



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL LA CALETA DISTRITO DE CHIMBOTE - PROVINCIA DEL
SANTA - ÁNCASH, MARZO 2013**

**Tesis para Optar el Título Profesional de
CIRUJANO DENTISTA**

Autor

Bach. NOLASCO MEJIA BRYAN ALESSANDRO

Asesora

MG. CD. NOLASCO TORRES AIDA

CHIMBOTE– PERÚ

2013

TÍTULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRI
CIA DEL HOSPITAL LA CALETA DISTRITO DE CHIMBOTE-
PROVINCIA DEL SANTA-ANCASH, MARZO 2013”**

**““NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRI
CIA DEL HOSPITAL LA CALETA DISTRITO DE CHIMBOTE-
PROVINCIA DEL SANTA-ANCASH, MARZO 2013””**

Autor: Bach. NOLASCO MEJIA BRYAN ALESSANDRO

Asesora de Tesis: Mg. CD. Nolasco Torres Aida

PRESIDENTE JURADO

SECRETARIO

DEDICATORIA

A mi Madre por ser la amiga y compañera que ha ayudado a crecer, gracias por estar siempre conmigo en todo momento. A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para tí como lo es para mí.

A mi hermana, por estar conmigo y apoyarme siempre, a quien amo y admiro mucho.

A mi gran amor por estar siempre a mi lado en todo momento, te amo.

Gracias a todos aquellos que no están aquí, pero que me ayudaron a que este gran esfuerzo se volviera realidad.

AGRADECIMIENTO

Al director del Hospital La Caleta, al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia quienes me brindaron las facilidades para poder llevar a cabo mi tesis.

A los docentes que me enseñaron y guiaron a lo largo de toda mi carrera, especialmente a la Dra. Aída Nolasco por su apoyo permanente no solo por el lado profesional, sino también en el ámbito moral y ético.

RESUMEN

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 las gestantes que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote – Provincia del Santa – Ancash año 2013, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en 25 gestantes que acuden a 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 70,0% mostró un nivel regular, el 24,0% tuvo un nivel malo y 6,0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 64,0% tuvo un nivel regular, el 22,0% un nivel bueno y 14,0% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 54,0% tuvo un nivel regular, el 42,0% un nivel malo, y el 4,0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 44,0% tuvo un nivel regular, el 28,0% un nivel malo, mientras que el otro 28,0% un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 64,0% tuvo un nivel malo, el 22,0% tuvo un nivel regular, y el 14,0% mostró un nivel bueno.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, salud bucal, medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica, y desarrollo dental.

ABSTRACT

This research is observational, descriptive cross sectional main objective to determine the level of awareness of oral health in pregnant women attending the services of Gynecology and Obstetrics of Hospital District - Chimbote - Ancash, during Marz 2013, for which a survey was structured on a voluntary basis in that institution.

The level of knowledge about Oral Health is divided into levels of knowledge about preventive measures, knowledge of oral diseases, knowledge on dental care during pregnancy and dental development knowledge, likewise relationship between the level of knowledge to age group and educational attainment. Results were divided into three levels: good, fair and bad. In general, oral health knowledge 70.0% showed a regular level, 24.0% had a bad level and 6.0% solid. On knowledge on preventive measures, 64.0% had a regular level, 22.0% a good level and 14.0% had a bad level, on knowledge of oral diseases 54.0% had a level Regular, 42.0% bad level, and 4.0% had a good level, and with respect to knowledge about dental care in pregnant women 44.0% had a regular level, the 28.0% level bad , while the other 28.0% a good level, and finally, in dental development 64.0% had a bad level, 22.0% had a regular level, and 14.0% showed a good level.

Keywords: *Level of knowledge, oral health, preventive measures, dental diseases, dental care and dental development.*

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| Título de la tesis..... | ii |
| Hoja de firma del jurado y asesor..... | iii |
| Agradecimiento..... | iv |
| Dedicatoria..... | v |
| Resumen..... | vi |
| Abstract..... | vii |
| Contenido..... | viii |
| Índice de tablas..... | ix |
| Índice de gráficos..... | xii |
| | |
| I INTRODUCCIÓN..... | 01 |
| II REVISIÓN DE LITERATURA..... | 05 |
| III METODOLOGÍA..... | 48 |
| 3.1 Diseño de la investigación..... | 48 |
| 3.2 Población y muestra..... | 48 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos..... | 49 |
| IV RESULTADOS..... | 51 |
| 4.1 Resultados..... | 51 |
| 4.2 Análisis de resultados..... | 75 |
| V CONCLUSIONES..... | 77 |
| 5.1.- Conclusiones..... | 77 |
| 5.2- Aspectos complementarios..... | 79 |
| 5.3.- Referencias bibliográficas..... | 83 |
| VI ANEXOS..... | 88 |
| 6.1.- Cuestionario..... | 88 |
| 6.2.- Carta de presentación..... | 92 |
| 6.3.- Ubicación..... | 93 |
| 6.4.- Fotografías..... | 94 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 201351

TABLA N° 02:

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....53

TABLA N° 03:

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....55

TABLA N° 04:

Nivel de conocimiento sobre atención odontológica en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....57

TABLA N° 05:

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....59

TABLA N° 06:

Promedio de desviación estándar de notas obtenidas en cuestionario sobre salud bucal de gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....61

TABLA N° 07:

Distribución de frecuencia de repuestas dadas en el cuestionario de salud bucal de gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Ancash – Marzo, 2013.....62

TABLA N° 08:

Nivel de conocimiento en Salud Bucal según grupo etáreo en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.....65

TABLA N° 09:

Nivel de conocimiento en Salud Bucal según trimestre de gestación en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.....67

TABLA N° 10:

Nivel de conocimiento en salud bucal según grado de instrucción en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Abril, 2013.....69

TABLA N° 11:

Nivel de conocimiento de salud bucal según visita al dentista en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del

distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.....71

TABLA N° 12:

Nivel de conocimiento de salud bucal según recepción actual de tratamiento odontológico de gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.....72

TABLA N° 13:

Distribución de gestantes según motivo de última visita al dentista.....73

TABLA N° 14:

Distribución de gestantes según motivo por el cual no visita actualmente al dentista.....74

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....51

GRÁFICO N° 02:

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....53

GRÁFICO N° 03:

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....55

GRÁFICO N° 04:

Nivel de conocimiento sobre atención odontológica en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....57

GRÁFICO N° 05:

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.....59

GRÁFICO N° 06:

Distribución de frecuencia de respuestas dadas en el cuestionario sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del

| | |
|--|----|
| Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Ancash. Mar 2013..... | 63 |
|--|----|

GRÁFICO N° 07:

| | |
|---|----|
| Nivel de conocimiento en Salud Bucal según grupo etéreo en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III ESSALUD del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013..... | 66 |
|---|----|

GRÁFICO N° 08:

| | |
|---|----|
| Nivel de conocimiento en Salud Bucal según grupo trimestre de gestación en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013..... | 67 |
|---|----|

GRÁFICO N° 09:

| | |
|---|----|
| Nivel de conocimiento en salud bucal según grado de instrucción en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013..... | 69 |
|---|----|

GRÁFICO N° 10:

| | |
|---|----|
| Nivel de conocimiento de salud bucal según visita al dentista en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013..... | 71 |
|---|----|

GRÁFICO N° 11:

| | |
|---|----|
| Nivel de conocimiento de salud bucal según recepción actual de tratamiento odontológico de gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013..... | 72 |
|---|----|

GRÁFICO N° 12:

Distribución de gestantes según motivo de última visita al dentista.....73

GRÁFICO N° 13:

Distribución de gestantes según motivo por el cual no visita actualmente al dentista.....74

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en el Distrito de Chimbote se encuentra ubicado en el extremo noroeste del Departamento de Ancash. Se ubica a orillas del Océano Pacífico en la bahía El Ferrol, en la desembocadura del río Lacramarca. Chimbote es conocido por ser un puerto dedicado a la industria pesquera, tanto en la labor extractiva como en la transformación. Las fábricas de harina y aceite de pescado tienen sus plantas industriales en la zona industrial de Chimbote, la cual abarca el tercio sur de la bahía. Las principales especies de pescado extraídas son la anchoveta, el atún, el jurel y la caballa, entre otros.¹

Este estudio realizado en el Hospital La Caleta está ubicado en el malecón Grau S/N en el distrito de Chimbote, fue creado el 15 de mayo de 1945 por el servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública con el nombre de Hospital del servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, su primer Director fue el Dr. Carlos Quiroz Salinas. En 1956 el hospital pasó a manos del Ministerio de Salud con el nombre de Hospital la Caleta. En la actualidad atiende a una población de 68,607 personas pertenecientes al distrito de Chimbote, el mismo que cuenta con 272,799 habitantes. La UTES tiene una población asignada de 345,313 personas; eso nos pone en evidencia la falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. (2)

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.

La Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los

conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades.³

La Educación para la Salud fue definida por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Esta Educación interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos.⁴

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.⁵

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de auto cuidado desde la niñez. Debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en el mundo y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta.⁶

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial a futuro, dado que este

terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes.⁷

Sigue presente en nuestro entorno los altos índices epidemiológicos bucales de enfermedades prevalentes, principalmente en nuestra zona de influencia; como lo señalan estudios exploratorios previos realizados en las regiones de Ancash, La Libertad y norte del país que así lo demuestran hechos que nos preocupan y que esperamos contribuir para superarlos. Considerando la participación de las madres de vital importancia, a partir de la concepción del nuevo ser, en el cuidado y mantención de una salud bucal adecuada. 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.

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas.⁸

En la Comunidad todos sus actores sociales deben estar involucrados en estas tareas preventivas de enfermedad bucal, es la mejor estrategia para contrarrestar los efectos adversos de la problemática de salud, especialmente en nuestro binomio madre-niño se debe medir esa percepción de nivel de conocimientos sobre salud bucal e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal en nuestras madres gestantes de la comunidad.

Lo referido líneas arriba, han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, ha sido encaminado específicamente a analizar

las concepciones que tienen las gestantes que acuden a consulta en centros de salud u hospitales con relación a Salud Oral.

En tal sentido, el enunciado del problema fue ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes de 30 años a más que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III de Essalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa (Ancash), en abril del 2013?, y los objetivos específicos fueron formulados para:

Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, de las principales enfermedades bucales, sobre atención odontológica a gestantes, sobre desarrollo dental, según trimestre de embarazo, según grado de instrucción y según el grupo etario.

