

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL CAP III – ESSALUD Y AL
IPRESS I-3 9 DE OCTUBRE, IQUITOS – 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTORES : BACH. JUNHIOR ANDERSEN ALEKHINE LERBY CUBAS MARINA
BACH. RAUL OLIVEIRA WESCHE**

ASESOR : C.D. ROGER NARCISO LOPEZ

SAN JUAN BAUTISTA – LORETO – MAYNAS – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por haberme dado la vida, sabiduría e inteligencia, y que por su infinita misericordia pude lograr culminar esta etapa de mi vida.

A mis Padres ALFREDO Y CARMEN, porque me han ayudado a crecer, gracias por estar siempre conmigo en todo momento. Gracias por la paciencia que han tenido siempre conmigo, por el amor que me dan, por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento, por sus sacrificios y esfuerzos, por darme una carrera para mi futuro y por brindarme la mejor formación posible.

A mis tíos, GONZALO, ROCIO Y MARIA, gracias por sus apoyos incondicional por sus consejos, por sus palabras de motivación que me brindaron durante el transcurso de mi carrera universitaria.

A mi novia SHEYLA, quien me dio fuerza y valor para seguir adelante y por estar a mi lado siempre incondicionalmente y ayudarme en los momentos difíciles.

JUNHIOR CUBAS MARINA

DEDICATORIA

- ❖ Siempre poniendo en primer lugar a DIOS, por haberme brindado buena salud y así poder cumplir una meta más satisfactoriamente.
- ❖ A mis padres RAUL y GLADYS, por haber hecho todo esto posible, dándome siempre sus apoyos incondicionales y confiar en mí, para continuar con esta carrera que requiere de mucho esfuerzo y sacrificio.
- ❖ A mi pequeña hija VANNIA ANTONELLA, por ser mi motivación y darme esa fuerza para no rendirme nunca.
- ❖ A mis docentes por guiarme en este camino de formación profesional.

RAUL OLIVEIRA WESCHE

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos entendimiento, fortaleza y capacidad para poder culminar una etapa más en nuestra formación y guiarnos en el trayecto de nuestras vidas.

A nuestro asesor, C.D. Roger Narciso López, por el apoyo constante en el desarrollo de la presente investigación.

Al centro de salud CAP III – ESSALUD Y AL IPRESS I -3 9 DE OCTUBRE por brindarme las facilidades y permitirme el desarrollo del trabajo de investigación.

A las madres gestantes del CAP III – ESSALUD y del IPRESS I -3 9 DE OCTUBRE que participaron en el estudio, por su participación y colaboración en la ejecución de la investigación.

A nuestros docentes por su ardua labor durante nuestra formación académica.

Y a todas las personas que, de una u otra forma, brindaron las facilidades para la culminación de este proyecto de investigación.

Por último, agradecer a mi querida Universidad, quien vio dar mis primeros pasos en mi formación profesional.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 205-2019-UCP-FCS, del 06 de Marzo del 2019, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

✚ C.D. Karina Amelia Juárez Concha, Mg.	Presidente
✚ C.D. Carlos Luis Tello Tafur	Miembro
✚ C.D. Cecilia del Pilar Salazar Mattos	Miembro

Como Asesor (es): C.D. Roger Narciso López Sánchez

En la ciudad de Iquitos, siendo las 07:30 p.m. horas, del día 11 de Setiembre del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CAP III ESSALUD Y AL IPRESS I – 3, 9 DE OCTUBRE, IQUITOS - 2018".

Presentado por los sustentantes:

**JUNHIOR ANDERSEN ALEKHINE LERBY CUBAS MARINA
RAÚL OLIVEIRA WESCHE**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: CIRUJANO DENTISTA.

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *absueltas*

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

..... *aprobada por Mayoría*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


C.D. Karina Amelia Juárez Concha, Mg.
Presidente


C.D. Carlos Luis Tello Tafur
Miembro


C.D. Cecilia del Pilar Salazar Mattos
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PUBLICA DEL DÍA 11 MES DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2019. EN EL AULA TIC B DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA
DEL PERÚ, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERÚ MIEMBROS DEL JURADO

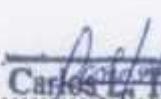


.....
C.D. Mg. Karina Amelia Juárez Concha
PRESIDENTE



.....
Dra. Cecilia del Pilar Salazar Mattos
Cirujano Dentista
COP. 14761

.....
C.D. Cecilia del Pilar Salazar Mattos
MIEMBRO DEL JURADO



.....
Carlos Luis Tello Tafur

.....
C.D. Carlos Luis Tello Tafur
MIEMBRO DEL JURADO



.....
Roger N. Lopez Sanchez
Cirujano Dentista
División Médica Legal II-Loreto
COP 14762

.....
C.D. Roger Narciso López
ASESOR

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Portada	
Dedicatoria	2
Agradecimiento	4
Hoja de Aprobación	5
Índice de contenido	6
Índice de cuadros o tablas	8
Índice de Gráficos o figuras	9
Resumen y Palabras clave	10
Abstract	11
CAPITULO I: Marco teórico	
1.1 Antecedentes del estudio	12
1.2 Bases teóricas	19
1.3 Definición de términos básicos	37
CAPITULO II: Planteamiento del Problema	
2.1 Descripción del problema	38
2.2 Formulación del problema	40
2.2.1. Problema General	40
2.3 Objetivos	40
2.3.1. Objetivo General	40
2.3.2. Objetivos Específicos	40
2.4 Hipótesis	41
2.5 Variables	
2.7.1. Identificación de las variables.	41
2.7.2. Definición conceptual y operacional de las variables.	41
2.7.3. Operacionalización de las variables.	41
CAPITULO III: Metodología	
3.1 Tipo de Investigación y Diseño de la Investigación	42
3.2 Población y Muestra.	43

3.3	Técnicas e Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos	45
3.7	Procesamiento y Análisis de Datos.	46
	CAPITULO IV: Resultados	47
	CAPITULO V: Discusión, Conclusiones y recomendaciones	59
	Referencias Bibliográficas	64
	Anexo 1. Matriz de Consistencia	
	Anexo 2. Instrumento de recolección de Datos	
	Anexo 3. Consolidado de Informe de Opinión de Expertos del Instrumento	
	Anexo 4. Consentimiento Informado	

INDICE DE CUADROS

CUADROS	Pág.
Cuadro 1. Distribución de la muestra según edad	49
Cuadro 2. Distribución de la muestra según grupo etario	50
Cuadro 3. Distribución de la muestra según estado civil	51
Cuadro 4. Distribución de la muestra según grado de instrucción.	52
Cuadro 5. Distribución de la muestra según trimestre de embarazo	53
Cuadro 6. Distribución de la muestra según número de embarazo	54
cuadro 7. Distribución de la muestra según obtención de la información de salud bucal	55
cuadro 8. Nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3 9 de octubre	56
Cuadro 9. Prueba T de Student para el nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3 9 de octubre	57

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de la muestra según edad	49
Gráfico 2. Distribución de la muestra según grupo etario	50
Gráfico 3. Distribución de la muestra según estado civil	51
Gráfico 4. Distribución de la muestra según grado de instrucción	52
Gráfico 5. Distribución de la muestra según trimestre de embarazo	53
Gráfico 6. Distribución de la muestra según número de embarazo	54
Gráfico 7. Distribución de la muestra según obtención de la información de salud bucal	55
Gráfico 8. Nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3 9 de octubre	56

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es del tipo cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, cuyo objetivo principal del presente estudio fue determinar si existe un Alto nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y Bajo nivel de conocimiento en gestantes que acuden al IPRESS I -3 9 de octubre; para lo cual se aplicó un cuestionario de manera voluntaria a 127 gestantes que acudieron a su control prenatal en el CAP III – ESSALUD y a 109 gestantes que acudieron a su control prenatal en el IPRESS I -3 9 de octubre; agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-10 puntos), regular (11-15 puntos) y bueno (16-22). Además, se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, grado de instrucción y trimestre de embarazo, se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 81,9% (104 gestantes) en el CAP III – ESSALUD y un 71,6% (78 gestantes) en el IPRESS I -3 9 de octubre. Según edad fue de 18 a 29 años con 72 gestantes (56,7%) del CAP III – ESSALUD y 80 gestantes (73,4%) del IPRESS I -3 9 de octubre. Según grado de instrucción, fue secundaria completa en 66 gestantes (52%) del CAP III – ESSALUD y 53 gestantes (48,6%) del IPRESS I -3 9 de octubre. Según trimestre de embarazo, fue en el II Trimestre con 74 gestantes (58,3%) del CAP III – ESSALUD y 57 gestantes (52,3%) del IPRESS I -3 9 de octubre. Por otro lado, con la prueba T de Student se observa que si existe un Alto nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y Bajo nivel de conocimiento en gestantes que acuden al IPRESS I -3 9 de octubre, esta diferencia observada se verificara en el contraste de la hipótesis de la investigación.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento, salud Bucal, Gestante.

ABSTRACT

This research work is of the quantitative type, non-experimental, transversal, descriptive and correlational, whose main objective of this study was to determine if there is a high level of knowledge in oral health in pregnant women who attend CAP III – ESSALUD and Low level of knowledge in pregnant women who attend IPRESS I -3 of 9 October. For which a questionnaire was voluntarily applied to 127 pregnant women who attended their prenatal control in CAP III - ESSALUD and 109 pregnant women, who attended their prenatal control in IPRESS I -3 of 9 October. Grouping the results in the following intervals: bad (0-10 points), regular (11-15 points) and good (16-22). In addition, questions were submitted for the fulfillment of specific objectives such as age, degree of instruction and quarter of pregnancy, it was found that the most frequent level of knowledge was to regulate with 81.9% (104 pregnant women) in CAP III - ESSALUD and 71.6% (78 pregnant women) in IPRESS I -3 of 9 October. According to age, he was 18 to 29 years old with 72 pregnant women (56.7%) of CAP III - ESSALUD and 80 pregnant women (73.4%) of IPRESS I -3 of 9 October. Depending on the level of instruction, it was completed secondary in 66 pregnant women (52%) of CAP III - ESSALUD and 53 pregnant women (48.6%) of IPRESS I -3 of 9 October. According to pregnancy trimester, it was in the II Trimester with 74 pregnant women (58.3%) of CAP III - ESSALUD and 57 pregnant women (52.3%) of the IPRESS I -3 of 9 October. On the other hand, with the Student's T test it is observed that there is a high level of knowledge in oral health in pregnant women who attend CAP III - ESSALUD and Low level of knowledge in pregnant women who attend IPRESS I -3 of 9 October, This observed difference will be verified in the contrast of the research hypothesis.

