

UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



TESIS:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL E
INDICE DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CONSULTORIO OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD
BELLAVISTA NANAY, PUNCHANA – 2016.”

Presentado por la Bachiller en Estomatología:

SARAHÍ FASABI CUEVA

Para optar el título profesional de CIRUJANO DENTISTA

Asesor:

DR. ALEJANDRO CHAVEZ PAREDES

SAN JUAN BAUTISTA

IQUITOS – PERÚ

2017

*A Dios Todopoderoso, por todo lo que me da cada día. Triunfos, alegrías y momentos
difíciles que me han ayudado a mejorar día a día como persona.*

*A mis abuelos, mis padres, mi hermano que son lo más importante en mi vida, por su
amor, comprensión y apoyo durante todo este trayecto a lo largo de mi vida.*

Expreso mi gratitud a Dios por darme entendimiento, fortaleza, capacidad, valor necesario y la oportunidad de presentar y sustentar esta Tesis.

Mi reconocimiento especial al C.D. Alejandro Chávez, por su valioso y constante asesoramiento durante el desarrollo de todo el Proyecto de Tesis.

A todos los doctores que laboran en la Facultad de Odontología de la Universidad Científica del Perú, especialmente a aquellos que de alguna manera cultivaron en mí el deseo de superación.

Al Centro de Salud Bellavista – Nanay por brindarme las facilidades y permitirme el desarrollo del trabajo de investigación.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy hoy en día; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre lo que incluye este proyecto. Me formaron durante toda mi vida y motivaron constantemente a alcanzar mis anhelos.

A mis amigas, Ibis, Joana y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron en la realización de esta investigación.

A todos ellos mi eterna gratitud.



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 21 días del mes de Abril del 2017, siendo las 6:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 346- 2016-UCP-FCS, de fecha 25 de agosto del 2016, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

**FACULTAD DE
CIENCIAS
DE LA SALUD**

✓ C.D. Renee Márquez Bazán	Presidente
✓ C.D. Sandra Salazar Matos	Miembro
✓ C.D. Carlos Tello Tafur	Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: **"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"** de la Bachiller en Estomatología **SARAHÍ FASABI CUEVA**, para optar el **Título Profesional de Cirujano Dentista**, que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma..... de

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	4	3	4	
B) Investigación Bibliográfica	2	3	4	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	4	3	3	
D) Calidad de respuestas	3	2	3	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	16	14	17	

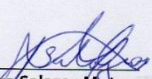
RESULTADO:

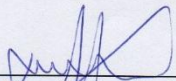
APROBADO POR:..... 16 Unanimidad

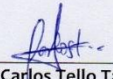
CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS)..... Dieciseis

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


C.D. Sandra Salazar Matos
Miembro


C.D. Renee Márquez Bazán
Presidente


C.D. Carlos Tello Tafur
Miembro

La Universidad vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

SUSTENTACIÓN DE TESIS

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PRESIDENTE	
Introducción	01
1. Antecedentes de estudio	03
2. Problema de Investigación	10
1.2.1. Descripción del Problema	10
1.2.2. Formulación del Problema	12
3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos	12
MIEMBROS DEL JURADO	
TULO II.	
Área Técnica	13
Conocimiento	13
Nivel de Conocimiento	13
Salud Bucal	13
Indicador	16
Placa micro-biana	19
Caries dentales	20
Enfermedad Periodontal	23
Prevención en salud bucal	25
Higiene Bucal	25
Nórmes generales del cepillado	26
El uso del hilo dental	26
Fluoruros	27
Asesoramiento prenatal	34
Atención odontostomatológica	35
ASESOR DE TESIS	
	35

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I.	Pág.
1. Introducción	01
1. Antecedentes de estudio.	03
2. Problema de Investigación.	10
1. Descripción del Problema.	10
2. Formulación del Problema.	12
3. Objetivos.	12
1. Objetivo General.	12
2. Objetivos Específicos.	12
 CAPITULO II.	
2. Marco Teórico.	13
A. Conocimiento.	13
B. Nivel de Conocimiento sobre prevención en salud bucal.	15
C. Salud Bucal.	15
D. Índice de higiene oral.	16
E. Placa microbiana.	19
F. Caries dentales.	20
G. Enfermedad Periodontal.	22
H. Prevención en salud bucal.	25
I. Higiene Bucal.	25
J. Normas generales del cepillado.	25
K. El uso del hilo dental.	26
L. Fluoruros.	27
M. Asesoramiento prenatal.	33
N. Atención odontoestomatológico de la paciente gestante.	33
O. Tipos de dentición.	34
P. Empleo de fármacos.	36

Q. Radiografías dentales.	37
R. Momento para llevar a cabo el tratamiento odontoestomatológico.	38
S. Influencia del tratamiento odontoestomatológico en el feto.	39
T. Tratamiento odontoestomatológico de la paciente durante la lactancia.	40
U. Higiene del lactante.	40
V. Dieta.	42
W. Aplicación de sellantes.	50
X. Clasificación de etapas de vida según la edad.	50

CAPITULO III.

3. Recursos utilizados.	53
-------------------------	----

CAPITULO IV.

4. Método.	54
1. Hipótesis.	54
2. Variables.	54
3. Tipo de investigación.	55
4. Diseño de la investigación.	55
5. Población y muestra.	57
6. Técnicas.	58
7. Instrumentos de recolección de datos.	58
8. Procesamiento de la información.	59
9. Ética.	60

CAPITULO V.

5. Resultados.	61
----------------	----

CAPITULO V.

6. Discusión de resultados.	72
-----------------------------	----

CONCLUSIONES.	75
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFIA.	78
ANEXOS.	83
MATRIZ DE CONSISTENCIA	100

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS.

CUADROS.	Pág.
01. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes.	62
02. Grado de instrucción de las gestantes.	63
03. Distribución de la edad en gestantes.	64
04. Número de hijos frecuentes de las gestantes.	65
05. Respuesta a los cuestionarios de conocimiento.	66
06. Índice de higiene oral de las gestantes.	70
07. Relación del nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal y el índice de higiene oral de gestantes.	71
GRAFICOS.	
Pág.	
01. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes.	62
02. Grado de instrucción de las gestantes.	63
03. Distribución de la edad en gestantes.	64
04. Número de hijos frecuentes de las gestantes.	65
05. Respuesta a los cuestionarios de conocimiento.	66
06. Índice de higiene oral de las gestantes.	70
07. Relación del nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal y el índice de higiene oral de gestantes.	71

RESUMEN

Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal e Índice de Higiene Oral en gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay – 2016. Bach.

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 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 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 Higiene Oral en las 130 (100%) gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay en el 2016, se tiene como resultado que, el 48,5% (63 gestantes) presentaron Índice 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 que se atienden en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana en el 2016, se tiene que de 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 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.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento, Salud Bucal, Índice de Higiene Oral, Gestante.

SUMMARY

Level of knowledge about prevention in Oral Health and Oral Hygiene Index in pregnant women attended at the Observer's office of BellavistaNanay Health Center - 2016.Bach.

The objective of the present study was to determine if there is a relationship between the level of knowledge about prevention in Oral Health and the Oral Hygiene Index presented by each pregnant woman at the Bellavista Nanay Health Center - 2016; The knowledge about prevention in oral health of the 130 (100.0%) pregnant women attended at the Obstetrical clinic of the BellavistaNanay Health Center in 2016, shows that 76.2% (99 pregnant women) They obtained a level of regular knowledge, 12.3% (16 pregnant women) poor knowledge level and 11.5% (15 pregnant women) a good level of knowledge. With regard to the evaluation of the Oral Hygiene Index in the 130 (100%) pregnant women attended at the Obstetrical clinic of the BellavistaNanay Health Center in 2016, the result was that 48.5% (63 pregnant women) presented Hygiene Index Oral good, 40.8% (53 pregnant) Regular Oral Hygiene Index and 10.7% (Poor Oral Hygiene Index, respectively. From the descriptive analysis Bivariate of the independent variable Level of knowledge on prevention in Oral Health with the dependent variable Index of Oral Hygiene in the 130 (100%) pregnant women attending the Obstetric clinic of the Bellavista Nanay Health Center in the district of Punchana In 2016, 82.5% (52 pregnant women) had a level of knowledge about prevention in regular oral health, of which 63 (100%) had a good Oral Hygiene Index, 15.9% (10 pregnant women) good knowledge level and only 1.6% (1 pregnant) level of bad knowledge. Of the 53 (100%) pregnant women with a regular oral hygiene index, 86.8% (46 pregnant women) had a level of knowledge about prevention in regular oral health, 7.5% (4 pregnant women), good knowledge level and 5 , 7% (3 pregnant women) poor knowledge level, of the 14 (100%) pregnant women with poor oral hygiene index, 85.8% (12 pregnant women had a level of knowledge in prevention on bad oral health and only 7, 1% (1 pregnant) level of good and regular knowledge, respectively. On the other hand, it is observed qualitatively that there is an ordinal relationship between the level of knowledge about prevention in oral health and the Index of Oral Hygiene in pregnant women At the Bellavista Nanay Health Center, in the sense that as the level of knowledge about health prevention increases, so does the oral hygiene index, this observed relationship will be verified in the contrast of the hypothesis of the investigation.

Key Words: Level of knowledge, Oral Health, Index of Oral Hygiene, Pregnant Woman.

CAPITULO I.

1. INTRODUCCION.

El presente estudio fue realizado en el Distrito de Punchana, que es uno de los cuatro distritos urbanos de Iquitos y uno de los trece distritos de la Provincia de Maynas; Punchana está considerada un polígono industrial encargada prominentemente en la madera metalurgia y productos comestibles. Para ser más específicos dicho Centro de Salud se encuentra en Bellavista – Nanay, que es un distintivo barrio y puerto de la sección norteña de dicho distrito. Está ubicado a orillas del río Nanay y a cercanías del río Amazonas.

La población del Perú y en gran parte de Latinoamérica presenta un elevado índice de desnutrición y bajo nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en Salud Oral, que se reflejan en un deficiente estado de Salud Oral.

La salud bucal no se considera como una prioridad debido a que la caries dental y la enfermedad periodontal no constituye una amenaza para la vida. Además, debido a que no se tiene información, ni mecanismos para organizar y racionalizar la demanda de atención dental, solo se presta el servicio en algunos distritos de salud y favorece a ciertos grupos de población específicamente del área urbana.

Como proceso de aprendizaje, la educación para la salud está orientada a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de autocuidado, promover el cambio de un estilo de vida poco saludable, desarrollar habilidades de negociación, o crear una conciencia ciudadana para reclamar los derechos a la salud, entre muchos otros propósitos. Dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar, según el caso, los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defienda sus espacios y alcanzar salud y calidad de vida.

Los responsables para la Educación de la Salud Bucal son los hogares, pero no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos inadecuados y muchas veces perjudiciales para el niño. Lo ideal es empezar con acciones preventivas desde la gestación. Es así

que se trata de motivar a la gestante para llevar una maternidad responsable. Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal, en donde la dieta y nutrición en la prevención de enfermedades dentales representa un papel fundamental en los periodos pre y post natal del desarrollo oral por lo tanto debemos comenzar dirigiendo nuestra educación a la madre.

El presente trabajo surge de la necesidad de determinar el nivel cognoscitivo sobre medidas de Higiene Oral y la relación que guarda con la Prevalencia de caries, en un sector muy importante de nuestra sociedad, las gestantes y dar a conocer la importancia de la salud bucal materno infantil mediante estrategias preventivas como la orientación a las mujeres embarazadas, la reducción de transmisión de las bacterias a los niños, el control de la dieta y la placa dental.

1.1. Antecedentes del estudio.

NOLASCO, Aida. (Perú, 2013).Desarrollo un trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; con el objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en Noviembre del 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en 60 gestantes que acudieron a consulta prenatal. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 73,3% mostró un nivel malo, el 26,7 % tuvo un nivel regular y 0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 63,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular y 3,3% obtuvo un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 86, 7% tuvo un nivel malo, el 13,3% un nivel regular, y 0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 53,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular, mientras que el 13,3% un nivel bueno; en cuanto al desarrollo dental el 80% tuvo un nivel malo, el 20% tuvo un nivel regular, y 0% mostró un nivel bueno. El rango de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años con un 60%, con un nivel de conocimiento malo y el grado de instrucción más frecuente en gestantes fue primaria con un 46,7%, el cual mostró un nivel de conocimiento malo. ⁽⁵⁾

PEÑA, Natalie.(Perú, 2013).Realizó un estudio de manera voluntaria en 50 gestantes. El resultado sobre conocimiento en Salud Bucal fue de 78.0 % en un nivel regular, el 10,0 % un nivel malo y 12,0 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 60,0 % nivel regular, el 30,0 % nivel bueno y 10,0% nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 36,0% nivel malo, el 40,0 % nivel regular, y 24,0 % nivel bueno; y en conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 34,0 % nivel regular, el 14,0 % nivel malo, el 52,0 % un nivel bueno; en desarrollo dental el 52.0 % nivel malo, el 24,0 % nivel regular, y el 24,0% nivel bueno.

El grupo etáreo de 25-29 años 52,0 % en nivel malo y 38,0 % en un nivel regular y 8,0 en un nivel bueno; el grado de instrucción de secundaria con malo, 58.0 % nivel regular, grado secundaria 2,0% nivel bueno y grado superior con 10,0 % nivel bueno. ⁽⁶⁾

TOLEDO, Katman. (Perú, 2013). Realizó un estudio en un grupo de 250 madres gestantes que acuden al Hospital Luis Negreiros Vega. Para medir dicho nivel se utilizó dos cuestionarios el primero de 18 preguntas sobre salud oral y el segundo de 10 preguntas sobre conocimientos sobre higiene dental. Se relacionó el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal con el grado de instrucción, última visita al dentista, salud bucal, condición de embarazo, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: bueno (8-10 puntos), regular (4-7 puntos) y malo (0-3 puntos) estos niveles se construyeron según la escala de (Rensis Likert). Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue malo con 48.4%(121 madres gestantes), seguido de regular con 47.2%(118 madres gestantes) y bueno con 4.4%(11 madres gestantes). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción universitaria completa con 30.8% (82 madres gestantes), de igual manera la edades más frecuentes fueron las madres gestantes entre 31 a 35 años.

No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. No se encontró relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento. ⁽⁷⁾

IZAGUIRRE, Jorge. (Guatemala, 2012). El estudio fue de tipo relacional, observacional y transversal, evalúa los conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas en salud bucal y su relación con prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal. Se realizó en el Centro de Atención Permanente para Pacientes Ambulatorios (CENAPA) de Cobán Alta Verapaz, examinándose a 122 gestantes a quienes se hizo una entrevista estructurada para obtener la información de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

Se hizo además un examen clinimétrico, utilizando el índice CPO-D para determinar la prevalencia de caries dental y el índice de Russell versión revisada OMS, para la prevalencia de enfermedad Periodontal. Se utilizó el software SPSS versión 17 para el análisis de datos.

Los resultados muestran que el CPO-D promedio fue de 14.62%, todas las mujeres presentaban algún tipo de enfermedad periodontal y la mayor condición fue la gingivitis con un 53.3% (65 casos).