La investigación estuvo justificada porque la ejecución del proyecto en el Distrito de Chimbote, la misma que resultó muy necesaria, debido a que hay escasos datos estadísticos en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de las pacientes gestantes de los establecimientos de salud, lo que nos permitió dar a conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades del Distrito de Chimbote y de la Región de Ancash la problemática de salud bucal persistente en nuestro entorno, con la finalidad de aportar elementos que enriquezcan las políticas de salud bucal para con las gestantes, y va a permitir tomar decisiones en los planos científico-técnico, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de nuestra colectividad, principalmente en el binomio madre- niño de riesgo.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Arroyo Cerna, J.S. (Trujillo 2012). En su investigación titulada “Nivel de conocimientos sobre salud bucal en gestantes que acuden a los servicios de Gineco-obstetricia, del Centro Materno Infantil Laredo del Distrito de Laredo – Trujillo - La Libertad, durante el año 2012”, obtuvo que sobre conocimiento en Salud Bucal el 77.6% se mostró un nivel regular, el 22.4 % tuvo un nivel malo y 0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 53.1% se obtuvo un nivel regular, el 42.9% un nivel bueno y 4.10% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 59.2% obtuvo un nivel malo, el 34.7% un nivel regular, y el 6.1% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 57.1% obtuvo un nivel regular, el 26.5% un nivel malo, mientras que el 16.3% un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 63.3% obtuvo un nivel malo, el 24.5% tuvo un nivel regular, y el 12.2% mostró un nivel bueno.⁹

Salazar Cárdenas, M. (Trujillo, 2012). En su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil del Bosque de Trujillo-La Libertad 2012”, obtuvo que sobre conocimiento en Salud Bucal el 59.2% mostró un nivel regular, el 32.7% tuvo un nivel malo y 8,2% bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 55,1 % un nivel regular, el 38,8% tuvo un nivel bueno y el 6,1% malo. Sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 67,3 % tuvo nivel malo, el 26,5% tuvo un nivel regular y 6,1% bueno. Con respecto al conocimiento

sobre atención odontológica en gestantes se obtuvo el mismo valor para los niveles de conocimiento regular y malo 36,7 % y el nivel bueno con 26,5%. En lo referente a desarrollo dental el nivel de conocimiento malo tuvo un 69,4%, el nivel bueno obtuvo un 16,3%, finalmente el nivel regular obtuvo un 14,3 %. ¹⁰

La Torre Gálvez, M. (Lima, 2001). Realizó un estudio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes, primigestas, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal de la gestante, cuidado de la Salud Bucal del infante, conocimiento del desarrollo dental en el infante, además del registro odontoestomatológico que consta de un odontograma e índices de Higiene bucal simplificado. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHO-S, contra un 12,5% es mala. El cuestionario cuidado de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo. Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto. ¹¹

Rodríguez Vargas, M. (Lima, 2002). En su investigación titulada “nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002”, tomo una muestra de 40 mujeres gestantes, primigestas, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal de la gestante, cuidado de la Salud Bucal del infante, conocimiento del desarrollo dental en el infante, además del registro odontoestomatológico

que consta de un odontograma e índices de Higiene bucal simplificado. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHO-S, contra un 12,5% es mala. El cuestionario cuidado de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. ¹²

Velásquez Huamán, Z. (Medellín, 1995). En su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social”, obtuvo como resultados que un 60,6% del total de sus encuestadas tenían un nivel de conocimiento regular sobre medidas preventivas de salud bucal. ¹³

BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

1. 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. ^{14,15, 16}

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas.

A. 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.

¹⁷ 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. ¹⁸

B. 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. ¹⁸

C. 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.

a. 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. ^{19, 20}

b. 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 supervigilancia 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.

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del agente infeccioso. 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.¹⁹

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.

c. 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. 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).^{21, 22}

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.¹⁷

Normas de cepillado Generales.

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.

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 ó 3 dientes

con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo. Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

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.²³

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.

Modo de empleo. Se coge aproximadamente 60 cm s de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cms. 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 ¹⁸

2. 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. ¹⁸

A. Mecanismos de acción

1. 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.

2. Acción tópica: el efecto anticaries 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. ²⁴

B. Vehículos de Administración de Flúor:

a. 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. ²⁵

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). ²⁵

b. 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:

- Edad del niño
- Consumo de flúor por otras fuentes: agua corriente y embotellada, alimentos (pescados, mariscos), fármacos y suplementos vitamínicos, leches maternizadas, ingestión de pasta o colutorios fluorados (los niños menores de 5 años no deben utilizar dentífricos ni colutorios con sabor ya que pueden estimular su ingesta)
- Nivel de motivación de los responsables: la falta de continuidad en la administración de fluoruro alcanza a más del 80% de los niños a los tres años de iniciado.
- Factores de riesgo de caries: hábitos alimenticios del niño, malos hábitos higiénicos, presencia de caries en el niño o en sus padres, hospitalización prolongada y enfermedades discapacitantes.²⁶

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:

| 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.

C. 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.

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. ²⁷

Leverett y col. en 1997 analizaron el efecto del flúor prenatal sobre la incidencia de caries en dientes temporales, así como en la aparición de fluorosis. Se administró 1 mg. de flúor diario a un grupo de mujeres embarazadas durante los últimos 6 meses de gestación mediante

tabletas, mientras que el grupo control recibió un placebo. Los dos grupos fueron aconsejados de recibir suplementos de flúor en la dieta postnatal. Se analizó la incidencia de caries a los 3 y 5 años, así como la existencia o no de fluorosis a los 5 años. 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. ²⁸

Aunque durante la vida fetal se forma una parte mínima de esmalte, es posible que el flúor prenatal penetre en los huesos del feto y sea capaz, en concentraciones suficientes, de tener algún efecto en el desarrollo del esmalte.

D. 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.

a. Flúor tópico:

El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de

flúor que recibe por otras vías; de esta forma no solo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.

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

Soluciones fluoradas

- Geles: en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que por ser acidulado, permite un rápida y profunda captación del ión 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.²⁴

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.²⁴

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.²⁶

b. Flúor de autoaplicación:

Los programas de autoaplicación 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^(5,48). 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.
- **Colutorios:** son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria

(fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. ⁽⁵⁾. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.

3. 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. ⁽³⁰⁾. 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. ^{17, 29}

A. 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.

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.³⁰

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 amelogénesis o dentinogénesis, conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad a la caries dental.³¹

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.^{31, 32}

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.³³

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.²⁹

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.^{31, 33, 34}

Muchos estudios se han realizado, con respecto a este tema, así tenemos a Larios Olaechea, 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. ³¹

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. ³²

B. 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. ⁽³⁰⁾

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 ó 6 meses de vida. Después de esto, la leche puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean estos caseros o preparados comerciales. ¹⁷

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. ^{19, 35, 36}

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 e 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.³⁷

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 vaciarlo³⁷. 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.¹⁷ Cuando los lactantes están acostumbrados a tomar un biberón a la hora de la siesta o al acostarse por la noche, los padres deben estar con ellos mientras se alimentan, para

después acostarlos sin el biberón. En caso de que necesiten succionar de manera adicional, un chupón o un ejercitador de las encías, son preferibles al biberón.

La lactancia materna tiene ventajas tanto para el niño, como para la madre, tales como protegerlo contra enfermedades, principalmente la diarrea, recibir una nutrición que lo previene de la desnutrición y la obesidad, no le provoca alergias, se expone menos tratamientos de ortodoncia como los niños que se alimentan con biberón. 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.³⁸

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 (materna o mixta).³⁹

C. 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.¹⁹ 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.^{40, 41, 42}

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.⁴²

D. 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. -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. - 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. ¹⁹

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.

Otro factor que también influye en la cariogenicidad de los alimentos es el ph. Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos naturales de remineralización. Así los azúcares refinados acidifican el ambiente sobre el esmalte, al igual que frutas como la manzana, con un pH de 3,69.

4. 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. ¹⁷

5. 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. ^(28, 37) 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.

A. 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. ⁴³

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. ^{44, 45}

B. 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. ^{17, 19}

a. 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. ^{17, 18}

b. Causas. 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).^{19, 21, 46}

c. 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. ^{47, 21}

6. Enfermedad Periodontal

Las alteraciones ginivoperiodontales son reacciones conectivo vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea este 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.

A. 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. ⁴⁴

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, sobretodo a nivel interproximal.^{30,44}

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

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

Hay estudios, aunque muy pocos, acerca de las consecuencias de la enfermedad periodontal sobre la salud sistémica. El periodonto puede servir como un reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores inmunoinflamatorios, los cuales pueden interactuar con otros órganos de sistemas alejados de la cavidad bucal. Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo estadísticamente significativo para el nacimiento pretérmino, 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 traslocación 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 (flúidos biológicos que por lo general inducen el trabajo de parto) se incrementan velozmente, produciendo trabajo de parto y nacimiento pretérmino. ⁴⁴

B. 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 estadíos 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.

a. Aspectos Gingivales de la dentición decidua.

La encía del niño con una dentición decidua completa es, por lo general, más rojiza y tiene un carácter más flácido que la del adulto. Además el borde marginal gingival presenta un aspecto más protrusivo y redondeado, lo que posiblemente guarde relación con el reborde cervical tan pronunciado que tienen las coronas de los dientes de leche. El punteado típico que se observa en las encías sanas del adulto se desarrolla lentamente a partir de los 2 ó 3 años de edad, y por lo general, es fácilmente observable como una zona estrecha en los primeros años de la edad escolar. En las zonas de los diastemas entre los dientes de leche, los tejidos interdentarios tienen una forma de silla de montar. 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.

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. ¹⁸

b. 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.

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. ¹⁸

7. Maloclusiones

Existen muchos factores que contribuyen en la instalación de las maloclusiones, estas pueden ser de origen congénito o hereditario o de orden local, funcional o ambiental.

