto para validar el instrumento (Ficha de Recolección de Datos).
- d. Aplicación de cuestionarios a gestantes. (Previa capacitación)
- e. Otras

3.2. RECURSOS

3.2.1. Recursos Humanos

Investigadora y colaboradores

3.2.2. Recursos Físicos

Infraestructura del centro de salud “San Francisco” del distrito Gregorio Albarracín del departamento de Tacna.

3.2.3. Recursos Financieros

Los gastos que demanden la presente investigación serán subvencionados por la investigadora

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Antes de la aplicación definitiva del instrumento se realizará una Prueba Piloto para registrar los datos, con la finalidad de evaluar la eficacia del instrumento, perfeccionar su estructura y calcular el tiempo de llenado.

Se obtendrá la validación del instrumento documental (cuestionario) por parte de especialistas en el tema (Ver Anexos)

3.4. CRITERIOS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

3.4.1. PLAN DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

a. Tipo de Procesamiento

Se optará por un procesamiento mixto electrónico (computarizado) y manual.

b. Se utilizará las siguientes operaciones de la Sistematización.

b.1. Plan de Clasificación

Se utilizará la Matriz de Sistematización de Registro y Control.

b.2. Plan de Codificación

Se utilizará codificación que comprende números arábigos en indicadores y subindicadores.

b.3. Plan de Recuento

Se hará en forma computarizada considerando el número de datos.

b.4. Plan de Tabulación.

Se utilizarán cuadros numéricos de doble entrada, según las tablas de los indicadores.

b.5. Plan de Graficación.

Se utilizarán gráficas de barras teniendo en cuenta la naturaleza de los datos expuestos en los cuadros.

3.4.2. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

• **Metodología de la interpretación.**

La interpretación de datos se hará acorde al número de variables y a su naturaleza.

- **Modalidades interpretativas.**

La interpretación de los cuadros se realizará consultando la literatura vigente y las investigaciones realizadas.

- **Operaciones interpretativas.**

Se empleará el análisis, síntesis, inducción y deducción.

- **A nivel de las Conclusiones**

Serán formuladas en base a los objetivos planteados.

- **A Nivel de Recomendaciones.**

Se efectuará mediante la formulación de sugerencias simples y Factibles.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

TIEMPO	Octubre 2015	Nov. 2015	Enero- Marzo 2016	Abril- Nov. 2016	Diciembre 2016	Enero 2017
ACTIVIDAD						
Presentación del proyecto.	X					
Aprobación del proyecto.		X				
Aplicación de encuestas			X			
Ejecución del proyecto.			X			
Estructurar resultados.				X		
Presentación del borrador					X	
Sustentación.						X

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- PALMA PORTARO, CAMILA. Educación de Salud Oral en el Infante. Manejo Odontológico Materno Infantil basado en evidencia científica. Edit. RIPANO. pp 33-44
- BUTTLER N.R. Y BONHAM D.G. Perinatal Mortality: The First Report of the 1958. British Perinatal Mortality Survey. Edimburgo, Livingston, 1963. p. 125
- FLORES J. y Cols. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento. 2004. AVANCES Periodoncia e Implantología. Volumen 16 - N° 2 - Agosto 2004; 16,2: 93-105. pp. 2-4
- LEONARDO, MARIO ROBERTO. Endodoncia. Tratamiento de conductos radiculares. Edit. Médico Panamericana. Bs. As. 1983. p. 108
- SANDOVAL, PAULO. Elementos básicos para la terapia interceptiva. Manual de ortodoncia interceptiva. Cap. II. pp. 41-43, 46, 49-51

HEMEROGRAFÍA

- ALMARALES SIERRA, CARIDAD y col. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Artículo original. Rev. Médico Cubana INFOMED. pp. 3-10
- RODRÍGUEZ VARGAS, ANA CECILIA. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Tesis para optar el grado de Cirujano dentista. UNMSM. Lima Perú. pp. 6-8
- DONOSO ENRIQUE, CARVAJAL JORGE A. y cols. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Artículos de Investigación. Revista Médica de Chile.2014. pp. 2-3
- FICHA DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA FAMILIAR (FESE-F1) Instructivo de aplicación. SIS 208. MINSA. Perú. pp. 2-3
- PALACIO M. Protocolos Medicina Fetal Y Perinatal. Servei De Medicina Materno fetal Icgon – Hospital Clínic Barcelona. Creación: 23/02/09
Actualización: 18/02/201