El grupo investigado estuvo formado por gestantes con edad promedio de 25 años. Se llegó a determinar que los conocimientos en términos generales son inadecuados, las actitudes desfavorables y las prácticas inadecuadas. El promedio de CPO-D es muy alto según la cuantificación de la OMS, independientemente del nivel educacional. ⁽⁸⁾

BARRIOS, David. (Perú, 2012). Este estudio se realizó en un grupo de 75 primigestas que acudieron al Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, el cual fue dividido en 4 secciones con el fin de evaluar integralmente el nivel de conocimientos de las gestantes sobre Salud Oral, que son conocimiento sobre medidas preventivas donde los resultados se agruparon como malo (0-3 puntos), regular (4-7 puntos) y bueno (8-10 puntos), igualmente se hizo con enfermedades bucales y riesgo, malo (0-2 puntos), regular (3 puntos) y bueno (4-5 puntos), riesgo de fármacos usados en odontología, malo (0-1 puntos), regular (2 puntos) y bueno (3 puntos) y por último formación y desarrollo dental, malo (0-1 puntos), regular (2 puntos) y bueno (3-4 puntos). Luego se sumó el puntaje obtenido en cada sección y se obtuvo un puntaje general que se clasificó de acuerdo a los siguientes intervalos: malo (0-10 puntos), regular (11- 16) y bueno (17-22 puntos).

Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo y nivel de escolaridad. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el malo con un 54.7% (41 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvieron las secciones referidas a formación y desarrollo dental y riesgo de fármacos usados en odontología.

Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el 2do trimestre de embarazo (42.7%), el grado de instrucción secundaria (52%), de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes de 21 a 30 años (66.7%).

No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y nivel de escolaridad. ⁽⁹⁾

RODRIGUEZ, Mayra. (Perú, 2012). El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento de salud bucal y la higiene oral en multigestas atendidas en el consultorio de Obstetricia del Centro de Salud 06 de Octubre. El tipo de muestreo fue no probalístico; por formula se obtuvo 122 multigestas como muestra.

Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: las multigestas de 7 y 8 meses de gestación fueron las más frecuentes (18.03%), en edad joven (68.85%), con un grado de instrucción secundaria (50.82%), presentando un nivel de conocimiento regular de salud bucal en 65,57%, no se ha encontrado evidencia estadística que el nivel de conocimiento sobre salud oral dependa del grupo etario de la multigesta; pero se mantiene el nivel de conocimiento regular de salud bucal, con el grado de instrucción.

Por el nivel de higiene oral, se obtuvo, una higiene oral aceptable en 51,64% y las restantes una higiene oral deficiente en 44.26% prevaleciendo aquellas con higiene oral entre regular y deficiente. Con higiene adecuada fueron muy bajo (4,10%). Entre el nivel de higiene oral y el nivel de higiene oral aceptable (21.31%), contra las de higiene deficiente (13,11%); pero si la multigesta mejora su nivel de conocimiento, aumenta considerablemente el nivel de higiene oral deficiente, pasando de 13,11% a 31,15%. Esto indica que el nivel de higiene oral en las multigestas es independiente del nivel de conocimiento de salud bucal; por lo que no existe relación estadísticamente significativa con el nivel de higiene. ⁽¹⁰⁾

YNSIO, Sally. (Perú, 2009). El presente estudio se realizó a 120 gestantes. Obteniendo los resultados de acuerdo a los objetivos planteados en el presente trabajo se determina que: .La Prevalencia de caries dental total del 88%, siendo en Primigestas del 90%, y en multigestas de 86%; y no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de estudio indicando así que el estado gestacional (nº embarazos) no fue indicador para la variación de este resultado, tanto primigestas como multigestas tienen una Prevalencia de caries promedio resultando las cifras altas y alarmantes.

El promedio del CPOD en primigestas fue de 10.5 y en multigestas 11,0 y el promedio total fue de 10,7 consideradas como muy altas. El IHO obtenido en primigestas y multigestas fue

Regular con un 60% y 76,7% respectivamente, al comparar ambos grupos de estudio se determinó que no existe diferencias significativas ($p = 0,22 > 0,05$).

El Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene Oral fue Regular tanto en Primigestas como Multigestas con un 70% y 72,1% respectivamente, al comparar se observa que no existe diferencias significativas en los grupos de estudio ($p = 0,57 > 0,05$). Al comparar el Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene Oral sobre medidas de Higiene Oral con el CPOD se determinó que del total de Primigestas con CPOD muy alto el 70% tiene un Nivel de Conocimiento Regular y del total de Multigestas con CPOD muy alto el 72,1 tiene un Nivel de Conocimiento regular.

Al comparar el Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene Oral con el IHO se determinó que del total de Primigestas con IHO Regular el 68,5% tiene un NC Regular; el 24,1% tiene un NC bueno y el 7,4% tiene un NC Malo. No se encontró relación estadística ($p = 0,16 > 0,05$) y del total de Multigestas con IHO Regular el 74,2% tiene un NC Regular, el 18,2% tiene un NC Bueno y el 7,6% tiene un NC Malo. No se encontró relación estadística ($p = 77 > 0,05$).⁽¹¹⁾

BENSIMON, Carmen.; MACHACA, Milagros.; (Perú, 2015). El presente estudio tuvo como objetivo determinar los efectos de las charlas educativas en el nivel de conocimientos sobre Salud Bucal en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de Iquitos. El tipo de investigación fue Cuantitativa y el diseño de investigación fue No Experimental, del tipo descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes distribuidos: 36 H.A.I.; 10 C.S. Túpac; 9 C.S. Moronacocha; 7 C.S. San Antonio; 6 P.S. El porvenir. Se utilizó un cuestionario validado por Pita Fernández (1996).

Luego de recibir la charla en los Establecimientos de Salud se obtuvo como resultados: Hospital Apoyo Iquitos, prueba de entrada 38.9% entre bueno y regular, prueba de salida 61.1% Muy bueno, Centro de Salud Túpac Amaru, prueba de entrada 50% regular, prueba de salida 50% bueno, Centro de Salud Moronacocha, prueba de entrada 44.4% regular, prueba de salida 55.6% bueno, Centro de Salud San Antonio, prueba de entrada 57.1% regular, prueba de salida 57.1% bueno, Puesto de Salud El Porvenir, prueba de entrada 50.0% regular, prueba de salida 83.3 muy bueno. Se acepta que las charlas educativas

incrementan en el nivel de conocimientos sobre Salud bucal en los pacientes atendidas en los establecimientos de salud, Iquitos, utilizando la prueba t ($t_e = -1.66$; $t_c = -15.36$).⁽¹²⁾

DOMINGUEZ, Yolvi. (Perú, 2013). El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en 60 multigestas menores de treinta años que acuden a los servicios de Gineco-obstetricia del Hospital III – ESSALUD, en el distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, Junio – 2013, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha Institución.

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

Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 63,3% mostró un nivel regular, el 18,3% tuvo un nivel malo y el 18,3% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 35,0% tuvo un nivel regular, el 31,7% un nivel bueno y 3,3% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 50,0% tuvo un nivel malo, el 25,0% un nivel regular, y el 25,0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 43,3% tuvo un nivel regular, el 36,7% un nivel bueno, mientras que el 20,0% un nivel malo; por último, en desarrollo dental el 45,0% tuvo un nivel malo, el 35,0% tuvo un nivel regular, y el 20,0% mostró un nivel bueno.⁽¹³⁾

DAZA, José. (Perú, 2014). El presente trabajo tuvo como objetivo general 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

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.⁽¹⁴⁾

RODRÍGUEZ, Martha. (Perú 2002).El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital Daniel A. Carrión. Para determinar el nivel de conocimiento se confecciono un cuestionario de 22 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre la gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7-13 puntos) y bueno (14-20 puntos). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales recibe 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 (4). 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.⁽¹⁵⁾

1.2. Problema de investigación.

1.2.1.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 se ven en la “obligación” de pasar por el consultorio Odontológico, debido a la interconsulta que realiza la Obstetra cumpliendo la normativa de atención integral; observando en los servicios odontológicos de los centros de salud que no completan su tratamiento por qué no acuden a la siguiente cita para que se pueda lograr el alta odontológica.

Este comportamiento debe cambiar ya que la salud oral es importante en este grupo, porque siendo la caries una enfermedad infectocontagiosa el niño lo podría adquirir a temprana edad, entre otras alteraciones de los componentes del sistema estomatognático, las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal como caries dental, enfermedades periodontales, maloclusiones, son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta; la educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial a futuro.

La experiencia nos indica que la prevención de la salud bucal debe ser una responsabilidad de todos los actores sociales de la comunidad no solamente de profesionales de la especialidad. ⁽¹⁾

En la ciudad de Iquitos según estudios realizados (Panduro, 2015), entre los hallazgos más importantes, se encontró que de un total 60 madres (100%), el 83.3% (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular.

Los resultados sobre el nivel de conocimientos no son buenos conociendo que los profesionales de la salud constantemente hacen campañas de Prevención en Salud Bucal, pero esto no es suficiente para concientizar a la población, se requiere de un

trabajo en equipo y que la población se encuentre receptiva a adquirir nuevos conocimientos que la ayuden a tener una mejor calidad de vida.

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 esto que los padres, especialmente la madre durante su gestación, juegan un papel muy importante ya que ellos son el modelo, un ejemplo para sus hijos, ellos los inducen y es parte de su labor educativa, esta labor empieza con los conocimientos básicos de la madre gestante, acerca de sus propios cuidados tanto de higiene bucal y hábitos dietéticos, como los de su futuro bebé. ⁽²⁾

Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal, en donde la dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales representan un papel fundamental en los periodos pre y postnatal del desarrollo oral, como por ejemplo las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a la caries durante toda la vida del niño, así como una mala salud dental de la madre, también afectaría el buen desarrollo del feto; entre otras cosas. Por lo que se debe comenzar dirigiendo la educación a la madre, por ello la educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima. ⁽³⁾

Derivado de lo anterior, el presente estudio plantea como interrogante de investigación: ¿Cuál será la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal e índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016?

1.2.2. Formulación del Problema.

- Problema General.

¿Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016?

- Problemas Específicos.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en las gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016?

¿Cuál es el índice de higiene oral en las gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General.

- Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal e Índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016.
- Identificar el Índice de Higiene Oral en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016.
- Elaborar cartilla informativa sobre prevención de la salud bucal para las gestantes que acuden al Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento en Prevención de Salud Bucal y el Índice de Higiene Oral en gestantes que acuden al Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016.

CAPITULO II.

2. Marco Teórico - Conceptual.

2.1. Marco Teórico.

A. Conocimiento.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de la introspección, expresados de manera cualitativa, (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 20). Para fines de este estudio se utilizará la escala cualitativa. ⁽⁴⁾

El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente. ⁽¹⁷⁾

El Diccionario filosófico de Rosenta & Ludin (1973), acorde al Materialismo dialéctico, define al conocimiento como: “El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”. ⁽¹⁸⁾

- Tipos De Conocimiento.

- ✓ Conocimiento Empírico.

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de enumerar tentativas. Es a metódico y asistemático. A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin metido y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva. ⁽¹⁹⁾

✓ Conocimiento Científico.

Este conocimiento va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas. De ahí las características del conocimiento científico:

Es cierto, porque sabe explicar los motivos de su certeza, lo que no ocurre con el empírico. Es general, es decir, conoce en lo real lo que tiene de más universal, válido para todos los casos de la misma especie. La ciencia, partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie. Es metódico, sistemático. El sabio no ignora que los seres y los hechos están ligados entre sí por ciertas relaciones. ⁽¹⁹⁾

✓ Conocimiento Filosófico.

Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.

En la acepción clásica, la filosofía estaba considerada como la ciencia de las causas por sus causas supremas. Modernamente, se prefiere hablar del filosofar. El filosofar es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. La filosofía es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el mismo, en su existencia concreta.

Oportunamente Jaspers, en su Introducción a la Filosofía coloca la esencia de la filosofía en la búsqueda del saber y no en su posesión. La filosofía se traiciona

a sí misma y se degenera cuando es puesta en fórmulas. La filosofía procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes. Habilita, entonces, al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta.⁽¹⁹⁾

✓ Conocimiento Teológico.

El conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale, de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

El contenido de la revelación, hecha la crítica de los hechos allí narrados y comprobados por los signos que los acompañan, se reviste de autenticidad y de verdad. Pasan tales verdades a ser consideradas como fidedignas y por tal razón son aceptadas. Esto se cumple con base en la ley suprema de la inteligencia: aceptar la verdad venga de donde viniere, en tanto que sea legítimamente adquirida.⁽¹⁹⁾

B. Nivel de conocimiento sobre prevención en 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. Para fines de ésta investigación también establecemos la relación entre la gestación y la atención odontológica.⁽⁴⁾

C. Salud bucal.

Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático.⁽⁴⁾

D. Índices de higiene oral.

Los índices son importantes para determinar los factores de riesgo. Podemos saber cómo está la salud oral de nuestro paciente, si hay o no biofilm presente en el paciente, evaluar presencia de depósitos blandos y el porcentaje de superficies en boca. Un factor determinante que puede tomarse como negativo en este tipo de índices es el factor tiempo ya que a la hora de realizar la evaluación toma solamente tiempo actual en el que se haga la evaluación sin tener en cuenta el pasado o futuro del paciente. Sólo se tendrá en cuenta la higiene oral en ese momento. Aun así hay signos notorios que si la higiene es deficiente nuestros índices sacaran a relucir ciertas evidencias sobre la salud oral del paciente.

- Tipos de índices de higiene oral:

✓ Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon.

- Es el más utilizado.
- Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo.
- La presencia de depósitos blandos.
- Factor relativo al tiempo. Va hacer una medición cuantitativa sobre la actualidad.

✓ Subdivisiones en la medición del Índice de Greene y Vermillon:

- La primera subdivisión, va a medir la cantidad de deshechos; restos de alimentos, pigmentos y biofilm.
- La segunda subdivisión, va a medir la cantidad de cálculo dental, el tártaro y sarro.

Cada uno de estos puntos se valora en una escala de 0 a 3. Cabe destacar que:

- Dientes superiores, se les mide por la cara vestibular.
- Dientes inferiores, se les mide por la cara lingual.
- Las superficies se dividen horizontalmente en 1/3 gingival, 1/3 medio y 1/3 incisal.

Revise siguiendo la secuencia 16, 11, 26, 36, 31 y 46, para valorar detritos y cálculo. Las superficies dentales se examinan del borde incisal a cervical con el explorador procurando revisar toda la superficie. La puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto.

1. *Segmentos superiores.* Revise las superficies vestibulares de los primeros molares y el central derecho. Si no estuviese presentes los primeros molares o se encuentre restaurado con una corona total sustitúyalos por el segundo o el tercer molar. En el caso del central se podrá sustituir por el otro central.

2. *Segmentos inferiores.* Se explora la superficie bucal del central izquierdo, en el caso de los primeros molares se revisarán las superficies linguales. De no encontrarse alguno de los dientes, se realiza la sustitución la misma sustitución mencionada anteriormente.

✓ Índice de O'Leary.

- Representa el promedio porcentual de caras o superficies dentarias afectadas por biofilm en uno o varios sujetos.
- Esta medida porcentual puede variar de 0% a 100%
- Su valor óptimo (nivel de higiene aceptable) se considera por debajo de 25% o sobre el 25%, la higiene del paciente ya comienza a ser deficiente.
- Los dientes ausentes se indicarán con una línea vertical de contraste.
- Para realizar el Índice de O'Leary es necesario completar las superficies en cada cuadrante que se presentan teñidas.

$$\text{O'Leary} = \frac{\text{SUPERFICIES TEÑIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$$

✓ Índice Gingival de Loe y Silness.