Las maloclusiones frecuentemente, se originan de hábitos musculares bucofaciales nocivos, atribuidos a funciones alteradas: succiones no nutritivas prolongadas, hábitos alimenticios inadecuados, enfermedades nasofaríngeas, disturbios en la función respiratoria, postura anormal de la lengua. Por tanto, la mayoría de las maloclusiones puede ser prevenida, porque una atención profesional no se debe limitar a la higiene bucal, cualidades de la dieta, o aplicación de flúor.²² Esto también es importante para mantener una integridad dentaria, la atención profesional debe también revisar no se debe limitar a penas de la higiene bucal las funciones del sistema estomatognático, como succión, respiración, deglución, masticación y habla. Los movimientos musculares y los ejercicios funcionales, son igualmente importantes en la prevención de las maloclusiones.

Las funciones realizadas correctamente desarrollan actividades neuromusculares que estimulan el crecimiento óseo, permitiendo que el maxilar y la mandíbula tengan tamaños y relaciones adecuadas para alojar a los dientes, posicionándose con armonía y equilibrio en sus bases.²²

El crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dentales dependen de múltiple factores tales como: corto periodo de amamantamiento, caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución y masticación, traumas y factores hereditarios.

Las madres, ya desde la primera visita deben ser advertidas contra las posturas inadecuadas en el acto de dar el pecho; una postura anómala que comprima las fosas nasales contra el seno de la madre, la colocación

de mamaderas u otros recipientes sobre el rostro del pequeño pueden producir alteraciones o desviaciones que en el futuro, al actuar sobre las partes óseas de la cara, pueden originar maloclusiones en el niño. Insistirán sobre la importancia de las posturas durante el sueño que adopte el niño, la interposición de la mano sobre el mentón, los dedos sobre la boca, etc., ya que todo ello puede producir situaciones lamentables en los años posteriores del desarrollo.

A. Influencia de la Lactancia materna

Cuando el bebé nace, la mandíbula se encuentra en posición posterior o distal en relación al maxilar superior, llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido (entre 2cm a 5 cm), dando origen a un perfil convexo absolutamente normal en el recién nacido. Durante el primer año de vida, los dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular, que durante el intervalo de amamantamiento provocan fatiga y sueño al niño, controlando el tiempo preciso de alimentación y coadyuvando al logro de la digestión perfecta.³⁸

En el momento del nacimiento hay una desproporción entre el cráneo y la cara. El cráneo no recibe influencia del medio ambiente, mientras que la cara, desde el nacimiento a la pubertad, va a recibir influencias muy notorias, debido que allí se encuentran los órganos de la audición, olfato, gusto y tacto. También en esta área van a ocurrir las funciones del aparato bucal que son determinantes para la maduración y desarrollo del mismo, como son: masticación, succión, deglución, salivación, respiración y fonación. El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a

madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho, que es la única forma que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar. Cualquier otro tipo de alimentación que no sea natural, tendrá el riesgo de producir una lesión de crecimiento y desarrollo en el área dento-facial.

La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con el empleo de biberón desarrolla en ellos un reflejo de succión y deglución inadecuado, debido a que la boca del lactante se abre en exceso, el esfuerzo muscular, además de inadecuado es insuficiente para lograr la completa maduración de los músculos, lo que trae como consecuencia la necesidad del establecimiento de una succión no nutritiva, bien sea de objetos, chupón o dedos, ésta actividad repetitiva puede pasar a la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución.³⁹ Durante el amamantamiento, el reborde anterior del maxilar superior se apoya contra la superficie del pezón y parte del seno materno. Actuando la lengua a modo de válvula, a través de movimientos anteroposteriores, permitiendo así el ordeño del pecho materno, sincronizando esta acción con la función respiratoria.

8. Atención Odontoestomatológica 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.⁴⁴

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%).⁴⁸

A. Educación de las pacientes

Son pacientes en principio muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la del propio hijo. Así, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene oral, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía. También deben recibir toda la información necesaria y correcta con respecto a conocimientos básicos sobre desarrollo y crecimiento dental, como tipos de dentición, cronología de erupción, importancia de los dientes, etc.

Existen algunos mitos sobre la Salud Dental durante la gestación. El principal es que la gravidez aumenta el número de lesiones cariosas o problemas gingivales (encías), comúnmente se dice “por cada embarazo, un diente menos” esto no es verdad si se mantienen algunos cuidados básicos, tales como alimentación equilibrada, buena higiene bucal y recibir cuidados profesionales periódicos. Otro concepto erróneo es que “durante la gestación no se puede recibir atención odontológica”, por lo que se requiere una verdadera concientización por parte de los profesionales de salud con respecto a estos puntos.

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

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

B. 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.

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.

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.³⁰

Por otro lado, en el embarazo se producen cambios a nivel de diferentes sistemas: cardiovascular, hepático, renal o gastrointestinal, que pueden alterar la respuesta terapéutica esperada de los medicamentos prescritos y puede ser necesario una alteración del plan de tratamiento

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

- a. **Anestésicos locales:** Se pueden usar siempre, salvo alergias específicas. En ciertos casos utilizaremos mepivacaína sin VC para evitar problemas circulatorios placentarios.
- b. **Analgésicos:** El **paracetamol** es uno de los analgésicos más usados en el embarazo, con efecto analgésico, antipirético y una baja actividad antiinflamatoria. No existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para la madre como para el feto con la administración de este medicamento, así será el analgésico de elección en la consulta. No hemos de olvidar, no obstante que pasa la barrera placentaria, y que su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal.
- c. **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.

- d. Las **cefalosporinas orales** son buenas para el tratamiento de infecciones leves-moderadas en odontología. En mujeres embarazadas parece una alternativa segura.
- e. 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.
- f. 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.
- g. **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.^{30, 44}

C. Radiografías dentales

En principio las radiografías dentales están contraindicadas, especialmente durante el primer trimestre, cuando el feto en desarrollo es particularmente susceptible a los efectos de la radiación. Sin embargo, en caso que se requiera tratamiento odontoestomatológico, será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. Una de

las principales ayudas en el caso de la mujer embarazada es el delantal de protección, ya que se ha demostrado que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal.

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. ³⁰

D. Momento para llevar a cabo el tratamiento odontoestomatológico

Santana y col. en un trabajo al respecto recomiendan: ⁴⁵

a. Primer trimestre

- Tratamientos dentales de emergencia
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador

b. 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

c. 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.

d. 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.²⁸

E. 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.

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.^{30,44}

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 20^{ava} 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.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal.

3.2. Determinación de la Población y muestra:

Población

La población la conformaron todas las gestantes programadas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, para su consulta prenatal en las dos últimas semanas del mes de Marzo del año 2013.

Muestra

La muestra estuvo conformada por las gestantes que acudieron al servicio de Gineco – obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, para su consulta prenatal en la última semana del mes de Marzo del año 2013.

Muestreo:

La modalidad de selección de gestantes se realizó de acuerdo al orden de llegada a sus controles prenatales en dicha área –que cumplieron los criterios de selección- para la obtención de datos en la encuesta.

3.3. Técnicas e instrumentos

Técnicas

El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/ prueba (cuestionario) previamente calibrado con una prueba piloto.

El cuestionario se entregó a todas las gestantes del servicio que asisten a su control prenatal durante el período establecido de la última semana del mes de Marzo del 2013, por orden de llegada, hasta el término de la atención.

Criterios de inclusión:

- Gestantes que acepten voluntariamente responder el cuestionario.
- Gestantes que tengan algún grado de instrucción, que sepan leer y escribir.

El cuestionario en mención tuvo información adicional que consignaron las gestantes para cumplir los objetivos específicos de este estudio como: Edad y Grado de Instrucción.

Este cuestionario consta de 22 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos sobre salud bucal, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró

En forma general:

Conocimiento sobre salud bucal (22 preguntas).

- Bueno (16-22 puntos)
- Regular (9-15 puntos)
- Malo (0-8 puntos)

En forma específica:

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

- Bueno (6-8 puntos)
- Regular (3-5 puntos)
- Malo (0-2 puntos)

Conocimientos sobre enfermedades bucales.

- Bueno (5-6 puntos)
- Regular (3-4 puntos)
- Malo (0-2 puntos)

Conocimientos sobre atención odontológica en gestantes.

- Bueno (3-4 puntos)
- Regular (2 puntos)
- Malo (0-1 puntos)

Conocimientos sobre desarrollo dental.

- Bueno (3-4 puntos)
- Regular (2 puntos)
- Malo (0-1 puntos)

Instrumento

El Cuestionario consta de 3 partes: Primera son los datos generales, la segunda Consta de 3 partes: primera son los datos generales, la segunda datos específicos y la tercera conocimiento sobre salud bucal. Este instrumento fue adaptado por el autor (Anexo N° 1).

Se utilizó herramientas y pruebas estadísticas porcentuales, de promedios y desviación estándar, en donde fueron analizados, y así mismo se realizó su representación gráfica, utilizando el paquete estadístico Excel 2010.

IV. RESULTADOS

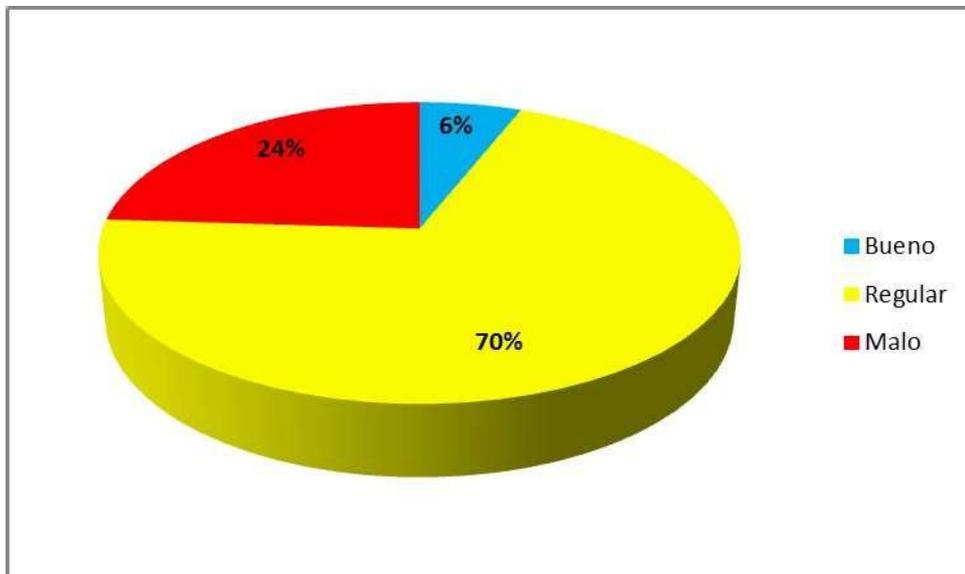
4.1. Resultados

Tabla 01. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|--------------|
| Bueno | 2 | 6,0 |
| Regular | 17 | 70,0 |
| Malo | 6 | 24,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo 2013

Gráfico 01. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.