- RODRÍGUEZ CHALA, HILDA y cols. Policlínico. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana de Estomatología 2003; p. 1
- BERMÚDEZ VILLACRÉS, E. Situación de salud bucal de las gestantes que acuden al dispensario del cantón sucre de la provincia de Manabí, periodo septiembre 2013- enero 2014. Tesis para optar el grado de Magister en gerencia y auditoria de servicios de salud bucal. Universidad Central del Ecuador. p. 26
- FERNÁNDEZ GARCÍA, OFELIA MARÍA y cols. Atención odontológica en la mujer embarazada. Archivos de Investigación Materno Infantil. Internet. Vol. II, no. 2 • Mayo-Agosto 2010. pp. 80-84
- MINISTERIO DE SALUD BUENOS AIRES. Nutrición y embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud – Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2012. p. 6
- MINISTERIO DE SALUD-CHILE. Programa promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas pre-escolares. Octubre 2007. p. 15-20
- MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE CHILE. Salud oral integral de la embarazada. Guía Clínica AUGE. MINSAL 2013. p. 24

- DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU. Reseña Toxicológica De Los Fluoruros, Fluoruro De Hidrógeno Y Flúor (en inglés). Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades. 2003. Atlanta, GA: Servicio de Salud Pública. p. 2
- AGUILERA, CRISTINA y cols. Riesgo de las radiaciones ionizantes durante el embarazo. Rev. ELSEVIER. Medicina clínica. Vol13. N°16. 2008. p. 1
- PADRÓN RAYMUNDO, EDELYS y cols. Utilización de las radiografías en los tratamientos de Endodoncia en la embarazada. Revista Cubana de Estomatología. 2000. v. 37 n.2. p. 4
- SANO, JEAN y cols. Anestesia Local Odontológica y Embarazo. Acta Odontológica Venezolana. Home Ediciones. Volumen 39. (2001). pp 2 - 3
- MACIAS GUTIERREZ, CARMENZA. Guía de práctica clínica en salud oral de la Paciente Gestante. Bogotá, DC 2010. p. 25
- MONTERO DIAZ, KATTIA VANESSA. Caries De Aparición Temprana. Investigación bibliográfica del proceso de suficiencia profesional para obtener el título profesional de Cirujano Dentista. Lima-Perú 2008. Universidad Peruana Cayetano Heredia. pp. 2-6

- RODRÍGUEZ GARCÍA, LUIS ORLANDO. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y en adolescentes. Especialista en Prótesis Estomatológica. pp. 3, 6,8
- PALOMER, Leonor. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Rev. Chilena de Pediatría 77(1;56-60,2006). Artículo de Revisión. p. 3
- LABOREN, M. y cols. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia ws" edición electrónica. julio 2010. pp. 2,7-8,15.
- PERALTA SAICO, DANIEL ISAC. Relación entre el grado de instrucción de madres y su nivel de conocimiento sobre los cuidados orales del infante en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2008. Tesis para optar el grado profesional de Cirujano Dentista. UCSM. Arequipa. Perú
- MONTESINOS ARAMAYO, SARALY BETZY. “Relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal durante el embarazo en pacientes gestantes del área de ginecología- obstetricia del Hospital III “Daniel Acides Carrión” de la Red Asistencial Tacna. Essalud 2012. TACNA

- BENAVENTE LIPA, LOURDES A. y cols. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina* 2012; 15(1): 14-18. Artículo original.
- PAZ MAMANI, MIGUEL ANGEL. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” MINSa 2014. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. UNMSM. Lima. Perú
- RODRIGUEZ VARGAS, ANA CECILIA. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional San Simon año 2002. Tesis para optar el grado profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional de San Simon. Cochabamba, Bolivia.