Keywords: Level of knowledge, Oral health, Pregnant.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

NARANJO S. (Ecuador, 2016) En su estudio Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 – 19 años de edad en el centro de salud “La Magdalena” de la ciudad de Quito cuyo **objetivo:** determinar el nivel cognoscitivo en medidas preventivas para la salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 – 19 años de edad. **Metodología:** El estudio se realizó mediante una encuesta con 11 preguntas cerradas, mutuamente excluyentes a un total de 60 sujetos, evaluando el nivel de conocimiento sobre medidas interseptivas para el control de enfermedades bucales tanto para la madre, de igual forma para el bebé. Los **resultados** obtenidos fueron analizados utilizando una escala cualitativa y el apoyo de ANOVA, los cuales determinaron que la mayoría de las participantes presentaban un nivel de conocimiento regular respecto a las normas de prevención en salud bucal. Se **concluyó:** que las gestantes encuestadas no procuran una adecuada importancia ni a su salud estomatognática, ni a la del bebé, que debería ser protegido desde edades tempranas. (1)

GALLEGOS D. (Nicaragua, 2015). El estudio se realizó con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asistieron al Hospital Amistad México – Nicaragua, en el municipio de Ticuantepe en el periodo de Noviembre – Diciembre – Enero del año 2014 – 2015. Esta investigación conto con 19 madres. Para la recolección de datos se realizó un cuestionario, que consistía en 11

preguntas cerradas. Obteniendo como resultado el mayor porcentaje de nivel de conocimiento, el deficiente con un 38.3% (75) de los 196 casos. El nivel de conocimiento según la frecuencia de embarazo es el deficiente en madres primigesta. En donde las madres primigestas representan el 52.6% (103) de los casos con un nivel deficiente de 21.4% (42). (2)

LOPEZ M. (El Salvador, 2014). Desarrollo un estudio con el objetivo de clasificar el nivel de conocimiento y prácticas sobre la salud bucal en padres/encargados de niños del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador Ciudad Universitaria, Noviembre – diciembre 2014. Se realizó un estudio 80 padres de familia, la recolección de datos se hizo mediante un cuestionario. Los resultados en general sobre conocimiento en salud bucal el 35.0% mostro un nivel alto, el 62.5% un nivel regular. En cuanto conocimiento sobre dentición el 33.8% un nivel alto, el 48.8% regular y 17.5% un nivel bajo; y sobre enfermedades bucales predominó el 52.5% con nivel alto, el 45% con un nivel regular; sobre prevención el 32.5% mostró un nivel alto, el 57.5% regular; y en cuanto a las prácticas, para el 27.5% son adecuadas y para el 72.5% inadecuadas. En el conocimiento sobre salud bucal predominó la categoría regular común 62.5% y las practicas inadecuadas alcanzó el 72.5%, por lo que se encuentran diferencias estadísticamente significativas donde se afirma que el nivel de conocimiento si influye en las prácticas, aunque su nivel de significancia es bien bajo $P=0$. Lo que podría indicar que tener un conocimiento alto ayudaría a tener unas prácticas adecuadas. (3)

BENÍTEZ M. (México, 2014) En su investigación “Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia” con el **objetivo** determinar la correlación entre el contexto personal y social de las gestantes en el Instituto Materno Infantil del Estado de México “IMIEM” Hospital de Ginecología y Obstetricia. **Metodología** aplicación del cuestionario sobre conocimientos básicos sobre salud bucal. **Resultados:** De las 253 gestantes que participaron en el estudio el rango de edades de las gestantes esta entre los 20 y 25 años de edad con 111 gestantes representando un 44%, 96 son primigestantes, siendo este el valor más alto con un 38%, el 57% de las gestantes viven bajo unión libre. El 33% representa a las gestantes casadas, siendo estos los dos valores más altos en cuanto a su estado civil, el 33% de las 253 gestantes encuestadas su máximo grado de estudio es secundaria. Seguido de nivel medio superior con un 31%, el 90% de las madres que se entrevistaron saben que el cepillado dental de sus hijos debe de realizarse después de las comidas. El 74% de las gestantes consideran que la visita al odontólogo debe ser desde el nacimiento o cuando erupcionan el primer diente. El 72% de las gestantes saben que los dientes permanentes comienzan a erupcionar a los 6 años de edad. **Conclusiones:** En el contexto personal, la edad, el número de embarazos y el número de hijos nacidos vivos de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos. Dentro del contexto social, el lugar de residencia y el máximo grado de estudios de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos. (4)

ANTECEDENTES NACIONALES

ALFARO, R. (Chincha, 2015). Realizó un trabajo de investigación de tipo descriptivo, transversal cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “San José” de Chincha. Para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario de 18 preguntas, el cual fue dividido en 4 secciones con el fin de evaluar integralmente el nivel de conocimientos de las gestantes sobre salud oral.

Asimismo, se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el 2do trimestre de embarazo (42%), el grado de instrucción secundaria (72%), de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes de 21 a 30 años (62%). No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y grado de instrucción.

Se concluyó que el nivel de conocimiento más frecuente fue el malo con un 55% (66 gestantes). (5)

PARICOTO, RE. (Juliaca, 2015), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el grado de relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y la prevalencia de caries de los niños y niñas de 6 a 11 años de las Instituciones de Educación Primaria del distrito de Caminaca, Juliaca – Perú 2015. La técnica utilizada para el recojo de información fue el cuestionario llegándose a los siguientes resultados: que las mujeres de 24 a 30 años presentan en su mayor porcentaje 44.44% un buen nivel de conocimiento sobre salud bucal a diferencia de las madres más jóvenes de 17 a 23 años que presentaron nivel de conocimiento deficiente, las mujeres que tienen solo grado de instrucción primaria tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal a diferencia de

las que tienen instrucción superior que su nivel de conocimiento es bueno la prueba es significativa. (6)

DAZA, J. (Lima, 2014). En su estudio cuyo objetivo general fue: determinar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral en las pacientes gestantes del Hospital María Auxiliadora en el año 2010. Se evaluaron 295 gestantes que acudieron al área de Gineco-obstetricia; para obtener el nivel de conocimiento se aplicó un cuestionario que constó de 20 preguntas divididas en 05 temas: prevención de salud oral, enfermedades bucales, riesgo de caries, formación de los dientes y riesgos en el embarazo. Este estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, observacional y de corte transversal. Se obtuvo como resultado que el nivel de 20 conocimientos sobre salud oral fue regular en un 66%, bueno en 20% y deficiente en 14% del total de las pacientes gestantes que realizaron el cuestionario. Se incluye que las gestantes del Hospital María Auxiliadora tienen un nivel de conocimiento regular y se debería implementar programas y charlas de salud oral y riesgos en el embarazo para poder mejorar este resultado. (7)

RIOS, M. (Trujillo, 2014). Realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños. A una muestra de 255 madres que acudieron al Programa de Crecimiento y desarrollo del Policlínico Pacasmayo EsSalud, Trujillo 2014, y cumplieron los criterios de selección, Se les aplicó un cuestionario estructurado auto administrado para registrar los datos. El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres fue bueno en 67.5%, adecuada en el 80.8% y regular en el 87.7% respectivamente. Encontrándose asociación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad y la ocupación; entre la actitud

y el nivel de instrucción y entre las practicas con la ocupación y el estado civil de las madres. Se concluye que las madres tienen buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en los niños, lo que es favorable para lograr hábitos de higiene adecuados en los niños que mejore su calidad de salud oral. (8)

ANTECEDENTES LOCALES

RODRIGUEZ D. (Iquitos, 2018) realizó un estudio en primigestas del Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay con respecto a su nivel de conocimiento sobre salud bucal, poniendo énfasis en la prevención. El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en un grupo de 100 primigestas que acudieron a sus controles prenatales al centro de salud I-4 nanay. 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 determinará el nivel de conocimiento más frecuente de las primigestas, teniendo respuestas aprobatorias superiores a 60%. Mediante este estudio podremos determinar si existe un adecuado conocimiento sobre salud bucal de primigestas. (9)

Fasabi S. (Iquitos, 2017). Realizó un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre el nivel de

conocimiento sobre prevención en salud bucal con el índice de Higiene Oral que presenta cada gestante en el Centro de Salud Bellavista Nanay – 2016; para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 130 gestantes que acudieron a consulta pre natal. Los resultados que se obtuvieron son: el 76.2% (99 gestantes) obtuvieron nivel de conocimiento regular, el 12.3% (16 gestantes) en nivel de conocimiento malo y el 11.5% (15 gestantes) en nivel de conocimiento bueno. Con respecto a la evaluación del Índice de Higiene Oral en 130 (100%) gestantes atendidas, se tiene como resultado que el 48.5% (63 gestantes) presentaron Índice de Higiene Oral bueno, el 40.8% (53 gestantes) Índice de Higiene Oral Regular y el 10.7% Índice de Higiene Oral deficiente respectivamente. Del análisis descriptivo Bivariado, de la variable independiente Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal con la variable dependiente Índice de Higiene Oral en las 130 (100%) gestantes, se tiene que todas las gestantes 63 (100%) con buen nivel de Índice de Higiene Oral el 82.5% (52 gestantes) resultaron tener nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal regular, 15.9% (10 gestantes) nivel de conocimiento bueno y solo el 1.6% (1 gestante) nivel de conocimiento malo. De las 53 (100%) gestantes con regular Índice de Higiene Oral el 86.8% (46 gestantes) tuvieron nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal regular, el 7.5% (4 gestantes) nivel de conocimiento bueno y 5.7% (3 gestantes) nivel de conocimiento malo, de las 14 (100%) gestantes con Índice de Higiene Oral deficiente, el 85.8% (12 gestantes) resultaron con nivel de conocimiento en prevención sobre salud bucal malo y solo el 7.1% (1 gestante) nivel de conocimiento bueno y regular respectivamente. Por otro lado, se observa cualitativamente que existe relación ordinal entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el Índice de Higiene Oral en las

gestantes que se atienden en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud de Bellavista Nanay, en el sentido que a medida que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud se incrementa también lo hace el índice de higiene oral, esta relación observada se verificará en el contraste de la hipótesis de la investigación. (10)

PANDURO M. (Iquitos, 2014) Realizó un estudio donde estableció el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia Bagazán– distrito Belén, Iquitos, el estudio fue de tipo descriptivo, no experimental y de corte transversal, la población estuvo conformada por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad cada uno con sus respectivas madres, se consideró como muestra 60 niños y niñas. Se utilizó los índices de higiene oral simplificado (IHOS) y de CEO-D, para poder determinar el estado de salud de los niños. Los resultados fueron que el total de 60 madres; el 83.3% (50 madres) presenta un nivel de conocimiento deficiente y el 16.7 % (10 madres) presentó un nivel regular, además de un total de 60 niños; el 75% (45 niños) presentó un índice de higiene oral regular y el 23.3% (14 niños) bueno; el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y eso corresponde a la condición de muy alto. (11)

1.2. BASES TEORICAS

A. Conocimiento

El conocimiento, tal como se concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprender su mundo y realizarse como individuo, y especie. A través de todos los tiempos el conocimiento suele entenderse como

hechos o información adquiridos por una persona en base a su experiencia o educación a lo largo de su vida. (12)

J **Tipos De Conocimiento.**

✓ **Conocimiento Empírico.**

Es a metódico y asistemático ya que permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta dar explicación racional; apuesta por la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad a su manera. (12)

✓ **Conocimiento Científico.**

Este conocimiento generalmente va más allá del empírico, una vez producido el fenómeno se entienden las causas y las leyes que lo gobiernan. El conocimiento científico tiene tres características fundamentales: es cierto porque explica con certeza lo que ocurre, es general por que la ciencia busca en él lo que tiene en común con los de su misma especie y es metódico y sistemático por que utiliza métodos y se rige en base al sistema. (12)

✓ **Conocimiento Filosófico.**

Su estudio parte de lo concreto material a lo concreto supra material, de lo particular a lo universal, está constituido por realidades inmediatas no percibidas por los sentidos, traspasan experiencias, siendo la base de la filosofía y tratando de asimilar la búsqueda del saber y no su posesión. (12)