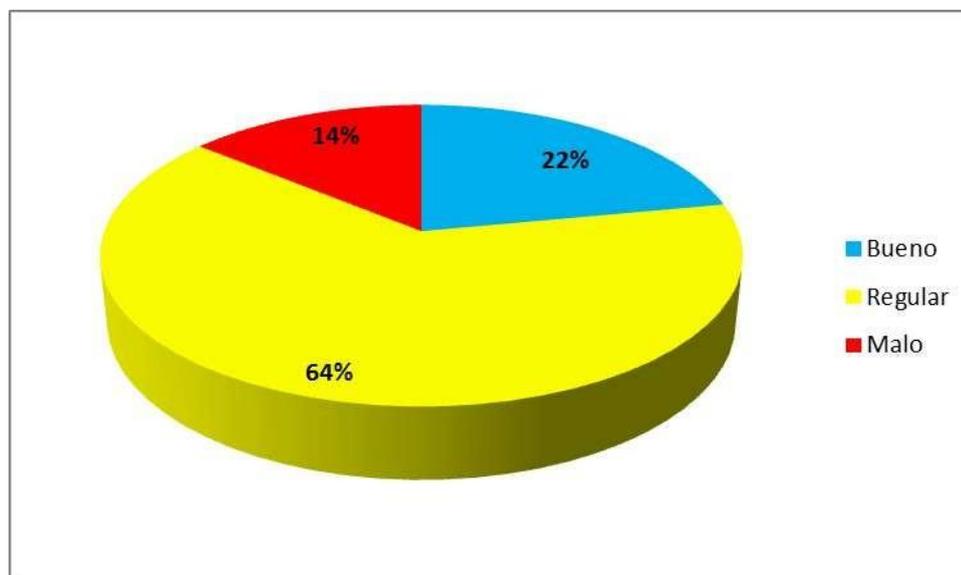
Fuente: Tabla 01

Tabla 02. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|--------------|
| Bueno | 6 | 22,0 |
| Regular | 16 | 64,0 |
| Malo | 3 | 14,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo 2013

Gráfico 02. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.



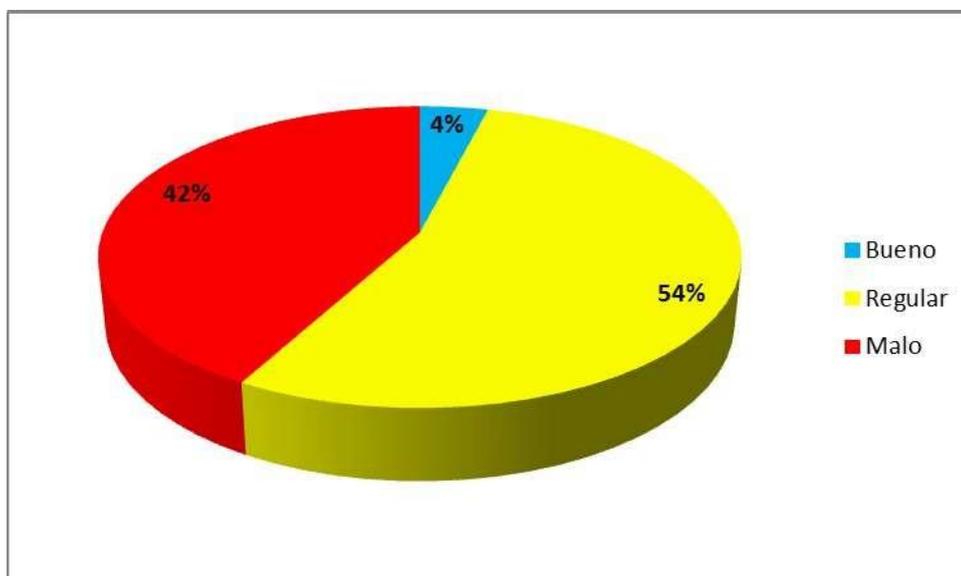
Fuente: Tabla 02

Tabla 03. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|--------------|
| Bueno | 1 | 4,0 |
| Regular | 13 | 54,0 |
| Malo | 11 | 42,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo 2013

Gráfico 03. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia Del Santa, Ancash – Marzo 2013.



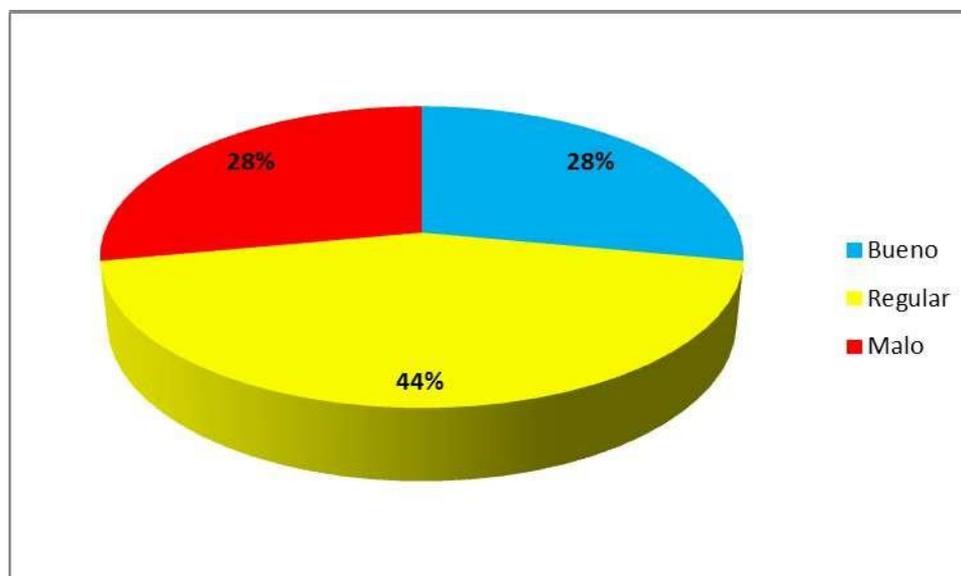
Fuente: Tabla 03

Tabla 04. Nivel de conocimiento sobre atención odontológica en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|--------------|
| Bueno | 7 | 28,0 |
| Regular | 11 | 44,0 |
| Malo | 7 | 28,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo 2013

Gráfico 04. Nivel de conocimiento sobre atención odontológica en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.



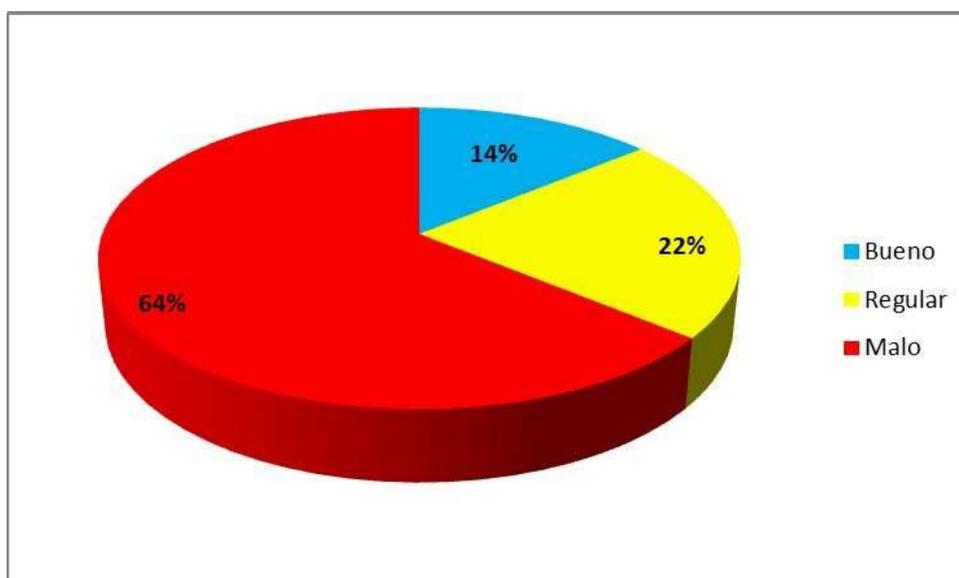
Fuente: Tabla 04

Tabla 05. Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en gestantes de que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Caleta del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|--------------|
| Bueno | 3 | 14,0 |
| Regular | 6 | 22,0 |
| Malo | 16 | 64,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo 2013

Gráfico 05. Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.



Fuente: Tabla 05

Tabla 06. Promedio de desviación estándar de notas obtenidas en cuestionario sobre salud bucal de gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, provincia del Santa, Ancash – Marzo 2013.

| Dimensiones: | <i>Promedio</i> \bar{X} | Desviación estándar (D.S.) | Nota máx. | Nota mín. |
|---|------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|
| Conocimiento sobre medidas preventivas. | 4,3 | 1,6 | 8 | 1 |
| Conocimiento sobre enfermedades bucales. | 2,6 | 1,1 | 5 | 0 |
| Conocimiento de consulta odontológica en gestantes. | 2,0 | 0,9 | 4 | 0 |
| Conocimiento sobre desarrollo dental. | 1,3 | 1,1 | 4 | 0 |