- No utilizado para establecer grados de intensidad del acumulo de biofilm.
- No necesita la aplicación de sustancias descubridoras.
- Puede utilizarse en piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca.

Características Generales:

- Se registran las 4 superficies lisas de cada diente, esto suma un valor máximo posible de 24 mediciones (4x26).
- El promedio del total de las mediciones efectuadas constituye el IG para toda la boca del individuo.
- Se emplea sonda periodontal para el examen.
- Importante recalcar que la ausencia de un diente no puede ser sustituida.
- Hay que tener cuidado con los niños, ya que por el recambio de P.D. puede haber sangramiento y edema.

Fórmula para cada diente:

$$I = \frac{\text{Suma de cada cuadrante (A + B + C + D)}}{\text{Número de Cuadrantes}} \times 100$$

✓

✓ Índice de Higiene bucal de Lindhe modificado.

- Determina el porcentaje de superficies limpias en boca.

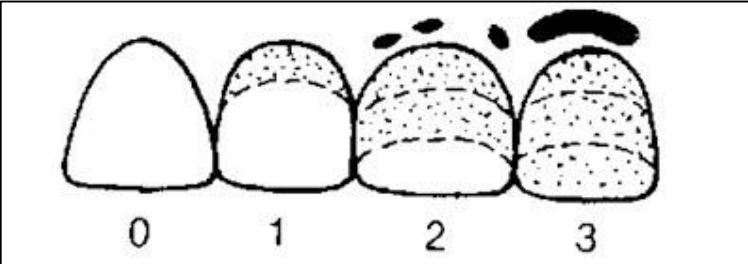
- Examen visual de las superficies teñidas con el revelador de biofilm en superficies: mesial, vestibular, distal y palatino.

E. Placa microbiana.

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso.

De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries. ⁽²⁰⁾

Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial. ⁽²¹⁾



Cód.	Índices de Calculo Simplificado (CI-S)
0	Sin calculo
1	Calculo supragingival cubriendo 1/3 o menos de la superficie
2	Calculo cubriendo de 1/3 a 2/3 de la superficie
3	Calculo cubriendo mas de 2/3 de la superficie

- Detección de la placa.

La placa bacteriana varía en su composición dependiendo de factores como el lugar en que se forma, la alimentación de la persona y su edad. Inicialmente invisible, ante la falta de higiene se espesa, haciéndose aparente por acúmulo de restos alimenticios y poniéndose de manifiesto con el empleo de colorante como la eritrosina, la fucsina básica, verde malaquita, mercurocromo, fluoresceína sódica y otros, que en forma de tabletas o gotas se introducen en la boca y con movimientos linguales, van impregnando los lugares en que la placa se asienta. ⁽²¹⁾

- Remoción de la placa.

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo. ⁽²¹⁾

F. Caries dental.

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. ^(21, 22)

Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización. Las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición decidua o permanente, son las fosas y fisuras, las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres.

- Caries dental en gestantes.

La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas en las embarazadas se debe a un incremento 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 y cambio de los hábitos dietéticos y horarios. ⁽²³⁾

Uno de los conceptos erróneos más extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que comporta el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, está en forma cristalina estable y por tanto no disponible para las necesidades maternas. ⁽²⁴⁾

- Caries del Biberón.

En años recientes se ha reconocido, que la alimentación por biberón prolongada, más allá del tiempo que se hace la ablactación del niño y su introducción a las comidas sólidas, puede dar como resultado caries tempranas y rampantes. ^(20, 22)

Aspecto clínico. El aspecto clínico de los dientes en la "caries por biberón" en un niño de 2, 3 o 4 años de edad es típico y sigue por un patrón definido. Hay afección temprana por caries en los dientes anteriores superiores, los primeros molares temporarios superiores e inferiores y los caninos inferiores. Los incisivos inferiores por lo general no están afectados. ^(20, 21)

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 placa bacteriana en los dientes usa estos azúcares como un recurso de energía para formar ácidos que atacan el esmalte de los dientes.

La caries dental afecta también a los lactantes que permanecen en el pecho de la madre por períodos prolongados (lo que ocurre, por ejemplo, cuando la madre se queda dormida mientras el bebé está lactando).⁽²⁵⁾

- Prevención.

- 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 encías con una toalla limpia o gasa para eliminar la placa.
- La pasta no es necesaria en menores de tres años por su acción espumante.
- El uso del hilo dental se debe comenzar cuando toda la dentadura temporaria (dentadura del bebé) haya erupcionado.
- 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.⁽²⁵⁾

G. Enfermedad periodontal.

Las alteraciones gingivo-periodontales son reacciones conectivas vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea esta placa bacteriana, tártaro, etc. Para su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival. De igual manera debe hacerse un sondaje, evaluar si existe gingivorragia, y movilidad. Si esta lesión continuara, se daría un proceso inflamatorio crónico hasta el periodonto de inserción, reemplazando la médula por un exudado de leucocitos y fluido. ⁽²⁴⁾

- Alteraciones periodontales en gestantes.

En algunas gestantes se observa la presencia de cálculo, de bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación empeora con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos. El tratamiento y prevención de esta patología debe ser realizado para evitar así complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. ⁽²⁴⁾

Esta alteración gingival, denominada gingivitis del embarazo, aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, momento en que va disminuyendo hasta el final del embarazo. Clásicamente se le acepta una prevalencia del 35 %, pero algunos autores hablan de hasta el 100%. Se observa una afectación mayor en la zona anterior, sobre todo a nivel interproximal. ⁽²⁶⁾

Hay estudios, aunque muy pocos, acerca de las consecuencias de la enfermedad periodontal sobre la salud sistémica. El periodonto puede servir como un reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores inmuno-inflamatorios, los cuales pueden interactuar con otros órganos de sistemas alejados de la cavidad bucal. Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo estadísticamente significativo para el nacimiento pre-término, hecho esta hace pocos años desconocidos. Es conocido que la respuesta del huésped a la infección periodontal resulta en la producción de mediadores inflamatorios que incluyen citoquinas y

prostaglandinas. Por otro lado, el rol de las prostaglandinas en la regulación de la fisiología normal del parto ha sido bien documentado. Así las infecciones maternas durante el embarazo provocan una translocación de productos bacterianos y mediadores inflamatorios, de esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad al provocar que los niveles de PGE2 y citoquinas (fluidos biológicos que por lo general inducen el trabajo de parto) se incrementan velozmente, produciendo trabajo de parto y nacimiento pre término. ⁽²⁴⁾

- Alteraciones periodontales en niños.

Los tipos predominantes de gingivitis y enfermedad periodontal en niños no van acompañados prácticamente de sintomatología subjetiva, y en consecuencia existe un gran riesgo de no prestar la debida atención de esta patología en sus estadios iniciales. Como las afecciones gingivales pueden progresar a una enfermedad periodontal grave, con pérdida de los dientes como última consecuencia, el diagnóstico precoz de estas alteraciones es fundamental, además de resultar muy eficaz. ⁽²¹⁾

Cuando se han establecido los contactos proximales entre los molares, la zona interproximal queda totalmente rellena por una papila interdental, con una concavidad marginal que corresponde a la zona de contacto. ⁽²¹⁾

En las radiografías el hueso alveolar que rodea los dientes de leche tiene una lámina dura fina, pero bien definida, y una membrana periodontal comparativamente amplia; además presenta escasas trabéculas y grandes espacios medulares con una vascularización rica. El cemento radicular es también fino y principalmente de tipo celular. ⁽²¹⁾

Cuadro Clínico. La encía marginal libre tiene una coloración rojiza y un aspecto inflamado, con las papilas que hacen protrusión desde los espacios interproximales. La superficie se encuentra distendida y brillante y la exudación de las crestas es clínicamente evidente, sobre todo cuando se aplica una ligera presión a la encía libre.

También existe una mayor tendencia a la hemorragia gingival al explorar con la sonda; estamos ya frente a una lesión preestablecida.

Al ir progresando la enfermedad, la inflamación y el enrojecimiento pueden extenderse hacia la encía adherida. Como el factor causal es la acumulación de placa, puede eliminarse rápidamente los síntomas clínicos con un régimen eficaz de higiene oral. ⁽²¹⁾

La gingivitis es el síntoma dominante en la infancia dado que hay una gran tendencia a que la lesión establecida progrese a una lesión avanzada con pérdida de inserción del tejido conjuntivo y del hueso de sostén. En principio rara vez se desarrollan procesos más avanzados hasta después de la pubertad. ⁽²¹⁾

H. Prevención en salud bucal.

Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad. ⁽⁴⁾

I. Higiene bucal.

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

Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después

de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida. ^(19, 31, 32)

J. Normas generales del cepillado.

La limpieza de los dientes debe comenzar con la erupción del primer diente y continuar durante toda la vida. Se debe realizar después de las comidas y sobre todo antes del descanso nocturno. ⁽²²⁾

- Técnica de Bass Modificada.

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

Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales.

Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo. Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento. ⁽²²⁾

K. El uso del hilo dental.

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la

asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.⁽³³⁾

La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes. En consecuencia la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.⁽³³⁾

- Modo de empleo.

Se coge aproximadamente 60 cm. de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm. se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados.⁽²¹⁾

L. Fluoruros.

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro. El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.⁽²¹⁾

- Mecanismos de acción.
 - Acción sistémica. Durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así

su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.⁽³⁴⁾

- Acción tópica. El efecto anti-caries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización.⁽³⁴⁾
- Vehículos de administración de flúor.
 - Fluoración de aguas. La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries. Por otra parte el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada.

Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.⁽³⁵⁾

Villena, R. en 1988 realizó un estudio con el propósito de conocer la concentración natural de fluoruros en las aguas de consumo de Lima Metropolitana y Callao, con lo que se reveló que esta concentración oscilaba entre 0,11 a 0,33 ppm, considerándolo un valor bajo para una acción preventiva contra la caries dental (aproximadamente la quinta parte del valor ideal).⁽³⁵⁾

- Otros aportes de flúor sistémico. En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluoración de las aguas de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluoración de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral. Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico. Antes de tragarse deben ser masticados y tanto éstos como las gotas, debieran recorrer las superficies externas de los dientes, con lo que realizarían un efecto preventivo local y al ingerirse, un efecto sistémico general. Para la administración de suplementos de flúor debemos tener en cuenta una serie de factores: ⁽³⁶⁾

- Edad del niño.

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

- Nivel de motivación de los responsables: la falta de continuidad en la administración de fluoruro alcanza a más del 80% de los niños a los tres años de iniciado.
- Factores de riesgo de caries: hábitos alimenticios del niño, malos hábitos higiénicos, presencia de caries en el niño o en los padres, hospitalización prolongada y enfermedades incapacitantes. ⁽³⁶⁾

La valoración de los factores descritos nos permitirá la individualización del tratamiento. Si se decide iniciar un tratamiento con flúor sistémico recomendamos las dosis indicadas por la Asociación Dental Americana y por la Academia Americana de

Pediatría, que establecen los suplementos de fluoruro, relacionando el nivel de flúor en el agua de consumo y la edad del niño.⁽³⁶⁾

- Nivel de flúor en el agua en PPM (Partículas por millón).

Flúor en el agua	<0.3 mg	0.3 – 0.6 mg	>0.6 mg
Hasta 6 meses	0 mg	0 mg	0 mg
6 meses – 3 años	0.25 mg	0 mg	0 mg

El margen terapéutico de los suplementos orales de flúor es muy amplio. La dosis letal aguda para el niño es de 5 a 15 mg de F / Kg. La intoxicación aguda es muy rara y sólo se produce de forma accidental, aunque la dosificación y envasado de los preparados comerciales hacen muy difícil esa posibilidad.⁽³⁶⁾

- Administración de flúor prenatal.

Con frecuencia se ha cuestionado los beneficios de la administración de flúor prenatal para la prevención de caries en dientes temporales. No existen dudas de que el flúor pasa la placenta y de que el feto es capaz de absorberlo, pero la eficacia verdadera de que estos suplementos a través de la madre, ya sea mediante el agua fluorada o mediante tabletas, pueda influir en la no aparición de caries es controvertido. Los diferentes estudios no se ponen de acuerdo sobre si existe una evidencia clara que apoye su utilización.⁽³⁷⁾

Little J.W. en 1986 en un estudio efectuado en EUA se administró a 492 mujeres una dosis de 2,2 mg. de fluoruro de calcio diaria, en combinación con agua fluorada, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se observó que los hijos quedaron libres de caries por un período de 10 años.

Además de la eliminación de la caries, también se redujo el porcentaje de prematuridad, y se apreció un ligero incremento del peso y la talla al nacer. No se

observó ninguna evidencia de alteraciones médicas o dentales (incluyendo fluorosis) en ninguno de los niños.⁽³⁷⁾

Los niveles de caries eran muy bajos en los dos grupos (91 % de niños libres en el primer grupo y 92 % en el grupo control). Se observó fluorosis leve en un porcentaje muy bajo de sujetos. Estos resultados no confirman la hipótesis de que el flúor prenatal tiene un fuerte efecto preventivo de las caries. Tampoco se demuestra una fuerte relación entre la aparición de fluorosis y la administración de flúor prenatal. Hemos de tener en cuenta de que, por motivos éticos, se animó a los dos grupos para que tomaran flúor postnatal. Esto pudo contribuir a la disminución de los niveles de caries en los dos grupos.⁽³⁸⁾

- Administración de flúor postnatal.

La eficacia de una dieta postnatal con suplementos de flúor en la prevención de la caries en dientes permanentes ha estado demostrada. En comunidades con deficiencias de flúor estos suplementos adquieren una gran importancia.⁽³⁴⁾

- 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:⁽³⁴⁾

✓ 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.

✓ Barnices con flúor.

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. ⁽³⁴⁾

✓ Pastas de profilaxis.

Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodóncicos 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. ⁽³⁴⁾

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. ⁽³⁶⁾

- Flúor de autoaplicación:

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.

Dentífricos fluorados: el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F EN 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva. ^(34,39)

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. ⁽³⁹⁾

M. Asesoramiento prenatal.

El objetivo es, esencialmente, de educación para la salud. Aún antes de que el bebé nazca, los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño en toda su vida. 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, 40)

N. Atención odontoestomatológico de la paciente gestante.

Nuestro tratamiento odontoestomatológico debe ser tan seguro para el feto como para la madre, así, tendremos limitados determinados tratamientos. El segundo trimestre es el período más seguro para proporcionar cuidados dentales habituales. Incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operatorios simples. Lo más importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del embarazo. Las operaciones de reconstrucción extensas y la cirugía oral y periodontal mayor deben posponerse hasta después del parto. ⁽²⁴⁾

Correa y col realizaron un trabajo en Colombia en 1986 y descubrieron que el 79,2% de las gestantes estudiadas no habían asistido a la consulta odontológica.