✓ **Conocimiento Teológico.**

Es un conocimiento revelado, que implica siempre una actitud de fé y ocurre sobre algo oculto o un misterio. Relacionado también a un conjunto de métodos y técnicas de naturaleza humana que pretenden obtener conocimientos mediante datos de revelación divina, estos conocimientos son adquiridos mediante libros sagrados. (12)

B. Medidas Preventivas en Salud Bucal

El cuidado e higiene de la boca es fundamental para garantizar un desarrollo adecuado en la salud integral, por lo cual las personas deben tomar conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal durante las diferentes etapas de la vida, ya que las enfermedades bucodentales constituyen un serio problema de salud pública por su alta prevalencia y gran impacto sobre los grupos sociales. (13)

Según la OMS, las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal las cuales afectan a más del 90% de la población, las enfermedades bucales se encuentran entre las cinco con más alta demanda de atención en los servicios de salud del país, la mayoría de estas pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano. (14)

Cabe destacar que la prevención en salud oral son aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales, por ende, la prevención no solo trata de evitar la enfermedad sino también

detenerla una vez que ha aparecido e impedir su avance, convirtiéndose así en un papel fundamental en el cuidado de la cavidad oral. (15)

C. Higiene Bucal

La higiene bucal es considerada como uno de los factores asociados positivamente a la prevención de caries y gingivitis. La promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad, tienen como principal fundamento el control de la placa bacteriana a través del desarrollo de hábitos adecuados de higiene oral. (16)

Higiene del lactante: La madre debe de recibir asesoramiento sobre cómo realizar la limpieza dental de su bebé. Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color) se limpia la cavidad bucal con una gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactancia. También hay que realizar una limpieza de la cavidad bucal del bebé tras la administración de medicamentos, como jarabes, los cuales tienen alto contenido en azúcar. (17)

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del agente infeccioso. Todas

estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño. (18)

Higiene de la dentición decidua: Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria. Se recomienda limpiar los dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años). (19) (20)

La técnica de cepillado más recomendable para niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. Debemos esforzarnos para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario. (21)

D. Cepillado Dental

El objetivo principal del cepillado es eliminar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encías. (22)

Cepillo Dental

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas, la cabeza es la parte donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos. Las cerdas son de nylon y miden de 10 a 12 mm de largo, sus puntas pueden tener diferentes grados de redondeo conforme al uso, según la dureza de las cerdas se dividen en suaves, medios y duros. De acuerdo al tamaño los cepillos se fraccionan en grandes medianos y chicos, con el paso del tiempo y con cada cepillado las cerdas del cepillo se van deteriorando y se abren poco a poco en forma de abanico, como consecuencia es menos eficaz en la eliminación de la placa bacteriana. (23)

Técnicas de Cepillado Dental

Existen diferentes técnicas de cepillado dental entre las cuales tenemos:

➤ **Técnica de Bass Modificada**

En esta técnica, las cerdas del cepillo se colocan a nivel del surco gingival en un ángulo de 45° en relación con el eje mayor del diente, el cepillo se desplaza de adelante hacia atrás con movimientos cortos y vibratorios durante 15 segundos cada dos dientes. En las caras linguales de la zona dentaria anterior se colocará el cepillo en sentido vertical respecto al eje longitudinal del diente. Es recomendada para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. (24)

➤ **Técnica de Stillman Modificada**

Se debe colocar las cerdas del cepillo en ángulo oblicuo con dirección apical, con movimientos cortos vibratorios

hacia delante y atrás, a la vez se desplaza en dirección coronal, también presenta un movimiento circular sobre la encía y el diente en dirección oclusal. Con esta técnica se utilizan más los extremos de las cerdas y se evita penetrarlos en el surco gingival. Está indicada para la limpieza de zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular. (24)

➤ **Técnica de Charters**

El objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interproximal. El cepillo se coloca en sentido oblicuo con las puntas dirigidas hacia las superficies oclusales e incisales con un ángulo de 45° con respecto al eje dental, se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen un masaje en las encías. (24)

➤ **Técnica de Starkey**

Se realiza con el niño de pie, al frente y de espaldas a la madre apoyando la cabeza contra ella, la limpieza es hecha con la mano izquierda de la madre separando los tejidos bucales mientras que con la derecha realiza el cepillado. Los filamentos se dirigen en una inclinación de 45° hacia apical y se realizan movimientos circulares en las caras lisas y anteroposteriores en las caras oclusales. (25)

E. Seda Dental

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que por el grosor de las cerdas del cepillo no permite limpiar la zona entre diente y diente, debido a que el espacio entre estos

es muy pequeño, por lo que se recomienda utilizar el hilo dental. (26)

La mayor parte de las caries inician su labor entre los dientes, en donde las cerdas de su cepillo simplemente no entran. Para mantener las encías y los dientes sanos, se debe emplear hilo dental una vez al día para retirar la placa que se forma entre los dientes. (27)

Modo de Empleo del Hilo Dental

Se coge aproximadamente 40 cm de hilo y enrolle los extremos alrededor de los dedos medios de ambas manos, dejando libre cerca de 10 cm luego sostenga el hilo entre los dedos pulgares e índices, de modo que queden tensos de 3 a 4 cm. Con un movimiento de vaivén deslice suavemente el hilo entre el frente y la parte posterior del diente, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente, no deje que el hilo se deslice tan rápido entre los dientes ya que podría lastimar el tejido gingival. Para retirar el hilo lo debe hacer con un movimiento de vaivén y repita esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados. (24)

F. Flúor

Desde 1958 la OMS apoya el uso del flúor y en 1975 consideraba el empleo de fluoruros como "la medida más eficaz con la que se cuenta para prevenir la caries en los programas orientados a la comunidad". El fluoruro dinámicamente importante es aquel presente en la cavidad bucal que interfiere con el desarrollo de la caries, reduciendo la desmineralización cuando hay exposición al azúcar y caídas del pH en el biofilm dental y activando el proceso de

remineralización salival cuando el pH retorna a la normalidad.
(28)

El flúor es un elemento químico, que se encuentra presente en las pastas dentales, en los enjuagues, en geles con flúor y en nuestro país en la sal. Cabe recalcar que el flúor es hasta el momento el único elemento que previene la caries, porque tiene la propiedad de endurecer las piezas dentarias, evitando se formen cavidades por el ataque de los ácidos. (27)

Z Mecanismos de Acción

Acción Sistémica. Durante el periodo de mineralización dental, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo su incidencia tras la erupción dentaria. (29)

Acción Tópica. Se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización – remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Su finalidad es incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano para favorecer la remineralización. (30)

Z Vehículos de Administración de Flúor

Fluoración de aguas. La concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. la única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. (30)

“Villena, R.” (1988) (31) realizó un estudio con el propósito de conocer la concentración natural de fluoruros en las aguas de consumo de Lima Metropolitana y Callao, con lo que se reveló que esta concentración oscilaba entre 0,11 a 0,33 ppm, considerándolo un valor bajo para una acción preventiva contra la caries dental (aproximadamente la quinta parte del valor ideal).

Z Flúor tópico de aplicación profesional

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

- **Soluciones Fluoradas**

Geles en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que, por ser acidulado, permite una rápida y profunda captación del ion flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 o 6 meses. (29)

- **Barnices con Flúor**

Generalmente el barniz fluorado permanece en contacto con el esmalte durante más tiempo que las soluciones o gel. Están compuestos por fluoruro de silano al 0,7% o por fluoruro de sodio al 0,2% siendo su eficacia entre 17 y 50% de reducción de caries. Es de sabor picante, desagradable para los niños. (29)

- **Pastas de Profilaxis**

Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodrómicos e iontoforesis.

Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil. (29)

Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo. (31)

Z Flúor de auto aplicación

Los programas de auto aplicación son mucho más económicos que los métodos de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja añadida de crear un hábito en el paciente. El flúor mediante este método se puede aplicar en forma de: dentífricos, colutorios, geles, seda dental y chicles.

- **Colutorios o Enjuagatorios**

Este tipo de enjuagues bucales con una solución fluorada constituyen un método simple y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro. (32)

- **Dentífricos Fluorados**

Es de gran importancia recalcar que la mayoría de las personas que utilizan la pasta dental con fluoruro reciben un tratamiento tópico de flúor al cepillarse los dientes, aunque solo se benefician de ello las personas que se cepillan los dientes con regularidad. (32)

el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F EN 100 g de pasta = 1000 ppm). (29) (33)

Las ventajas son su efectividad (entre 20- 30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental. (33)

- **Seda dental fluorada**

El hilo o seda dental permite eliminar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles al cepillo por lo tanto debe ser un auxiliar esencial del cepillo como parte de la práctica normal de la higiene bucal; sin embargo, el uso del hilo dental es una técnica difícil que requiere considerable práctica antes de dominarse. (32)

G. Asesoramiento Prenatal

El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo debido que durante este periodo los padres están más abiertos a las informaciones sobre salud de sus hijos que durante cualquier otro momento. Estos objetivos, incluyen brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Además, se debe informar sobre la importancia de la dieta materna durante el embarazo, incluidos efectos de medicamentos, tabaco, alcohol; la necesidad de una supervisión odontológica de las embarazadas, programas de tratamientos dentales durante la gestación, etc. (22) (34)

H. Atención Odontoestomatológico de la Paciente Gestante

La atención odontológica en pacientes embarazadas requiere de un minucioso cuidado debido a la susceptibilidad que presenta tanto el feto como la madre, durante el primer trimestre de embarazo. En el lapso de este periodo es aconsejable no realizarse tratamientos odontológicos invasivos a excepción de un control de placa bacteriana. El segundo trimestre es el período más propicio para proporcionar cuidados dentales habituales, incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo como actos operatorios simples. Lo más importante es llevar un control exhaustivo de la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del periodo de gestación, siempre tomando en cuenta el riesgo- beneficio de la paciente. (35)

I. Tratamiento Estomatológico en Gestantes

▪ Primer Trimestre

- ✓ Control de placa
- ✓ Instrucciones de Higiene Oral.
- ✓ Profilaxis y Curetajes Simples.
- ✓ Tratamientos de Emergencias Solamente.

▪ Segundo Trimestre

- ✓ Control de placa
- ✓ Instrucciones de Higiene Oral.
- ✓ Profilaxis y Curetajes Simples.
- ✓ Tratamiento dental de rutina.
- ✓ Momento ideal para el tratamiento dental.

▪ Tercer Trimestre

- ✓ Control de placa
- ✓ Instrucciones de Higiene Oral.
- ✓ Profilaxis y Curetajes Simples.
- ✓ Tratamientos de Emergencias Solamente.

▪ Durante todo el embarazo

- ✓ Programas de control de placa.
- ✓ Evitar la anestesia general y sedación intravenosa. Usar anestesia local.
- ✓ Evitar al máximo la administración de fármacos no necesarios.
- ✓ Si bien no está justificado por todos los autores, la ingestión oral de 1mg/día de flúor a partir del tercer mes o cuarto mes de gestación que es cuando empieza la calcificación de los dientes temporales, podría estar justificada en función de ciertos estudios.