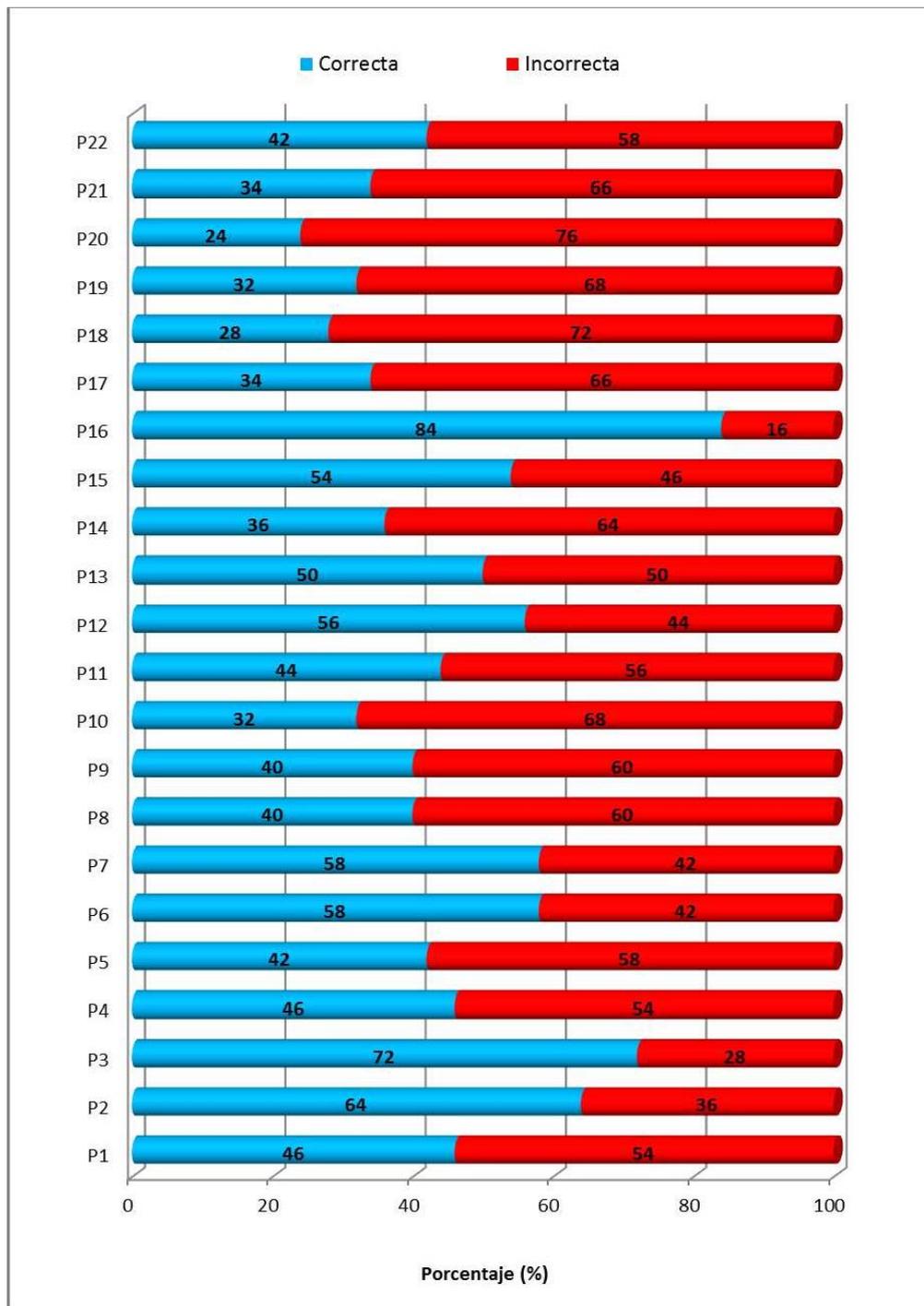
Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013.

Tabla 07. Distribución de frecuencia de repuestas dadas en el cuestionario de salud bucal de gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Ancash – Marzo, 2013.

| Pregunta | Respuestas | | | | Total | |
|----------|------------|------|------------|------|-------|-------|
| | Correcta | | Incorrecta | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| 1 | 12 | 46,0 | 13 | 54,0 | 25 | 100,0 |
| 2 | 16 | 64,0 | 09 | 36,0 | 25 | 100,0 |
| 3 | 18 | 72,0 | 07 | 28,0 | 25 | 100,0 |
| 4 | 11 | 46,0 | 14 | 54,0 | 25 | 100,0 |
| 5 | 10 | 42,0 | 15 | 58,0 | 25 | 100,0 |
| 6 | 15 | 58,0 | 10 | 42,0 | 25 | 100,0 |
| 7 | 15 | 58,0 | 10 | 42,0 | 25 | 100,0 |
| 8 | 10 | 40,0 | 15 | 60,0 | 25 | 100,0 |
| 9 | 10 | 40,0 | 15 | 60,0 | 25 | 100,0 |
| 10 | 08 | 32,0 | 17 | 68,0 | 25 | 100,0 |
| 11 | 11 | 44,0 | 14 | 56,0 | 25 | 100,0 |
| 12 | 14 | 56,0 | 11 | 44,0 | 25 | 100,0 |
| 13 | 12 | 50,0 | 13 | 50,0 | 25 | 100,0 |
| 14 | 09 | 36,0 | 16 | 64,0 | 25 | 100,0 |
| 15 | 13 | 54,0 | 12 | 46,0 | 25 | 100,0 |
| 16 | 21 | 84,0 | 4 | 16,0 | 25 | 100,0 |
| 17 | 08 | 34,0 | 17 | 66,0 | 25 | 100,0 |
| 18 | 07 | 28,0 | 18 | 72,0 | 25 | 100,0 |
| 19 | 08 | 32,0 | 17 | 68,0 | 25 | 100,0 |
| 20 | 06 | 24,0 | 19 | 76,0 | 25 | 100,0 |
| 21 | 08 | 34,0 | 17 | 66,0 | 25 | 100,0 |
| 22 | 10 | 42,0 | 15 | 58,0 | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo 2013

Gráfico 06. Distribución de frecuencia de respuestas dadas en el cuestionario sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Ancash. Marzo 2013



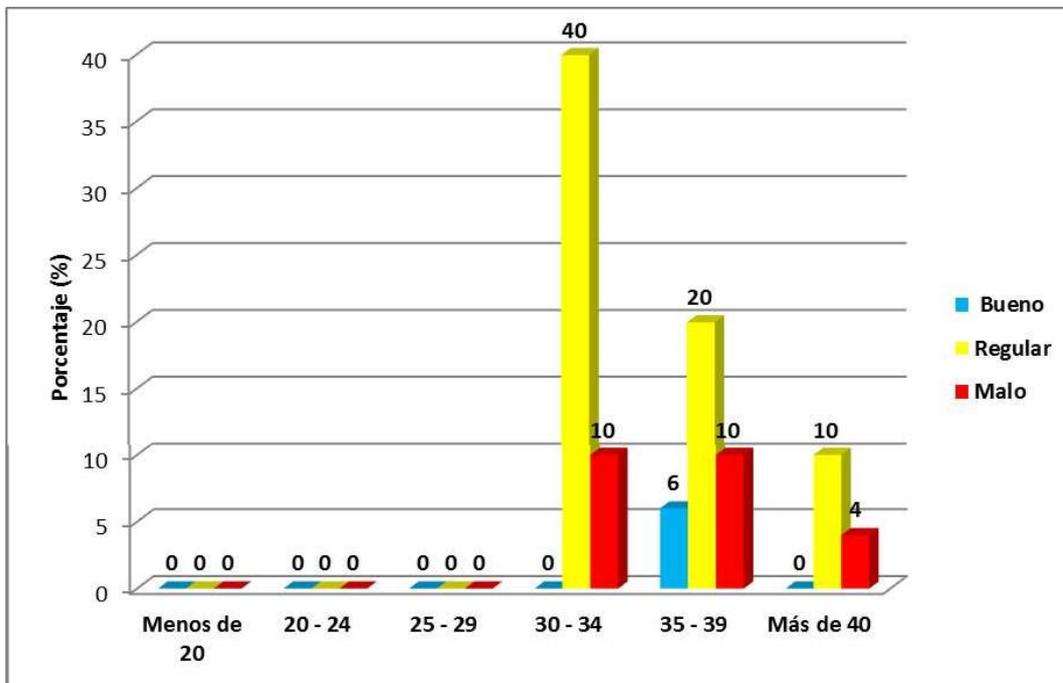
Fuente: Tabla 07

Tabla 08. Nivel de conocimiento en Salud Bucal según grupo etáreo en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.

| Grupo etáreo (años) | Nivel de conocimiento en Salud bucal | | | | | | Total | |
|---------------------|--------------------------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Menos de 20 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20 - 24 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 25-29 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 30-34 | 0 | 0,0 | 10 | 40,0 | 3 | 10,0 | 13 | 50,0 |
| 35- 39 | 2 | 6,0 | 05 | 20,0 | 2 | 10,0 | 09 | 36,0 |
| Más de 40 años | 0 | 0,0 | 2 | 10,0 | 1 | 4,0 | 3 | 14,0 |
| Total | 2 | 6,0 | 17 | 70,0 | 06 | 24,0 | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 07. Nivel de conocimiento en Salud Bucal según grupo etáreo en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.



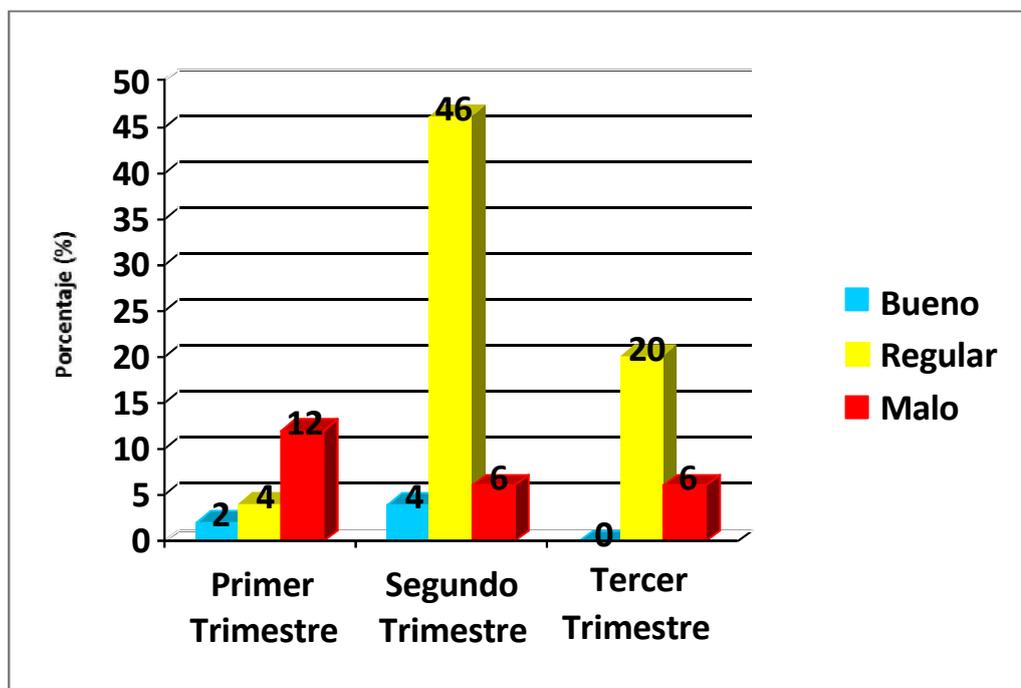
Fuente: Tabla 08

Tabla 09. Nivel de conocimiento en Salud Bucal según trimestre de gestación en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.

| Trimestre de gestación | Nivel de conocimiento sobre salud bucal | | | | | | Total | |
|------------------------|---|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Primer trimestre | 1 | 2,0 | 2 | 4,0 | 4 | 12,0 | 7 | 18,0 |
| Segundo trimestre | 2 | 4,0 | 10 | 46,0 | 3 | 6,0 | 10 | 56,0 |
| Tercer trimestre | 0 | 0,0 | 4 | 20,0 | 3 | 6,0 | 08 | 26,0 |
| Total | 3 | 6,0 | 16 | 70,0 | 10 | 24,0 | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 08. Nivel de conocimiento en Salud Bucal según grupo trimestre de gestación en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.