INFORMATOGRAFÍA

- DEFINICIÓN ABC. Internet. Citada el 7 de Diciembre del 20016. 13:59:33 GMT] Disponible en: www.definicionabc.com
- GLOSARIO DE LOS TÉRMINOS BÁSICOS DE LAS ESTADÍSTICAS EN SALUD: PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES PARA UN SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES. Departamento De Asuntos

Económicos Y Sociales. Oficina De Estadística De Las Naciones Unidas.
Nueva York, EE.UU.Internet.1974. Google pp.1-49 Citado el 20 Dic 2016
18:25:38 GMT

Disponible:<http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=cat&hook=&sortkey=&sortorder=asc&fullsearch=0&page=2>

- CLASIFICADOR NACIONAL DE OCUPACIONES-INEI 2015.
Documento Preliminar. Elaborado por la Organización Internacional del Trabajo. Internet. p.10. Citado el 08 Nov 2016 18:25:38 GMT. Disponible en:https://www.inei.gob.pe/media/Clasificador_Nacional_de_Ocupaciones
- PERÚ- ECUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR INEI.
Departamento de Tacna. 2012. p. 14. Citado el 15 Nov 2016 18:25:38 GMT
Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/edemogsaludfamiliar.tacna2012>
- ETAPAS DEL EMBARAZO. Internet.2009. p.53. Citado el 23 Dic 2016
00:38:05 GMT. Disponible en:
<https://www.womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/etapas-del-embarazo.html>
- ATENCIÓN DENTAL DE PACIENTES EMBARAZADAS. Citada el 27
de Diciembre del 2016. 13:59:33 GMT. Disponible en:

<http://html.rincondelvago.com/atencion-dental-de-pacientesembarazadas.html>

- SALUD BUCAL. UNAM. Internet. Citado el 20 Oct 2016 18:25:38 GMT
Disponible en:
http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/salud_b
- BRUSH TEETH. Citado el 12 Oct 2016 11:14:07 GMT
<http://www.mouthhaelthy.org/en/az-topics/f/flossing>
- FLOSS: Citado el 20 Nov 2016 08:11:12 GMT Usar el hilo dental. Usar la seda dental. Internet. Disponible en: www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/f/flossing
- COMO USAR EL HILO DENTAL. Internet. Citado el 4 Oct 2016 18:25:18 GMT Disponible en: www.colgate.com.mx/es/mx/oc/oral-health/.../brushing-and-flossing
- DOCUMENTO SOBRE EL FLÚOR. Citado el 14 Nov 2016 10:07:10 Sociedad Española de Odontopediatría. Internet. Disponible en:
http://www.odontologiapediatrica.com/documento_sobre_el_fluor

- SALUD: EL PELIGRO DE LA AUTOMEDICACIÓN EN EL EMBARAZO. Citado el 20 Dic 2016 20:01:09 GMT. Disponible en:
<http://www.cronicaviva.com.pe/salud-el-peligro-de-la-automedicacion-en-el>
- MEDICAMENTOS SEGUROS Y PROHIBIDOS DURANTE EL EMBARAZO. Citado el 28 Dic 2016 12:32:10 GMT. Disponible en:
<http://www.hacerfamilia.com/embarazo/noticia-medicamentos-puedo-tomar-si-estoy-embarazada-20120301044111.html>
- CASTRO, CRISTINA. La primera visita de los niños al dentista Internet. Citado el 29 Dic 2016 14:21:59 GMT. Disponible en:
<http://www.sanosyfelices.org/pdf/entrevista-calabaza.pdf>



ANEXO N° 2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS



ANEXO N° 3:
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Sra: María Lucrecia Fierro – Medina Flores de la Maestría en Odontoestomatología titulada: “RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO –INFANTIL EN GESTANTES DEL C.S. CLAS “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN – TACNA 2016”, con fines de obtención del Título Profesional.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informada exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informada convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fé de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigador

Investigado

Tacna,



**ANEXO N°4:
AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD**

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

SOLICITA: Permiso para realizar encuestas a gestantes

SEÑOR GERENTE DEL CLAS C.S. "SAN FRANCISCO" DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN-TACNA
SD.

Yo, MARÍA LUCRECIA FIERRO MEDINA FLORES,
Cirujano Dentista, identificada con DNI 00425578
ante ud. con el debido respeto me presento y digo

Que, para realizar mi tesis de Maestría en Odontostomatología; necesito hacer unas
encuestas a gestantes del centro de salud que usted dignamente dirige, para lo cual solicito su
permiso.

POR LO EXPUESTO:

Ruego A Usted Acceder A Mi Solicitud.