Las investigaciones mencionan que las razones que afectan, son las siguientes: No sentir dolor ni molestia (38,3%); nervios y miedo (26,3%); falta de tiempo (11,4%); no les atienden en su estado (10,9%); descuido (8,6%); no tienen dinero (5,1%). ⁽²⁴⁾

O. Tipos de dentición.

1. 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. ⁽²³⁾

2. Dentición Decidua.

Así mismo, resulta conveniente que las madres conozcan un grupo de signos que se denominan "accidentes de la erupción", que acompañan al momento de la erupción de los dientes temporales y que no se pueden considerar como patología en sentido estricto: desasosiego, eritrosis yugal, sialorrea, rinitis, bronquitis serosa, etc. La

dentición decidua también es conocida como de leche, o la primera. 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 (a) cumpla los siete años. Según la experiencia clínica del odontopediatra, José Orlando Vega, los padres de familia no practican normas de higiene bucal con sus hijos menores de tres años, porque resulta una práctica incómoda y cansada.⁽²³⁾

"Muchas veces nos resulta más cómodo dormir al niño con un biberón lleno de líquidos azucarados (leche, jugos etc.)". De esta manera lo que se hace es abrir las puertas a la caries de biberón. Recalcó que el ser humano experimenta enfermedades dentales a partir de los seis meses de edad, con la erupción del primer diente, por tal razón los cuidados dentales de un niño deben de iniciarla los padres de familia a esa edad.⁽²³⁾

Importancia. Los dientes de leche o temporales, cumplen importantes funciones dentro del sistema masticatorio, en el que participan de manera armónica otros elementos como la lengua, mejilla, huesos maxilares, músculos y glándulas salivares. Desempeñan funciones de masticación, fonación, estética y matrices funcionales para el adecuado desarrollo cráneo maxilo-facial del menor.

Los dientes enfermos traen problemas de masticación de los alimentos en el período más activo del crecimiento y desarrollo del niño. Estos inciden también en la fonoarticulación correcta. Los dientes temporales y principalmente los de adelante son claves en el aprendizaje del lenguaje hablado. Estos primeros dientes son los encargados de mantener el espacio adecuado para la correcta alineación de los dientes permanentes. Sin olvidar la estética que inciden en la imagen del niño que pueden crear traumas psicológicos.⁽²³⁾

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

P. Empleo de fármacos.

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

La mayoría de los laboratorios de productos farmacéuticos previenen contra el uso de muchos, e incluso de todos, sus productos durante el embarazo, por falta de investigación bien controlada en los seres humanos.⁽²⁶⁾

El primer trimestre es la etapa del embarazo más susceptible para el embrión de padecer efectos teratógenos debidos a los medicamentos, ya que se produce la diferenciación de los órganos. La malformación dependerá del tiempo de exposición. A partir de la octava semana los órganos ya están formados, y la susceptibilidad es inferior. El efecto teratógeno en este período puede dar lugar a una disminución del tamaño y número celular, que se puede manifestar con un retardo del crecimiento, una disminución del tamaño del órgano y alteraciones funcionales de los diferentes sistemas.⁽²⁶⁾

Hemos de tener en cuenta, también, que el feto presenta una capacidad de metabolización de fármacos limitada, debido a la inmadurez hepática y de su sistema enzimático. ⁽²⁶⁾

Todos estos cambios en cada órgano requieren en las embarazadas una alteración de las dosis de los antibióticos y de los analgésicos.

- Analgésicos:

El paracetamol es uno de los analgésicos más usados en el embarazo, con efecto analgésico, antipirético y una baja actividad anti-inflamatoria. No existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para la madre como para el feto con la administración de este medicamento, así será el analgésico de elección en la consulta. No hemos de olvidar, no obstante que pasa la barrera placentaria, y que su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal. ⁽²⁶⁾

- Antibióticos:

Las penicilinas y derivados (como amoxicilina) son los antibióticos de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas ligeras-moderadas, y sólo están contraindicadas en casos de hipersensibilidad. No hemos de olvidar, no obstante, que no existen estudios bien controlados en mujeres embarazadas, por lo que su utilización será solo en caso de ser claramente necesaria.

Las cefalosporinas orales son buenas para el tratamiento de infecciones leves-moderadas en odontología. En mujeres embarazadas parece una alternativa segura. ⁽²⁶⁾

La clindamicina se encuentra en la categoría B de la clasificación de la FDA, y la reservaremos para el tratamiento de infecciones severas después de consultar con el ginecólogo. Parece ser que no existen efectos tóxicos en mujeres embarazadas. ⁽²⁶⁾

Las tetraciclinas están contraindicadas durante el embarazo debido a los efectos adversos que producen. Dentro de éstos se observa tinción de los dientes, inhibición

del crecimiento del hueso y alteraciones hepáticas en el feto. Su utilización solo podría estar justificada si otros medicamentos están contraindicados o no resultan eficaces.⁽²⁶⁾

- Corticosteroides:

Están prohibidos en el primer trimestre del embarazo por la posibilidad de que produzcan efectos teratógenos a dosis elevadas y tiempo prolongado. Se relacionan con la aparición de fisura palatina. Su uso durante el segundo y tercer trimestre parece ser que no comporta graves riesgos, aunque se aconseja administrarlos sólo en casos de absoluta necesidad.⁽²⁶⁾

Q. Radiografías dentales.

En principio las radiografías dentales están contraindicadas, especialmente durante el primer trimestre, cuando el feto en desarrollo es particularmente susceptible a los efectos de la radiación. Sin embargo, en caso que se requiera tratamiento odonto-estomatológico, será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. Una de las principales ayudas en el caso de la mujer embarazada es el delantal de protección, ya que se ha demostrado que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal. Brent ha indicado que la dosis umbral en la inducción de lesiones genéticas es de 10 rads., cuando la radiación ambiental diaria es de 0.0004 rads. y la de una ortopantomografía es de 0.00001 rads.⁽²⁶⁾

R. Momento para llevar a cabo el tratamiento odontoestomatológico.

- Primer trimestre.
 - Tratamientos dentales de emergencia.
 - Enseñanza de higiene oral, control de placa.
 - Tratamiento periodontal conservador.
- Segundo trimestre:
 - Tratamientos de emergencia y electivos.
 - Radiografías con protección.

- Enseñanza de higiene oral, control de placa.
- Tratamiento periodontal conservador.
- Momento ideal para el tratamiento dental.
- Tercer trimestre:
 - Tratamientos de emergencia.
 - Evitar la posición supina durante tiempo prolongado. Visitas cortas. Se aconseja una posición semi-incorporada y con cambios de posición frecuentes.
 - Radiografías con protección.
 - Enseñanza de higiene oral, control de placa.
 - Tratamiento periodontal conservador.
 - Evitaremos al máximo cualquier tratamiento en las últimas semanas debido a la posibilidad de que presente un parto prematuro en el gabinete dental.
- 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 o cuarto mes de gestación que es cuando empieza la calcificación de los dientes temporales, podría estar justificada en función de ciertos estudios. ⁽³⁸⁾

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

- Dieta controlada: pobre en azúcares y rica en Calcio, Fósforo y Flúor: éstos sería lácteos, pescados, tomate, 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.⁽²³⁾

S. Influencia del tratamiento odontoestomatológico en el feto.

El momento crítico para el feto es el primer trimestre, ya que es cuando se lleva a cabo la organogénesis fetal y puede dañarse por múltiples factores externos (radiaciones, fármacos, situación estresante para la madre). Además, durante las primeras semanas, es frecuente que la madre desconozca su estado, pudiéndose ocasionar graves complicaciones.⁽²⁶⁾

Las malformaciones fetales pueden tener origen desconocido o pueden ser debidas a factores hereditarios, al tabaco, al alcohol y otras drogas o medicamentos. Como odontólogos debemos controlar la infección y no emplear ninguno de los elementos de nuestra consulta potencialmente teratógenos.⁽²⁶⁾

En el segundo y tercer trimestre disminuye el riesgo de teratogenicidad, aunque ciertos medicamentos para el tratamiento de infecciones, como por ejemplo el uso de tetraciclinas, pueden jugar un papel muy importante en este momento.

El aborto espontáneo es la terminación natural de la gestación antes de la 20ava semana. Se produce en el 10-20 % de todos los embarazos. Dentro de los factores que podrían provocarlo se encuentran las radiaciones ionizantes, ciertos fármacos y productos químicos, así como el estrés. Además, es conocido que las enfermedades febriles y la sepsis pueden precipitar el aborto. Por ello, es aconsejable un rápido tratamiento de la infección.⁽²⁶⁾

T. Tratamiento odontoestomatológico de la paciente durante la lactancia.

El principal problema es la secreción de fármacos que tome la madre a través de la leche. Así, el lactante puede tomar indirectamente medicamentos nocivos para él, así

como otros medicamentos pueden interferir en la actividad secretora normal de la glándula mamaria, interrumpiendo la lactancia o modificando la composición de la leche materna.⁽¹⁶⁾

Todos los fármacos de bajo peso molecular pueden pasar a la leche, si bien se sabe que la proporción de éstos no excede el 2-3 % de la dosis en sangre materna. Por eso se piensa que es altamente improbable que se ocasionen efectos adversos con la administración de la mayoría de los fármacos. Sin embargo tomaremos una serie de precauciones, similares a las que se observan para las mujeres gestantes.⁽²⁶⁾

A nivel de analgésicos evitaremos la aspirina o derivados a altas dosis. Se recomienda el uso del paracetamol. Respecto a los antibióticos, se pueden prescribir las penicilinas y derivados, y en casos de alergias, cefalosporinas o eritromicina.⁽²⁶⁾

U. Higiene del lactante.

Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo). Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener la súper vigilancia del estado bucal del infante. 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 lactada. Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedil con cepillo suave, que existen en el mercado.⁽⁴¹⁾

Si al mismo tiempo la mamá le da al bebé alimentos que contienen azúcares (hidratos de carbono), principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries. Todas estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño.⁽²²⁾

También hay que realizar la higiene adecuada luego de la administración de medicamentos como son jarabes, porque generalmente son dulces, para luego con la aparición de los primeros dientes comenzar con el uso del cepillo dental adecuado a las características del niño.⁽²²⁾

- Higiene de la dentición decidua.

Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *STREPTOCOCCUS MUTANS*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico.

Se recomienda limpiar los dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana.⁽²⁵⁾

Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los

dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años). ^(25, 28)

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. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los papás al realizar el cepillado, y el niño al no ser capaz de escupir bien puede tragar parte de la misma. La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Debemos esforzarnos para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario. ⁽²⁰⁾

V. Dieta.

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. ⁽²⁰⁾

Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales. ^(20, 42)

- Nutrición Durante El Embarazo.

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial de una criatura en el vientre de su madre. Durante el embarazo, hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el feto en desarrollo. En sentido nutricional, estos cambios están asociados

con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La madre embarazada tiene una mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre de la madre. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes y el oxígeno de la madre al feto a la vez que elimina el dióxido de carbono y otros desechos del feto, retornándolos a la sangre materna para su excreción.⁽²⁶⁾

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales. Se debe tener en cuenta que se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces, en este periodo, que, junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries ya que durante el embarazo tienen deseos de comer entre comidas y generalmente alimentos dulces, ricos en azúcares. Cada vez que se ingieren dulces, los ácidos que se generan por la ingestión de los mismos, atacan durante 30 minutos la superficie del esmalte. Por esto, si sienten deseos de comer entre comidas, es preferible que sea algo salado y de todas maneras, cepillarse después de haber comido. La dieta es también importante para el desarrollo de la dentición durante la etapa fetal porque influye en la composición química en el momento de la erupción, en las maloclusiones y en la susceptibilidad de caries del niño.⁽²⁶⁾

El estado nutricional de la mujer embarazada influye en la salud del recién nacido y en su posterior desarrollo. Un desequilibrio nutricional de la madre como deficiencia o exceso de un nutriente durante el periodo de amelogenesis o dentinogenesis, conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad a la caries dental.⁽⁴³⁾

Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Asimismo la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.^(43, 44)

Minerales como el calcio y fósforo constituyen tejidos duros como los huesos y dientes en un porcentaje aproximado de 99% y 80% respectivamente y adicionalmente proporcionan a dichos tejidos, fuerza y rigidez. ⁽⁴⁵⁾

Una deficiente estructura dentaria que se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo de calcio y fósforo durante el periodo de formación de los dientes puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos de dentina. ⁽⁴²⁾

Los dientes deciduos empiezan a calcificarse en el feto aproximadamente a las 20 semanas. Es de suma importancia que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de su erupción, que comienzan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina. Dependerá mucho de las cualidades nutricionales de la dieta de la madre para que influya en el proceso de maduración del esmalte, al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos. ^(38, 43, 45)

Muchos estudios se han realizado, con respecto a este tema, así tenemos a Larios Olachea, que en 1996 en su tesis evaluó la asociación entre la dieta de la madre durante el embarazo y la prevalencia de caries dental del infante. El estudio fue de tipo transversal, descriptivo y observacional. La muestra se consiguió de 248 infantes entre las edades de 6 a 42 meses de edad, que acudieron a los servicios de pediatría de dos policlínicos limeños, en donde no encontró una diferencia significativamente estadística entre la caries dental del infante y la dieta de la madre durante el embarazo. Asimismo no hubo asociación entre la cantidad de consumo de proteínas, vitamina A y minerales como el calcio y fósforo consumida por la madre durante el embarazo y la caries dental del infante. Este estudio recomienda a los centros hospitalarios desarrollen programas de salud dirigidas a las madres durante el embarazo, de este modo se podrían mejorar las condiciones de salud Bucal en las madres como en sus hijos y de esta forma se reduciría los niveles de caries dental en la población infantil. ⁽⁴³⁾

Sin embargo Bello, A. en 1997 realizó una investigación de los efectos de una nutrición deficiente en niños, en el periodo prenatal. En un estudio realizado en 200 niños en el Hospital Ginecobstétrico Docente de la ciudad de Santa Clara (Cuba) se separaron en dos grupos de 100 niños, uno con malnutridos fetales, el otro con niños de crecimiento normal. La malnutrición repercute especialmente en el desarrollo del niño, produciendo trastornos como parálisis cerebral, retraso mental, alteraciones en el crecimiento, defectos en el desarrollo de hueso, tejido periodontal, dientes, etc. La hipoplasia del esmalte fue más frecuente en niños con malnutrición fetal y predominaron los dientes cariados, obturados y extraídos en el grupo estudio con respecto al control en ambas denticiones. Así se determinó el importante papel de la malnutrición fetal en la producción de hipoplasias del esmalte y la prevalencia de caries dentales, cuando la nutrición en el período fetal es deficiente. ⁽⁴⁴⁾

- Consideraciones nutricionales durante la lactancia.