Resumiendo, entonces, con respecto a la mujer embarazada lo más importante es:

- Dieta controlada: pobre en azúcares y rica en Calcio, Fosforo y Flúor: estos serían lácteos, pescados, tomates, té.
- Cepillado dentario después de cada comida.
- Uso de dentífricos fluorados o buches con flúor.
- Visita al odontólogo cada tres meses.
- Ingestión de comprimidos de Flúor a partir del tercer mes, para la calcificación de los dientes del bebé.
- En caso de mucha predisposición a las caries, el odontólogo puede indicar enjuagatorios diarios a base de Flúor, después del cepillado nocturno.
- Para que se cumplan los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla y lograr también la salud bucal del bebé.

J. Tipos de Dentición

▪ Dentición Permanente

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

- **Dentición Decidua**

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

Cronología de Erupción

	DIENTES SUPERIORES		DIENTES INFERIORES	
	Erupcionan	Se caen	Erupcionan	Se caen
Incisivos Centrales	8 – 12 meses	6 – 7 años	6 – 10 meses	6 – 7 años
Incisivos Laterales	9 – 13 meses	7 – 8 años	10 – 16 meses	7 – 8 años
Caninos	16 – 22 meses	10 – 12 años	17 – 23 meses	9 – 12 años
1er Molar	13 – 19 meses	9 – 11 años	14 – 18 meses	9 – 11 años
2do Molar	25 – 33 meses	10 – 12 años	23 – 31 meses	10 – 12 años

K. Caries Dental

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados.

La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. (21)

▪ **Caries dental en gestantes**

La relación entre el embarazo y la caries no es muy conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el incremento de las lesiones cariosas en las embarazadas se debe a un aumento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene defectuosa, cambio de los hábitos dietéticos y horarios. (36)

▪ **Caries de biberón**

La caries del biberón es un término que describe un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria o decidua de lactantes y niños de corta edad. (21) (18)

Entre los factores psicosociales para el inicio precoz de la ingesta por biberón y que condicionan asimismo el riesgo a caries tenemos:

- Personalidad
- Situación familiar
- Actitudes personales
- Medio social
- Estado emocional
- Comportamiento del niño

Las caries dentales por biberón son causadas por la exposición frecuente y prolongada de los dientes a líquidos con azúcares. Entre estos líquidos pueden estar la leche,

fórmula, jugos, ponches, bebidas dulces, gelatinas u otros líquidos endulzados. La caries dental se desarrolla con rapidez en los dientes temporales porque su estructura es más delgada, siendo predisponente cuando la madre se queda dormida mientras el bebé está lactando. (19) (18)

Se debe prevenir de la siguiente manera:

- Nunca se debe llevar el niño a la cama con un biberón.
- Se debe evitar el uso prolongado de chupones.
- Después de cada alimentación, se deben limpiar los dientes y encía con una toalla limpia o gasa para eliminar la placa.
- Entre comidas, si el bebé necesita un consolador, ofrecerle un biberón de agua pura y fresca.
- No se debe llenar el biberón con líquidos que sean principalmente de azúcar como gelatinas y bebidas dulces.
- Es preciso asegurarse que el niño obtenga flúor de alguna manera. Si no se dispone de agua con flúor, se le debe administrar ya sea sistémico o tópico.
- Los dientes de los niños se deben inspeccionar regularmente y comenzar las visitas al odontólogo cuando los dientes comiencen a erupcionar.
- La mamá (o el papá) deben ayudar con la higiene bucal por lo menos una vez al día que si es a la noche antes de dormir mucho mejor, ya que es durante las horas de sueño cuando las bacterias tienen vía libre para actuar. Porque cuando estamos despiertos actúa lo que denominamos “autoclisis”, y significa que el movimiento de la lengua, los labios y los músculos de la boca ayudan

en una auto-limpieza de todas las superficies bucales.
(19)

1.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

Nivel de conocimiento de salud bucal

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones); además de los aspectos preventivos.

Nivel de conocimiento

Estado claro de la conciencia de uno mismo y del entorno en la que la atención se centra en cuestiones inmediatas.

Gestante

Mujer que mantiene un embarazo producto del crecimiento del feto intrauterino.

Medidas preventivas

Actividades destinadas a proteger al individuo, familia y comunidad posibles o reales para su salud y de sus consecuencias lesivas.

Salud bucal

Esta, definido por la OMS, como la ausencia de enfermedades o trastornos de la cavidad bucal.

Higiene bucal

Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.

CAPITULO II

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de salud, en especial de la salud bucal en gestantes, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, por el poco interés del Estado en incentivar la educación en medidas preventivas en salud bucal, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.

La población hoy en día no le da la adecuada importancia a la Salud Oral, sobre todo las mujeres gestantes, ya que estas poseen un insuficiente y/o poco conocimiento acerca de la relación que existe entre sus cuidados de la salud y la influencia de estos en la salud bucal de su futuro bebé, desconocen los cuidados en salud oral que deben utilizar en sus infantes desde su nacimiento y la forma de prevenir futuros problemas odontológicos como caries, enfermedad periodontal, entre otras.

Por tal motivo la madre juega un rol fundamental durante este período de gestación para sus hijos, esta labor inicia con los conocimientos básicos que debe tener la madre acerca de sus propios cuidados tanto de higiene bucal como de hábitos dietéticos y su influencia en la salud de su futuro bebé. En la prevención de la salud el trabajo de un equipo multidisciplinario es primordial, el especialista obstetra y el pediatra deben suministrar toda la información necesaria relacionada con los hábitos de higiene bucal, dieta, succión y el período en que deben ser llevado al odontólogo, pues en pocas ocasiones el niño visita al

dentista durante su primer año de vida, a no ser por causa de traumatismo o enfermedades bucales. (37)

En la ciudad de Iquitos según el estudio realizado por Panduro ⁽¹⁰⁾ se encontró que de un total 60 madres (100%), el 83.3% tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7% presento un nivel regular.

Debemos incentivar en la Educación para la Salud, porque influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades. Es por esta razón que la prevención y conocimiento odontológico se debe empezar con la madre embarazada, motivarla e instruirla, con relación a su higiene bucal y la de su futuro bebé, para evitar problemas posteriores y frecuentes como por ejemplo el uso de chupones, biberones, falta de higiene, etc., las cuales provocan problemas como caries dental, mordida abierta, mala posición de las piezas dentarias, etc. Para que se practiquen los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en un estado de salud óptimo y con una fuerte motivación para conservarla y lograr también la salud bucal del infante. (36)

Derivado de lo anterior, el presente estudio plantea como interrogante de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y al IPRESS I -3 9 de octubre, Iquitos - 2018?

2.2.FORMULACION DEL PROBLEMA

2.2.1. PROBLEMA GENERAL

-) ¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y al IPRESS I -3 9 de octubre Iquitos - 2018?

2.3.OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO GENERAL

-) Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y al IPRESS I -3 9 de octubre Iquitos - 2018

2.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

-) Identificar el Nivel de conocimiento en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD.
-) Identificar el Nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al IPRESS I – 3 9 de octubre.
-) Comparar el Nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes del CAP III – ESSALUD y al IPRESS I – 3 9 de octubre.

2.4. HIPÓTESIS

Las gestantes del CAP III EsSalud tienen mayor nivel de conocimiento en salud bucal que las gestantes de la IPRESS I -3
9 de octubre.

2.5. VARIABLE PRINCIPAL

Nivel de conocimiento en Salud Bucal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	INDICE	Escala
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL	MALO	0 - 10	NOMINAL
	REGULAR	11 - 15	
	BUENO	16 - 22	

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de Investigación:

La presente investigación es del tipo cuantitativo, porque tiene como propósito plantear el problema del estudio sobre el nivel de conocimiento de medidas preventivas aplicadas en gestantes, que se atienden en el CAP III - EsSalud y el IPRESS I -3 9 de octubre determinado por interrogantes sobre las variables mencionadas.

3.1.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la presente investigación es No Experimental, Transversal, Descriptivo y comparativo:
El esquema es:



Dónde:

$M_1 M_2$ = Representa a cada muestra.

O = Observaciones realizadas en los sujetos de las muestras.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. Población:

La población está conformada por 607 gestantes que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III EsSalud y del C.S. I-3 9 de octubre.

) CAP III EsSalud: 326 gestantes

) C.S. I-3 9 de octubre: 281 gestantes

3.2.2. Muestra:

La muestra fue calculada por la fórmula para poblaciones finitas, siendo la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N : Población

n : Muestra

Z : 95% nivel de confianza (1,96)

p : 0,50 (proporción estimada de pacientes)

q : 0,50 (complemento de p)

E : 0,05

Ajustando tenemos que:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{607 * 1,96 * 0,50 * 0,50}{0,05^2 * (607 - 1) + 1,96 * 0,50 * 0,50} = 235,50$$

$$n = 236$$

El tamaño de la muestra fue conformado por 236 gestantes, y serán asignados por afijación proporcional empleándose la siguiente fórmula:

$$n_1 = \frac{N_h}{N} * n$$

Institución de Salud	N _h	n
CAP III EsSalud: N ₁ :	326	127
C.S. I-3 9 de octubre	281	109
Total	607	236

Criterios de inclusión

-) Gestantes del 1er, 2do y 3er trimestre
-) Gestantes que acudieron al servicio de Odontología y Obstetricia del CAP III – EsSalud y al IPRESS I -3 9 de octubre, que no presentan ninguna enfermedad sistémica.
-) Gestantes Alfabetas.
-) Aquellas gestantes que firmen su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

-) Gestante que presentan alguna alteración física o mental.
-) Gestantes que reuniendo los criterios de inclusión se negaron a participar.
-) Gestantes que no asistieron al CAP III – EsSalud y al IPRESS I -3 9 de octubre.

3.3. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente primaria (encuesta sobre Nivel de conocimiento en salud bucal) a través de un Instrumento de recolección de datos (Anexo N° 2).

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

-) Instrumento N° 1: Encuesta sobre Nivel de Conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al CAP II – EsSalud y al IPRESS I – 3 de octubre, Iquitos – 2019 se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas relacionado al nivel de conocimiento en salud bucal. Donde se evaluó mediante categorías de bueno, regular y malo.

-) El cuestionario fue entregado a las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión, en el área de Odontología del CAP III – ESSALUD y el IPRESS I -3 9 de octubre.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- a. Se solicitó la autorización al director del CAP III – ESSALUD y del IPRESS I -3 9 de octubre para la realización del estudio.
- b. Se revisó y validó el instrumento por expertos de la investigación.
- c. Se solicitó Consentimiento Informado a las gestantes y se les explicó del estudio y se procedió previa aceptación a realizar la evaluación odontológica.
- d. Se evaluó a todas las gestantes que acudieron al CAP III – ESSALUD y al IPRESS I -3 9 de octubre.

- e. Los datos fueron registrados en la ficha de recolección de datos.
- f. Se analizaron los datos.

3.4. Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de datos en Microsoft Excel y se usó también el paquete estadístico SPSS versión 22 en español.

Se hizo análisis univariado presentados por medio de cuadros y gráficos.

Se aplicó la prueba T de Student al 0,05 de significancia, con el propósito de validar la hipótesis planteada del estudio.

3.5. Protección de los Derechos Humanos

Se ha revisado la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, se mantiene la confidencialidad de la información y se utilizará consentimiento informado.