Tacna, 12 de Noviembre del 2015



M. Lucrecia Fierro Medina Flores

DNI N° 00425578






ANEXO N° 5:
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

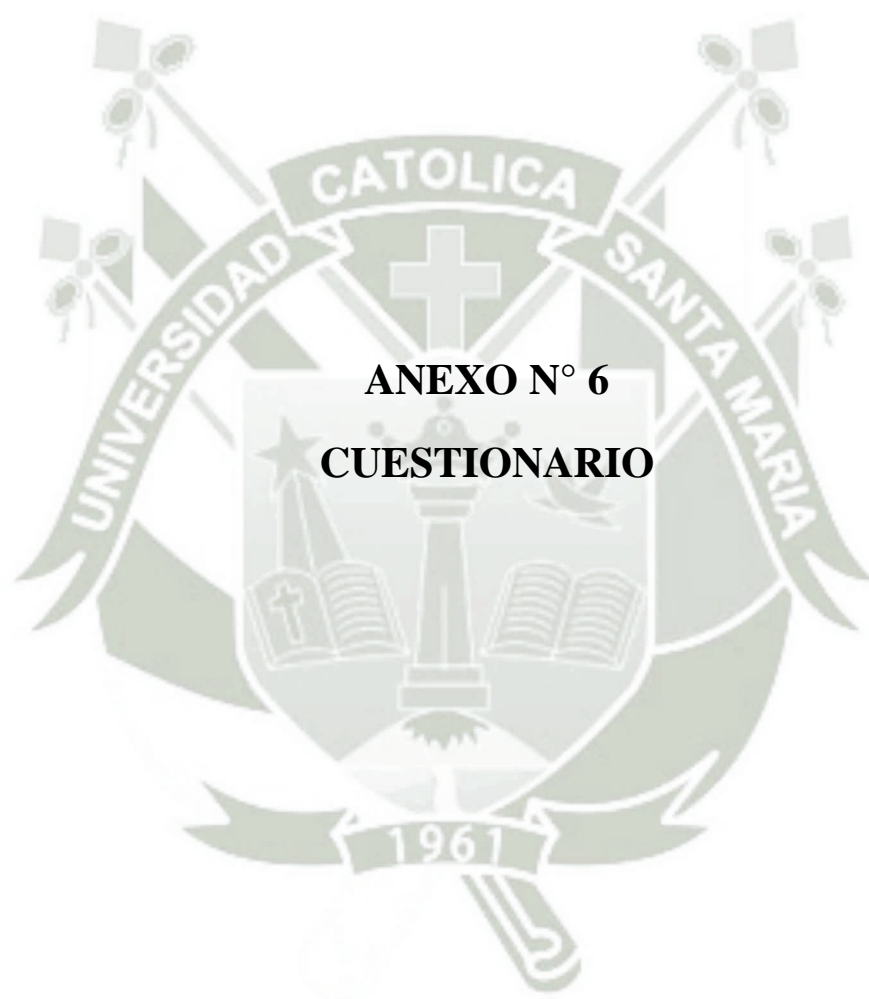
Marque con una "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación:

Nº	PARÁMETROS DE VALIDACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN
1	Los ítems considerados en el instrumento, ¿miden en realidad lo que pretender medir?	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
2	La cantidad de ítems registrados, ¿son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
3	Los ítems comprendidos en este instrumento, ¿son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
4	Si aplicamos en forma reiterada este instrumento a muestras similares, ¿obtendríamos datos similares?	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
5	Los conceptos utilizados en este instrumento, ¿son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
6	Todos y cada uno de los ítems contenidos en el instrumento, ¿tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
7	El lenguaje utilizado en el instrumento ¿es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
8	La estructura del presente instrumento ¿es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
9	La escala de medición utilizada ¿es pertinente a los objetos materia de estudio?	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
10	¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrían que incrementarse o qué aspectos habría que suprimirse?	

Se agradece por su colaboración.

Atentamente: El investigador.


 Claudia M. Castillo Guillén
 Odontopediatría
 C.O.P. 22445 RNE. 558



**TÍTULO: “RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL
MATERNO –INFANTIL EN GESTANTES DEL C.S. “SAN FRANCISCO”
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN – TACNA 2016**

Marque con una equis (X) dentro del paréntesis la respuesta que considere correcta.