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. En general el peso al momento del nacimiento se duplica en los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. En consecuencia las necesidades nutricionales están en este periodo en un nivel muy alto. ⁽²⁰⁾

La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebe y puede ser probablemente la única alimentación del niño en sus primeros 4 o 6 meses de vida. Después de esto, la leche puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean estos caseros o preparados comerciales. ⁽²⁰⁾

Si se compara los potenciales acidógenos y de disolución del esmalte, entre la leche materna y la leche de vaca, parece ser que la leche materna disminuye el pH de la placa dental más que el de la vaca. Esta última tiene contenidos más altos de calcio, fósforos y proteínas y 4% de lactosa, en contraste con 7% de la leche materna. ^(46, 47)

Por lo anterior, tanto la leche materna como la de vaca, pueden inducir caries, y su ingestión sin cuidados bucales diarios llega a originar la caries de la lactancia. Sin embargo,

la supremacía de la lactancia materna cuando es comparada con la lactancia artificial, es innegable. Las ventajas nutricionales, psicológicas inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento la hacen la alimentación más apropiada para el lactante. Con relación a su posible potencial cariogénico, la leche humana como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte siempre que se mantenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas. Las mezclas de fórmulas lácteas y cereales constituyen soluciones de mayor concentración de hidratos de carbono y en consecuencia son más cariogénicas. Si el niño debe alimentarse con leche, es obvio que la leche materna es insustituible. ⁽²⁷⁾

Mayores esfuerzos deben realizarse para orientar tanto a los profesionales de la salud como a las madres de los lactantes, en relación a los efectos perjudiciales del hábito de dormir con biberón o amamantando. Por otro lado debe recomendarse a la madre que amamanta que, sólo debe suspender la comida cuando siente el seno vacío, en caso contrario el bebé, no habrá obtenido la leche del final rica en grasas, que tienen efecto protector sobre los dientes frente al ataque de los ácidos producidos por microorganismos cariogénicos. Generalmente la madre primeriza que no reconoce el vaciamiento del seno debe comenzar la ración por el último pecho, para terminar de vaciarlo. ⁽²⁷⁾

En cualquier caso, si la ración alimenticia es usada como pacificador durante el sueño, la higiene bucal es la única alternativa para evitar el inicio y el progreso del proceso carioso. Los dientes deciduos deben comenzar a limpiarse tan pronto como hacen emergencia en la cavidad bucal, para ello la madre puede envolver su dedo índice con una gasa y remover los restos alimenticios que se depositan sobre la superficie dental después de cada ración alimenticia y especialmente la última (previa al sueño). La administración de un biberón que contenga agua después de la alimentación (ya sea artificial o materna), debe fomentarse como hábito, ya que su efecto de limpieza constituye un mecanismo auxiliar de la higiene del lactante. Por ninguna razón se debe callar a lactantes inquietos con un biberón que contenga leche u otras bebidas endulzadas, sea durante el día, a la hora de la siesta diurna o al acostarnos por la noche. ⁽⁴⁶⁾

La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con biberón desarrollará un reflejo de succión y deglución inadecuado. ⁽²⁹⁾

Las ventajas para las madres son ayudar a recuperar más rápido la figura, evita hemorragias después del parto, ahorra dinero, disminuye el riesgo de cáncer mamario, etc. También se han realizado estudios con el propósito de determinar los patrones de lactancia e inicio de la ablactancia y su relación con la caries dental. Pacheco Álvarez en 1996 en su tesis tomó a niños de 0 a 42 meses de edad que acudieron a los servicios de pediatría de dos hospitales limeños. La muestra consistió de 306 niños. El estudio fue de tipo transversal descriptivo. Los resultados muestran que la lactancia materna estuvo presente en el 99,6% de la muestra, siendo la edad promedio de término de 8,5 meses. La lactancia artificial (uso del biberón) fue frecuente en un 52,9% e iniciada a la edad promedio de 4,4 meses. La edad de inicio de la ablactancia fue en promedio a los 5,6 meses. La prevalencia de caries dental en los niños de 12 a 42 meses fue de 20,4%. No se encontró relación de la caries con el tipo de lactancia (materna, artificial o ambas) y el tiempo de duración de la lactancia materna o artificial ($p > 0,05$). Sin embargo se observó una tendencia de mayor prevalencia de caries en aquellos niños que tenían lactancia artificial que aquellos de otro grupo (materno o mixto). ⁽²⁹⁾

- Nutrición durante la erupción dentaria.

La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia, facilita su continuación en etapas ulteriores. Es usual la adición de alimentos diversos, cuando hacen erupción las primeras piezas dentarias. Hay que orientar a los padres sobre alimentos apropiados, que además de nutritivos, sean adecuados para la salud dental. Los alimentos que se comen con los dedos, primeramente frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatina, galletas sin sal, ni queso, son aceptables y hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución, que le permitan ingerir estos nuevos alimentos. ⁽²²⁾

Deben evitarse los que contengan alto porcentaje de carbohidratos, se adhieren a los dientes o son de disolución lenta. Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas y los yogurts para que el niño lo acepte mejor. Recordemos la cariogenicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa, pero aunque en menor escala también lo son la glucosa, la fructuosa, maltosa, almidón, etc., nutrientes naturales del St. Mutans, que se encuentra presente en la boca del lactante desde la aparición del primer diente, siendo la mamá o el resto del entorno, los responsables de esta infección temprana. ^(48, 49)

Villena, M. Bernal, J. en 1998 estudió e identificó el momento en que los azúcares son introducidos en la dieta y su frecuencia de consumo en un grupo de niños de 0-36 meses de edad. Para ello se aplicó un cuestionario de opciones múltiples a madres de 385 niños bajo control en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital nacional Cayetano Heredia, Lima Perú. En el 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad. Los principales vehículos fueron "líquidos" y la razón principal fue "dar sabor".

El porcentaje de niños que consumían azúcares y su frecuencia de consumo aumentó con la edad. El 30% de los niños de 0-5 meses de edad consumían azúcares en un promedio de 2,5 veces al día y el 85% de los niños de 6-11 meses de edad consumían azúcar en un promedio de 3,5 veces por día. Al cumplir el primer año de edad, el 100% de los niños consumían azúcares en un promedio de 4,6 veces al día; este patrón se repitió durante el segundo año de vida. En su mayoría los alimentos azucarados, fueron ingeridos durante las comidas principales; sin embargo un porcentaje considerable (34,4%) fue ingerido en refrigerio o entre comidas, en especial antes de que el niño vaya a dormir. En este trabajo se busca formular programas educativos materno-infantiles que permitan disminuir el riesgo de caries en la dentición primaria y formar hábitos alimenticios adecuados. La educación en salud dental impartida a las madres y motivada en los niños resulta, por lo tanto, mejor que tratar de cambiar rutinas ya establecidas. ⁽⁴⁹⁾

- Asesoramiento Dietético.

Desde hace tiempo se conoce la relación directa entre dieta rica en hidratos de carbono y caries. Después de numerosos estudios comparativos se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

- El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que si lo es durante las mismas.
- El riesgo es asimismo mayor cuando el azúcar va incorporado a alimentos viscosos.

En resumen es necesario actuar sobre los hábitos dietéticos de los niños, motivándolos para que coman de forma equilibrada en las horas habituales y alimentos de bajo contenido en azúcares refinados (glucosa, fructosa, sacarosa). Es conveniente que el niño finalice las comidas con frutas fibrosas.⁽²³⁾

- No se debe acostumbrar al bebé a los dulces. Puesto que todos los sabores son nuevos para un recién nacido, es mejor acostumbrar su paladar a las cosas naturales, sin agregado de condimentos, azúcar o miel.⁽²³⁾
- Se debe tener cuidado, en la prescripción de medicamentos, muchos de ellos endulzados para facilitar su aceptación. Estos productos pueden afectar los dientes a largo plazo. ⁽²³⁾

Lista orientativa de alimentos cariogénicos que tienen relación con glucosa, fructosa o sacarosa: mermelada, fruta fresca y seca, mostaza, ketchup, paté de hígado, morcilla, corn-flakes, galletas, bollería industrial, bebidas, instantáneas en polvo, yogur edulcorado, chocolate con leche, helados, zumos preparados, patatas, chips, yogures, bebidas dulces con y sin gas, aderezo de ensalada preparado.⁽²³⁾

W. Aplicación de sellantes.

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y

fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida.

Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes. ⁽²⁰⁾

X. Clasificación de etapas de vida según la edad:

- Escolar: Es la etapa comprendida entre los 7 y 11 años de edad, también llamada niñez intermedia. Adquieren razonamiento lógico con respecto a sus experiencias personales, más concentración, crecimiento a un ritmo lento y constante, los varones son más pesados y altos que las niñas, los sistemas de su cuerpo maduran más, desarrollo cerebral casi completo. En este periodo establece su sentido de independencia, define su papel social, pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa, participa en actividades de la comunidad, presentan el conflicto de laboriosidad-inferioridad. Si encuentran fracasos o desalientos constantes experimentarán sentimientos de inferioridad, coordinados y auto controlados, forma valores.
- Adolescencia: Según la OMS es toda persona cuya edad esté comprendida entre los 10 años y los 20 años de vida donde sistemáticamente existen cambios fisiológicos, bio-psicosociales y culturales. Se ha definido como el período de maduración psicobiológica, donde termina el brote secundario del crecimiento físico. Se adquiere la madurez de la capacidad sexual para reproducirse, implica muchos cambios para el adolescente, que incluye aumento de peso y estructura, hay un aumento rápido de la capacidad vital pulmonar, la cual es mayor en los varones. El concepto de adolescencia engloba otros conceptos con gran significación como son: Pubertad: Período de la vida en que se desarrollan los caracteres sexuales somáticos, dando comienzo a la actividad cíclica de la mujer, llevando aparejada una crisis endocrina pluri glandular, se duplica el peso, ocurriendo dos años antes en las hembras.

Menarquía: Aparición de la primera regla, es un suceso de la pubertad. Nubilidad: Cuando la muchacha se hace fértil, es el despertar de la maternidad, acepta el cambio de su psiquis, logra independencia de los adultos, se relaciona con sus compañeros, define su papel social, hay razonamiento lógico.

- Adultez. Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad. El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones.

Clasificación por edades:

Adulto joven ----de 18 años a----36 años

Adulto maduro----de 35 años a----59 años

A esa edad el ADULTO JOVEN alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a optimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan.

La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo en el ADULTO MADURO será el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. Contribuye a la transformación del medio. Así como a su desarrollo. Se convierte en un eslabón más del proceso social. Hay aumento de peso con el cursar de los años.⁽⁵⁰⁾

CAPITULO III.

3. Recursos utilizados.

- Autofinanciado.

Concepto	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.
5.3..11.20 Movilidad local	40	40	40	40	40	40	40	40	40
5.3.11.24 Racionamiento	50	50	50	50	50	50	50	100	100
5.2.11.30 Bienes de consumo	50	50	50	50	50	100	200	200	100
5.3.11.39 Otros servicios de tercera	50	50	50	50	50	100	100	100	100
5.3.11.49 Materiales de escritorio	50	50	50	50	150	150	200	200	200
Sub Total	240	240	240	240	340	440	590	640	540
Total:									3510

Humanos: Sarahi Fasabi Cueva.

Instituciones: Centro de Salud Bellavista - Nanay

Equipos: Instrumentos de diagnóstico.

Materiales: Guantes, mascarilla, gorro, espejo bucal, espejo intraoral, pastilla reveladora de caries, cámara fotográfica, materiales de oficina y copias.

CAPITULO IV.

4. Método.

4.1. Hipótesis.

Existe relación entre en Nivel de Conocimiento en Salud Bucal y el Índice de Higiene Oral en las gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay, Distrito de Punchana - 2016.

4.2. Variables.

La investigación presenta dos variables centrales que son:

- Variable Dependiente. Índice de higiene oral en gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay.
- Variable Independiente. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay.
- Operalización de las variables indicadores e índices.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVELES
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Es el conocimiento de la gestante en prevención en salud bucal.	BUENO	15 – 22
		REGULAR	8 – 14
		MALO	0 – 7
INDICE DE HIGIENE ORAL	Índice de higiene para evaluar los factores de riesgo, mediante la presencia o no de biofilm en la cavidad bucal.	BUENO	0-0 – 1.2
		REGULAR	1.3 – 3.0
		MALO	3.1 – 6.0
GRADO DE INSTRUCCION	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	NIVEL DE ESCOLARIDAD	PRIMARIA
			SECUNDARIA
			SUPERIOR
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	NÚMEROS DE AÑOS CUMPLIDOS	ADOLESCENTE (10 – 20 AÑOS)
			ADULTO JOVEN (21 – 35 AÑOS)
			ADULTO MADURO (36 – 59 AÑOS)
PARIDAD	Se refiere al número de embarazos de una mujer.	NÚMEROS DE EMBARAZOS	PRIMIGESTAS
			MULTIGESTA

4.3. Tipo de Investigación.

La presente investigación es del tipo cuantitativo, porque tiene como propósito plantear el problema del estudio sobre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal e índice de higiene oral en gestantes que se atienden en el consultorio obstétrico del centro de salud Bellavista Nanay, determinado por interrogantes sobre las variables mencionadas, se revisa literatura, como antecedentes, marco teórico científico y conceptual, del cual se derivaron objetivos y se plantearon hipótesis para luego desarrollar un plan (diseño) para probarlas, analizándose las mediciones obtenidas sobre las variables del estudio y finalmente establecer conclusiones respecto a las hipótesis planteadas.

4.4. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es No Experimental, Transversal, descriptivo y correlacional:

No experimental, que podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional la variable independiente, para ver su efecto sobre otra variable. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

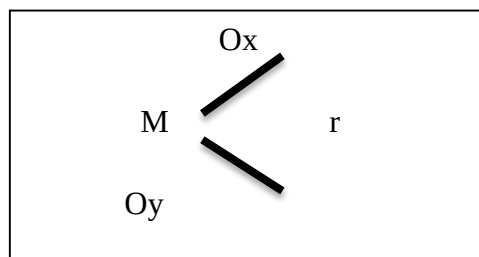
Transversal, porque se encarga de estudiar la variable independiente Índice de higiene oral en gestantes y la dependiente calidad de atención en un momento determinado.

Descriptivo, porque, describe en un contexto dado la variable independiente conocimiento sobre prevención en salud bucal y la dependiente índice de higiene oral.

Correlacional, porque examina la relación o asociación existente entre dos o más variables, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio. Los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación. La investigación correlacional tiene, en

alguna medida, un valor explicativo aunque parcial. Al saber que dos conceptos o variables están relacionados se aporta cierta información explicativa.

El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra

R = Relación entre Variable.

O = Observaciones obtenidas en cada una de las variables.

Ox = Variable dependiente.

Oy= Variable independiente.

4.5. Población y muestra.

- Población:

La población de estudio estuvo conformada, por 195 gestantes que se atienden en el centro de salud Bellavista Nanay durante los meses de agosto, septiembre y octubre del distrito de Punchana, provincia de Maynas del 2016.

- Muestra:

La muestra fue del tipo probabilístico cuyo tamaño se obtiene mediante la fórmula para poblaciones finitas siendo ésta la siguiente:

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

N	Muestra que está sujeto a estudio. 195 gestantes.
Z ²	1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)
P	0.5, proporción de gestantes que acudieron al centro de salud de Bellavista Nanay con buen nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.
Q	0.5, proporción de gestantes que acudieron al centro de salud de Bellavista Nanay con deficiente nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal
E ²	Nivel de precisión.
N	Tamaño de la población accesible es 195

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{195 * 1,96 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (195 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 129,57$$

Entonces se tuvo que seleccionar de todas las gestantes, 130 de ellas para llevar a cabo la presente investigación.

4.6. Técnicas.

Para efectos de estudio, se realizara de la siguiente manera:

- Se procederá a identificar la muestra en estudio en 130 gestantes.
- Se analizaran el IHOS.
- Se realizaran encuestas sobre el nivel de conocimiento en gestantes.
- Los datos serán registrados en el instrumento N° 01.

- Se tabularan los datos.
- Se procesaran los datos en el programa estadístico informático (SPSS 222).
- Se procederá a analizar la información y elaborar el informe.

4.7. Instrumentos de recolección | de datos.

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un test/prueba validado por Juicio de expertos. Este cuestionario constó de 22 Preguntas cerradas o estructuradas sobre conocimiento el cual contiene los fines plantados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

- Conocimiento sobre prevención de Salud Bucal.
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales.
- Conocimiento sobre gestación y atención odontológica.
- Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental.

Dándose un punto por cada respuesta correcta, y mediante regla de tres simple se agruparon los resultaron en los siguientes intervalos:

- Malo (0 – 7 puntos).
- Regular (8 – 14 puntos).
- Bueno (15 – 22 puntos).

El cuestionario será entregado a las gestantes que cumplieron con los criterios de Inclusión en el Centro de Salud de Bellavista Nanay (consultorio de obstetricia), siguiendo el tipo de muestreo no probabilístico sistemático para lo cual se le asignó un número a cada historia clínica, y mediante la fórmula N/n (donde N = población y n = muestra) se obtuvo un intervalo de 2, se sorteó el primer número y seleccionando cada 2 historias a las gestantes, las cuales tuvieron 20 minutos para el desarrollo del mismo. El cuestionario en mención tendrá también información general para que consignent las gestantes para el cumplimiento de objetivos específicos de este estudio, como:

- Edad

- Trimestre de Embarazo.
- Grado de Instrucción.
- Visitas previas al odontólogo.
- Motivo por el cual recibe o no recibe tratamiento odontológico actualmente.

El segundo instrumento que se utilizó fue el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) que se encarga de medir la superficie del diente que está cubierta con desechos y cálculos; consta de dos elementos: un índice de desecho simplificado y un índice de cálculos simplificado, cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Solo se emplea para el examen un espejo bucal y un explorador dental. Las seis superficies dentales examinadas son la caras vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Así mismo, las caras linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho.

Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, media e incisal. La valoración se da la siguiente manera: índice de higiene oral bueno: (0.0 - 1.2), regular (1.3 - 3.0) y malo (3.1 - 6.0).

4.8. Procesamiento de la información

Para el procesamiento de datos se elaborará tablas, cuadros, gráficos y cálculos estadísticos descriptivos mediante la utilización del programa estadístico EXCEL y SPSS versión 22.2 en español. Así mismo, para el análisis e interpretación de datos se hará cálculos de estadística inferencial, aplicando la prueba no paramétrica para variables ordinales Tau-b de Kendal para determinar la correlación existente entre las variables.

Para la determinación de la Prueba de Hipótesis, seguiremos el criterio más aceptado por la comunidad científica, empleando un nivel de significancia α del 5% (0.05), y también nos fijaremos Nivel de Confianza del 95%. Eso quiere decir que los resultados que hallemos, denominado p Estadístico (dado como valor Significancia), se compara con el nivel de significancia α 5% (0.05), Si el p Estadístico es mayor que α , entonces se acepta la Hipótesis Nula; Si el p Estadístico es menor que α , entonces se rechaza la Hipótesis Nula, y se acepta la Hipótesis Alternativa de la investigación.

Estadístico de prueba Tau-b de Kendall.

$$\tau_B = \frac{n_c - n_d}{\sqrt{(n_0 - n_1)(n_0 - n_2)}}$$

Dónde:

$$n_0 = \frac{n(n-1)}{2}$$

$$n_1 = \sum_i \frac{t_i(t_i - 1)}{2}$$

$$n_2 = \sum_j \frac{u_j(u_j - 1)}{2}$$

n_c = Número de pares concordantes

n_d = Número de pares discordantes

t_i = Número de valores empatados en la i -ésima fila de los grupos de valores empatados

u_j = Número de valores empatados en la j -ésima columna de los grupos de valores empatados

Regla de decisión

Rechazar la hipótesis nula si: $p < 0,05$ (nivel de significancia).

4.9. Ética

Protección de los Derechos Humanos.

Se revisará la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.

CAPITULO V.

5. Resultados.

Los resultados se organizaron para su presentación de acuerdo a los objetivos planteados según el siguiente orden:

- Análisis descriptivo univariado del nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en Gestantes del consultorio Obstétrico del Centro de Salud Nanay del Distrito de Punchana 2016.
- Análisis descriptivo univariado de las respuestas correcta e incorrectas del cuestionario del nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en Gestantes del consultorio Obstétrico del Centro de Salud Nanay del Distrito de Punchana 2016.
- Análisis descriptivo univariado del Índice de Higiene Oral en Gestantes del consultorio Obstétrico del Centro de Salud Nanay del Distrito de Punchana 2016.
- Análisis bivariado del nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal y el Índice de Higiene Oral en Gestantes del consultorio Obstétrico del Centro de Salud Nanay del Distrito de Punchana 2016.
- Análisis Inferencial sobre el Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal e Índice de Higiene Oral en gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana en el 2016.
- Se evaluó en un total de 130 gestantes, los resultados nos indican el nivel de conocimientos sobre Salud Oral con el que las mamás y futuras mamás llegan a la consulta, lo cual va repercutir sobre su propia Salud Oral durante su gestación y sobre la Salud Oral de sus hijos y/o futuros hijos. Cuidados básicos y desarrollo dental de los bebés.

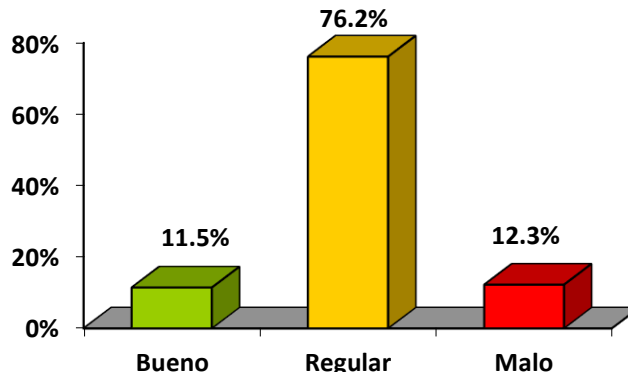
Tabla 1: Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal en Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	15	11,5
Regular	99	76,2
Malo	16	12,3
Total	130	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre salud bucal aplicado a las Gestantes.

$$\bar{X} \pm S \quad 10,86 \pm 3.44$$

Gráfico 1: Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal en Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016



En la Tabla y gráfico 01 se muestra el nivel el conocimiento sobre prevención en salud bucal de las 130 (100,0%) gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay en el 2016, en ellos se observa que el 76,2% (99 gestantes) obtuvieron nivel conocimiento regular, 12,3% (16 gestantes) nivel de conocimiento malo y 11,5% (15 gestantes) nivel de conocimiento bueno. El promedio en el puntaje alcanzado en el cuestionario, fue de 10,86 puntos con una desviación típica de $\pm 3,44$ puntos, promedio que lo ubica en la categoría de conocimiento regular (entre 8 y 15 puntos).

Tabla 2: Grado de Instrucción de las Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay.

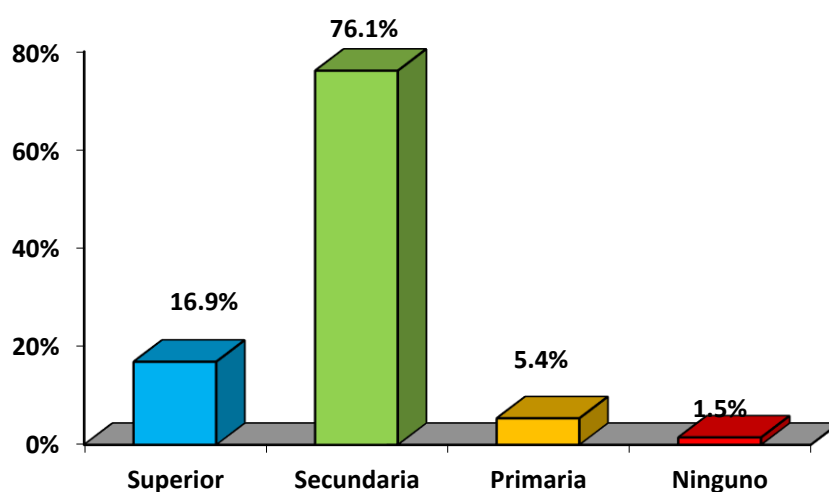
Punchana 2016

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	1,5
Primaria	7	5,4
Secundaria	99	76,1
Superior	22	16,9
Total	130	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre salud bucal aplicado a las Gestantes.

Gráfico 2: Grado de Instrucción de las Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay.

Punchana 2016



De la Tabla y gráfico 02 sobre el grado de instrucción de las 130 (100,0%) gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay en el 2016, se aprecia que el 76,1% (99 gestantes) tenían Secundaria, 16,9% (22 gestantes) secundaria, el 5,4% (7 gestantes) primaria y 1,5% (2 gestantes) ningún grado de instrucción respectivamente.

Tabla 3: Distribución de la Edad en Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista

Nanay. Punchana 2016

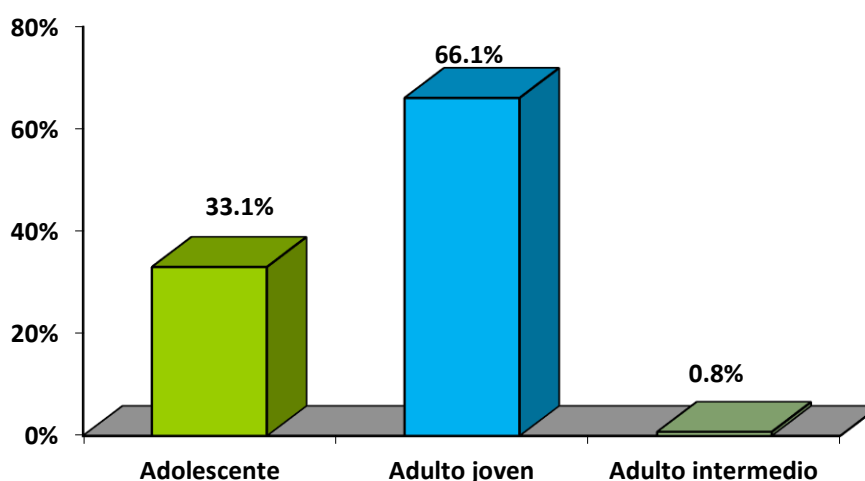
Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente (10 – 20 años)	43	33,1
Adulto Joven (21 – 35 años)	86	66,1
Adulto Maduro (36 – 59 años)	1	0,8
Total	130	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre salud bucal aplicado a las Gestantes.

$$X \pm S \quad 22,72 \pm 5.847$$

Gráfico 3: Distribución de la Edad en Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista

Nanay. Punchana 2016



Sobre la distribución de la edad de las 130 (100,0%) gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay en el 2016 que se muestra en la Tabla y gráfico 03, se observa que el 66,1% (86 gestantes) fueron adultas jóvenes, el 33,1% (43 gestantes) adolescentes y solo el 0,8% (una gestante) adulto intermedio. El promedio de edad, fue de 22,72 puntos con una desviación típica de $\pm 5,847$ años, promedio que lo ubica en la categoría de adulto joven.

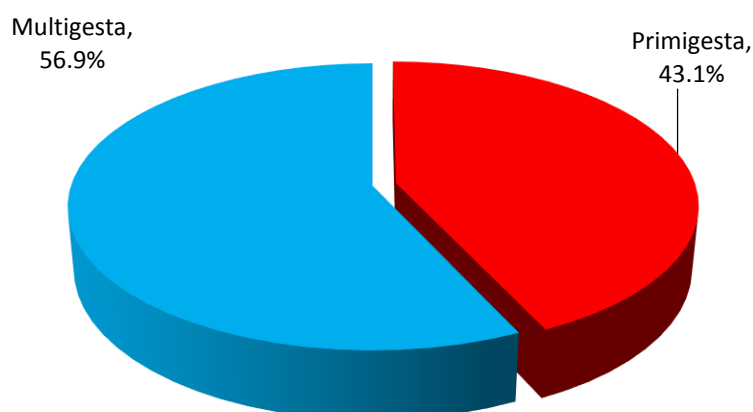
Tabla 4: Número de hijos frecuentes de las Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	56	43,1
Multigesta	74	56,9
Total	130	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre salud bucal aplicado a las Gestantes.

$$\bar{X} \pm S \quad 4,02 \pm 3.44$$

Gráfico 4: Número de hijos frecuentes de las Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016



Sobre el número de hijos de las 130 (100,0%) gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay en el 2016 que nos muestra la tabla y gráfico 04, se aprecia que el 56,9% (74 gestantes) eran Multigesta y el 43,1% (56 gestantes) primigestas respectivamente. El número de hijos promedio, fue de 4,02 hijos con desviación típica de $\pm 3,02$ hijos respectivamente.

Tabla 5: Respuestas al Cuestionario De Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de las Gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016

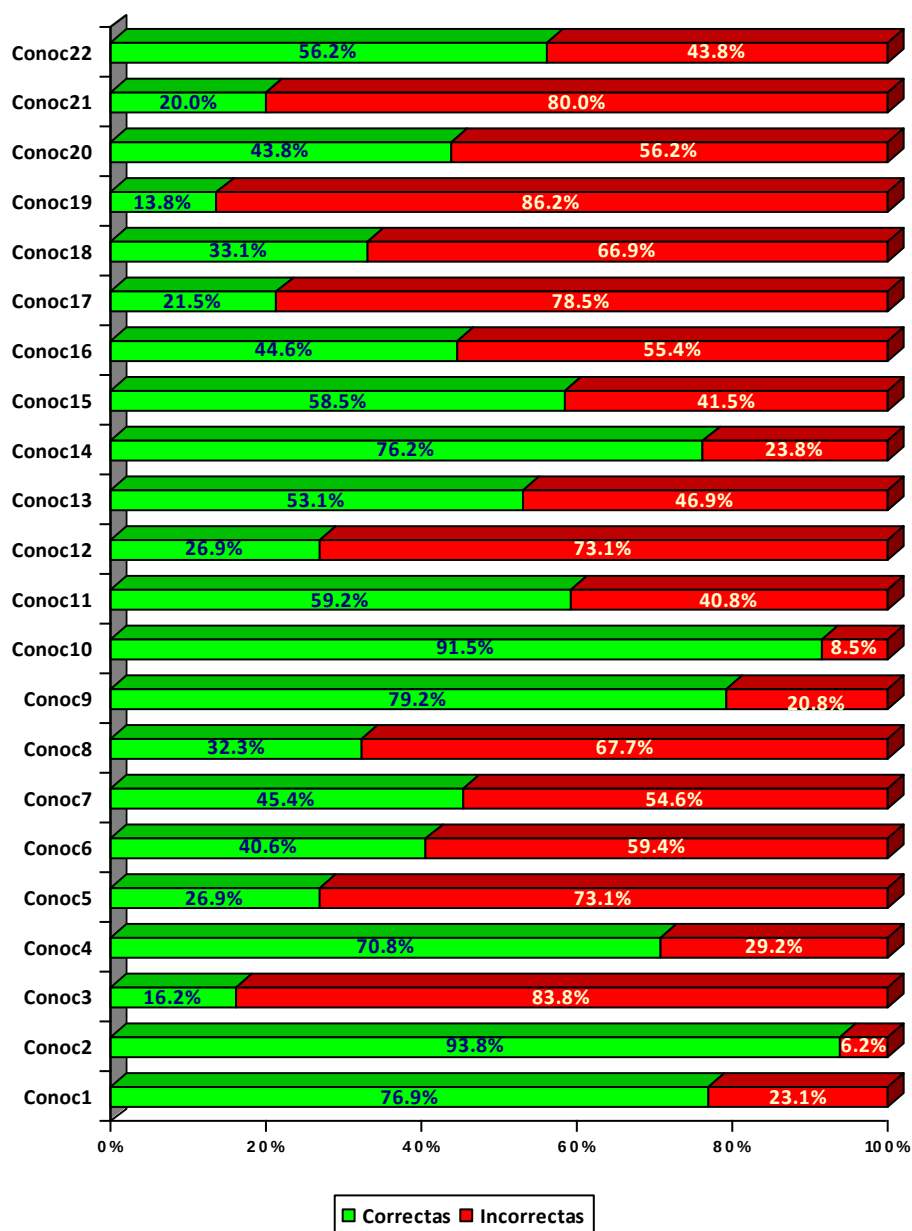
ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL		Respuestas de conocimiento			
		Correctas		Incorrectas	
		Nº	%	Nº	%
1.	Según su criterio: ¿Qué es salud bucal?	100	76,9	30	23,1
2.	¿Qué significa para usted higiene oral?	122	93,8	8	6,2
3.	¿En qué periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura?	21	16,2	109	83,8
4.	¿Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos?	92	70,8	38	29,2
5.	¿Cuántas veces al año es recomendable visitar al dentista?	35	26,9	95	73,1
6.	¿Sabe cuándo comienzan a erupcionar los dientes de su hijo?	60	40,6	70	59,4
7.	¿A qué edad considera que debe llevar a su hijo por primera vez al dentista?	59	45,4	71	54,6
8.	¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en salud bucal?	42	32,3	88	67,7
9.	Principalmente, ¿cuándo debo cepillarme los dientes?	103	79,2	27	20,8
10.	¿Cada cuánto tiempo debemos cambiar los cepillos dentales?	119	91,5	11	8,5
11.	¿Qué es la pasta dental?	77	59,2	53	40,8
12.	¿Por qué es importante usar el cepillo y la pasta dental?	35	26,9	95	73,1
13.	¿Qué es el hilo dental?	69	53,1	61	46,9
14.	¿Qué es el enjuague bucal?	99	76,2	31	23,8
15.	¿Qué beneficios conoce del flúor?	76	58,5	54	41,5
16.	¿Qué es la caries dental?	58	44,6	72	55,4

17.	¿Qué es la caries de biberón?	28	21,5	102	78,5
18.	¿Qué es la placa bacteriana?	43	33,1	87	66,9
19.	¿Sabe cómo se origina la placa bacteriana?	18	13,8	102	86,2
20.	¿Sabe que enfermedad se denomina al sangrado de sus encías?	57	43,8	73	56,2
21.	¿Sabe que enfermedad afecta al soporte de los dientes?	26	20,0	104	80,0
22.	La información que posee sobre salud bucal la obtuvo por medio de:	73	56,2	57	43,8

Fuente:

Cuestionario de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

Gráfico 5: Respuestas al Cuestionario De Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de las Gestantes del Centro de Salud Bellavista Nanay - Punchana 2016.



La tabla 5, muestra a las 130 (100%) gestantes que son atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana en el 2016, según respuestas correctas e incorrectas al cuestionario de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal.

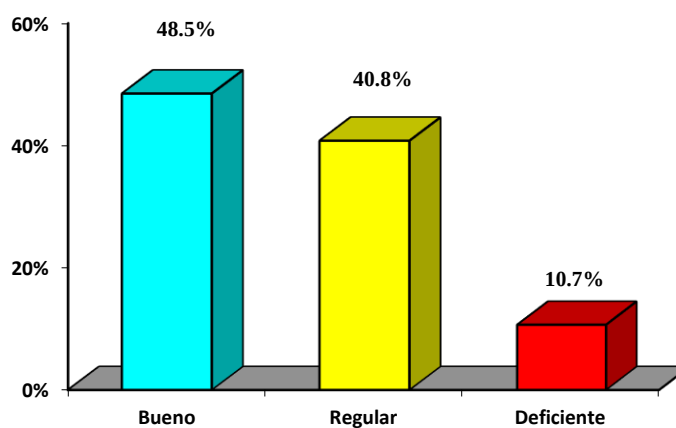
En relación a las respuestas incorrectas estas fueron: 83.8% desconocen el periodo de gestación que se puede recibir atención odontológica segura; 73.1% no sabe cuántas veces al año es recomendable visitar al dentista; el 59,4% desconoce el tiempo que empiezan a erupcionar los dientes de su hijo; el 54,6% no sabe la edad que por primera vez debe llevar a su hijo al dentista; 67.7% desconoce cuáles son las medidas preventivas en salud bucal; 73.1% no sabe la importancia de usar el cepillo y la pasta dental; 55.4% ignora que es la caries dental; 78.5% desconoce que es la caries de biberón; 66.9% ignora que es la placa bacteriana; 86.2% no conoce de qué manera se origina la placa bacteriana; el 56,2 desconoce la enfermedad del sangrado de encías y el 80.0% ignora sobre la enfermedad que afecta al soporte de los dientes. En cuanto a las respuestas correctas dadas por las gestantes fueron: 100.0% conocen según su criterio que es salud bucal; 93.8% sabe qué significa la higiene oral; 70.8% conocen que es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos; 79.2% saben cuándo cepillarse los dientes; 91.5% conocen el tiempo de cambiar los cepillos dentales; 59.2% saben qué es pasta dental; 53.1% conocen que es el hilo dental; 76.2% saben que es el enjuague bucal; 58.5% conocen los beneficios del flúor y el 56.2% saben de donde obtuvo la información sobre salud bucal.

Tabla 6: Índice de Higiene Oral de Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016

Índice de Higiene Oral	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	63	48,5
Regular	53	40,8
Malo	14	10,7
Total	130	100,0

Fuente: Ficha de evaluación de Higiene Oral aplicado a las Gestantes

Gráfico 6: Índice de Higiene Oral de Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016



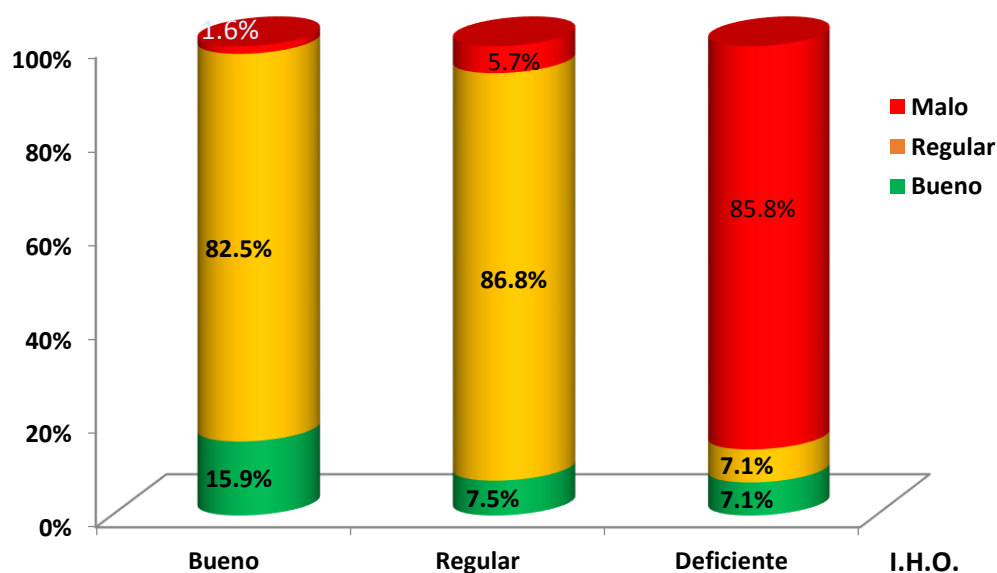
Con respecto a la evaluación del Índice Higiene Oral en las 130 (100%) gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay en el 2016, se tiene como resultado que, el 48,5% (63 gestantes) presentaron Índice Higiene Oral bueno, el 40,8% (53 gestantes) Índice de Higiene Oral Regular y el 10,7% (Índice de Higiene Oral deficiente respectivamente.

Tabla 7: Relación del Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal y el Índice de Higiene Oral de Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016

Nivel de Conocimiento	Índice de Higiene Oral						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	10	15,9	4	7,5	1	7,1	15	11,5
Regular	52	82,5	46	86,8	1	7,1	99	76,2
Malo	1	1,6	3	5,7	12	85,8	16	12,3
Total	63	100,0	53	100,0	14	100,0	130	100,0

FUENTE: Elaborado por la investigadora

Gráfico 7: Relación del Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal y el Índice de Higiene Oral de Gestantes Atendidas en el Consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana 2016



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 que se atienden en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana en el 2016, se tiene que de 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 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. Se demuestra relación ordinal estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal y el Índice de Higiene Oral en las gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del centro de salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana, con un τ_B (Calculado) = 4,097; $p = 0.0000$ ($p < 0.05$). Tabla y gráfico 3. 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 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 no lo hace el índice de higiene oral, esta relación observada se verificará la hipótesis de la investigación.

CAPITULO VI.

6. Discusión de resultados.

- Nuestros resultados muestran un nivel de conocimiento regular (76,2%) de esta manera nuestros hallazgos coinciden con los resultados de los autores Peña Natalie (2013) con un 78% de nivel regular, Rodríguez Mayra (2012) con un 65,57% de nivel regular, Domínguez Yolvi (2013) con un resultado de 63,3%, Daza José (2014) con un 66% de nivel.
- De otro modo nuestros resultados también difieren con ciertos autores, tales como Nolasco Aída (2013) con el 73,3% de nivel de conocimiento malo, Toledo Katma (2013) que el nivel de conocimiento con más frecuencia es malo con 48,4%, Barrios David (2012) con el 54,7% nivel malo, Izaguirre Jorge (2012) llegó a determinar que los niveles de conocimientos en términos generales son inadecuados.
- La edad que prevaleció en nuestra investigación es la de 18 a 35 años (Adulto joven) con un 66,1%, resultados que difieren con los estudios de Nolasco T. A. (2013) que el rango de edad fue de 20 a 24 años con un 60%, el grupo etáreo que prevaleció en los estudios de Peña Nataly (2013) fue el de 25 a 29 años con 52 %; y según Toledo Katma (2013) las edades más frecuentes fueron las madres gestantes entre 31 a 35 años. Izaguirre Jorge (2012) tuvo como edad promedio 25 años; en los resultados de Barrios David (2012) la edad más frecuente fueron las gestantes de 21 a 30 años con un 66,7%.
- Muy por el contrario las edades que prevalecieron en los estudios de Rodríguez Martha Cecilia (2002) fueron las gestantes menores de 20 años.
- Los resultados de nuestra investigación muestran que el número de gestantes primigestas encuestadas fueron un 43,1% y multigestas 56, 9%, cabe recalcar que no tiene relación significativa con el nivel de conocimiento.

- El nivel de índice de higiene oral que prevaleció fue bueno con 48,5%; además Rodríguez Mayra (2012) obtuvo resultados aceptables en un 51,64%; los resultados de Ynsio S. obtuvo en primigestas un IHO de 60% y en multigestas un IHO de 76,7%; resultados que difieren con los de De Jesús M. que presentó un nivel de higiene oral deficiente en 44,26%.
- Si hablamos de las medidas preventivas que hay dentro de la odontología obtuvimos los promedios más elevados, esto se debe a que la mayoría de las gestantes tiene un conocimiento adecuado de las consecuencias de una mala higiene bucal, estos resultados concuerdan con Peña Natalie (60% regular) y (30% bueno).

CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir lo siguiente:

- a. Del nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal el 76,2% de las gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del centro de salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana presentaron nivel de conocimiento regular.
- b. Del Índice de Higiene oral en las gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del centro de salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana se encontró que el 48,5% tuvieron buen índice de higiene oral.
- c. De la relación entre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal con el Índice de higiene oral se encontró que mientras se incrementa el nivel de conocimiento el índice de higiene oral tiende a ser de regular a bueno (82,5%).
- d. Se demuestra relación ordinal estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal y el Índice de Higiene Oral en las gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del centro de salud Bellavista Nanay del distrito de Punchana, con un τ_B (Calculado) = 4,097; $p = 0.0000$ ($p < 0.05$).
- e. Se tiene que de 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 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.

RECOMENDACIONES.

En base a los hallazgos obtenidos del presente estudio de investigación, es necesario realizar las siguientes recomendaciones:

- Al Ministerio de Salud y las instituciones comprometidas con la salud de la población se deben realizar sesiones educativas y demostrativas sobre prevención y promoción de la Salud Oral a través de talleres motivacionales, cursos de teatro y campañas preventivas dirigido a los pobladores de las distintas zonas urbana, periurbana y rurales, con el propósito de incrementar los conocimientos de los pobladores y puedan poner en práctica las medidas preventivas sobre diversas enfermedades que afectan a la población hoy en día.
- Proponer mayor énfasis en las interconsultas tanto en el área de gineco-obstetricia, como en el área de CREDE (Crecimiento y Desarrollo) ya que es indispensable que pase consulta con el Odontólogo.
- Compartir los resultados de esta investigación no solo con nuestros colegas y centro de salud sino con todas aquellas personas que diariamente acuden a los diferentes centro o puestos de la salud, con el fin de que puedan prestar una mejor atención a su salud bucal, para que se pueda lograr un diagnóstico y tratamiento adecuado a tiempo, logrando la prevención oportuna.
- 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.
- Capacitaciones y charlas a las mujeres que se encuentran en etapa de gestación, para que puedan recibir atención odontológica segura.
- Generar y poder repartir dípticos, trípticos o cartillas informativas a las mujeres gestantes u otras personas que se encuentre en sala de espera.

- Considerar como tema de investigación las posibles alteraciones como consecuencia de una mala higiene bucal y determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal en embarazadas y relacionarla con los partos prematuros y de niños con bajo peso al nacer.
- Realizar estudios comparativos entre diferentes zonas de la ciudad de Iquitos, para tener una situación y/o análisis real de cómo se maneja el tema de la Salud bucal tanto en la práctica privada como pública.
- 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.
- Que los Institutos encargados de formar Técnicas en Enfermería y Enfermeras Profesionales de la Región incluyan en el plan de Estudios un módulo de salud bucal con énfasis en atención preventiva de las embarazadas.
- A las facultades o carreras de estomatología de las diversas Universidades de la región incorporar la atención a las gestantes y niños, en las cátedras de la Clínica Integral y Clínica del niño, para así promover calidad de vida a estas personas. Mejorando el estado físico, psíquico y social. Ya que el sistema estomatognático es de suma importancia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote – Wikipedia, la enciclopedia libre. Ubicado en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Chimbote.
2. RODRÍGUEZ CALZADILLA A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el Médico de la familia. Revista Cubana Estomatología 1997; 34 (1): 28 - 39.
3. Inglehart MR, Filstrup S, Wandera A. Oral Health and Quality of Life in Children. En Inglehart MR; Bagramian RA: Oral Health - Related Quality of Life. Quintessence Pub Co Inc, Chicago, 2002.
4. RODRÍGUEZ VARGAS, Martha Cecilia. “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Daniel Alcides Carrión en el año 2002”. Lima. Tesis para optar el Título profesional de Cirujano Dentista.
5. NOLASCO TORRES, Aída. 2013. Determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en Noviembre del 2012. Tesis para optar el Título profesional de Cirujano Dentista.
6. PEÑA HINOJOSA, Natalie. “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes multigestas Puesto Salud la Florida, Chimbote 2013”. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud.
7. TOLEDO SANCHEZ, Katman Bear. “Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el Hospital Luis Negreiros Vega de Lima en Junio del año 2013”. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista.
8. IZAGUIRRE PAREDES, Jorge Arturo. “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de las embarazadas que consultan al centro de atención permanente para pacientes ambulatorios (CENAPA) de Cobán Alta Verapaz y su relación con prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal” Guatemala, septiembre 2012.”
9. BARRIOS LAMBRUSCHINI, David. “Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI “San Bartolomé”- MINSA, en el año 2012”. Lima. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista.

10. RODRIGUEZ PEREA, MAYRA MELISSA DE J. (2012). “Conocimiento de Salud Bucal y Nivel de Higiene Oral en multigestantes atendidas en el consultorio de Obstetricia del Centro de Salud 06 de Octubre, Villa Belén-2012” Tesis – Bachiller. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
11. YNCIO LOZADA, Sally Isela. “Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que se atendieron en el Policlínico Francisco Pizarro Essalud Rímac de Marzo a Mayo 2008”. Lima. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista.
12. BENSIMON SORIA, CARMEN LUCY; MACHACA CHUJANDAMA, MILAGROS (2015). “Efecto de charlas educativas en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en pacientes atendidos en los establecimientos de salud, Iquitos” Tesis – Bachiller. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
13. DOMINGUEZ JARA, YOLVI JACK (2013). “ Nivel de conocimiento sobre salud bucal en multigestas menores de treinta años que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III – Essalud, en el distrito de Chimbote, provincia del Santa, Departamento de Ancash”.Tesis para Optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
14. DAZA HENRIQUE, J. L. (2014). 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. Universidad Privada Norbert Wiener.
15. RODRIGUEZ V., MARTHA. C. (2002). “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en Gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002” Para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
16. LÓPEZ J: Consideraciones en el tratamiento odonto-estomatológico de la mujer embarazada. Operatoria Dental y Endodoncia 1998.
17. ALCOCER GONZALEZ, J. M. (2001). La educación en el mundo globalizado. Ciencia UANL, Octubre-Diciembre, 2001 vol. IV, N° 4 Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México p. 399-402.

18. ROSENTAL, M. LUDIN, P. (1973). Diccionario Filosófico. Editora Política. La Habana. 1973.
19. BERVIAN, A. L. (2001). Niveles de Conocimiento. Ed. Mc Graw Hill.
20. KOWASH, A. PINFIELD, J. Oral Health- Educating mothers with young children.
21. MC. DONALD, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995.
22. MAGNUSSON, Bengt. Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión 1987.
23. VILLENA, M. Bernal, J. Ingesta de azúcar en la dieta de Niños de 0-36 meses. Revista Estomatológica Herediana. 5(1-2):13-17. Ene-dic.1995.
24. HOLDINGS LLC. Caries y Embarazo: La importancia del Control y la Prevención.
25. EDWAR, T.S. Dental attitudes of primigravid woman. Journal Periodontal Research.1969; 4:325-28.
26. DE PAOLA D. Odontología preventiva 1ed. Argentina Mundial 1981.
27. SALVADOR SALAZAR, Elizabeth. Factores Condicionantes del Síndrome de biberón con diferentes tipos de lactancia. Tesis- Bachiller UPSM 2002.
28. LAMAS OLIVEIRA, Marta. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental. 2(6):362-8. Jun 1999.
29. RODRÍGUEZ, M. PIMENTEL, E. Puede la leche Humana llegar a producir caries, como y porque. Acta Odontológica Venezolana 36(1): 39-45. 1998.
30. GUERRA, M. MUJICA, C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezolana. 37(2):6-10. May-Agost.1999.
31. GOMEZ, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
32. GONZAGA, H. BUSO, L. Intrauterine Dentistry: An integrated Model of Prevention. Brazilian Dental Journal.
33. NAHÁS P. Y Col. OdontopediatríaNaPrimeiraInfância. 679(139-50) 1998.
34. Guía de SaludInfantil. US Department of Health Human services. Sep 2000.
35. CAMPODÓNICO FIGUEROA, Carlos. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis-Bachiller UPCH. 1997.

36. VILLENA SARMIENTO, Rita. Concentración natural de fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. Tesis-Bachiller UPCH. 1988.
37. Salud Bucodental. Revisión. 2000.
38. LITTLE JW, FALACE DA: Odontología en pacientes con patología previa, Ed. Medici. Barcelona, 1986.
39. LEVERETT DH, ADAIR SM, y otros: Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. Caries Research. 1997; 31:174-179.
40. PINKHAM J.R. Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.
41. RIOS DÍAZ. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses. Tesis- Bachiller UPCH. 1996.
42. ZAMBRANO PALOMARES, Freddy. Relación entre cronología y secuencia de erupción en infantes de 0-42 meses y estado nutricional de sus madres durante el embarazo. Tesis-Bachiller. UPCH 1996.
43. LITTLE, James W. Gestación y Lactancia. Tratamiento odontológico del Paciente bajo tratamiento médico. Quinta edición. 668 (434-41). 1998.
44. LARIOS OLAECHEA, Mercedes. Relación entre la dieta de la madre durante el embarazo y el nivel de caries en hijos de 6-42 meses que acudieron a los servicios de Pediatría de dos Policlínicos del IPSS y HNCH en los meses dic 1995- ene.1996. Tesis-Bachiller UPCH 1996.
45. BELLO, A. MACHADO, M. Efecto de la malnutrición fetal sobre los tejidos dentarios. Rev. Cubana Estomatología. 1997; 34 (2):57-61.
46. NAKAMOTO KAKZU, Maribel. Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. Tesis - Bachiller UPSM 2001.
47. ERICKSON, P. Investigación del rol de la leche materna en el desarrollo de la caries.
48. PACHECO ALVAREZ, Ivette. Determinación de los patrones de lactancia e inicio de lactancia y su relación con la caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis-Bachiller. UPCH. 1996.
49. FDI / Nutrition, diet and oral Health. International Dental Journal 44(6):612. 1994.
50. Lic. NUÑEZ REDONET, LIDIA NUÑEZ. "Atención de enfermería al pre-escolar, escolar, adolescentes, joven, adulto sano y al trabajador". - Libro de texto Enfermería Familiar y Social del colectivo de Autores Cubanos Capitulo XIV y XVII. Editorial Ciencias médicas. Habana año 2004.

ANEXOS.

a. Juicio de Expertos:

UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL E INDICE DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA NANAY, PUNCHANA - 2016” para optar el título de Cirujano Dentista de la Bachiller en Odontología Sarahi Fasabi Cueva, correspondiente a un cuestionario estructurado de preguntas cerradas.

De esta manera concluimos que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio. Damos fe de lo expuesto.

CONSULTOR (SE CONSIGNA LO SIGUIENTE: NOMBRE, GRADO ACADÉMICO, TÍTULO/DIPLOMADO CARGO, COP, SELLO Y FIRMA)

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

Nº	EXPERTO	TOTAL DE ITEMS CORRECTOS	%
01	C.D. Richard Sandi Poclín	16	73 %
02	C.D. Paul Josep Saavedra Gonzales	18	82 %
03	C.D. Roy Ríos Ferreira	19	86 %
04	C.D. Jacobo Díaz	20	91 %
05	C.D. Alexander Boza	22	100 %
06	C.D. Oscar M. Noriega Rengifo	20	91 %
07	C.D. Ruswel Revatta Luna.	20	91 %
08	C.D. Raúl Ballón Loayza	17	77 %
09	C.D. Claudia Espinoza Rocha	22	100 %
TOTAL			791

$$\text{Validez} = 791 / 09 = 87,8\%$$

INTERPRETACIÓN DE LA VALIDEZ:

De acuerdo a los instrumentos revisados por juicio de expertos se obtuvo una validez del 87,8%; encontrándose dentro del intervalo del parámetro establecido; considerándose como validez aceptable.

b. Instrumento de recolección de datos

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 SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL E INDICE DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA NANAY, PUNCHANA - 2016.”- realizada por la Bachiller Sarahi Fasabi Cueva.

Iquitos, ____ de _____ del 2016.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL E INDICE DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA NANAY, PUNCHANA - 2016.

FASABI CUEVA, Sarahi - UCP.

1. Presentación.

El presente instrumento tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre Prevención de salud bucal e Índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del centro de salud Bellavista Nanay, Punchana - 2016.

2. Instrucciones.

La presente encuesta será realizada por una (01) investigadora 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.

3. Contenido.

I. DATOS GENERALES.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad.

- Edad: (años cumplidos)
- Tengo: (meses de embarazo)
- Gestante:
 - Primigesta ()
 - Multigesta () Tengo: Hijos.
- Grado de Instrucción:
 - Ninguno ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()

1. 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.

2. ¿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.

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

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

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

- a) Sí.
- b) No.
- c) Tal vez.
- d) Desconoce.

5. ¿Cuántas veces al año es recomendable visitar al dentista?

- a) Dos veces al año.
- b) Cuatro veces al año.
- c) Todos los meses del año.
- d) Cada vez que duele el diente.

6. ¿Sabe cuándo comienzan a erupcionar los dientes de su hijo?

- a) A las 9 semanas de nacido.
- b) A los 4 meses de nacido.
- c) A los 6 meses de nacido.
- d) Desconozco.

7. ¿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.

8. ¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en salud bucal?

- a) Profilaxis o limpieza dental, sellantes.
- b) Aplicación de flúor, visitar al dentista.
- c) Todas las anteriores.
- d) Ninguna de las anteriores.

9. Principalmente, ¿cuándo debo cepillarme 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).

10. ¿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.

11. ¿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.

12. ¿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) Nos brinda aliento fresco y agradable.
- c) La pasta tiene flúor que fortalece los dientes.
- d) Todas las anteriores.

13. ¿Qué es el hilo dental?

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

14. ¿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.

15. ¿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.

16. ¿Qué es la caries dental?

- a) Es una picadura en los dientes.
- b) Es una enfermedad infectocontagiosa.
- c) Es un dolor en la boca.
- d) Desconozco.

17. ¿Qué es la caries de biberón?

- a) La caries causada por dulces.
- b) La caries que afecta los dientes de leche por la ingesta de azúcares.
- c) La caries causada por falta de aseo.
- d) Desconozco.

18. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Restos de dulces y comidas.
- b) Manchas blanquecinas en los dientes compuesta por bacterias y azúcares.
- c) Restos de alimentos y microorganismos.
- d) Desconozco.

19. ¿Sabe cómo se origina la placa bacteriana?

- a) Por cepillarse los dientes 3 veces al día.
- b) Desconozco.
- c) Por el tipo de alimento que se ingiere y el tiempo que este permanece en la boca.
- d) Por usar enjuagatorios bucales.

20. ¿Sabe que enfermedad se denomina al sangrado de sus encías?

- a) Gingivitis
- b) La enfermedad de las encías y los dientes.
- c) Inflamación del labio.
- d) Desconozco.

21. ¿Sabe que enfermedad afecta al soporte de los dientes?

- a) Heridas en la boca.
- b) Periodontitis.
- c) La pigmentación de los dientes.
- d) Desconozco.

22. 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.

4. VALORACIÓN.

Bueno	15 - 22
Regular	8 – 14
Malo	0 – 7

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. PRESENTACIÓN:

Con la presente ficha se registrarán los datos obtenidos con un examen oral denominado “Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion” cuyos resultados nos servirán para determinar cuál es el nivel de higiene oral que presentan los niños examinados.

2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMILLION:

Índice de Placa Bacteriana

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior	(Pza. 1.6 – V)	(Pza. 1.1 – V)	(Pza. 2.6 – V)	
Inferior	(Pza. 3.6 – L)	(Pza. 3.1 – V)	(Pza. 4.6 – L)	
TOTAL				

IHOS: a/Nº superficies examinadas.

Promedio: _____

Índice de Cálculo

	P	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
rom	Superior	(Pza. 1.6 – V)	(Pza. 1.1 – V)	(Pza. 2.6 – V)	
edi	Inferior	(Pza. 3.6 – L)	(Pza. 3.1 – V)	(Pza. 4.6 – L)	
o:	TOTAL				
—					
—					

NDICE DE HIGIENE ORAL = _____ + _____ = _____ = (_____)

3. VALORACIÓN

Bueno	0.0 – 1.2
Regular	1.3 – 3.0
Malo	3.1 – 6.0

c. Fotografías:

Mujeres Gestantes llenando la ficha de recolección de datos.



Materiales que se utilizaron para la aplicación del I.H.O.S.



Encuestas realizadas a las mujeres gestantes:

PLATA DE REGISTRO DE DATOS DEL NIVEL DE CONCIENCIA DEL COMPORTAMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE DAÑO RECURRENTE DE HERIDAS ORALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD BELLA VISTA SANAY, HUNGUAY, 2011.

SABER CAROL, INDI. (C)

I. DATOS GENERALES.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una X la opción que considere la que corresponde a su realidad.

(1) Faltó _____ (sólo a completarse)

(2) Siempre _____ (severa de contestar)

(3) Casi siempre _____

(4) Nunca _____

(5) Poca vez _____

(6) Siempre _____

1. ¿Según su opinión, ¿qué es salud bucal?

a) Cuando no hay problemas bucales.

b) El tener caries en todos los dientes.

c) El tener los dientes completos.

d) Cuando no.

2. ¿Qué significa para usted higiene oral?

a) El tener los dientes blancos y los dientes en perfecto estado.

b) El cepillarse los dientes 3 veces al día.

c) No consumir los alimentos.

d) Todas las anteriores.

3. ¿Por qué período de gestación se puede recibir atención odontológica (según)?

a) Entre el 1er y 3er mes.

b) Entre el 3er y 6to mes.

c) Entre el 6to y 9to mes.

d) En ningún mes de gestación.

2.1 Matriz de consistencia.

TITULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACION
Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal e índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana 2016	Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal e índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud de Bellavista Nanay – 2016.	GENERAL: Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal e índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016. ESPECIFICOS: - Determinar nivel de conocimiento en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016. - Determinar el índice de Higiene Oral en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016. - Establecer la relación entre el nivel de conocimiento en Prevención de Salud Bucal y el Índice de Higiene Oral en gestantes que acuden al Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016. - Elaborar cartilla informativa sobre prevención de la salud oral para las gestantes que acuden al Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016.	Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal y el índice de Higiene Oral de gestantes atendidas en el consultorio Obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana – 2016.	Variable Independiente: Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal. Variable Dependiente: Índice de higiene oral.	Nivel de conocimiento: Bueno de 11 a 20. Regular de 07 a 13. Índice de Higiene Oral: Adecuado 0-0.06 Aceptable 0.7-1.8 Deficiente 1.9-3.0	El diseño que se utilizará será NO EXPERIMENTAL, del tipo CORRELACIONAL – TRANSVERSAL.