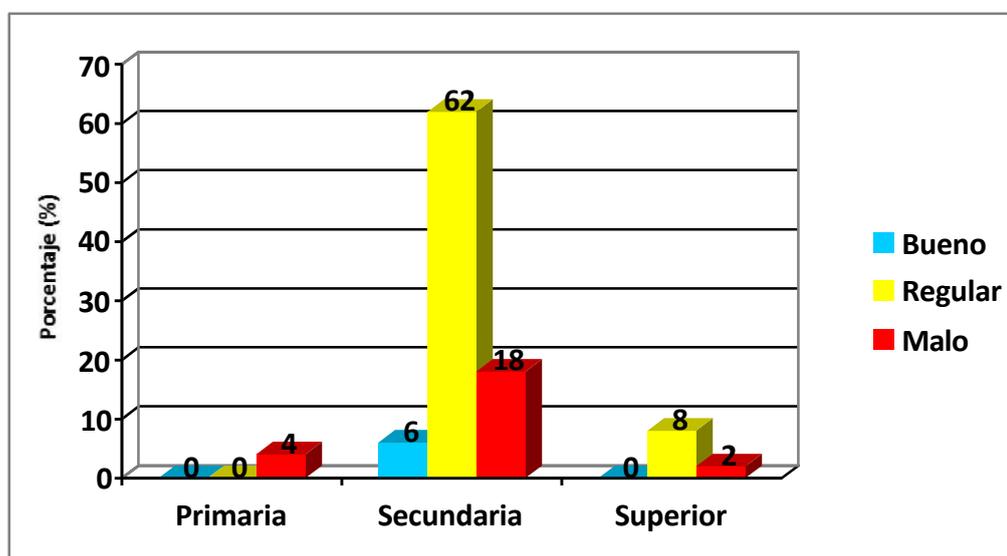
Fuente: Tabla 09

Tabla 10. Nivel de conocimiento en salud bucal según grado de instrucción en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.

| Grado de instrucción | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|----------------------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Primaria | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,0 | 1 | 4,0 |
| Secundaria | 2 | 6,0 | 15 | 62,0 | 4 | 18,0 | 21 | 86,0 |
| Superior | 0 | 0,0 | 2 | 8,0 | 1 | 2,0 | 3 | 10,0 |
| Total | 2 | 6,0 | 17 | 70,0 | 06 | 24,0 | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 09. Nivel de conocimiento en salud bucal según grado de instrucción en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.



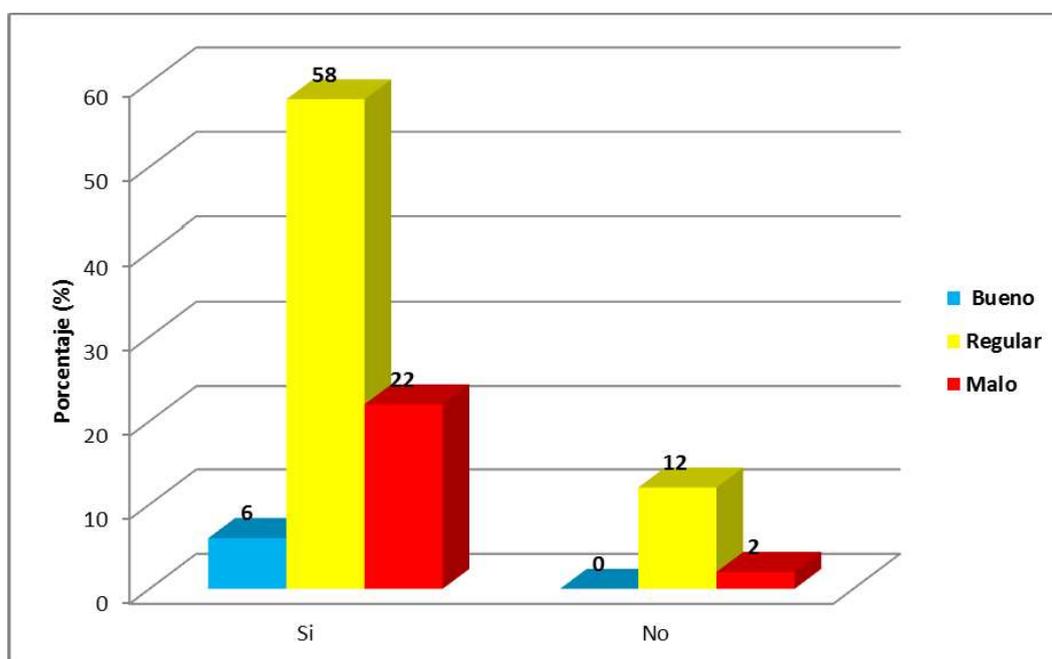
Fuente: Tabla 10.

Tabla 11. Nivel de conocimiento de salud bucal según visita al dentista en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.

| ¿Visitó alguna vez al dentista? | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------------------------------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Si | 2 | 6,0 | 14 | 58,0 | 5 | 22,0 | 21 | 86,0 |
| No | 0 | 0,0 | 3 | 12,0 | 1 | 2,0 | 4 | 14,0 |
| Total | 2 | 6,0 | 17 | 70,0 | 6 | 24,0 | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 10. Nivel de conocimiento de salud bucal según visita al dentista en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.



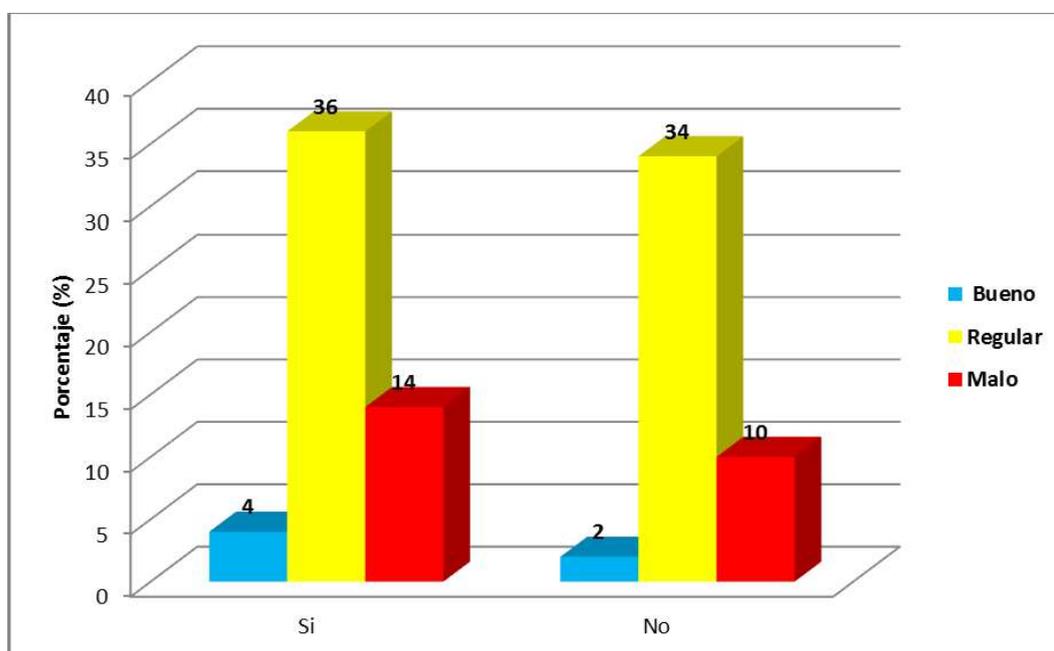
Fuente: Tabla 11.

Tabla 12. Nivel de conocimiento de salud bucal según recepción actual de tratamiento odontológico de gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.

| Recepción actual de tratamiento odontológico | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|--|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Si | 2 | 4,0 | 9 | 36,0 | 3 | 14,0 | 14 | 54,0 |
| No | 1 | 2,0 | 8 | 34,0 | 2 | 10,0 | 11 | 46,0 |
| Total | 3 | 6,0 | 35 | 70,0 | 12 | 24,0 | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 11. Nivel de conocimiento de salud bucal según recepción actual de tratamiento odontológico de gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital La Caleta del distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Ancash - Marzo, 2013.