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

1. **Edad:** Menor a 18 años()Entre 19 y 29 años() Entre 30 y 39 años()De 40 a más años()
2. **Procedencia:** Tacna () Puno () Cuzco () Moquegua () Otros ()
3. **Grado de Instrucción** Ninguno () Primaria () Secundaria () Técnica () Superior ()
4. **Ocupación:**
5. **Orden de Embarazo:** Primer Embarazo() 2 o 3 Embarazos() Más de 3 Embarazos()
6. **Tiempo de Gestación:** Menos 12 semanas()De 12 a 24 semanas()Más de 24 semanas()
7. **Nivel socioeconómico según evaluación SIS:** No pobre()Pobre()Pobreza extrema ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL MATERNO-INFANTIL

MANIFESTACIONES ORALES DE LA GESTANTE

8. ¿Considera Ud. que las náuseas y vómitos excesivos son síntomas normales del Embarazo? Sí () No ()
9. ¿Cree Ud. que el sangrado de encías se presenta en todas las embarazadas? Sí () No ()
10. ¿Escuchó hablar que el sangrado y movilidad de sus dientes podría ser causa de parto prematuro? Si () No ()

CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA GESTANTE:

11. Las visitas de la gestante al dentista deben ser: Antes del Embarazo ()
Durante el primer trimestre () Durante el Segundo Trimestre () Al final del Embarazo ()

12. ¿Crees que el cepillado de dientes y el uso del hilo dental, podría evitar la Caries Dental y el sangrado de las encías durante el embarazo? Sí () No ()
¿Por qué?
13. ¿Consideras que la embarazada debe evitar comer Chocolates, frutas dulces, pan, pasteles, tofes, etc.? Sí () No ()
¿Por qué?
14. ¿Qué productos crees podrían evitar la caries dental? Pastas dentales con flúor () Enjuagues bucales con flúor () Sellantes () Flúor aplicado por el profesional () Ninguno ()
Otros.....

CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE

15. ¿La mujer embarazada puede tomar medicamentos? Sí () No ()
Si marcaste No ¿Por qué?
Porque puede dañar al bebé () Porque puede provocar manchas en los dientes del bebé () Porque puede provocar aborto en la madre gestante ()
No hace ningún daño al bebé ()
16. ¿Se le debe tomar radiografías dentales a la embarazada? Sí () No ()
Si marcaste No ¿Por qué? Causa deformaciones en el bebé () Produce abortos () Otros.....
17. ¿Se puede aplicar anestesia dental a la embarazada? Sí () No ()
18. ¿Conoce los riesgos de fumar e ingerir alcohol durante el embarazo? Sí ()
No () ¿Cuáles?

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL DEL BEBÉ

19. ¿Sabe cuándo salen los primeros dientes de leche de su bebé?
Entre 5° y 6° mes () Más de 10 meses () Más de 1 año ()
20. ¿Cuándo se recomienda limpiar los dientes de su bebé?
Desde que salen () Al primer año () Cuando completa la dentadura ()
21. ¿Cómo se debe limpiar los dientes de su bebé:
Con gasa enrollada en el dedo () Con Gasa embebida en agua ()
Sólo con cepillo dental () Cepillo y Pasta dental () Ninguno ()
22. ¿Qué tipo de Lactancia crees es la más conveniente para la salud oral de su bebé?
Lactancia Materna () Lactancia Mixta () Lactancia Artificial ()
23. ¿Sabes que la leche acumulada en las encías y en los primeros dientes de leche puede provocar la llamada Caries del Biberón? Sí () No ()

24. ¿El uso prolongado del biberón puede provocar malformaciones en la boca de su bebé? Sí () No () ¿Por qué?
25. ¿Escuchó hablar que besar en la boca a su bebé o compartir cucharas puede transmitir bacterias a su bebé? Si () No ()
26. ¿Cree que el uso del chupón o chuparse el dedo constantemente provoca daño en la dentición de su bebé? Sí () no ()
27. ¿Cuándo debe ser llevado el niño a la consulta dental?
A partir de los 06 meses () Al año () Cuando presenta dolor ()
28. ¿Sabe que la boca san de los padres influye en la buena salud bucal de su niño?
Si () No ()