CAPITULO IV

4. Resultados

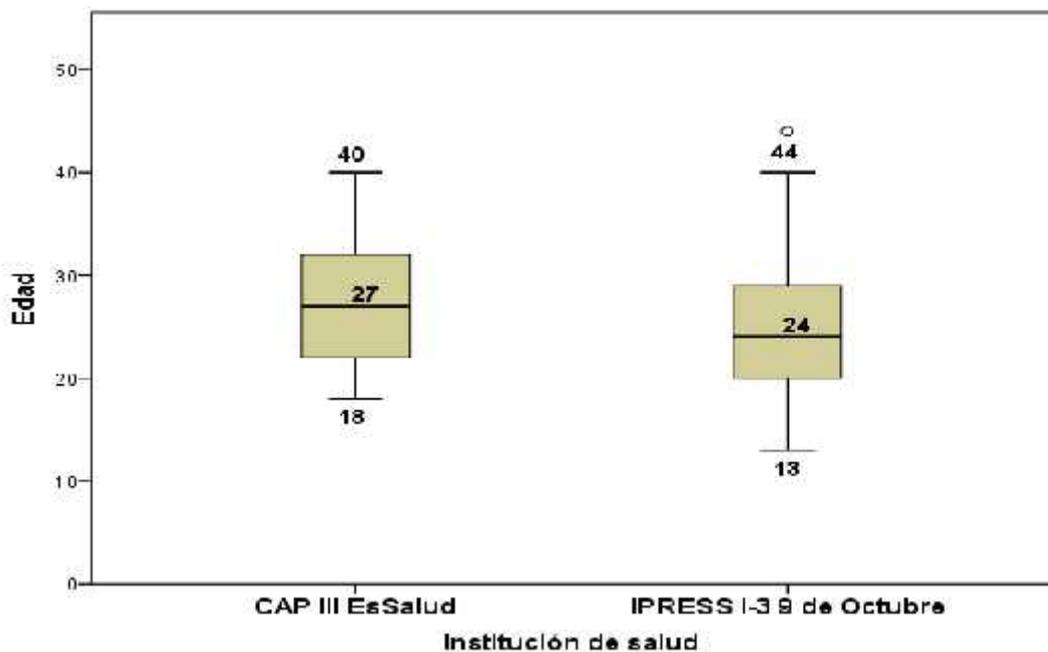
En el cuadro 01 se observa que en el CAP III EsSalud, la media de edad fue de 28 años, la edad mínima 18 años y la edad máxima de 40 años.

En la IPRESS 9 de octubre, la media de edad fue de 25 años, la edad mínima de 13 años y la edad máxima de 44 años.

Cuadro 01. Distribución de la muestra según edad.

Institución de salud	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
CAP III EsSalud	28	27	18	40
IPRESS I-3 9 de octubre	25	24	13	44

Gráfico 01. Distribución de la muestra según edad.



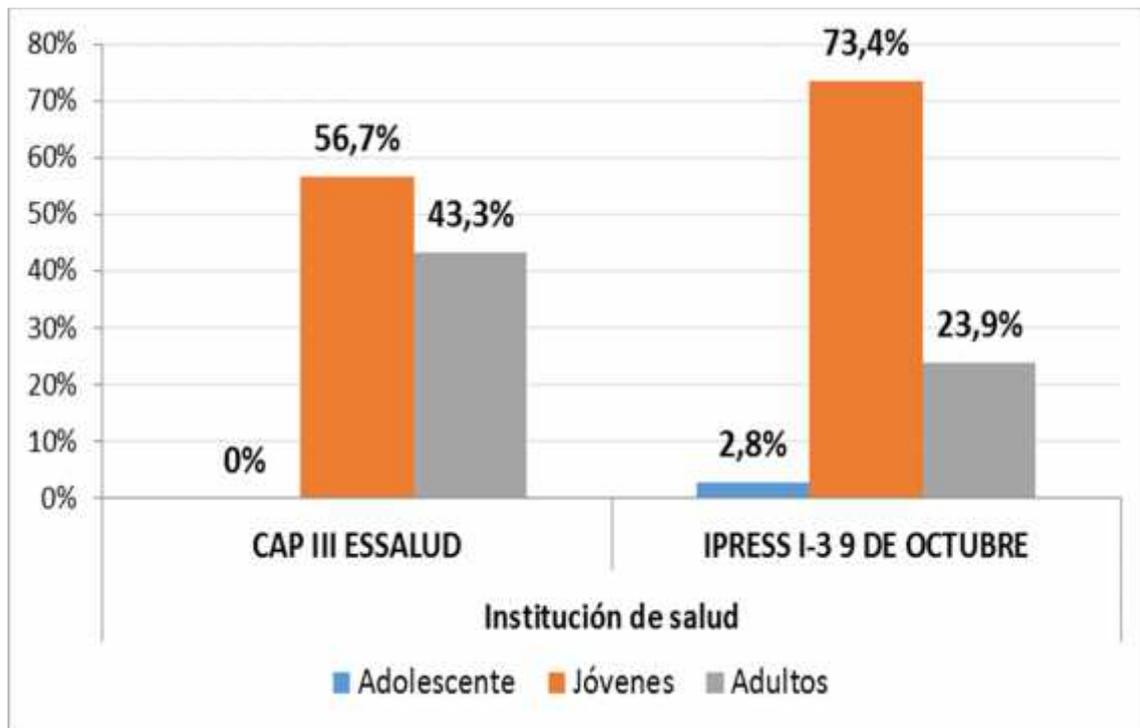
En el cuadro 02 en relación al grupo etario de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 56,7% fueron jóvenes y el 43,3% fueron adultos.

En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 3% fueron adolescentes, el 73,4% fueron jóvenes y el 23,9% fueron adultos.

Cuadro 02. Distribución de la muestra según grupo etario.

Grupo etario	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adolescente (12 a 17 años)	0	0,0	3	2,8	3	1,3
Jóvenes (18 a 29 años)	72	56,7	80	73,4	152	64,4
Adultos (30 a 59 años)	55	43,3	26	23,9	81	34,3
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 02. Distribución de la muestra según grupo etario.



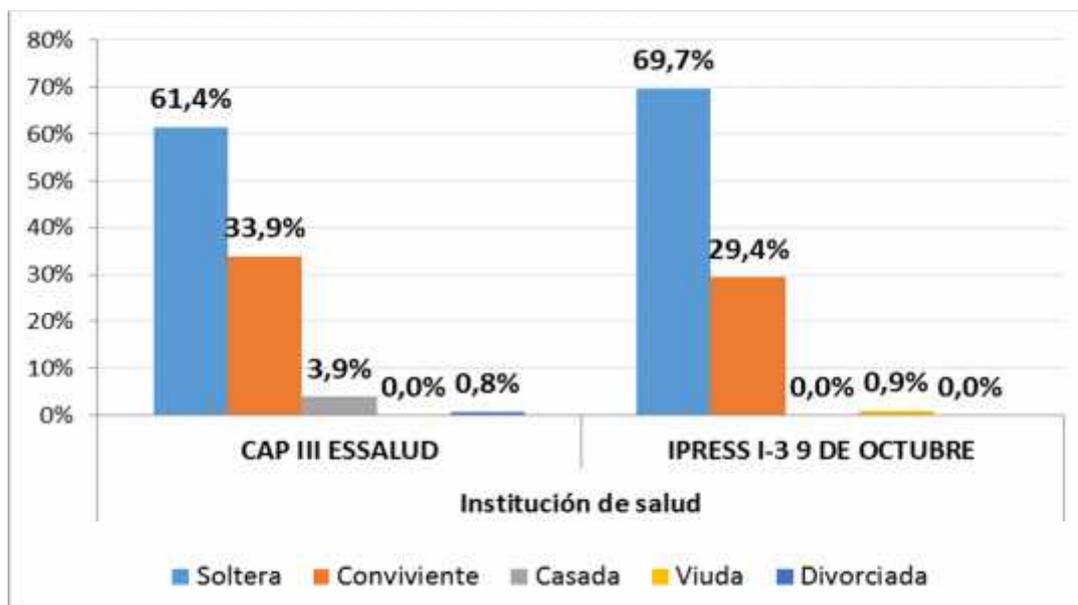
En el cuadro 03 en relación al estado civil de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 61,4% fueron solteras, el 33,9% fueron convivientes, el 3,9% fueron casadas y el 0,8% fueron divorciadas.

En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 69,7% fueron solteras, el 29,4% fueron convivientes, el 0,9% fueron viudas.

Cuadro 03. Distribución de la muestra según estado civil.

Estado civil	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero (a)	78	61,4	76	69,7	154	65,3
Conviviente (a)	43	33,9	32	29,4	75	31,8
Casado (a)	5	3,9	0	0,0	5	2,1
Viudo (a)	0	0,0	1	0,9	1	0,4
Divorciado (a)	1	0,8	0	0,0	1	0,4
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 03. Distribución de madres según estado civil.



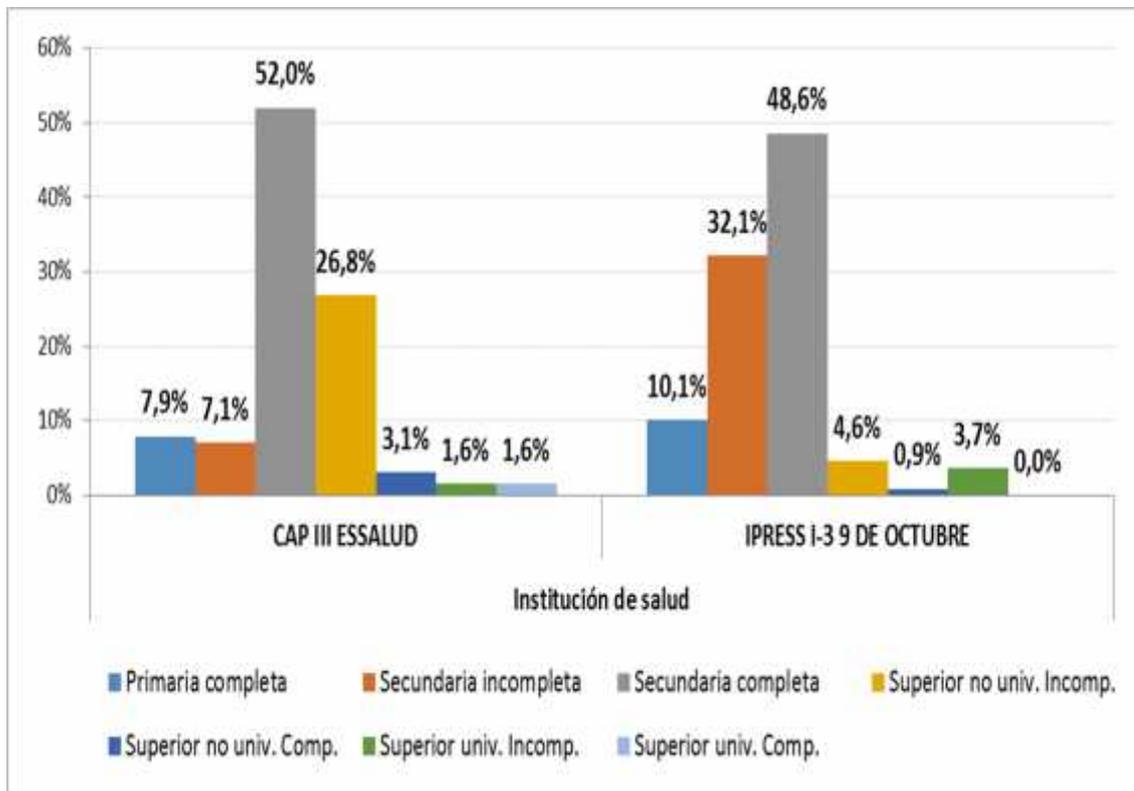
En el cuadro 04 en relación al grado de instrucción de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 52,0% tuvieron estudio de secundaria completa, el 26,8% tuvieron estudio superior no universitario incompleto, el 7,9% tuvieron estudio de primaria completa.