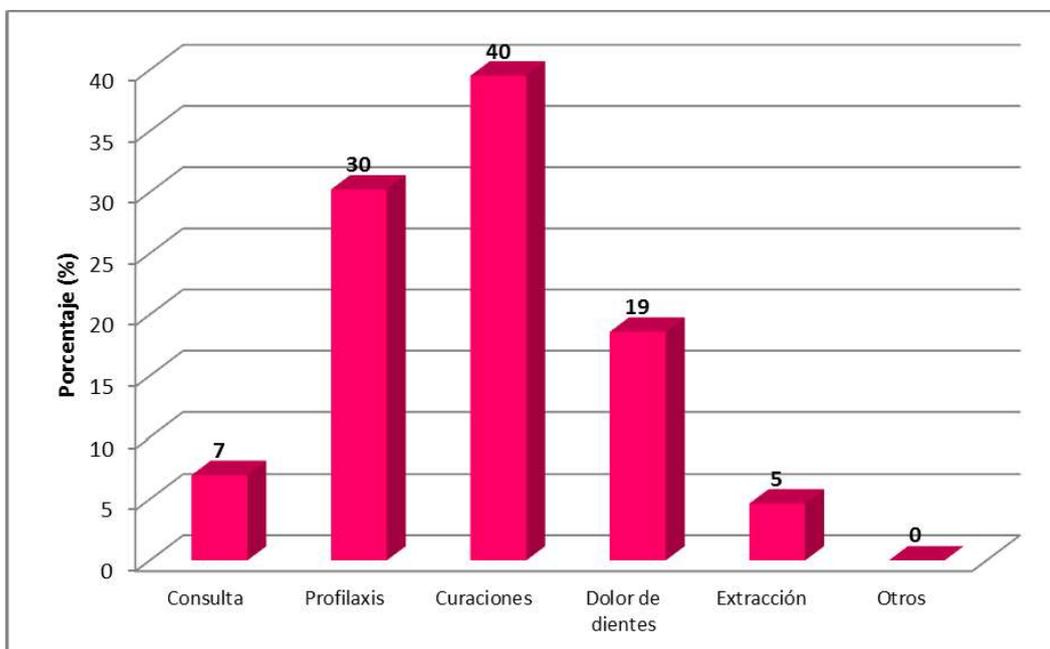
Fuente: Tabla 12.

Tabla 13. Distribución de gestantes según motivo de última visita al dentista.

| Motivo de última visita al dentista | n | % |
|-------------------------------------|-----------|--------------|
| Consulta | 01 | 7,0 |
| Profilaxis | 06 | 30,2 |
| Curaciones | 08 | 39,5 |
| Dolor de dientes | 04 | 18,6 |
| Extracción | 01 | 4,7 |
| Otros | 0 | 0,0 |
| Total | 19 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 12. Distribución de gestantes según motivo de última visita al dentista.



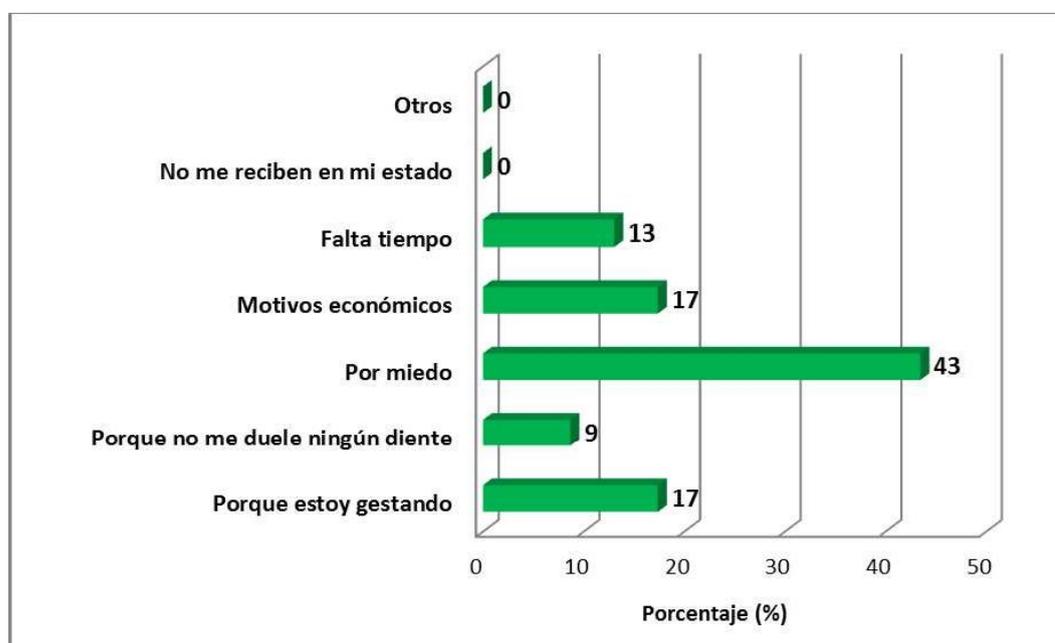
Fuente: Tabla 13.

Tabla 14. Distribución de gestantes según motivo por el cual no visita actualmente al dentista.

| Motivo | n | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Porque estoy gestando | 2 | 17,4 |
| Porque no me duele ningún diente | 1 | 8,7 |
| Por miedo | 5 | 43,5 |
| Motivos económicos | 2 | 17,4 |
| Falta de tiempo | 2 | 13,0 |
| No me reciben en mi estado | 0 | 0,0 |
| Otros | 0 | 0,0 |
| Total | 12 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes. Marzo, 2013

Gráfico 13. Distribución de gestantes según motivo por el cual no visita actualmente al dentista.



Fuente: Tabla 14.

4.2.- Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es regular, con un 70,0% de las gestantes encuestadas (ver tabla N°1), a diferencia del estudio de La Torre Gálvez donde obtuvo el 72,5% en el nivel alto.

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, en la cual se obtuvo el porcentaje 64,0% en el nivel regular (ver tabla N°2); en similitud con los estudios de Velásquez Huamán, y de Rodríguez Vargas donde obtuvieron un nivel medio, con 60,6% y 60,0% respectivamente.

Con respecto a las principales enfermedades bucales, como caries, enfermedad periodontal, como se aprecia en los resultados presentados 54,0% de las encuestadas presentó un conocimiento regular (ver tabla N°3); en contraste con el estudio de Arroyo Cerna, y de Salazar Cárdenas, que obtuvieron un nivel malo con un 59,2% y 67,3% respectivamente.

Acerca del conocimiento sobre atención odontológica en gestantes, el mayor porcentaje 44,0% poseen un conocimiento regular (ver tabla N°4), con similitud con el estudio realizado por Arroyo Cerna donde obtuvo un nivel medio con un 57,1%, y en contraste con el estudio realizado por Salazar Cárdenas, que obtuvo un nivel malo con un 36,7%.

Acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el mayor porcentaje 64,0% poseen un conocimiento malo (ver tabla N°5), con similitud en los resultados obtenidos en el estudio de Arroyo Cerna y Salazar Cárdenas donde fue el resultado más bajo, con 63,3% y 69,4% respectivamente.

Se evaluó el nivel de conocimiento según la edad de las gestantes. Así tenemos que para el nivel de conocimiento en Salud bucal según la

edad, se obtuvo que, la mayoría correspondiente a un 40,0% está en el rango de 30 a 34 años.

Según el trimestre de embarazo de las gestantes, el nivel de conocimiento que predomina es el regular con 46,0%, en el segundo trimestre de gestación, mientras, según el grado de instrucción de las gestantes, el nivel de conocimiento más frecuente es el regular con un 62% en el grado de instrucción secundaria.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones:

El total de gestantes encuestadas sobre conocimientos en Salud Bucal el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular con 70,0%, el 24,0 % tuvo un nivel malo y 6,0% un nivel bueno. (Ver Tabla N°1)

En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 64,0%, el 22,0% un nivel bueno y 14%,0% obtuvo un nivel malo. (Ver Tabla N°2)

En el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular con 54,0%, el 42,0% un nivel malo, y el 4,0% obtuvo un nivel bueno. (Ver Tabla N°3)

En el nivel de conocimiento de atención odontológica en gestantes en el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular con 44,0%, el 28% un nivel bueno, mientras que el 28,0% restante un nivel malo. (Ver Tabla N°4)

En el nivel de crecimiento y desarrollo el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo con 64,0%, el 22,0% tuvo un nivel regular, y el 14,0% mostró un nivel bueno. (ver Tabla N°5)

El rango de edad más frecuente fue el de 30 a 34 años con un 40,0% de nivel de conocimiento regular, 10,0% de nivel malo y 0,0% de nivel bueno. (Ver Tabla N°8)

Según trimestre de embarazo, el trimestre más frecuente fue el segundo, con un nivel de conocimiento regular de 46,0%, mientras con el mismo trimestre de embarazo, el 6,0% tuvo un nivel malo y con el 4% un nivel bueno. (ver tabla N°9)

El grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 62,0%, el cual mostró un nivel de conocimiento regular, mientras el 18,0% tuvo un nivel malo y el 6,0% un nivel bueno. (Ver tabla N°10)

5.2 Aspectos Complementarios

Variables

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene la gestante, sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica en gestantes y en crecimiento y desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 16 a 22 respuestas correcta, Regular con 9 a 15 respuestas correctas y de Malo con 0 a 8 respuestas correctas con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de salud bucal para gestantes determinado para la investigación.

DIMENSIONES DE LA VARIABLE:

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

Es definido como el nivel de conocimientos que tiene de higiene bucal, sobre la importancia del cepillado dental, sobre la ingesta de flúor, sobre la dieta, sobre prevención de caries dental, como gestante.

Conocimientos sobre enfermedades bucales.

Es definido como el nivel que tiene sobre: placa bacteriana, sobre caries dental, sobre gingivitis, sobre enfermedad periodontal.

Conocimientos sobre atención odontológica en gestantes.

Es definido sobre el nivel de conocimiento de aspectos de atención odontológica relacionados con la gestación.

Conocimientos sobre desarrollo dental.

Es definido sobre el nivel que tiene sobre el inicio de formación dental, sobre los tipos de dentición, sobre el número de dientes deciduos, sobre la cronología de la erupción dentaria.

Covariables:

Edad: Es definido como la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento.