En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 48,6% tuvieron estudio de secundaria completo, el 32,1% tuvieron estudio secundario incompleto, el 10,1% tuvieron estudio de primaria completo.

Cuadro 04. Distribución de la muestra según grado de instrucción.

Grado de instrucción	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria completa	10	7,9	11	10,1	21	8,9
Secundaria incompleta	9	7,1	35	32,1	44	18,6
Secundaria completa	66	52,0	53	48,6	119	50,4
Superior no universitaria incompleta	34	26,8	5	4,6	39	16,5
Superior no universitaria completa	4	3,1	1	0,9	5	2,1
Superior universitaria incompleta	2	1,6	4	3,7	6	2,5
Superior universitaria completa	2	1,6	0	0,0	2	0,8
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 04. Distribución de madres según grado de instrucción.



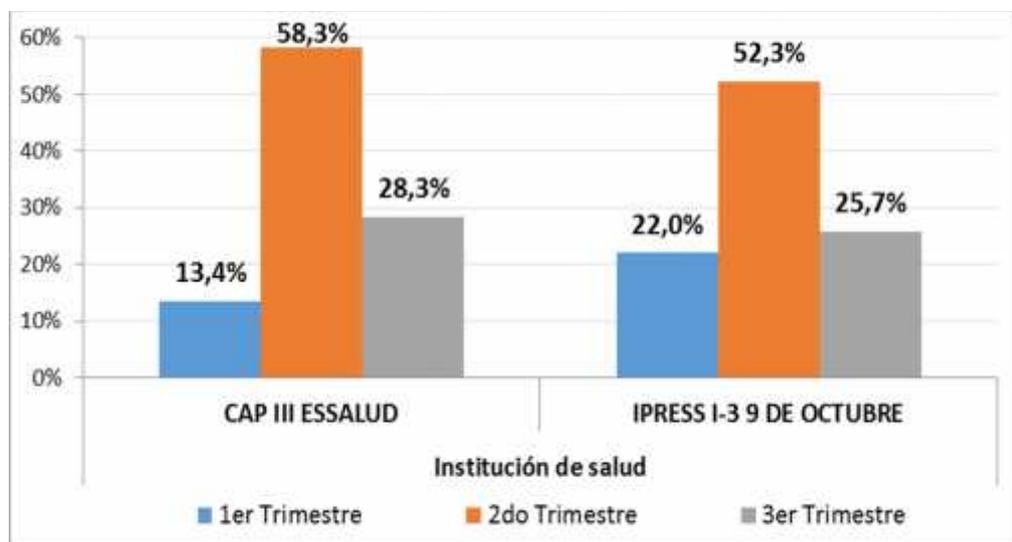
En el cuadro 05 en relación al trimestre de embarazo de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 58,3% estuvieron en el segundo trimestre, el 28,3% estuvieron en el tercer trimestre de embarazo y el 13,4% estuvieron en el primer trimestre.

En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 52,3% estuvieron en el segundo trimestre, el 25,7% estuvieron en el tercer trimestre de embarazo y el 22% estuvieron en el primer trimestre.

Cuadro 05. Distribución de la muestra según trimestre de embarazo.

Trimestre de embarazo	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primer trimestre	17	13,4	24	22,0	41	17,4
Segundo trimestre	74	58,3	57	52,3	131	55,5
Tercer trimestre	36	28,3	28	25,7	64	27,1
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 05. Distribución de la muestra según trimestre de embarazo.



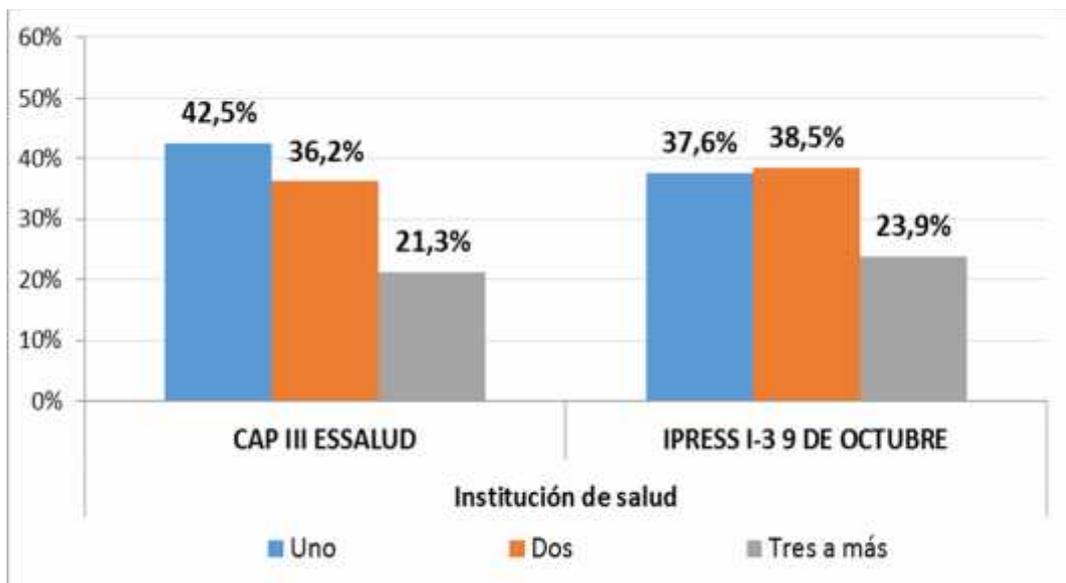
En el cuadro 06 en relación al número de embarazos, en el CAP III EsSalud el 42,5% tuvieron un embarazo, el 36,2% tuvieron dos embarazos y el 21,3% tuvieron tres a más embarazos.

En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 38,5% tuvieron dos embarazos, el 37,6% tuvieron un embarazo y el 23,9% tuvieron tres a más embarazos.

Cuadro 06. Distribución de la muestra según número de embarazos.

Número de embarazos	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Uno	54	42,5	41	37,6	95	40,2
Dos	46	36,2	42	38,5	88	37,3
Tres a más	27	21,3	26	23,9	53	22,5
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 06. Distribución de la muestra según número de embarazos.



En el cuadro 07 en relación a la obtención de la información de salud bucal, en el CAP III EsSalud el 100% refieren haber obtenido la información en el mismo establecimiento de salud.

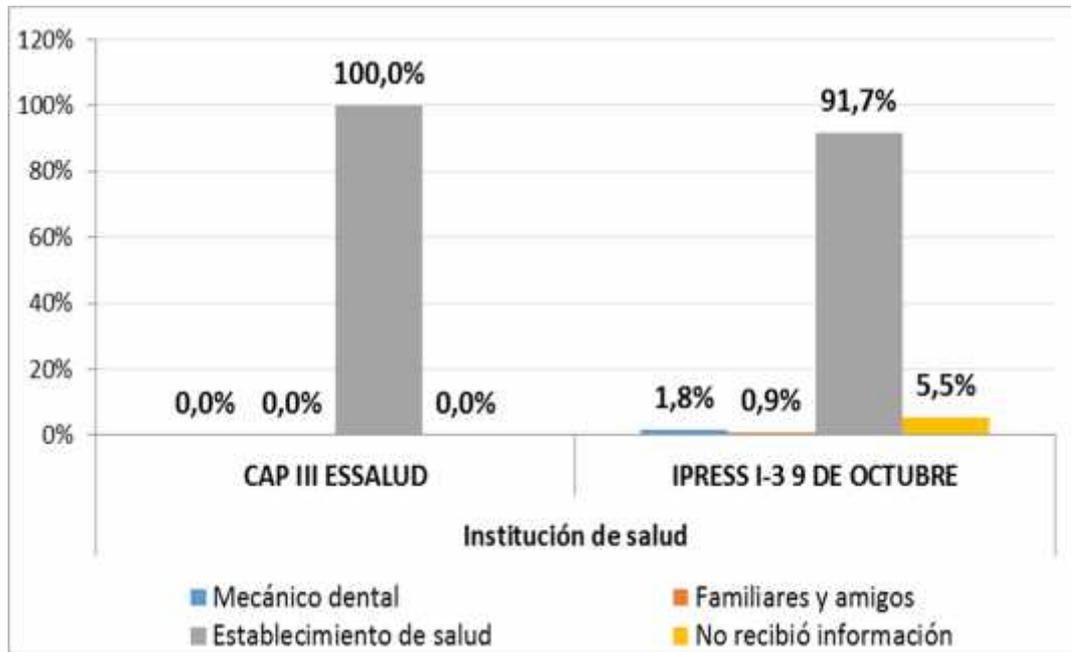
En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 91,7% refieren haber obtenido la información en el establecimiento de salud, el 1,8% en el mecánico dental, el 0,9% en sus familiares y amigos, y el 5,5% refieren no haber recibido información.

Cuadro 07. Distribución de la muestra según obtención de la información de salud bucal.

Información de salud bucal	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Mecánico dental	0	0,0	2	1,8	2	0,8
Familiares y amigos	0	0,0	1	0,9	1	0,4
Establecimiento de Salud	127	100,0	100	91,7	227	96,2
No recibió información	0	0,0	6	5,5	6	2,5
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 07.

Distribución de la muestra según obtención de la información de salud bucal.



En el cuadro 08 en el nivel de conocimiento en salud bucal de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 81,9% tuvieron un nivel de conocimiento regular, el 17,3% tuvieron nivel de conocimiento bueno y el 0,8% tuvieron nivel de conocimiento malo.

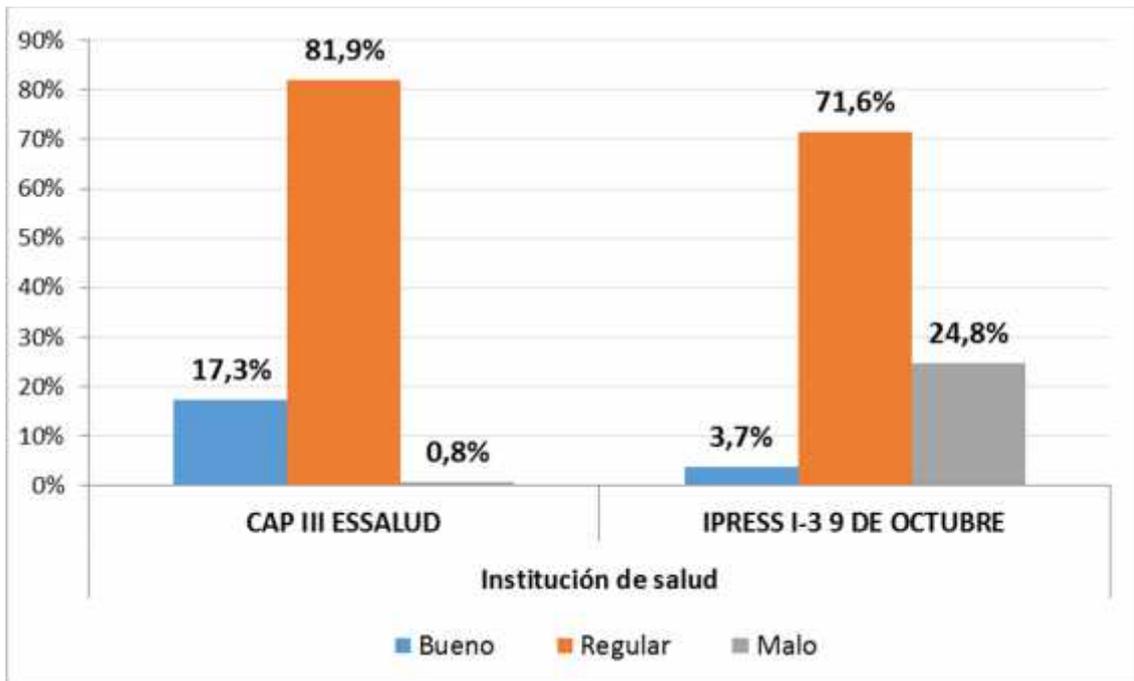
En la IPRESS I-3 9 de octubre el 71,6% tuvieron un nivel de conocimiento regular, el 24,8% tuvieron un nivel de conocimiento malo y el 3,7% tuvieron un nivel de conocimiento bueno.

Cuadro 08. Nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3 9 de octubre.

Nivel de conocimiento	Institución de salud				Total	
	CAP III EsSalud		IPRESS I-3 9 de Octubre			
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	22	17,3	4	3,7	26	11,0
Regular	104	81,9	78	71,6	182	77,1
Malo	1	0,8	27	24,8	28	11,9
Total	127	100%	109	100%	236	100%

Gráfico 08.

Nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3
9 de octubre.



En el cuadro 09 se observa la prueba T de Student para muestras independientes, se obtuvo un p_valor= 0,000 ($p < 0,05$) el cual indica que existen diferencias entre las medias de puntuación del nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud y la IPRESS I-3 9 de octubre.

A partir de este análisis estadístico, se concluye que Las gestantes del CAP III EsSalud tienen mayor nivel de conocimiento en salud bucal que las gestantes de la IPRESS I-3 9 de octubre.

Cuadro 09. Prueba T de Student para el nivel de conocimiento de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3 9 de octubre.

Grupo		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje conocimiento	CAP III EsSalud	127	14,83	0,918	0,081
	IPRESS I-3 9 de Octubre	109	12,10	1,953	0,187

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de calidad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior	
Nivel de conocimiento	Se asumen varianzas iguales	74,591	0,000	14,030	234	0,000	2,726	0,194	2,343	3,109
	No se asumen varianzas iguales			13,361	148,279	0,000	2,726	0,204	2,323	3,129

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de conocimiento en salud bucal de las gestantes atendidas tanto en el CAP III EsSalud como el en IPRESS I-3 9 de octubre en su mayoría es regular, con un 81,9% y 71,6% de esta manera nuestros hallazgos coinciden con las investigaciones López M. ⁽³⁾ con un 62,5% de nivel regular, Ríos CM. ⁽⁸⁾ con un 87,7% de nivel regular, Daza José ⁽⁷⁾ con un 66% de nivel regular, Fasabi S. ⁽⁹⁾ con un 76,2% de nivel regular.

Sin embargo, nuestros resultados también difieren de otros autores tales como Gallegos D. ⁽²⁾ con el 38,3% de nivel de conocimiento malo, Alfaro R. ⁽⁵⁾ con el 55% de nivel de conocimiento malo, Panduro M. ⁽¹⁰⁾ con el 83,3% de nivel de conocimiento malo.

Las edades que prevalecieron en nuestra investigación tanto en el CAP III EsSALUD como en el IPRESS I-3 9 de octubre fue de 18 a 29 años (adulto joven) con un 56,7% y un 73,4%, de esta manera coinciden con las de Alfaro R. ⁽⁵⁾ que el rango de edad fue de 21 a 30 años con un 62%, en los resultados de Fasabi S. ⁽⁹⁾ la edad más frecuente fue de 18 a 35 años con un 66%.

Sin embargo, nuestros resultados difieren con los estudios de Benítez M. ⁽⁴⁾ que el rango de edad fue de 20 a 25 años con un 44%, el grupo etáreo que prevaleció en los estudios de Paricoto RE. ⁽⁶⁾ fue de 24 a 30 años con 44%, y según Naranjo S. ⁽¹⁾ las edades más frecuentes fueron las madres gestantes entre 15-19 años.

Encontrándose que las gestantes que tiene un embarazo que acuden con más frecuencia tanto al CAP III EsSalud como al IPRESS I-3 9 de octubre son de instrucción secundaria que representa el 52% y el 48,6%, coincidiendo con Benítez M. ⁽⁴⁾, Alfaro R. ⁽⁵⁾, Ríos C ⁽⁸⁾, y Fasabi S. ⁽⁹⁾ que en sus investigaciones encontraron que acudieron gestantes más con grado de instrucción secundaria completa.

En el presente trabajo se encontró que las gestantes que tienen un embarazo que acuden con más frecuencias son del II Trimestre de gestación con 74 gestantes del CAPII EsSalud y 57 del IPRESS I-3 9 de octubre que representan el 58,3% y el 52,3%. La que no se encontró similitud o diferencia con los trabajos anteriores.

CONCLUSIONES

1. En el grupo etario de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 56,7% fueron jóvenes y el 43,3% fueron adultos. En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 3% fueron adolescentes, el 73,4% fueron jóvenes y el 23,9% fueron adultos.
2. En el estado civil de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 61,4% fueron solteras y en la IPRESS I-3 9 de octubre el 69,7% fueron solteras; siendo las más representativas.
3. En el grado de instrucción de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 52% tuvieron estudio de secundaria completa, el 26,8% tuvieron estudio superior no universitario incompleto, el 7,9% tuvieron estudio de primaria completa. En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 48,6% tuvieron estudio de secundaria completa, el 32,1% tuvieron estudio secundario incompleto, el 10,1% tuvieron estudio de primaria completo.
4. En el trimestre de embarazo de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 58,3% estuvieron en el segundo trimestre, el 28,3% estuvieron en el tercer trimestre de embarazo y el 13,4% estuvieron en el primer trimestre. En la IPRESS I-3 9 de octubre, el 52,3% estuvieron en el segundo trimestre, el 25,7% estuvieron en el tercer trimestre de embarazo y el 22% estuvieron en el primer trimestre.
5. En el nivel de conocimiento de las gestantes, en el CAP III EsSalud el 81,9% fue regular, el 17,3% fue bueno y el 0,8% fue malo. En la IPRESS I-3 9 de octubre el 71,6% fue regular, el 24,8% fue malo y el 3,7% fue bueno.
6. Existen diferencias significativas en la media de puntuación del nivel de conocimiento en salud bucal de gestantes atendidas en el CAP III EsSalud e IPRESS I-3 9 de octubre ($p=0,000$).

7. Se concluye que Las gestantes del CAP III EsSalud tienen mayor nivel de conocimiento en salud bucal que las gestantes de la IPRESS
I-3 9 de octubre.

RECOMENDACIONES

- 1.** La educación en salud oral durante el control prenatal debe ser una tarea prioritaria del profesional odontólogo, tanto a nivel de motivación, de formar hábitos saludables para la gestante y la familia.
- 2.** Los profesionales de odontología deben crear estrategias como guías, normas y valores para proporcionar o brindar temas de promoción sobre medidas preventivas en salud bucal en mujeres gestantes que acudan al control prenatal en el CAP III – EsSalud y al IPRESS I-3 9 DE OCTUBRE, para motivar a la gestante a llevar una maternidad responsable a través del cuidado de la salud bucal.
- 3.** Realizar mayor labor preventiva promocional en pacientes gestantes, del IPRESS I-3 9 DE OCTUBRE proporcionando charlas sobre conocimientos básico sobre salud Bucal.
- 4.** Generar y poder repartir dípticos, trípticos o cartillas informativas a las mujeres gestantes u otras personas que se encuentre en sala de espera.
- 5.** Es importante indagar y realizar una futura investigación para ver si las mujeres gestantes que se encontraban en aquel entonces ahora han tomado conciencia y transmiten sus conocimientos a sus hijos, si es que ellas aplican las medidas preventivas aprendidas, ya que sabemos que por mucho que un niño (a) no tenga dientes no implica que no se debe realizarse la limpieza bucal adecuada.
- 6.** No olvidar trabajar y mantener constante coordinación entre los profesionales de la salud que se encuentre en contacto con la mujer gestante, para lograr un tratamiento adecuado y seguro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Naranjo Castañeda S. Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad en el centro de salud "La Magdalena" de la ciudad de Quito. Tesis Bachiller. Ecuador: UCE.2016.
2. Gallegos D. Nivel de conocimientos sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asisten al Hospital Amistad México - Nicaragua con el programa del niño sano, en el Municipio de Ticuantepe en el periodo de. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Managua - Nicaragua.: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
3. López M. Nivel de conocimiento y prácticas de salud bucal en padres/encargados de niños del área de Odontopediatría de la facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador, Noviembre - Diciembre 2013. Tesis Doctoral. Ciudad Universitaria - El Salvador. Universidad de el Salvador; 2014.
4. Benites M. Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia. Tesis Bachiller. Toluca, Estado de México; 2014.
5. Alfaro Amoretti RJ. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral en gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San José de Chincha, Enero - Marzo 2015. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. ICA; 2015.
6. Paricoto R. Influencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las instituciones de Educación Primaria del Distrito de Caminaca.

Juliaca - Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2015.

7. Daza Henrique. Nivel de conocimiento sobre salud oral de pacientes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora - MINSA, Lima. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. 2014
8. Rios C. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014. Tesis de pregrado. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
9. Cárdenas Torres M. M, Rodríguez Utia E. D. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de primigestas del centro de salud I-4 Bellavista Nanay de febrero -mayo 2018. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Iquitos: Universidad Científica del Perú. 2018.
10. Fasabi Cueva S. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal e índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstetrico del centro de salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Iquitos - Perú: Universidad Científica del Perú. 2016.
11. Panduro D. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños 2 y 3 años del programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia Bagazan - Distrito Belén. Tesis de pregrado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2014.
12. Bervian A. Niveles de Conocimiento: Mc Graw Hill; 2001.
13. Bosch, R. Rubio A, & Garcia. conocimiento sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después e una intervención educativa en niños de 9 - 10 años. Avances en Odontoestomatología

28,2012.Disponible:

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original2.pdf>.

14. Organización Mundial de la Salud. Nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales.2012.
15. Gómez S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia. 1993.
16. Gonzaga H. BL. Intrauterine Dentistry: An Integrated Model Of Prevention. Brazilian Dental Journal.2014.
17. Mario Cesár E. Desarrollo de la Odontología para bebes en el Perú. 2001..
18. Rios Díaz. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses. Tesis - Bachiller UPCH. 1996..
19. Lamas Oliveira M. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgos y prevención..
20. Nakamoto Kakzu M. Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. Tesis-Bachiller. UPSM.
21. Maita Castañeda. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para nacimiento pretérmino. Tesis-Bachiller. UPSM.
22. Magnusson B. Odontología Preventiva: Savat editores; 1987.
23. Figueroa G. Normas de Higiene Bucodental. 2009 Disponible: http://www.garciavarelagarciafigueroa.com/normas_higiene.pdf.
24. Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontologica. 5th ed. Buenos Aires: Panamericana.
25. Nahás P. Y Col. Odontopediatría en la Primera infancia. Sau Paulo,

Brasil.