Grado de instrucción: El nivel de instrucción de una persona 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.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | CATEGORÍA DE ESCALA | INDICADOR |
|---|---|--------------------------------------|--|
| Nivel de Conocimiento sobre salud bucal | Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal | Bueno 6-8 Regular 3-5 Malo 0-2 | Cuestionario |
| | Conocimiento sobre enfermedades bucales | Bueno 5-6 Regular 3-4 Malo 0-2 | |
| | Conocimiento sobre atención odontológica en Etapa gestacional | Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1 | |
| | Conocimiento sobre desarrollo dental | Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1 | |
| COVARIABLES | | | |
| COVARIABLES | ESCALA | | INDICADOR |
| Edad | <ul style="list-style-type: none"> • De 30 a 34 años • De 35 a 39 años • De 40 a más | | Número de años cumplidos |
| Trimestre de Embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • 1er Trimestre • 2do Trimestre • 3er Trimestre | | Número de meses |
| Grado de instrucción | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior | | Grado de escolaridad |
| Atención/ Consulta Odontológica | <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No | | Visita Odontológica |
| Tratamiento Odontológico | <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No | | Recepción de tratamiento odontológica actual |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chimbote, (monografía en internet). Wikipedia. 2013, (01/03/13). URL Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Chimbote>
2. Red Asistencial Chimbote, (página web). Minsa. 2013, (01/03/13). URL Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/red-asistencial-ancash/>
3. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.
4. Sosa Rosales M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Garrigó Andreu MI, Sardiña Alñayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2002 493-4.
5. Gómez Santos G. Educación para la salud denta. Servicio de epidemiología y promoción de la salud. Gaceta dental. 1997 (80): 64-8
6. Cuenca E. Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. Revista Médico Clínica. 1994 102(Sup. 1)-134
7. Powell KE. Dimensiones de la promoción de salud aplicadas a la actividad física. En: Promoción de salud: una antología (Publicación Científica 557). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1996 p.98
8. Pineda Rodríguez I, Mulet Sarmiento D, García Pérez D, Rosales Álvarez JM. Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales de Holguín. Bol Estomatol Acción 1999;1(1):8 - 12
9. Arroyo Cerna J.S "nivel de conocimiento sobre salud bucal en Gestantes que acuden a los servicios de ginecoobstetricia del centro

materno infantil de Iaredo Tesis- para obtener el título de Bachiller ULADECH. 2012" 1

10. Salazar Cárdenas M. "nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del centro de salud materno infantil del bosque, tesis para obtener el título de bachiller Uladech 2012"2
11. La Torre G. Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud Bucal infantil en el Hospital nacional Hipólito Unanue. Tesis- Bachiller UPSM. 20013
12. Rodríguez Vargas MC. Tesis digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2002. Disponible en:<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis>
13. Velasquez Huaman, Z. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social. Tesis - Bachiller. UPCH. 1995
14. Gomez, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
15. Gonzaga, H. BUSO, L. Intrauterine Dentistry: An integrated Model of Prevention. Brazilian Dental Journal. 12(2):139-142. 2001.
16. Kowash, A. Pinfield, J. Oral Health- Educating mothers with young children. British Dental Journal 188:201-205.2000.
17. Ministerio de Salud. 1996 Manual de Normas Técnico Administrativas del Subprograma de Salud Bucal.
18. Maita Castañeda. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para nacimiento pretérmino. Tesis-Bachiller UPSM 2001.

19. Ríos Díaz. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses. Tesis- Bachiller UPCH. 1996.
20. Rodríguez, M. Pimentel, E. ¿Puede la leche Humana llegar a producir caries, como y porque? Acta Odontológica Venezolana 36(1): 39-45. 1998.
21. Lamas Oliveira, Marta. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental. 2(6):362-8. Jun 1999.
22. Nakamoto Kakzu, Maribel. Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. Tesis – Bachiller UPSM 2001.
23. Salud Bucodental. Revisión. 2000
<http://www.cof.es/pam219/revision.htm>
24. Campodónico Figueroa, Carlos. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis-Bachiller UPCH. 1997.
25. 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.
26. Desarrollo de la odontología para bebés en el Perú. Dr. Mario César Elías Podestá .Jefe del Servicio de Odontopediatría de la FAP. 2001.
<http://www.gestion.com.pe>
27. Little JW, Falace DA: Odontología en pacientes con patología previa del Paciente bajo tratamiento médico. Ed. Medici. Barcelona, 1986. Quinta edición. 668 (434-41). 1998.
28. 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.
29. De Paola D. Odontología preventiva 1ed. Argentina Mundi 1981.

30. López J: Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. *Operatoria Dental y Endodoncia* 1998; 2(3): 11
<http://www.infomed.es/rode/index.html>
31. 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
32. Bello, A. Machado, M. Efecto de la malnutrición fetal sobre los tejidos dentarios. *Rev Cubana Estomatol.* 1997;34(2):57-61.
33. Organización Mundial de la Salud/ FDI. Metas Globales para la Salud Bucal en el año 2000. *Revista Salud Bucal CORA (Confederación Odontológica de la República Argentina)*. Año VIII (48) Dic 1981.
34. Guía de Salud Infantil. US Department of Health Human services. Sep 2000. Appip Publication Nº 99-0013.
<http://www.ahrq.gov/ppip/spadul/ppspchld.htm>
35. Erickson, P. Investigación del rol de la leche materna en el desarrollo de la caries. *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños*. 28(2):28-29. Jun-sep.1999.
36. Santana A, Mora MJ: Salud bucodental y embarazo. *Rev Act Odontoestomat Esp.* 1991; 400: 57-62.
37. Salvador Salazar, Elizabeth. Factores Condicionantes del Síndrome de biberón con diferentes tipos de lactancia. Tesis- Bachiller UPSM 2002.
38. Guerra, M. Mujica, C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. *Acta Odontológica Venezolana*. 37(2):6-10. May-Agost.1999.
39. Pinkham J.R. *Odontología Pediátrica*. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.

40. Casaretto, Haydee. Contenido de hidratos de carbono en lácteos y comidas envasadas para lactantes. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 25(2):18-21. Mar.1996.
41. FDI / Nutricion, diet and oral Health. International Dental Journal 44(6):612. 1994.
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. Holdings LLC. Caries y Embarazo: La importancia del Control y la Prevención. Copyright 2000-2002. Bibliomed. <http://www.buenasalud.com>
44. Magnusson, Bengt. Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión1987.
45. Sante Balarezo, Carlos. Nivel de conocimiento en Higiene Bucal y estado gingival en pacientes gestantes del hospital materno Infantil San Bartolomé. Lima 1999. Tesis –Bachiller UNMSM.
46. Álvarez Loayza, Ángela. Determinación de los factores de riesgo para caries rampante en niños de 6-42 meses. Tesis- Bachiller UPCH. 1996.
47. Cabut. A. Sabás,N. Frecuencia de caries de Biberón. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 28(3):14-17. Sep-Dic.1999.
48. Correa M et al. Importancia de revisión odontológica durante el control prenatal generado por manifestaciones gingivales. Revista Odontológica Colombia jul-ago-set 1986.

VI. ANEXOS:

6.1.- CUESTIONARIO PARA GESTANTES

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

INTRODUCCIÓN:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal en gestantes, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera.

I. DATOS GENERALES:

- Edad: (años cumplidos)
- Tengo: (meses de embarazo)
- Distrito donde vive:
- Grado de Instrucción:
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. **Ha ido alguna vez al dentista:** SI () NO ()
2. **Actualmente recibe tratamiento odontológico:** (Solo responda esta pregunta, si es que Usted asistió alguna vez al dentista)
SI () NO ()
3. **Motivo de su última visita al dentista:** (Sólo responda esta pregunta, si es que Usted asistió alguna vez al dentista)
 - Consulta ()
 - Profilaxis ()
 - Curaciones ()
 - Dolor de dientes/muelas ()
 - Extracción ()
 - Otros ()Especifique:.....

4. Motivo por el cual Ud. no asiste al dentista: (Sólo responda esta pregunta, si es que Usted nunca asistió al dentista)

- Porque estoy gestando ()
- Porque no me duele ningún diente ()
- Por miedo ()
- Motivos económicos ()
- Falta de tiempo ()
- No me reciben en mi estado ()
- Otros. ()

Especifique:.....

III. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL:

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 22 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

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

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental ()
- b) Flúor, pasta dental, leche ()
- c) Cepillo, hilo dental, sellantes ()

2. Principalmente, ¿cuándo debo cepillarme los dientes?:

- a) Antes del desayuno ()
- b) Después del desayuno ()
- c) Antes de acostarme ()
- d) Después de todas las comidas ()

3. ¿La alimentación llevada durante su embarazo afectará los dientes de su hijo?

SI () NO ()

4. ¿Considera al flúor importante para los dientes de su futuro hijo?

SI () NO ()

5. ¿Lavaría las encías de su bebé antes de que salgan los dientes?

SI () NO ()

6. ¿Ud. hace dormir al niño con el biberón?

SI () NO ()

7. ¿Cree Ud., que si su hijo se succionara el dedo, chupones u otras cosas afectaría su dentición?

SI () NO ()

8. ¿A qué edad considera 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 ()

9. La placa bacteriana es:

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

10. La caries de biberón es:

- a) La caries causada por dulces ()
b) La caries que afecta los dientes de leche ()
c) La caries causada por falta de aseo ()
d) No sé ()

11. ¿Considera Ud. a la caries una enfermedad contagiosa?

SI () NO ()

12. Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”

SI () NO ()

13. La gingivitis es:

- a) El dolor de diente ()
b) La enfermedad de las encías ()
c) Inflamación del labio ()
d) No sé ()

14. La enfermedad periodontal es:

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

15. ¿Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo puede provocar daño a los dientes de sus hijos?

SI () NO ()

16. ¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales sin protección contra rayos X durante su gestación afectará a su hijo?

SI () NO ()

17. ¿Considera Ud. que el uso de anestesia dental afectará su gestación?

SI () NO ()

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

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

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

- a) A las 6 semanas de gestación ()
b) A los 6 meses de gestación ()

- c) A los 6 meses de nacido ()
- d) No sé ()

20. ¿Sabe cuántos tipos de dentición tendrá su hijo?

- a) 1 ()
- b) 2 ()
- c) 3 ()
- d) No sé ()

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

- a) 10 ()
- b) 20 ()
- c) 24 ()
- d) No sé ()

22. ¿Sabe cuándo erupcionarán los dientes de su bebé?

- a) A los 3 meses de nacido ()
- b) A los 6 meses de nacido ()
- c) Al año de nacido. ()
- b) No sé ()

Muchas gracias por su colaboración.

6.2.- UBICACIÓN

UBICACIÓN DEL HOSPITAL LA CALETA



VISTA PANORÁMICA DEL HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LA CALETA DISTRITO DE CHIMBOTE - PROVINCIA DEL SANTA - ÁNCASH, MARZO 2013

ORIGINALITY REPORT

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 12% SIMILARITY INDEX | 12% INTERNET SOURCES | 0% PUBLICATIONS | % STUDENT PAPERS |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|

PRIMARY SOURCES

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | docplayer.es Internet Source | 12% |
|----------|--|------------|

| | | | |
|----------------------|-----|-----------------|------|
| Exclude quotes | Off | Exclude matches | < 4% |
| Exclude bibliography | Off | | |