26. Mazariegos M, Vera H, Sanz C, & Stanford A. Contenidos educativos en salud bucal. Centro Nacional Epidemiológica y control de enfermedades..
27. Raza G, Pinto G, & Ayala E. Manual de educacion para Salud Bucal para Maestros y promotores. Ministerio de Salud Pública.
28. MC. Donald R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5th ed.: Panamericana; 1995.
29. Guia de Salud Infantil. US Department of Health Human Services. Sep 2000.
30. Campodónico Figueroa C. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis-Bachiller. UPCH. 1997.
31. Villena Sarmiento R. Concentración natural de Fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. Tesis-Bachiller. UPCH. 1988.
32. Crespo Mafrán M, Riesgo Cosme Y, Laffita Lobain L, Torres Márquez P, & Márquez Filiú M(. Promocion de la salud bucodental en educandos de la ensenaña primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. [Online]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.htm.
33. Leverett DH , Adair SM , y otros. Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. ;; p. 31:174-179.
34. Pinkham JR. Odontología Pediátrica. En.: Nueva Editorial Interamericana; 1991. p. 162-64.

35. Córdova J, & Bulnes R. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa. Horizonte Sanitario..
36. Holdings L. Caries y Embarazo: la importancia del Control y la Prevección: Bibliomed.
37. Rodríguez Vargas C. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en Gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Tesis para optar el Título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ANEXOS

ANEXO N° 01

3.1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACION
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CAP III – ESSALUD Y AL IPRESS I-3 9 DE OCTUBRE, IQUITOS – 2018	¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y al IPRESS I -3 9 de octubre Iquitos - 2018?	<p>GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none">) Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD y al IPRESS I -3 9 de octubre Iquitos - 2018 <p>ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none">) Identificar el Nivel de conocimiento en gestantes que acuden al CAP III – ESSALUD) Identificar el Nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes que acuden al IPRESS I – 3 9 de octubre.) Comparar el Nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes del CAP III – ESSALUD y al IPRESS I – 3 9 de octubre. 	Las gestantes del CAP III EsSalud tienen mayor nivel de conocimiento en salud bucal que las gestantes de la IPRESS I -3 9 de octubre.	<p>Variable Principal</p> <p>Z Nivel de conocimiento en Salud Bucal.</p>	Nivel de conocimiento: malo 0 – 10 Regular 11 – 15 Bueno 16 - 22	El diseño que se utilizará será NO EXPERIMENTAL, del tipo transversal y comparativo.

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO 1

ENCUESTA DE SALUD ORAL SOBRE “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CAP III – ESSALUD Y AL IPRESS I -3 9 DE OCTUBRE, IQUITOS - 2018”

I. Presentación

El presente instrumento tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas a gestantes que acuden al IPRESS I -3 9 de octubre, durante julio - diciembre 2018.

II. Instrucciones

La presente encuesta será realizada por dos (02) investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad Científica del Perú

El presente cuestionario será entregado a las gestantes para que seleccionen y marquen la respuesta correcta a la pregunta indicada. Para lograr un trabajo eficaz, solicitamos su colaboración de acuerdo a sus conocimientos sobre salud bucal. Para que la respuesta sea válida se marcará una (01) alternativa con una cruz o aspa en la letra indicada.

8. ¿Usted ha ido al dentista alguna vez?

SI ()

NO ()

9. ¿Actualmente recibe tratamiento odontológico?

SI ()

NO ()

10. ¿Cuándo fue la última visita al dentista?

A. Hace 6 meses

b. hace 1 año

c. hace más de 1

año

11. La información que posee sobre salud bucal la obtuvo por medio de:

a. Un mecánico dental.

b. Familiares o amigos.

c. Centro de salud.

d. No recibí ninguna información.

B. CUESTIONARIO

1. ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos?

a. Si.

b. No.

2. ¿Cuántas veces al año es recomendable visitar al dentista?
 - a. Una vez al año.
 - b. Dos veces al año.
 - c. 3 a 4 veces al año.
 - d. Todos los meses al año.

3. Según su criterio: ¿Qué es salud bucal?
 - a. Cuando la boca y los dientes están sanos.
 - b. Es tener caries en todos los dientes.
 - c. Es tener los dientes completos.
 - d. Desconozco.

4. ¿Qué significa para Usted higiene oral?
 - a. Eliminar los restos de alimentos de la boca mediante un correcto cepillado.
 - b. Es cepillarse los dientes 1 vez al día.
 - c. No cepillarse los dientes.
 - d. Todas las anteriores.

5. ¿Qué elementos usa para realizar una higiene bucal?
 - a. Cepillo, pasta dental, enjuague bucal, hilo dental.
 - b. Cepillo, pasta dental, mondadientes, bolsa
 - c. Pasta dental, hilo de coser, mondadientes, enjuague.
 - d. Desconozco.

6. ¿Para Usted cuales son medidas preventivas en salud bucal?
- a. Profilaxis, detartraje, sellantes fluorización.
 - b. Aplicación de flúor, visitar al dentista.
 - c. Ninguna de las anteriores.
7. ¿Cuántas veces cree usted que se debe cepillar los dientes?
- a. Antes del desayuno (1 vez al día).
 - b. Después del desayuno y el almuerzo (2 veces al día).
 - c. Antes de acostarme (1 vez al día).
 - d. Después de todas las comidas (3 veces al día).
8. ¿Cada cuánto tiempo debemos cambiar los cepillos dentales?
- a. Cada 3 meses.
 - b. Una vez al año.
 - c. Cada 6 meses.
 - d. Nunca debo cambiar mi cepillo.
9. ¿Qué es la pasta dental?
- a. Es un líquido que se usa después del cepillado para disminuir las bacterias en boca y dar sensación de limpieza y frescura.
 - b. Es una crema que se utiliza con el cepillo dental para ayudar a la eliminación de los restos alimenticios.
 - c. Sirve para retirar restos de alimentos acumulados entre diente y diente.

d. Desconozco.

10. ¿Por qué es importante usar el cepillo y la pasta dental?

- a. Ayudan a eliminar los restos de alimentos y bacterias que hay en la boca.
- b. No es importante porque no nos ayuda en nada.
- c. Todas las anteriores.

11. ¿Qué es el enjuague bucal?

- a. Es un líquido que se usa después del cepillado para disminuir las bacterias en boca y dar sensación de limpieza y frescura.
- b. Sirve para retirar restos de alimentos acumulados entre diente y diente.
- c. Es una crema que se utiliza en el cepillo dental para ayudar a la eliminación de los restos alimenticios.
- d. Desconozco.

12. ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a. Fortalece los dientes, evitando la enfermedad de la caries dental.
- b. Previene el sangrado de las encías.
- c. Aclara los dientes.
- d. Ninguno.

13. ¿En qué periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura?

- a. Entre el 1er y 3er mes de gestación.
- b. Entre el 4er y 6to mes de gestación.
- c. Entre el 7to y 9no mes de gestación.
- d. En ningún mes de gestación.

14. ¿Usted sabe a qué edad empiezan a erupcionar los dientes de un niño?

- a. 6 meses de edad
- b. 8 meses de edad.
- c. 9 meses de edad.
- d. 1 y 2 años de edad.
- e. Desconozco.

15. ¿para usted cual es la dieta que afectaría los dientes de su futuro hijo?

- a. Cereales, verdura, frutas y legumbres.
- b. Comidas chatarras, postres dulces, turrone, zumos.
- c. desconozco

16. ¿A qué edad considera que debe llevar a su hijo por primera vez al dentista?

- a. Al erupcionar el primer diente.
- b. Cuando tenga edad suficiente.
- c. Cuando le duela algún diente.
- d. Cuando le salgan todos sus dientes.

17. ¿Usted sabe que medicamentos llevados durante el embarazo afectan los dientes de su futuro hijo?

- a. Tetraciclina, clindamicina, fluconazol.
- b. Clindamicina, ácido fólico, calcio.
- c. Metronidazol, ácido fólico, vitamina B6
- d. Desconozco.

18. ¿Usted lavarías las encías de su bebé antes de que ningún diente salga?

SI ()

NO ()

19. ¿Usted piensa que los biberones de leche deben ser usados fuera de las horas de comer?

SI ()

NO ()

20. ¿Usted pondría a dormir a su niño con el biberón de leche?

SI ()

NO ()

21. ¿Para Usted que es la caries de biberón?

- a. La caries causada por vitaminas.
- b. La caries que afecta los dientes por la ingesta de azúcares.
- c. Desconozco.

22. ¿Usted cree que si su bebé succionara su dedo pulgar o chupetes u otras cosas le harían daño?

SI ()

NO ()

IV. VALORACION

Malo	0 – 10
Regular	11 – 15
Bueno	16 - 22

ANEXO N° 03

CONSOLIDADO DE INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

DEL INSTRUMENTO:

I. EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ:

1.1. Nombre del instrumento:

1.2. Título de la investigación:

1.3. Autor(es) del instrumento:

II. VALIDACIÓN DE INFORMANTES:

La validez del presente instrumento fue determinada por medio del método Delphi o Juicio de Expertos, conformado por profesionales en Odontología.

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

N°	EXPERTOS	Total, de Ítems Correctos	%
1	C.D. Fidencio Capcha Porta	9	80
2	C.D. Carolina Bardales Vásquez	10	90
3	C.D. María Piedad Ponce Mendoza	8	85
4	C.D. José Mirko Chávez Pérez	8	85
5	C.D. Ana Paula Ucañan Márquez	9	89
6	C.D. Roxana Lorena Sotomarino López	10	99
7	C.D. Renee Márquez Bazán	10	92
8	C.D. Rocío Juliana Flores Angulo	9	96
9	C.D. Milton Contreras Taipe	9	94
10	C.D. Cesar Andrés Quispe Peña	8	86

TOTAL	= 896
--------------	--------------

III. Validez (% final del Instrumento) = 89,6%

IV. Conclusión final de la Evaluación:

Validez (% final del instrumento):

$$V = \frac{8}{1} = 8,6\%$$

Interpretación:

El instrumento revisado por juicio de expertos, obtuvo una validez del 89,6%, encontrándose en el parámetro establecido; es decir, indica que el instrumento tiene una validez ACEPTABLE.

V. Instrucciones:

- La Validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

$\text{Validez} = \frac{\sum D}{T} \%$
--

Evaluación de la Validez:

VALOR (%)	INTERPRETACIÓN DE LA VALIDEZ
0 – 24	Muy Baja
25 – 49	Baja
50 – 69	Regular
70 – 89	Aceptable
90 – 100	Elevada

Nota: En ciencias de la salud la validez de un instrumento es aceptable a partir de 70%.

ANEXO N.º 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con DNI N° _____, declaro que cumpla con todos los criterios de inclusión y acepto participar en la investigación denominada “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CAP III – ESSALUD Y AL IPRESS I -3 9 DE OCTUBRE, IQUITOS - 2018” - realizado por los Bachilleres Cubas Marina Junhior y Oliveira Wesche Raúl.

Iquitos, ____ de _____ del 2019.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE