

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN
SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS PUNO 2017”**

TESIS

PRESENTADA POR:

ALID IRY MARCONI BUSTINZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCION EN SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS PUNO 2017”

TESIS PRESENTADA POR:

ALID IRY MARCONI BUSTINZA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA



APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL JURADO

:.....
Dra. LUZ DOMINGA MAMANI CAHUATA

PRIMER JURADO

:.....
CD. BETSY QUISPE QUISPE

SEGUNDO JURADO

:.....
CD. MLAGROS MOLINA CHICATA

DIRECTOR / ASESOR

:.....
Dr. JORGE LUIS MERCADO PORTAL

Área : Ciencias de la Salud
Tema : Medicina Estomatológica

FECHA DE SUSTENTACION: 26- 12- 2017

DEDICATORIA

A DIOS: A quien entregue mi vida en quien confié en la adversidad, fortuna y que nunca me abandone ahora y siempre, además de iluminarme mi camino.

A mi papito: Mauro, quien desde el cielo me ilumina y guía mis pasos.

A mi mamita: Juana, quien con mucho esfuerzo y ejemplo ha sabido ser padre y madre para mí, le agradezco el cariño y su comprensión, además de ser el pilar de mi formación personal y profesional.

A ti hijita Massiel, mi tesoro máspreciado a quien amo con todas mis fuerzas quien ha sabido entenderme en mis ausencias y ser el mejor motor que Dios puso en mi vida.

A mi hermano: Alex, por su apoyo, comprensión y paciencia durante mi formación académica que me motivaron a seguir adelante.

A mi mama: Elena, quien con su apoyo, cariño y comprensión me motivaron en todo momento a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminarme y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y ayuda.

A mi Alma mater Universidad Nacional del Altiplano por brindarme la oportunidad de obtener una vida profesional.

A la Escuela Profesional de Odontología y a todo su personal docente por su calidad educativa, profesional y humana, quienes me acogieron en sus aulas durante mi formación profesional.

Al director de la MICRO RED José Antonio Encinas a todo el personal y a todas las gestantes que accedieron a participar en el presente trabajo de investigación.

A mi director de tesis Dr. Jorge Luis Mercado Portal por su disposición e incondicional apoyo en el presente trabajo.

A mis jurados con mucho aprecio y estima CD. Betsy Quispe Quispe, CD. Milagros Molina Chicata por el tiempo dedicado, por sus orientaciones y hacer posible el desarrollo de la presente investigación.

Un agradecimiento especial a la Doctora Luz D. Mamani Cahuata por la colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad que me brindo y me brinda

A Juan Amilcar por ser mi compañero inseparable, mi apoyo en todo momento, por su comprensión, amor incondicional para el cumplimiento de mis metas.

A todos mis amigos que de una u otra forma colaboraron en la realización de este trabajo de investigación.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	10
RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
CAPITULO I	13
INTRODUCCIÓN	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	15
1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
1.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES	17
1.2.3. ANTECEDENTES LOCALES	19
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	19
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	19
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	20
1.6. CARACTERIZACION DEL AREA DE INVESTIGACION	21
CAPITULO II.....	23
REVISIÓN DE LA LITERATURA	23
2.1. MARCO TEORICO	23
2.1.1. EL CONOCIMIENTO	23
2.1.2. NIVELES DE CONOCIMIENTO.....	23
2.1.3. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	25
2.1.4. SALUD	25
2.1.5. MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL	26
2.1.6. MEDIDAS DE HIGIENE ORAL.....	27
2.1.6.1. HIGIENE BUCAL	27
2.1.6.2. CEPILLADO DENTAL	28
2.1.6.3. DENTÍFRICO O PASTA DENTAL	29
2.1.6.4. HILO DENTAL.....	30
2.1.6.5. COLUTORIOS O ENJUAGATORIOS.....	31
2.1.6.6. FLÚOR.....	31
2.1.7. GESTANTE O GRAVIDA	33

2.1.7.1.	DURACIÓN DEL EMBARAZO	33
2.1.7.2.	ETAPAS DEL EMBARAZO	34
2.1.7.3.	EMBARAZO Y SALUD BUCAL	35
2.1.7.4.	EL CICLO DE VIDA DEL DIENTE	37
2.1.7.5.	PATOLOGÍAS DENTALES EN EL EMBARAZO	39
2.1.7.6.	ASESORAMIENTO PRENATAL	41
2.1.7.7.	HIGIENE DEL LACTANTE	42
2.1.7.8.	HIGIENE BUCAL DEL BEBÉ.....	42
2.1.8.	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTE EMBARAZADA	43
2.2.	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	49
CAPITULO III.....		50
MATERIALES Y MÉTODOS.....		50
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.2.	POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION	50
3.2.1.	Población.....	50
3.2.2.	Muestra.....	50
3.3.	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	50
3.4.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.6.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	52
3.7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
3.8.	DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO	54
CAPITULO IV		55
RESULTADOS Y DISCUSION		55
4.1.	RESULTADOS.....	55
4.2.	DISCUSIÓN	75
CAPITULO V.....		77
CONCLUSIONES		77
CAPITULO VI.		78
RECOMENDACIONES.....		78
CAPITULO VII.....		79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		79

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: POSICIONES DEL SILLÓN DENTAL EN LOS DIFERENTES TRIMESTRES DE EMBARAZO	47
FIGURA N° 2: CATEGORIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS EN EL EMBARAZO PROPUESTO POR LA .COMUNIDAD EUROPEA, COMITÉ DE PRODUCTOS MÉDICOS PROPIETARIOS	48
FIGURA N° 3: CATEGORÍAS FARMACOLÓGICAS DE RIESGO FETAL, SEGÚN LA FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION (FDA).	48
FIGURA N° 4: LISTAS DE FÁRMACOS QUE DE ACUERDO A LA INDICACIÓN Y DOSIS PUEDEN SER USADOS CON SEGURIDAD DURANTE EL EMBARAZO.....	49
FIGURA N° 5: CATEGORÍAS FARMACOLÓGICAS DE RIESGO FETAL DE ANTIBIÓTICOS, SEGÚN LA FDA.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	55
TABLA N° 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	57
TABLA N° 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	59
TABLA N° 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL DEL FUTURO BEBÉ EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	61
TABLA N° 5. RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	63
TABLA N° 6. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	66
TABLA N° 7. RELACIÓN ENTRE EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	69
TABLA N° 8. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	56
GRAFICO N° 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	58
GRAFICO N° 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	60
GRAFICO N° 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL DEL FUTURO BEBÉ EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	62
GRAFICO N° 5. RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	65
GRAFICO N° 6. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	68
GRAFICO N° 7. RELACIÓN ENTRE EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	71
GRAFICO N° 8. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017	74

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

1. **J.A.E** : José Antonio Encinas
2. **O.M.S** : Organización Mundial de la Salud
3. **O.P.S** : Organización Panamericana de la Salud
4. **MINSA** : Ministerio de Salud
5. **APF** : Fluoruro de Fosfato Acidulado
6. **PH** : Potencial de Hidrogeno o Hidrogeniones
7. **FPP** : Fecha Probable de Parto
8. **FUR** : Fecha de Ultima Regla
9. **FDA** : Administración de Alimentos y Droguería
10. **CE** : Comunidad Europea
11. **ESSALUD** : Seguro Social de Salud

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en primigestas y multigestas que acuden al Centro de Salud José Antonio Encinas Puno 2017. **Materiales y métodos:** El estudio correspondió al nivel descriptivo, con diseño relacional y transversal. El tamaño de muestra fue probabilístico con 50 madres primigestas y 50 multigestas entre las edades de 15 a 43 años, elegidas por muestreo aleatorio simples y con consentimiento de las mismas. Se aplicó un cuestionario sobre salud bucal, con dimensiones de medidas preventivas, higiene oral y salud bucal del futuro bebé. El análisis estadístico utilizado fue descriptivo con tablas de frecuencia absoluta y porcentual, la prueba estadística de Ji cuadrado fue utilizada para analizar la relación entre variables.

Resultados: El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en multigestas fue bueno en 60%, regular 30% y deficiente un 10%, en primigestas bueno un 28%, regular el 32% y deficiente 12%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.853$). El nivel de conocimiento sobre higiene oral en multigestas, fue bueno en 34%, regular 32% y deficiente 34%, en primigestas con bueno 12%, regular el 28% y deficiente 60%, existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos ($p=0.0001$), presentando un mayor porcentaje de nivel deficiente en las madres primigestas. El nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal del futuro bebé, en multigestas fue bueno en 0%, regular 62% y deficiente un 38%, en primigestas bueno un 2%, regular el 46% y deficiente 52%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.069$). Se determinó la no existencia de relación estadística ($p>0.05$) entre la edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, tanto en madres primigestas y multigestas.

Conclusiones: El nivel de conocimiento general sobre salud bucal en multigestas es bueno en 16%, regular 66% y deficiente 18%, en primigestas bueno un 14%, regular 58% y deficiente el 28%, no existe diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.289$) en gestantes que asistieron al Centro de Salud J.A.E de Puno en el 2017.

Palabras claves: *Atención odontológica, medidas preventivas, multigestas, primigestas, salud bucal.*

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge on oral health prevention measures in primigravidae and multigesta who attend the José Antonio Encinas Puno 2017 Health Center. **Materials and methods:** The study corresponded to the descriptive level, with a relational and transversal design. The sample size was probabilistic with 50 primiparous mothers and 50 multigesta between the ages of 15 to 43 years, chosen by simple random sampling and with their consent. A questionnaire on oral health was applied, with dimensions of preventive measures, oral hygiene and oral health of the future baby. The statistical analysis used was descriptive with tables of absolute and percentage frequency, the statistical test of Chi square was used to analyze the relationship between variables.

Results: The level of knowledge about oral health prevention in multigesta was good in 60%, regular 30% and deficient in 10%, in primitives good 28%, regular 32% and deficient 12%, there being no statistical difference between both groups ($p = 0.853$). The level of knowledge about oral hygiene in multigesta was good in 34%, regular 32% and deficient 34%, in primigravids with good 12%, regular 28% and deficient 60%, there being significant statistical difference between both groups ($p = 0.0001$), presenting a higher percentage of deficient level in primitive mothers. The level of knowledge about prevention of oral health of the future baby, in multigesta was good in 0%, regular 62% and deficient 38%, in primitives good 2%, regular 46% and deficient 52%, no statistical difference between both groups ($p = 0.069$). We determined the non-existence of a statistical relationship ($p > 0.05$) between age, marital status, trimester of pregnancy and educational level with the level of knowledge about oral health, both in primigravida and multigesta mothers.

Conclusions: The level of general knowledge about oral health in multigesta is good in 16%, regular 66% and deficient in 18%, in primitives good 14%, regular 58% and deficient 28%, there is no statistical difference between both groups ($p = 0.289$) in mothers who attended the JAE Health Center in Puno in 2017.

Keywords: Odontological care, preventive measures, multigesta, primigestas, oral health.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Educación para la Salud fue definida por la OMS 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 y de la sociedad, (Salleras L, 2008).³

La atención preventiva es la mejor manera de combatir futuros problemas dentales. Es bien sabido que el organismo de la mujer es sometido a diversos cambios, las transformaciones fisiológicas y psicológicas, son evidentes, y tienen como finalidad preparar al cuerpo para albergar al nuevo ser, por lo tanto, los cambios bucales no son excluidos de este fenómeno (OMS, 2001) ¹.

La salud oral es parte importante en la salud en general. Cuando la higiene oral es deficiente ocasiona la aparición de enfermedades bucodentales como caries, gingivitis, placa bacteriana, periodontitis, malos hábitos de higiene bucal debido a la falta de tiempo y sobre todo la falta de conocimiento por parte de la sociedad en general y sobre todo en gestantes acerca de Salud y en especial de la Salud Bucal, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.

Con el proyecto de investigación se quiere evaluar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en salud bucal del centro de salud José Antonio Encinas, de las gestantes que acuden al servicio de odontología que presentan distintos tipos de problemas bucales, malos hábitos de higiene bucal debido a la falta de tiempo y sobre todo la falta de conocimiento por parte de la sociedad en general y sobre todo en gestantes acerca de Salud y en especial de la Salud Bucal, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. El control de la salud bucal de nuestros niños debe comenzar desde el embarazo, debido a que influyen en la Salud Bucal de su futuro hijo. Así mismo desconoce los cuidados en salud bucal que deben aplicar en sus niños desde que nacen y de esta manera poder prevenir futuros problemas como caries, placa blanda, enfermedad periodontal, gingivitis. Cuando una mujer se encuentra embarazada se

vuelve muy receptiva a cualquier información que beneficie a su futuro hijo, las medidas preventivas son de mucho interés para ella y su familia, de esta manera el profesional puede motivarla con mayor facilidad para que se oriente hacia una buena salud bucal. La presente investigación permitirá por medio de sus resultados obtener un análisis situacional sobre medidas de prevención en Salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas.

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud y su conceptualización de riesgo.⁸

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud oral es parte importante en la salud en general y en el Perú atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal, que constituye un problema de salud pública, por este motivo se debe promover medidas preventivas, para disminuir las afecciones buco dentales de la población. Pocas personas son conscientes sobre su salud bucal, no van al odontólogo por no presentar afección alguna, sin embargo desde hace varios años se promueven programas de salud bucal a la población con el fin de inculcar y motivar la prevención en salud bucal a la población.

Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. Lo ideal es comenzar con las acciones preventivas desde la gestación¹.

El aumento de lesiones cariosas que pueden presentar las gestantes es uno de los problemas más comunes la falta de higiene oral y la falta de conocimiento de la misma conlleva a esta situación por lo que es importante la educación y orientación para atenuar esta problemática que crea gran preocupación a nivel de las instituciones de salud. Enfatizar la importancia de la prevención e incentivar la aplicación de medidas de higiene oral debe ser la finalidad para la creación de diversos programas de salud oral⁴.

Es en esta etapa que se debe comenzar con las acciones preventivas para estimular a la gestante a llevar una maternidad responsable. Es de vital importancia que el embarazo

sea vigilado desde el comienzo de la gestación hasta el término. El control de la salud bucal de nuestros niños debe comenzar desde el embarazo, debido a que influyen en la Salud Bucal del futuro bebe.

Es por esta razón que la prevención y conocimiento odontológico se debe empezar con la madre embarazada, motivarla e instruirla, con relación a su higiene bucal y la de su futuro bebé, para evitar problemas posteriores y frecuentes como por ejemplo el uso de chupones, biberones, falta de higiene, etc., las cuales provocan problemas como caries dental, mordida abierta, mala posición de las piezas dentarias, etc. Para que se practiquen los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en un estado de salud bucal óptimo y con una fuerte motivación para conservarla y lograr también la salud bucal del bebe.³

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Córdova M., Bulnes R. (Tabasco – México) (2007). En su investigación “Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007” con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en 100 gestantes mayores de 18 años, que acudieron al servicio de control prenatal en el Hospital de la Mujer (2007). Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica. **Resultados:** El rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X= 24$ años, DS 5), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel medio con 59%. **Conclusiones:** Aunque el nivel de conocimiento predominante fue el medio, es insuficiente, si se consideran las consecuencias que el desconocimiento sobre enfermedades bucales puede producir a la gestante y su producto. Se necesita realizar una mayor labor educativa preventiva en

pacientes gestantes de este centro hospitalario; la mayoría posee conocimientos empíricos sobre prevención bucal.¹

Benitez M. (Toluca – México) (2014). En su investigación “Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia” con el **Objetivo** de determinar la correlación entre el contexto personal y social de las gestantes en el Instituto Materno Infantil del Estado de México “IMIEM” Hospital de Ginecología y Obstetricia. **Metodología** aplicación del cuestionario sobre conocimientos básicos sobre salud bucal. Los sujetos de estudio fueron las gestantes que acudieron a consulta ginecológica. **Resultados.** De las 253 gestantes que participaron en el estudio el rango de edades de las gestantes está entre los 20 y 25 años edad con 111 gestantes representando un 44 %, 96 son primigestantes, siendo este el valor más alto con un 38%, El 57% de las gestantes viven bajo unión libre. El 33 % representa a las gestantes casadas, siendo estos los dos valores más altos en cuanto a su estado civil, El 33% de las 253 gestantes encuestadas su máximo grado de estudio es secundaria. Seguido de nivel medio superior con un 31 %, El 90% de las madres que se entrevistaron saben que el cepillado dental de sus hijos debe realizarse después de las comidas. El 74 % de las gestantes consideran que la visita al odontólogo debe ser desde el nacimiento o cuando erupcionar el primer diente. El 72 % de las gestantes saben que los dientes permanentes comienzan a erupcionar a los 6 años de edad. **Conclusiones** En el contexto personal, la edad, el número de embarazos y el número de hijos nacidos vivos de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos. Dentro del contexto social, el lugar de residencia y el máximo grado de estudios de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos.²

Naranjo Castañeda S. (Quito – Ecuador) (2016) En su estudio Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad en el centro de salud “La Magdalena” de la ciudad de Quito cuyo **Objetivo:** determinar el nivel cognoscitivo en medidas preventivas para la salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 y 19 años de edad. **Metodología:** El estudio se realizó mediante una encuesta con 11 preguntas cerradas, mutuamente excluyentes a un total de 60 sujetos, evaluando el nivel de conocimiento sobre medidas

interceptivas para control de enfermedades bucales tanto para la madre, de igual forma para el bebé. Los **Resultados:** obtenidos fueron analizados utilizando una escala cualitativa y el apoyo de ANOVA, los cuales determinaron que la mayoría de las participantes presentaban un nivel de conocimiento regular respecto a las normas de prevención en salud bucal. Se **concluyó:** que las gestantes encuestadas no procuran una adecuada importancia ni a su salud estomatognática, ni a la del bebé, que debería ser protegido desde edades tempranas.³

1.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Yncio. S. (Lima - Perú) (2009) En su estudio “Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que se atendieron en el Policlínico Francisco Pizarro ESSALUD RIMAC” **Objetivo:** determinar la Prevalencia de caries dental y el nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas. **Metodología:** se aplicó el Índice de higiene oral simplificado y el CPOD, para obtener el Nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral se aplicó un cuestionario de 12 preguntas. La muestra comprendió 200 gestantes, 100 primigestas y 100 multigestas que acudieron a la consulta dental y Gineco-Obstetricia en el policlínico Francisco Pizarro Essalud Rímac. **Resultados:** Se observa que del total de primigestas con caries dental el 70% tiene un nivel de conocimiento regular; el 23,3% tiene un nivel de conocimiento bueno y el 6,7% tiene un nivel de conocimiento malo. Se observa que del total de multigestas con caries dental el 72,1% tiene un nivel de conocimiento regular, el 18,6% tiene un nivel de conocimiento bueno; y el 9,3% tiene un nivel de conocimiento malo. **Conclusión:** El Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene oral fue Regular con un70% en primigestas y 72,1 en multigestas no existiendo diferencias significativas, indicando así que ambos grupos tienen un nivel de Conocimiento promedio.⁴

Peña N.; Nolasco A. (Chimbote – Perú) (2013). En su estudio “Nivel de Conocimiento Sobre Salud bucal en gestantes Multigestas Puesto Salud la Florida, Chimbote 2013” con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en las gestantes multigestas que acuden a consulta prenatal en el puesto de salud La Florida **Metodología:** para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha Institución en 50 gestantes. **Resultados:** El conocimiento en Salud

Bucal fue de 78.0 % en un nivel regular, el 10,0 % un nivel malo y 12,0 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 60,0 % nivel regular, el 30,0% nivel bueno y 10,0% nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 36,0% nivel malo, el 40,0 % nivel regular, y 24,0 % nivel bueno. El grupo etáreo de 25-29 años 52,0 % en nivel malo y 38,0 % en un nivel regular y 8,0 en un nivel bueno; el grado de instrucción de secundaria con malo, 58.0 % nivel regular, grado secundaria 2,0% nivel bueno y grado superior con 10,0 % nivel bueno **Conclusión:** El total de gestantes multigestas, encuestadas sobre conocimientos en Salud Bucal el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 78%, el 10 % tuvo un nivel malo y 12% un nivel bueno. En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 60%, el 30% un nivel bueno y 10% obtuvo un nivel malo.⁵

Toledo Sánchez, K. (Lima – Perú) (2013). En su tesis “conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital Luis Negreiros Vega de Lima” cuyo **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud bucal en madres gestantes que acuden al Hospital Luis Negreiros Vega de Lima **Metodología:** Para medir dicho nivel se utilizó dos cuestionarios el primero de 18 preguntas sobre salud oral y el segundo de 10 preguntas sobre conocimientos sobre higiene dental. Se relacionó el nivel de conocimientos de medidas preventivas en salud bucal con el grado de instrucción, última visita al dentista, salud bucal, condición de embarazo, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: bueno (8-10 puntos), regular (4-7 puntos) y malo (0-3 puntos) estos niveles se construyeron según la escala de (Rensis Likert), en un grupo de 250 madres gestantes que acuden al Hospital Luis Negreiros Vega. **Resultados:** Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue malo con 48.4%(121 madres gestantes), seguido de regular con 47.2%(118 madres gestantes) y bueno con 4.4%(11 madres gestantes). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción universitaria completa con 30.8% (82 madres gestantes), de igual manera las edades más frecuentes fueron las madres gestantes entre 31 a 35 años. **Conclusión:** El nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en las madres gestantes ha sido malo con 48.4%, lo cual nos afirma que no existe relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción. El 95.2% de encuestadas han visitado al dentista, considerando que se encuentran motivadas dada su condición de gestantes.⁶

1.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

Franco Barriga J. (Puno – Perú) (2005). En su tesis “Nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay” cuyo **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay **Metodología:** el autor proporciono un cuestionario de 09 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, gestación y dieta agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: Bajo (0-6), Medio (7-13), Alto (14-20). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos: edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción. **Resultados:** se encontró que el nivel de conocimientos más frecuente fue de conocimiento bajo con 45%(30 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida a la pregunta sobre que es movilidad dental, 52 de ellas no saben, lo que representa el 78% del total. **Conclusión:** Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo de prevalencia el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes de 21 a 25 años.⁷

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal en primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno 2017?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

La realización de este proyecto y del tema propuesto, sobre todo en el beneficio de la práctica derivada del mismo para un importante conocimiento social, el planteamiento de un modelo que integra gran parte de los aspectos que se desconocen sobre medidas de prevención en gestantes ya que está en sus manos los cuidados de la salud y la influencia de éstos en la salud bucal de su futuro bebé, que son una población muy importante de nuestra sociedad, ha de ser de interés tanto para conocer los elementos claves relacionados con el mismo como sus repercusiones.

Los resultados del presente estudio contribuirán con el análisis situacional sobre medidas de prevención en Salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que serán utilizados como bases estadísticas para la aplicación de programas preventivo promocionales aplicables a esta población con el fin de disminuir y/o erradicar las principales enfermedades de la salud bucal, además aportar conocimientos validos que puedan ser consultados y utilizados de forma sencilla por profesionales de la salud bucodental y profesionales de la salud. Con ello participamos contribuyendo con la atención primaria (Educación, promoción y prevención y actividades recuperativas) de la salud que como profesionales de la salud es un deber.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal en primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno 2017.
- Conocer el nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales más prevalentes en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno 2017.
- Identificar la relación que existe entre edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción de gestantes primigestas y multigestas con el nivel de conocimientos sobre salud bucal.
- Evaluar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en salud bucal de su futuro bebe.

1.6. CARACTERIZACION DEL AREA DE INVESTIGACION

AMBITO GENERAL

El Departamento de Puno se encuentra ubicado en la zona sur oriente de la República del Perú; En el centro meridional de esta región se ubica la Provincia de Puno, ocupando un área de 6,492.60 km², dentro del denominado ecosistema Altiplánico entre los ramales Occidental y Oriental de la Cordillera de los Andes, La ciudad de Puno, capital del Departamento, Provincia y Distrito de Puno, está ubicado a orillas del Lago Titicaca a 3827 m.s.n.m., lago navegable más alto del Mundo. Se encuentra en la Región de la sierra²⁵.

Límites:

- Norte : Madre de dios
- Este : Bolivia
- Oeste: Cusco
- Sur : Arequipa, Moquegua y Tacna

Ubicación

- A 15° 50'26" de latitud Sur
- A 70° 01' 28" de longitud Oeste del meridiano de Greenwich

Extensión

La Ciudad de 460.63 Km² y alberga una población distrital de 123,906 habitantes al año 2005, Su extensión urbana actual es de 1,566.64 Habitantes que representa el 0.24% del territorio de la Provincia de Puno.

ÁMBITO ESPECÍFICO

El presente proyecto se realizó al Noroeste de la ciudad de Puno, específicamente en el barrio José Antonio Encinas Jr. los Andes 370, se circunscribe a 12 Barrios Urbano Marginales. Límites: Por el Este con la Plaza de Armas de la ciudad, por el Oeste el Barrio Ventilla, por el Norte el Barrio las Cruces, por el Sur con el Barrio Ricardo Palma. El presente estudio se realizó en el servicio de Odontología.

Establecimiento: José Antonio Encinas Puno

Clasifica: Centro de Salud o Centro Medico

Tipo: Con Internamiento

Categoría: I-4

Presta servicios de salud las 24 horas

Consultorios externos: 8am a 2pm. 1pm a 7pm

Emergencias: las 24 hrs.

Atención de partos: 24 hrs. (servicio de internamiento)

DISA: Puno

Red: Puno

Micro red: Puno

Unidad Ejecutora: Salud Puno

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. EL CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos poseen un menor valor cuantitativo.¹¹

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprender su mundo y realizarse como individuo, y especie.¹²

Existen muchas definiciones sobre conocimiento. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo.¹³

Según el diccionario “Oxford living” conocimiento es la facultad del ser humano para comprender por medio de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.¹⁴

2.1.2. Niveles de conocimiento

Básicamente el conocimiento tiene distintos niveles, acorde a su forma de adquisición. El conocimiento vulgar llega con la experiencia, el conocimiento científico llega a través de métodos, el filosófico con la reflexión y el teológico llega con la religión.³

2.1.2.1. Conocimiento Empírico:

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es a metódico y asistemático ya que permite al hombre conducirse

en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina.

El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta dar explicación racional; apuesta por la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad a su manera.³

2.1.2.2. Conocimiento Científico:

El hombre, para comprender mejor su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo es explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.¹²

Generalmente va más allá de lo empírico, una vez producido el fenómeno se entienden las causas y las leyes que lo gobiernan. El conocimiento científico tiene tres características fundamentales: es cierto porque explica con certeza lo que ocurre, es general por que la ciencia busca en él lo que tiene en común con los de su misma especie y es metódico y sistemático por que utiliza métodos y se rige en base al sistema.³

2.1.2.3. Conocimiento Filosófico:

Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprendido en la etapa del conocimiento empírico, este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía.³ Su estudio parte de lo concreto material a lo concreto supra material, de lo particular a lo universal, está constituido por realidades inmediatas no percibidas por los sentidos, traspasan experiencias, siendo la base de la filosofía y tratando de asimilar la búsqueda del saber y no su posesión.³

2.1.2.4. Conocimiento Teológico:

Es un conocimiento revelado, que implica siempre una actitud de fe y ocurre sobre algo oculto o un misterio.³ Relacionado también a un conjunto de métodos y técnicas de naturaleza humana que pretenden obtener conocimientos mediante datos de revelación divina, estos conocimientos son adquiridos mediante libros sagrados.³

2.1.3. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades de mayor prevalencia o incidencia como caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones; además de los aspectos preventivos que son los más importantes.¹⁸

2.1.4. SALUD

En 1948 la Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud para significar “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Se entiende que la salud oral debe también incluir el bienestar.¹⁹

2.1.4.1. SALUD BUCAL

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros, que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial. La misma organización (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida.²⁰

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007) presenta como las principales causas de morbilidad bucal la Caries Dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la Enfermedad Periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Cabe mencionar la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la Caries Dental, ha disminuido gracias a la implementación de medidas preventivas y educativas integrales²¹.

Esta definición ampliamente aceptada se complementa con el reconocimiento de que la salud bucodental es parte integral del derecho a la salud y por lo tanto se convierte en

uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones²⁰.

En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por la alta prevalencia de Caries (90%) y Enfermedad Periodontal. Las cifras relacionadas con Enfermedad Gingival no son contundentes. En la mayor parte de los países, éstas generan alarma, con excepción de Brasil, donde el modelo de salud oral y la atención primaria ha logrado abarcar diferentes comunidades²².

Según la OPS la salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención²³. Las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo²³.

2.1.5. MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL

El cuidado e higiene de la boca es fundamental para garantizar un desarrollo adecuado en la salud integral, por lo cual las personas deben tomar conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal durante las diferentes etapas de la vida, ya que las enfermedades bucodentales constituyen un serio problema de salud pública por su alta prevalencia y gran impacto sobre los grupos sociales.¹⁵

La educación para la salud constituye un elemento esencial que tiene como finalidad promover, orientar y organizar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.¹⁶

Según la OMS (2012), las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal las cuales afectan a más de 90% de la población, las enfermedades bucales se encuentran entre las cinco con más alta demanda de atención en los servicios de salud del país, la mayoría de estas pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y de realizar un diagnóstico temprano. La higiene bucal, la alimentación correcta y la eliminación de

hábitos nocivos cuentan entre las acciones más importantes en la prevención de las enfermedades bucales a nivel general.¹⁷

Cabe destacar que la prevención en salud oral son aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales, por ende la prevención no solo trata de evitar la enfermedad sino también detenerla una vez que ha aparecido e impedir su avance, convirtiéndose así en un papel fundamental en el cuidado de la cavidad oral.³

2.1.6. MEDIDAS DE HIGIENE ORAL

2.1.6.1. HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es considerada como uno de los factores asociados positivamente a la prevención de caries y gingivitis. Investigaciones científicas han demostrado que una higiene oral realizada adecuadamente, es eficaz en el control de estas enfermedades ya que ayuda a prevenir la aparición de estas y su posterior desarrollo. La promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad, tienen como principal fundamento el control de la placa bacteriana a través del desarrollo de hábitos adecuados de higiene oral.³

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 cumplir sus funciones durante toda la vida.⁶

La Salud Oral Integral de las embarazadas es una oportunidad para resolver sus problemas de salud bucal y reforzar conocimientos para su prevención y cuidado, pues es un período alta vulnerabilidad que requiere de cuidados más detallistas, prevención y recibieran cuidados odontológicos de forma periódica que ayuden de manera positiva en su desarrollo gestacional.⁶

En nuestro País según el MINSA Las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar de la morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional, representando un problema de salud pública en el Perú.²⁴

2.1.6.2. Cepillado dental

El cepillado dental representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca. El objetivo principal del cepillado es eliminar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encías, buscando la forma de impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas de los dientes e inflamen las encías. La placa es muy difícil de ver y no se puede remover enjuagando la boca, la mejor manera de remover la placa es usar un cepillo y seda dental regularmente.²⁴

A) Cepillo dental

Es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental. En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias.

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.⁴

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:

- 1.- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- 2.- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- 3.- Estimular los tejidos gingivales.
- 4.- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

B) Partes del cepillo

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas.

La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos, y se une al mango por medio del talón, las cerdas son de nailon, miden de 10 a 12mm de largo y

sus partes libres o puntas tienen diferente grado de redondez, aunque se expanden con el uso.

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos. Según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro.

Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca. Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

El cepillado debe durar DOS O 4 MINUTOS para un mejor aseo.⁴

2.1.6.3. Dentífrico o pasta dental

Es de gran importancia recalcar que la mayoría de las personas que utilizan la pasta dental con fluoruro reciben un tratamiento tópico de flúor al cepillarse los dientes, aunque solo se benefician de ello las personas que se cepillan los dientes con regularidad.³

Los principales ingredientes de los dentífricos son:

Abrasivos.- Se emplean para dar un máximo de limpieza con un mínimo de marcas o rayas sobre la superficie de los dientes, entre los más comunes se encuentran el pirofosfato cálcico, fosfato de calcio bibásico, fosfato tricalcico, ortofosfato cálcico, carbonato de calcio, hidróxido de aluminio. Sin embargo si se usa una pasta demasiado agresiva es más perjudicial que saludable porque contribuye al desgaste de los dientes; si además se utiliza con un cepillo de cerdas duras y una técnica de cepillado inadecuada se aumenta el problema.

Humectantes.-Previenen que la pasta se seque y también proporcionan un cierto grado de plasticidad. Los más usados son glicerina, propilen glicol y sorbitol.

Agua.- Sin ella, la pasta sería demasiado espesa para utilizarse normalmente.

Detergentes.- Son agentes espumantes que sirven para limpiar la superficie y que actúen mejor los abrasivos, los más usados son el lauril sulfato de sodio y de magnesio.

Espesantes.- Se usan para mantener y mejorar la consistencia de la pasta, previenen la separación de los ingredientes bajo condiciones extremas; se usan la goma de tragacanto y musgo de Irlanda

Otro componente importante es el fluoruro, el cual puede ser de sodio o estaño o monofluoruro fosfato de sodio, todos contienen 0.1% o 1000ppm, ahí dentífricos que contienen triclosan, un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras.

Las pastas fluoradas en general son recomendadas para niños al sustituir durante la época de crecimiento los iones de hidroxiapatita que es un mineral componente del esmalte de los dientes y lo cambia por fluoroapatita, que es más resistente al ataque ácido que crean los microorganismos.

Otros ingredientes son saborizantes como el aceite de menta, eucalipto, edulcorantes como la sacarina, aromatizantes y agentes colorantes.⁴

2.1.6.4. HILO DENTAL

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.⁴

De acuerdo con algunos estudios, el uso conjunto del cepillado y el hilo dental remueve un 26% más de placa dentobacteriana, al compararlo con el uso aislado del cepillado. Se reconoce que los niños en edades tempranas son incapaces de manipular de manera correcta el hilo dental entre sus dientes, consecuente a ello es responsabilidad de los padres durante este periodo.²

Se deben utilizar aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo con los dedos pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén para no lacerar la encía interproximal, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes.²

2.1.6.5. COLUTORIOS O ENJUAGATORIOS

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante.⁴

Este tipo de enjuagues bucales con una solución fluorada constituyen un método simple y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro.³

2.1.6.6. FLÚOR

Desde 1958 la OMS apoya el uso del flúor y en 1975 consideraba el empleo de fluoruros como "la medida más eficaz con la que se cuenta para prevenir la caries en los programas orientados a la comunidad". El fluoruro dinámicamente importante es aquel presente en la cavidad bucal que interfiere con el desarrollo de la caries, reduciendo la desmineralización cuando hay exposición al azúcar y caídas del pH en el biofilm dental y activando el proceso de remineralización salival cuando el pH retorna a la normalidad. El flúor es un elemento químico, que se encuentra presente en las pastas dentales, en los enjuagues, en geles con flúor y en nuestro país en la sal con flúor. Cabe recalcar que el flúor es hasta el momento el único elemento que previene la caries, porque tiene la propiedad de endurecer las piezas dentarias, evitando se formen cavidades por el ataque de los ácidos.³

Mecanismos de acción del flúor

Acción sistémica

Durante el periodo de mineralización dental, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo su incidencia tras la erupción dentaria.³

Acción tópica

Se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización -remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Tiene como finalidad incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos y tener un efecto antibacteriano para favorecer la remineralización.³

Aplicación del flúor

El flúor se lo puede aplicar de diferentes formas entre ellas:

Gel

Generalmente se utiliza el APF (acidulated phosphate fluoride) (fluoruro de fosfato acidulado) a 1,23% aunque también existe el gel fluorfosfato neutro 1,1 o 2%. Que se lo puede aplicar directamente a los pacientes con un hisopo de algodón (técnica directa) o con una cubeta para impresiones (técnica indirecta), siendo esta última una de las técnicas más rápidas, pero si se tratara de una dentición mixta en que falten los molares primarios puede ser más conveniente la directa.³

Barnices de fluoruro

Generalmente el barniz fluorado permanece en contacto con el esmalte durante más tiempo que las soluciones o gel. Diversos estudios científicos con barnices fluorados indican su eficacia para prevenir la caries dental demostrando que son tan eficaces como los geles y soluciones.³

También se pueden aplicar si utilizamos:

Colutorios o enjuagatorios bucales con una solución fluorada constituyen un método simple y conveniente de aplicación tópica de fluoruro

Pasta dental o Dentífricos fluorados es de gran importancia recalcar que la mayoría de las personas que utilizan la pasta dental con fluoruro reciben un tratamiento tópico de flúor al cepillarse los dientes y Seda dental fluorada.³

2.1.7. GESTANTE O GRAVIDA

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.³⁷

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo se implanta en la pared del útero. Durante este período, hasta el parto, suceden una serie de acontecimientos totalmente nuevos llamados gestación o embarazo.²⁵

Las gestantes suelen ser:

Primigravida o Primigesta: Es la mujer que se embaraza por primera vez.

Multigravida o Multigesta: Es la mujer que se ha embarazado dos o más veces.³⁹

2.1.7.1. DURACIÓN DEL EMBARAZO

Hipócrates fue el primero en determinar la duración de la gestación en 280 días, 40 semanas o 10 meses lunares. Posteriormente Carus y después Naegele, en 1978, confirmaron estos datos.

Si el cálculo lo realizamos desde la fecha de la concepción (el día en el que quedó embarazada), el embarazo duraría 38 semanas. Pero existe una gran variabilidad en cuanto a su duración debido a determinados factores de una mujer a otra, aunque lo más habitual es que el parto se desencadene en cualquier momento desde la semana 38 a la 42. Hoy en día, y de forma consensuada, para determinar la Fecha Probable de Parto (FPP) al primer día de la última regla (FUR) se le suman 40 semanas, y en el caso de que se desconozca la fecha de la última regla, las semanas de gestación se podrían determinar en base a otros datos como son la altura uterina o la percepción de los primeros movimientos fetales que aparecen en los primeros embarazos alrededor de las 20 semanas y en los demás sobre las 18 semanas aunque hoy en día se utiliza la ecografía a finales de la 4ª semana de amenorrea (falta de regla) donde el ginecólogo verá el saco gestacional donde se desarrollará su bebé.³⁷

Ante las primeras sospechas de embarazo debe acudir a su médico para que pueda realizar un diagnóstico de confirmación mediante un análisis de orina o sangre donde se detectará la presencia de la hormona gonadotrofina coriónica, esta hormona aparece en la sangre a los 8 ó 9 días tras la fecundación y en orina a los 4 ó 5 días del retraso menstrual.³⁷

2.1.7.2. ETAPAS DEL EMBARAZO

Primer trimestre (de la semana 1 a la 12)

Durante el primer trimestre, el cuerpo pasa por muchos cambios. Los cambios hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos. Estos cambios pueden manifestar síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo. El retraso menstrual es un signo evidente de embarazo.³⁸

Segundo trimestre (de la semana 13 a la 28)

La gran parte de las mujeres siente que el segundo trimestre de gestación es más fácil de llevar que el primero. De todas maneras, es igual de importante mantenerse informada sobre el embarazo durante estos meses.

Notarás que algunos síntomas, como las náuseas y la fatiga, desaparecerán. Pero ahora se presentarán nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El abdomen se

expandirá de acuerdo con el crecimiento del bebé. Y antes de que termine este trimestre, sentirás que el bebé comienza a moverse.³⁸

Tercer trimestre (de la semana 29 a la 40)

¡Estás en la recta final! Algunas de las molestias propias del segundo trimestre continuarán. Además, muchas mujeres sienten dificultad para respirar y necesitan ir al baño con mayor frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo más y más y ejerce más presión sobre los órganos. No te preocupes, el bebé está bien y estos problemas se aliviarán una vez que des a luz.

Cuanto más te aproximas a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave (a este proceso se lo conoce como borramiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda a que el canal de parto (vagina) se abra durante el trabajo de parto.³⁸

2.1.7.3. EMBARAZO Y SALUD BUCAL

En el embarazo o gestación pueden llevar consigo la perturbación de la salud bucal de la futura mamá.²⁵

La modificación en el organismo de la mujer, como por ejemplo, las transformaciones fisiológicas y psicológicas, son evidentes, y tienen como finalidad preparar al cuerpo para albergar al nuevo ser, por lo tanto, los cambios bucales no son excluidos de este fenómeno.²⁸

En la población del mundo entero, existe la creencia errada de que el embarazo le cuesta un diente o más a la embarazada. Ciertamente, podemos afirmar que durante el estado de gestación se producen cambios en los tejidos orales y cambios de conducta que pueden iniciar enfermedades bucodentales o agravar las ya establecidas, todo lo cual no valida la creencia antes señalada.²⁸

El estomatólogo debe conocer los cambios extrínsecos e intrínsecos que ocurren en la gestante para interpretar muchos fenómenos al nivel bucal propios de este estado. Este trabajo tiene como finalidad, abordar los cambios bucales en la mujer gestante y su relación con la aparición o desarrollo de enfermedades bucales.²

DESARROLLO

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modificar las condiciones bucodentales. El diente y los tejidos de soporte y sostén, la mucosa bucal entre otros, constituyen blancos directos que pueden afectarse por este motivo.²⁸

Efecto del embarazo sobre el diente

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que esta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida.

Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar que los requerimientos de este elemento están aumentados en el 33 % en comparación con mujeres no gestantes.^{26 y 28}

Para entender la predisposición a la caries dental durante el período que se analiza, debemos conocer la etiología de esta enfermedad.

La primera etapa en el desarrollo de la caries es el depósito, también denominado placa, una película de productos precipitados de saliva y alimentos en los dientes. Esta placa está habitada por un gran número de bacterias disponibles fácilmente para provocar la caries dental.

De estas, el asociado con la enfermedad es el *Streptococo mutans*. Sin embargo, esta bacteria depende en gran parte de los hidratos de carbono o azúcares para su alimento. A partir de este sustrato, las bacterias producen ácidos, en particular el ácido láctico y enzimas proteolíticas. Los ácidos son la causa principal de la caries, porque las sales de calcio de los dientes se disuelven lentamente en un medio ácido, y una vez que se han absorbido, la matriz orgánica restante es digerida rápidamente por las enzimas proteolíticas. Cada vez que se ingiere azúcar, los ácidos atacan el esmalte dentario por un tiempo aproximado de 20 minutos, por lo que el ataque ácido es proporcional al

tiempo que haya presencia de azúcar, lo que explica que es la frecuencia y no la cantidad de azúcar ingerida lo que provoca la caries dental.²⁶

Los cambios en la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, constituyen factores capaces de producirla.²⁷

Unido con esto, se presenta la deficiencia del cepillado por 2 motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y porque la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado. Con todos estos factores interactuando entre sí, la caries dental logra establecerse, y llega a producir en algunos casos la mortalidad dentaria.

Si se establece la caries dental se requiere de un tratamiento curativo, que no debe verse solo desde el punto de vista maternal, sino también a partir de las consecuencias que puede tener para el futuro bebé. Un estudio en Finlandia demostró que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no recibieron ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal. Este resultado demuestra que el tratamiento dental durante el embarazo puede afectar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes a través de la vía placentaria.²⁸

2.1.7.4. EL CICLO DE VIDA DEL DIENTE

Los dientes tienen un ciclo de vida que comienza antes del nacimiento. La edad es uno de los factores que los dentistas consideran evaluando las necesidades dentales de cada paciente.³⁶

Desarrollo en Útero

Los dientes comienzan a formarse con las mandíbulas de los fetos en desarrollo. Las mujeres embarazadas deben mantener su higiene oral porque sus bocas sanas tienen un impacto directo en la salud oral de sus bebés.³⁶

Dientes primarios (bebé)

Los niños obtienen su primer diente alrededor de los 6 meses de edad. Es importante limpiar estos dientes regularmente, primero con un paño húmedo y eventualmente con un pequeño cepillo de dientes. Los niños deben ser vistos por un dentista en su primer cumpleaños. Si un dentista cree que un niño es susceptible a las caries dentales a esta edad, él o ella puede aplicar barniz de flúor para fortalecer el esmalte.³⁶

Molares adultos recién en erupción

Alrededor de los 6 años los niños comienzan a obtener su primera molar permanente. La mejor atención preventiva en este momento, Además de los chequeos dentales regulares, la aplicación de selladores, que sellan bacterias que causan caries. Es una buena idea repita esta medida preventiva cuando los segundos molares permanentes erupción alrededor de los 12 años de edad.³⁶

Tercera erupción de molares

Esta es la última etapa del ciclo de vida del diente. Si no hay espacio suficiente para "muelas del juicio" dentro de la boca de un niño, pueden desplazar dientes anteriores o pueden verse afectados, lo cual requeriría remoción quirúrgica. Un dentista puede asesorar a un paciente sobre si hay suficiente espacio para estos dientes o si deberían ser eliminados.³⁶

Los dientes deben durar toda la vida.

Es igualmente importante para mantener una buena salud periodontal (encías) para poder soportar estos dientes Cepillado dos veces a día con una pasta dental con flúor, uso de hilo dental diario, beber agua fluorada (o usando fluoruro apropiado suplementos), comer una dieta saludable y regular dental las visitas harán toda la diferencia.³⁶

2.1.7.5. PATOLOGÍAS DENTALES EN EL EMBARAZO

Caries

La relación entre la caries y el embarazo no está suficientemente establecida. Las mujeres embarazadas suelen tener apetencia por alimentos que se apartan de su dieta habitual, si estos son cariogénicos, el riesgo de caries puede estar aumentado.²⁹

Placa Dental O Placa Bacteriana

La placa bacteriana es una estructura que coloniza la superficie de la cavidad oral, compuesta por una matriz acelular (que representa aproximadamente un 80% y que tiene un origen múltiple ya que proviene de las bacterias, la saliva y la dieta) y las bacterias que la colonizan (el 20% restante)⁴¹

La placa dental se encuentra firmemente adherida a la superficie dental y no es retirada mediante la acción de un chorro de agua o un simple enjuague. Con el paso del tiempo, si la placa no es retirada, se empieza a mineralizar y se convierte en cálculo (llamado vulgarmente sarro) sobre el cual se adhiere una nueva capa de placa, que a su vez puede repetir el ciclo de mineralización aumentando el grosor del cálculo⁴¹

Erosión ácida de los dientes (perimilolisis)

Ocurre de forma infrecuente debido a vómitos repetidos asociados a náuseas matutinas o reflujo gastroesofágico.²⁹

Las náuseas y vómitos son muy comunes durante el embarazo. Entre el 75-80% de las mujeres experimentan estos síntomas, fundamentalmente limitados al primer trimestre del embarazo.

Una forma severa de este cuadro es la hiperémesis gravídica que afecta al 0.3-2% de las embarazadas pudiendo llevar a una importante erosión del esmalte dentario.³⁰

Inflamación gingival

Es la afectación bucal asociada al embarazo más frecuente. Está presente en aproximadamente entre un 60% y un 75% de las mujeres en este periodo. Los cambios en las encías están asociados generalmente a una mala higiene bucal y a irritantes locales, especialmente la placa.²⁹

Durante el embarazo, la mayor presencia de estrógenos y progesterona en la sangre aumenta la circulación sanguínea en piel y tejidos y exagera la respuesta inflamatoria a los irritantes locales. A partir del segundo o tercer mes de gestación, esto afecta a las encías produciendo su engrosamiento. A simple vista, están hinchadas y más coloradas. También se vuelven más delicadas y frágiles, por lo que muchas mujeres embarazadas se quejan de mayor sensibilidad en las encías o presentan sangrado fácilmente. En principio, esto solo representa una gingivitis leve, pero puede agravarse si la mujer no sigue una higiene muy cuidadosa de su boca.³¹

Las náuseas matutinas, la sensibilidad en los dientes y el sangrado de las encías ante el más leve motivo hacen que, en ocasiones, la mujer embarazada renuncie a cepillarse los dientes a conciencia y con la asiduidad adecuada. Esto permite un mayor incremento de biofilm oral que deriva en una mayor presencia de sarro.

La acumulación de sarro y otras irritaciones locales en los dientes aumenta la inflamación de las encías y puede producir otras alteraciones como granuloma piógeno o tumor del embarazo.³¹

Enfermedad periodontal

Enfermedad periodontal y pérdidas dentales

La enfermedad periodontal puede cursar cierto tiempo de forma desapercibida, ya que no manifiesta molestias.

Por ello es importante llevar a cabo controles periódicos y detectar el problema antes de que haya avanzado irreversiblemente y ocasione la pérdida del diente afectado.³¹

Enfermedad periodontal e incidencia de niños nacidos pretérmino

Existen factores de riesgo de tener un hijo nacido pretérmino, entre ellos: la edad, un estatus socioeconómico bajo, el consumo de alcohol y tabaco, la diabetes no controlada, la obesidad, la hipertensión y las infecciones genitourinarias. También existe evidencia científica de que la enfermedad periodontal es un factor de riesgo.²⁹

Tumor del embarazo

Es una reacción inflamatoria que causa tumefacción del tejido gingival en forma de quistes. Se produce lo que se denomina tumor del embarazo, *epulis gravidarum* o granuloma del embarazo. Aparece en un 10% de las embarazadas y desaparece en el periodo posparto. Si provoca alteraciones puede ser extirpado.²⁹

Suele localizarse en una zona con gingivitis y crece rápidamente. Está invariablemente asociado a una pobre higiene oral. Suele regresar espontáneamente después del parto.³⁰

Xerostomía

Algunas mujeres embarazadas presentan sequedad de boca. Las alteraciones hormonales pueden ser su causa.

El consumo de agua o caramelos sin azúcar puede mejorar este síntoma.²⁹

Ptialismo/Sialorrea

La excesiva secreción de saliva es un síntoma raro en las mujeres embarazadas. Suele aparecer a las dos o tres semanas de gestación y desaparecer al final del tercer trimestre.²⁹

2.1.7.6. ASESORAMIENTO PRENATAL

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 las

madres son muy receptivas a cualquier información que beneficie a su futuro hijo, las medidas preventivas son de mucho interés para ella y su familia. Estas recomendaciones, 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.⁶

2.1.7.7. 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.⁶

La limpieza se efectúa con agua hervida tibia, se limpia la cavidad bucal con una gasa. la limpieza se realiza en el reborde alveolar, en la mucosa bucal y la lengua, después de lactar. Para realizarse con hisopos de algodón, gasa.

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, principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries.⁶

También hay que realizar la higiene adecuada luego de la administración de medicamentos como los jarabes.

2.1.7.8. HIGIENE BUCAL DEL BEBÉ

Con la erupción del primer diente se debe promover la higiene bucal del niño con cepillado dental infantil, en caso de no adaptarse o carecer del mismo, se puede mantener el uso diario de paño o gasas con agua hervida tibia o fría, sólo hasta la erupción de los molares; luego será imprescindible el uso del cepillo.²

El bebé no debe dormir con la boca sin aseo.

Cepillar los dientes tres veces al día, después de los alimentos y obligatoriamente antes de dormir.

Introducir después del primer año de vida el uso del hilo dental por lo menos una vez al día de preferencia en la noche, especialmente en niños con ausencia de espacios interdetales (diastemas)

Se deberá informar y supervisar al responsable de la higiene bucal del bebé entre los 3 y 4 años de edad el niño alcanza cierto grado de desarrollo psicomotor que le permitirá por sí solo manipular el cepillo teniendo la supervisión de sus padres por lo menos una vez al día. El cepillado dental es un excelente medio para reducir la presencia de placa bacteriana.

La infancia, es la edad ideal de aprendizaje, por lo que se debe de incluir y crear hábitos de higiene bucal en esta etapa de la vida.²

2.1.8. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTE EMBARAZADA

La atención odontológica en pacientes embarazadas requiere de un minucioso cuidado debido a la susceptibilidad que presenta tanto el feto como la madre, durante el primer trimestre de embarazo. En el lapso de este periodo es aconsejable no realizarse tratamientos odontológicos invasivos a excepción de un control de placa bacteriana.³El embarazo puede condicionar una deficiencia inmunitaria transitoria, por lo cual lo primordial es la eliminación de focos de infección y plan de tratamiento. Éste se llevará a cabo con la eliminación de focos de infección, mediante la educación para la salud dental, raspado coronal, programa de control personal de placa, eliminación de procesos cariosos, reafirmación de raspado, dada la alta prevalencia de alteraciones gingivales y elaboración de prótesis.³⁴

Atender a una paciente que cursa por el primer trimestre de gestación puede aumentar la posibilidad de regurgitación, náuseas y vómito, lo cual dificultaría la colocación de dique de hule. Se debe anestesiarse depurando la técnica para evitar intentos fallidos.³²

El segundo trimestre es el período más propicio para proporcionar cuidados dentales habituales, incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo como actos operatorios simples. Lo más importante es llevar un control exhaustivo de la

enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del periodo de gestación, siempre tomando en cuenta el riesgo- beneficio de la paciente.⁶

En el tercer trimestre, la mujer puede mostrar mayor hipotensión simplemente al colocarse en decúbito dorsal (supino) en el sillón dental. Considerando el desplazamiento visceral, las sesiones no deben ser mayores a 25 minutos.^{33 y 34}

2.1.8.1. CUIDADOS BUCALES EN EL EMBARAZO

El objetivo más importante es establecer un entorno bucal saludable y lograr el máximo nivel de higiene oral. Esto se consigue mediante un programa dental consistente en consejo nutricional y medidas de control de la placa tanto en la consulta dental como en casa.³⁵

Medidas dietéticas: se debe aportar una cantidad suficiente de vitaminas A, C y D; proteínas; calcio; ácido fólico; y fósforo. Se deben evitar los *snacks* o caramelos que llevan azúcar por el peligro de desarrollar caries.

Control de la placa: el objetivo es minimizar la irritación de las encías. Se deben aplicar técnicas de higiene dental y controlarlas durante el embarazo. La eliminación del sarro, la limpieza dental y el raspado y alisado radicular se pueden realizar cuando sea necesario.

Flúor prenatal: está recomendado para prevenir la caries, especialmente en comunidades deficitarias de flúor.

Tratamientos odontológicos: deberían programarse en el segundo trimestre o inicios del tercero. Durante el primer trimestre se produce la organogénesis del feto y en la segunda mitad del tercer trimestre puede resultar incómodo para la paciente tumbarse en el sillón dental y hay posibilidad de que sufra el síndrome de hipotensión supina.

Tratamientos odontológicos de emergencia: deben realizarse, especialmente el tratamiento del dolor y la eliminación de la infección, ya que podrían aumentar el estrés de la madre y el peligro para el feto. Si se requiere sedación o anestesia hay que consultar al obstetra de la paciente.

Radiografías dentales: deben realizarse si son necesarias para el tratamiento de emergencia. La radiación es muy baja, aunque deben aplicarse las máximas precauciones.

Medicamentos: Anestésicos locales y analgésicos si se pueden utilizar siempre con precaución y consultando al médico. Se pueden utilizar vasoconstrictores si es necesario. Evitar el uso prolongado.³⁵

2.1.8.2. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA EMBARAZADA POR TRIMESTRE

PRIMER TRIMESTRE

El primer trimestre desde la fecundación hasta la implantación, presenta el mayor riesgo para el embrión.

Un primer período (fertilización e implantación), desde la concepción al día 17 aproximadamente, se caracteriza por una intensa actividad mitótica y sensibilidad de las células a las toxinas. El segundo período (embrionario), del día 18 al 55, se caracteriza por la organogénesis, durante la cual la exposición a teratógenos pueden dar lugar a anomalías de desarrollo y funcionales. El primer trimestre se considera el periodo de mayor riesgo para el embrión.⁴⁰

- Control de placa
- Instrucciones de higiene oral
- Profilaxis y curetajos simples
- Tratamientos de emergencia solamente³²

SEGUNDO TRIMESTRE

El segundo trimestre de gestación, que comprende el periodo entre la semana 12 y la semana 20, se caracteriza por el desarrollo del período fetal, en el cual la teratogénesis es menos probable, los efectos tóxicos asociados con agentes farmacológicos siguen siendo una situación que debe tener presente el odontólogo. Este trimestre se caracteriza por una estabilidad emocional. Aunque en el segundo trimestre la paciente gestante

puede experimentar calambres musculares repentinos en muslos y glúteos, es el trimestre ideal para realizar atención en salud oral a la paciente gestante.⁴⁰

- Control de placa
- Instrucciones de higiene oral
- Profilaxis y curetajes simples
- Tratamiento dental de rutina.³²

TERCER TRIMESTRE

Durante el tercer trimestre de gestación, la futura madre experimenta fatiga creciente, depresión leve o cambios de humor y dolor de espalda baja, por lo cual le resulta más difícil mantener una posición cómoda.

Durante este periodo, se puede presentar el Síndrome de Hipotensión Supina, el cual afecta al 8% de las pacientes gestantes y se caracteriza por mareo, una caída brusca de la tensión arterial y pérdida de la conciencia; para evitar tales episodios, las citas odontológicas deben ser cortas y brindarle una frecuente movilidad. Durante el tercer trimestre, el útero se vuelve hipersensible a los estímulos externos, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro.⁴⁰

- Control de placa
- Instrucciones de higiene oral
- Profilaxis y curetajes simples
- Tratamiento dental de emergencia solamente.³²

2.1.8.3. Posición del sillón dental por trimestre

Durante la atención odontológica de la embarazada es importante la posición de la paciente; por ello, las posiciones del sillón varían dependiendo el trimestre del embarazo.

En el primero, es recomendable colocarlo a 165°, segundo trimestre 150°aproximadamente, tercer trimestre 135°aproximadamente.³²

*Primer Trimestre**Segundo Trimestre**Tercer Trimestre*

Figura 1: Posiciones del sillón dental en los diferentes trimestres de embarazo

Fuente: Fernández OM, Chávez MG, (2010)

El uso de fármacos en el embarazo es la principal causa de preocupación ya que la mayoría de fármacos pueden atravesar la barrera placentaria, por lo cual se debe evitar la ingesta de productos que pueden ser tóxicos para el feto y provocar algún efecto de teratogenicidad. No existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos, no obstante los medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos como los tipo amida (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal por lo tanto no representan ningún riesgo en este periodo gestacional.³²

La Comunidad Europea (CE) y la Food And Drugs Administration (FDA) (Administración de Alimentos y Drogas) crearon clasificaciones de productos farmacológicos en el embarazo.³²

Es importante realizar un tratamiento adecuado para el manejo de la infección, del dolor y de la ansiedad en la paciente gestante, el cual no sustituye los procedimientos dentales locales correctos y oportunos.

La FDA ha creado categorías, para las diferentes compañías farmacéuticas, de tal forma que se rotulan los productos de acuerdo con sus efectos en los procesos de embarazo y reproductivos.⁴⁰

Es de conocimiento general que el embarazo es una etapa muy delicada que requiere de muchos cuidados y atención especial tanto para la madre como para el feto, el odontólogo debe considerar a la mujer embarazada como una paciente especial, por lo cual es indispensable crear un ambiente agradable y armónico entre paciente odontólogo reduciendo al mínimo la ansiedad y el estrés que generan cada cita.³

CATEGORIA	DESCRIPCION
Categoría A	Este fármaco ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen efectos nocivos durante el curso del embarazo ni en la salud del feto o recién nacido
Categoría B	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo, la salud del feto y del neonato.
Categoría C	Este fármaco no aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daños por sus efectos farmacológicos que pueden alterar el curso del embarazo o lesionar al feto o al recién nacido.
Categoría D	Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y recién nacido.

Figura 2: Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuesto por la .Comunidad Europea, Comité de Productos Médicos Proprietarios

Fuente: Fernández OM, Chávez MG, (2010)

CATEGORIA	DESCRIPCION
A	Sin riesgo fetal; seguridad comprobada del uso durante el embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo.

Figura 3: Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration (FDA).

Fuente: Fernández OM, Chávez MG, (2010)

Los medicamentos utilizados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales; de estos grupos farmacológicos existen medicamentos de la categoría A (CE); ningún antiinflamatorio aparece en esta lista.

Ampicilina	Eritromicina
Amoxicilina	Lidocaína
Bupivacaína	Lincomicina
Clorhexidina	Mepivacaína
Cefalosporinas	Nistatina (tópica)
Codeína	

Figura 4: Listas de fármacos que de acuerdo a la indicación y dosis pueden ser usados con seguridad durante el embarazo.

Fuente: Fernández OM, Chávez MG, (2010)

Según la FDA no existen fármacos que utilizamos los dentistas con clasificación A

Fármaco	Categoría
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Tetraciclinas	D
Eritromicina	B
Clindamicina	B
Metronidazol	B
Estreptomicina	D
Trimetoprima - sulfametoxazol.	C

Figura 5: Categorías farmacológicas de riesgo fetal de antibióticos, según la FDA.

Fuente: Fernández OM, Chávez MG, (2010)

2.2. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Es probable que exista un bajo nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio encinas.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo, el diseño de estudio es de tipo no experimental, observacional, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

3.2.1. Población

Conformada por gestantes primigestas y multigestas que acuden al servicio de odontología, del Centro de Salud José Antonio Encinas. La población en el año 2016 fue de 1,632 gestantes. De ellos se tomó la población por mes que fue de 136.

3.2.2. Muestra

El método utilizado para el muestreo es el Aleatorio Simple Probabilístico Siendo la población de 136 gestantes, para la obtención del tamaño de la muestra se utilizó la formula estadística para poblaciones finitas, menores de 100,000.00 sujetos:⁹

El tamaño de la muestra mínima es de 100 gestantes.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- En el presente estudio se considera a todas las primigestas y multigestas que acudieron al servicio de odontología, Ginecología y obstetricia, que no presentan ninguna enfermedad sistémica.
- Primigestas y multigestas de 15 a 43 años.
- Aquellas que firmen su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Primigestas y multigestas que presentan alguna alteración física o mental.
- Gestantes que reuniendo los criterios de inclusión se negaron a participar.
- Gestantes que no asistieron al establecimiento de Salud José Antonio Encinas Puno.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	UNIDADES O CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
UNICA Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención	Preguntas del cuestionario del 1 al 11	(70-100%) Bueno (31-69%) Regular (0- 30 %) Deficiente	Ordinal
COVARIABLE	INDICADORES		ESCALA DE MEDICION
Edad	Fecha de nacimiento	18 a 25 26 a 33 34 a 43	razón
Condición de gestación	Nº de gestación al momento del estudio	Primigesta Multigesta	Razón
Trimestre de Embarazo	Historia clínica	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre	Razón
Grado de Instrucción	Grado de escolaridad	Primaria Secundaria Superior	Razón
Estado Civil	Cuestionario	Soltera Casada Divorciada Unión libre	Nominal

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó un cuestionario consta de once preguntas cerradas o estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) sobre conocimientos, el cual contiene los fines planteados.

Se solicitó el consentimiento informado de las gestantes multigestas y primigestas que quieran participar de la investigación (anexo).

3.5.1. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación son:

1. El Cuestionario: Mismo que está integrado por once preguntas
2. Hojas de papel bond
3. Computadora (HP)
4. Impresora (Epson)
5. Lapiceros
6. Folder
7. Cámara fotográfica

3.5.2. RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS HUMANOS:

- Asesor/ Director: Dr. Jorge Luis Mercado Portal
- Investigadora: Alid Iry Marconi Bustinza
- Estadista: Ing. Miguel López Ruelas
- Pacientes gestantes del Establecimiento de Salud J.A.E

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Establecimiento de Salud José Antonio Encinas

RECURSOS MATERIALES:

Documentales:

- Ficha de observación
- Solicitud
- Consentimiento informado

RECURSO FINANCIERO:

Solventado por la investigadora

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para el desarrollo de la investigación, se elaboró una solicitud dirigido al jefe de Establecimiento Salud “Jose Antonio Encinas”, solicitando se me permita realizar un

estudio, con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal en primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno, (ver Anexo), después se realizaron diálogos a las pacientes participantes de esta manera se pudo brindar la información del proyecto, los procesos a seguir y así proceder al debido consentimiento.

Una vez obtenida la aprobación por parte de las pacientes se procedió a entregar la encuesta, misma que consta de 11 preguntas cerradas, mutuamente excluyentes. se lo construyó basado en 3 ítems:

- 4 preguntas sobre higiene bucal
- 4 preguntas sobre principales enfermedades bucales
- 3 preguntas sobre higiene dental del niño

El cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, el cuestionario tuvo información adicional que consignaron las gestantes para cumplir los objetivos específicos de este estudio como: Edad, nivel de instrucción, estado civil y trimestre de embarazo. (Ver Anexo), el total de sujetos de investigación fueron 100 gestantes, 50 primigestas y 50 multigestas. Por último se recibió la encuesta con su respectivo consentimiento, posteriormente con los datos obtenidos se procedió a realizar un tabulación estadística y la obtención de sus resultados.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se redactó una solicitud dirigida al jefe el Establecimiento de Salud, donde se solicitó el permiso para poder realizar la ejecución de la investigación en el Centro de Salud José Antonio Encinas de la ciudad de Puno.
- Obtenido el permiso por el jefe del Establecimiento de Salud, el cual brindo su aprobación se pasó a imprimir los dos cuestionarios y el consentimiento informado.

- Se pasó a informar a las pacientes gestantes del Establecimiento de Salud sobre el proyecto de investigación y el fin de este.
- Se pasó a hacer firmar el consentimiento informado a las pacientes gestantes que aceptaron participar en la investigación teniendo en cuenta los principios éticos y el respeto a la voluntariedad para participar, y así como la confidencialidad y el anonimato.
- Se realizó la encuesta, entregando un cuestionario por persona, explicando cada pregunta y el motivo de la realización del cuestionario.

3.8. DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia absoluta y porcentual y gráficos de barra apiladas. Se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado de asociación, para analizar la relación entre la edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, la fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

χ_c^2 : Ji-cuadrado calculada.

O_{ij} : Frecuencias observadas de la i-ésima fila y j-ésima columna.

E_{ij} : Frecuencias esperadas de la i-ésima fila y j-ésima columna, aquella frecuencia que se observaría si ambas variables fuesen independientes.

f y c : filas y columnas respectivamente.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES
PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017**

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Multigestas	8	16.00	33	66.00	9	18.00	50	100.00
Primigestas	7	14.00	29	58.00	14	28.00	50	100.00
Total	15	15.00	62	62.00	23	23.00	100	100.00

$$\chi_c^2 = 2.48 < \chi_{t(0.05,2)}^2 = 5.99 \text{ No Signif. (p=0.289)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 1, se exponen los resultados del conocimiento sobre salud bucal en gestantes, para gestantes multigestas se tiene con bueno se tiene 16%, con regular 66% y con deficiente conocimiento un 18%. Para gestantes primigestas con bueno un 14%, con regular el 58% y con deficiente el 28%.

El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado, señala que no existe diferencia estadística (p=0.289), de lo cual se determina que el nivel de conocimiento general sobre salud bucal no es diferente en los dos grupos de estudio (multigestas y primigestas).

GRAFICO N° 1.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017

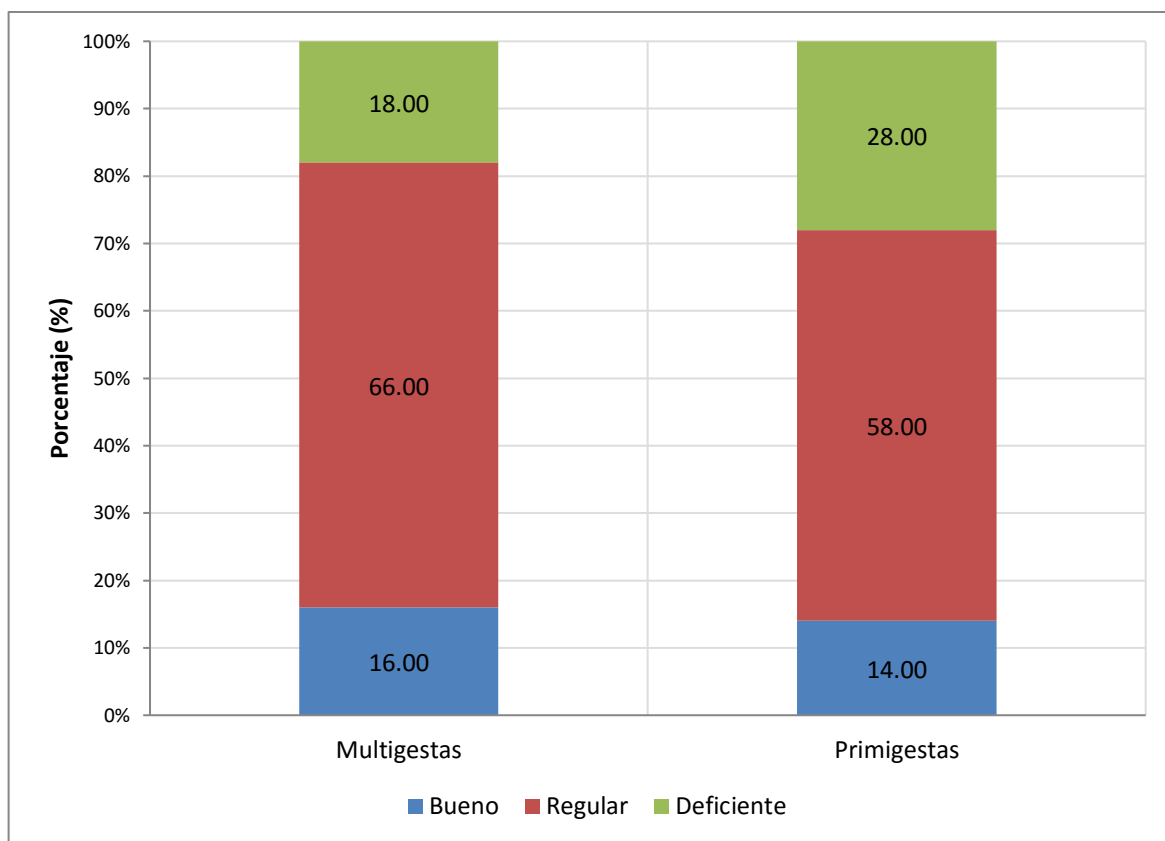


TABLA N° 2.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN
GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO
DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017**

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gestante								
Multigestas	30	60.00	15	30.00	5	10.00	50	100.00
Primigestas	28	56.00	16	32.00	6	12.00	50	100.00
Total	58	58.00	31	31.00	11	11.00	100	100.00

$$\chi_c^2 = 0.372 < \chi_{t(0.05,2)}^2 = 5.99 \text{ No Signif. (p=0.853)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 2, se exponen los resultados del conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, para multigestas se tiene con bueno se tiene 60%, con regular 30% y con deficiente conocimiento un 10%. Para gestantes primigestas con bueno un 28%, con regular el 32% y con deficiente el 12%.

El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado, señala que no existe diferencia estadística (p=0.853), de lo cual se determina que el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal no es diferente en los dos grupos de estudio (multigestas y primigestas).

GRAFICO N° 2.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN
GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO
DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017**

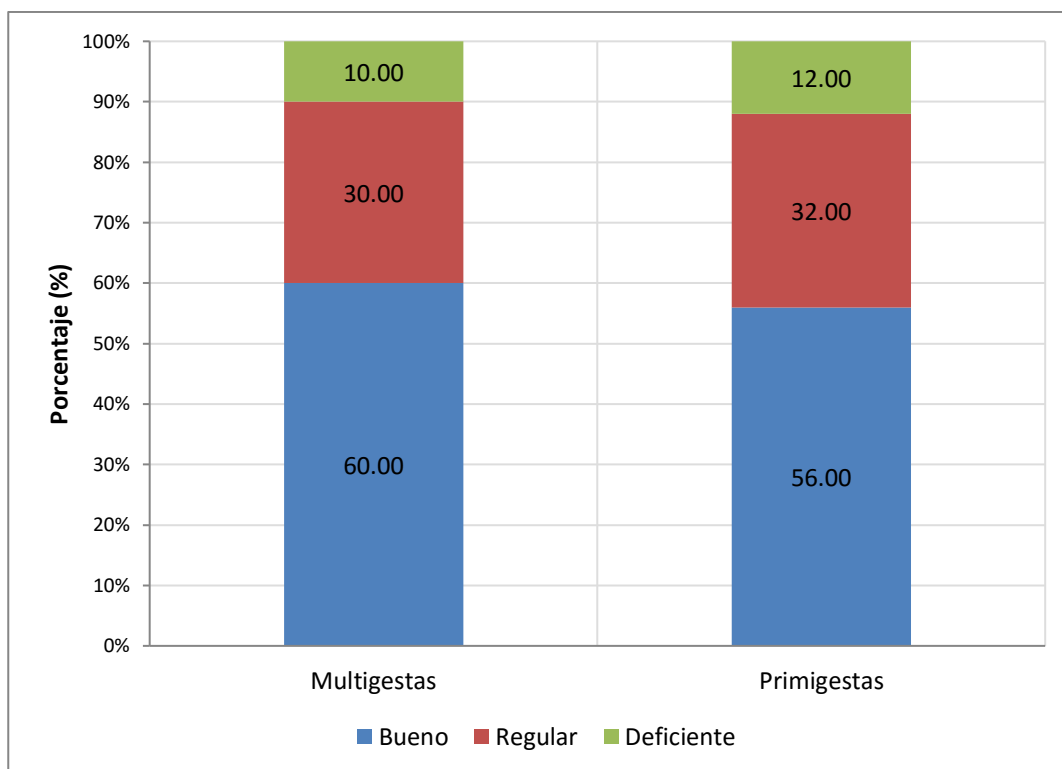


TABLA N° 3.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN GESTANTES
PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD**

JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gestante								
Multigestas	17	34.00	16	32.00	17	34.00	50	100.00
Primigestas	6	12.00	14	28.00	30	60.00	50	100.00
Total	23	23.00	30	30.00	47	47.00	100	100.00

$$\chi_c^2 = 26.08 > \chi_{t(0.05,2)}^2 = 5.99 \text{ Signif. (p=0.0001)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 3, se exponen los resultados del conocimiento sobre higiene oral en gestantes, para multigestas se tiene con bueno se tiene 34%, con regular 32% y con deficiente conocimiento un 34%. Para gestantes primigestas con bueno un 12%, con regular el 28% y con deficiente el 60%.

El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado, señala que existe diferencia estadística significativa (p=0.0.0001), de lo cual se determina que el nivel de conocimiento sobre higiene oral es diferente en los dos grupos de estudio (multigestas y primigestas), presentando un mayor nivel deficiente las gestantes primigestas.

GRAFICO N° 3.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN GESTANTES
PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD**

JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017

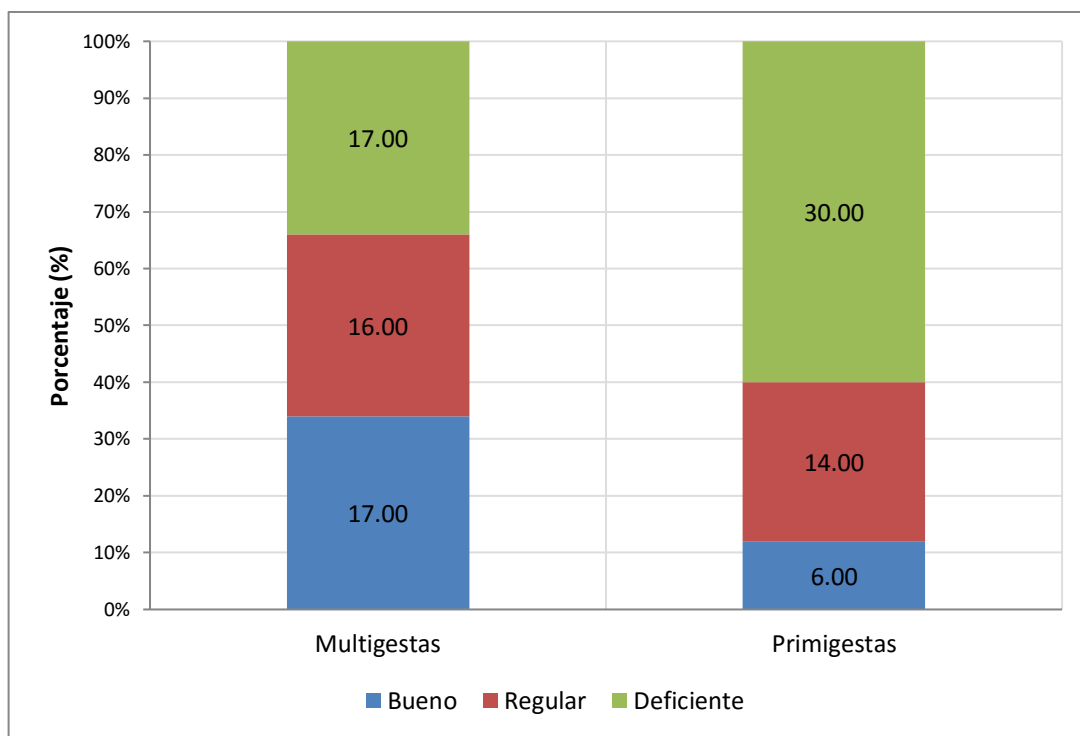


TABLA N° 4.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN
SALUD BUCAL DEL FUTURO BEBÉ EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y
MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO
ENCINAS, PUNO 2017**

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gestante								
Multigestas	0	0.00	31	62.00	19	38.00	50	100.00
Primigestas	1	2.00	23	46.00	26	52.00	50	100.00
Total	1	1.00	54	54.00	45	45.00	100	100.00

$$\chi_c^2 = 5.67 < \chi_{t(0.05,2)}^2 = 5.99 \text{ No Signif. (p=0.069)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 4, se exponen los resultados del conocimiento sobre prevención en salud bucal del futuro bebé en gestantes, para multigestas se tiene con bueno se tiene 0%, con regular 62% y con deficiente conocimiento un 38%. Para gestantes primigestas con bueno un 2%, con regular el 46% y con deficiente el 52%.

El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado, señala que no existe diferencia estadística (p=0.069), de lo cual se determina que el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de salud bucal del futuro bebé no es diferente en los dos grupos de estudio (multigestas y primigestas).

GRAFICO N° 4.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN
SALUD BUCAL DEL FUTURO BEBÉ EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y
MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO
ENCINAS, PUNO 2017**

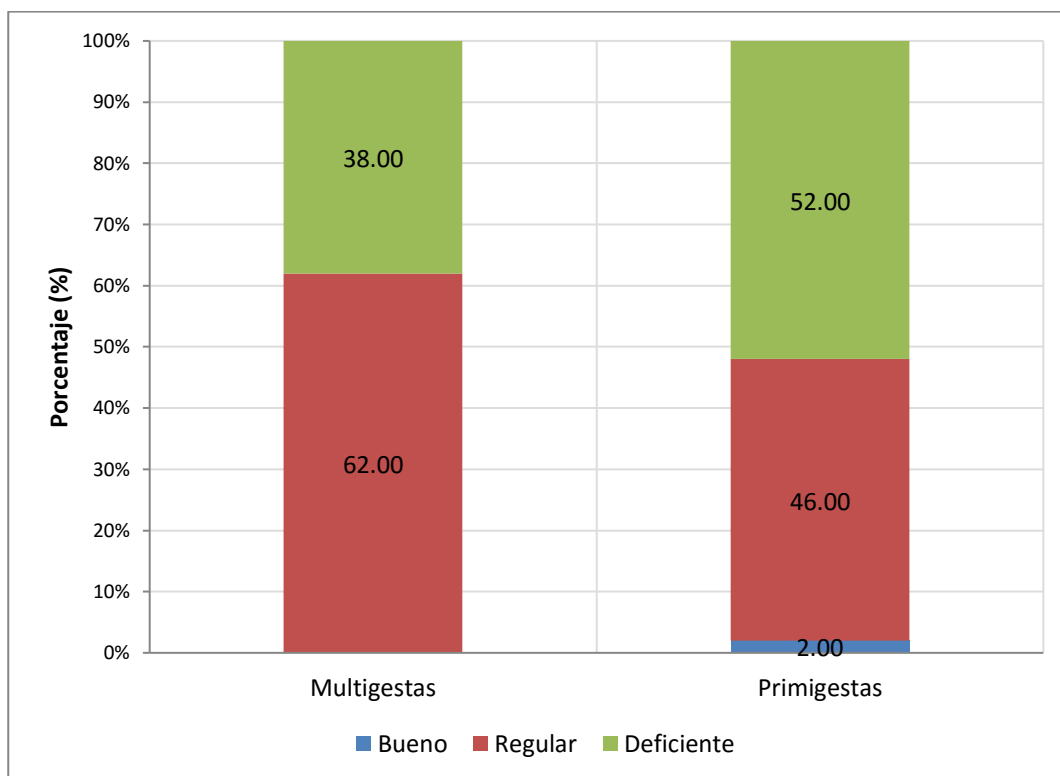


TABLA N° 5.

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017**

MULTIGESTAS

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad								
18 a 25	1	2.00	9	18.00	0	0.00	10	20.00
26 a 33	7	14.00	14	28.00	7	14.00	28	56.00
34 a 43	0	0.00	10	20.00	2	4.00	12	24.00
Total	8	16.00	33	66.00	9	18.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 8.64 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.071)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

PRIMIGESTAS

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad								
18 a 25	5	10.00	27	54.00	10	20.00	42	84.00
26 a 33	2	4.00	2	4.00	4	8.00	8	16.00
34 a 43	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	7	14.00	29	58.00	14	28.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 4.26 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.372)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 5, se exponen los resultados de la relación entre la edad y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, para gestantes multigestas en la edad de 18 a 25 años con bueno el 2%, regular con 18% y deficiente 0%, en 26 a 33 años con bueno un 14%, regular con 28% y deficiente 14%, para 34 a 43 años con bueno 0%, regular el 20% y deficiente 4%.

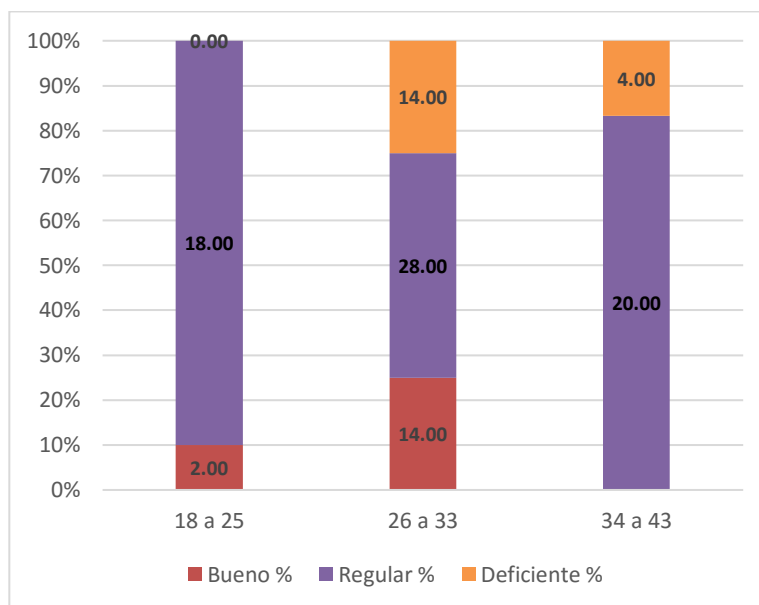
El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.071$), de lo cual se determina que en gestantes multigestas la edad no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Para gestantes primigestas en la edad de 18 a 25 años con bueno el 10%, regular con 54% y deficiente 20%, en 26 a 33 años con bueno un 4%, regular con 4% y deficiente 8%, para 34 a 43 años con bueno 0%, regular el 0% y deficiente 0%.

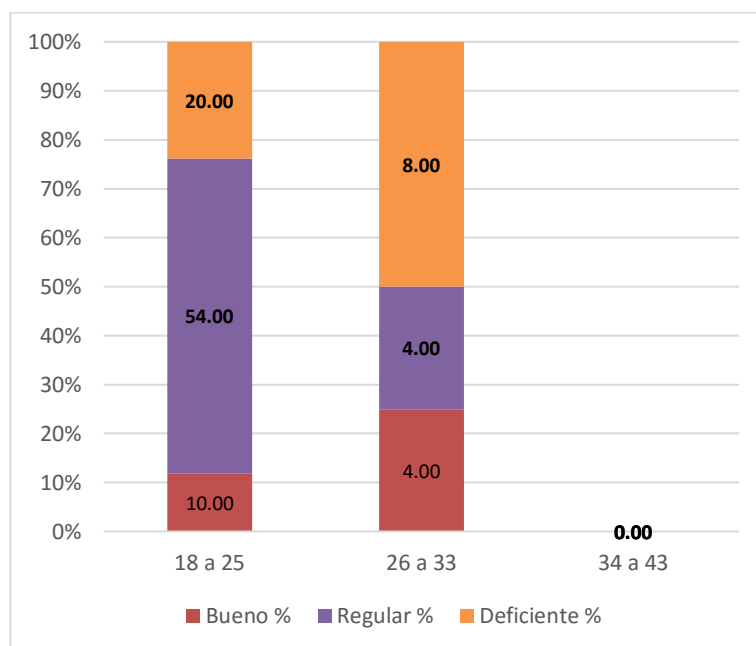
El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.372$), de lo cual se determina que en gestantes primigestas la edad no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

GRAFICO N° 5.

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017



Multigestas



Primigestas

TABLA N° 6.

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO
2017**

Multigestas

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
E. Civil								
Casada	4	8.00	9	18.00	1	2.00	14	28.00
Soltera	0	0.00	1	2.00	2	4.00	3	6.00
Unión libre	4	8.00	23	46.00	6	12.00	33	66.00
Total	8	16.00	33	66.00	9	18.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 7.598 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.107)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

Primigestas

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
E. Civil								
Casada	2	4.00	4	8.00	0	0.00	6	12.00
Soltera	0	0.00	4	8.00	5	10.00	9	18.00
Unión libre	5	10.00	21	42.00	9	18.00	35	70.00
Total	7	14.00	29	58.00	14	28.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 7.437 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.115)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 6, se exponen los resultados de la relación entre el estado civil y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, para gestantes multigestas casadas con bueno el 8%, regular con 18% y deficiente 2%, en solteras con bueno un 0%, regular con 2% y deficiente 4%, para con unión libre con bueno 8%, regular el 46% y deficiente 12%.

El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.107$), de lo cual se determina que en gestantes multigestas el estado civil no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

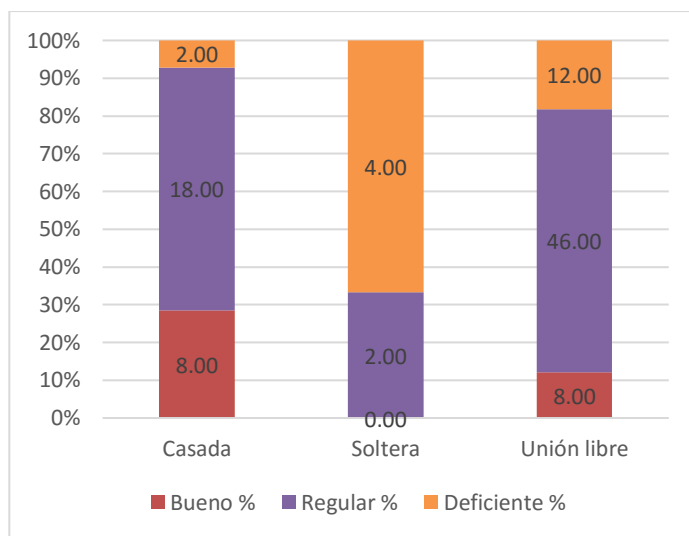
Para gestantes primigestas casadas con bueno el 4%, regular con 8% y deficiente 0%, en solteras con bueno un 0%, regular con 8% y deficiente 10%, para madres con unión libre con bueno 10%, regular el 42% y deficiente 18%.

El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.115$), de lo cual se determina que en gestantes primigestas la edad no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

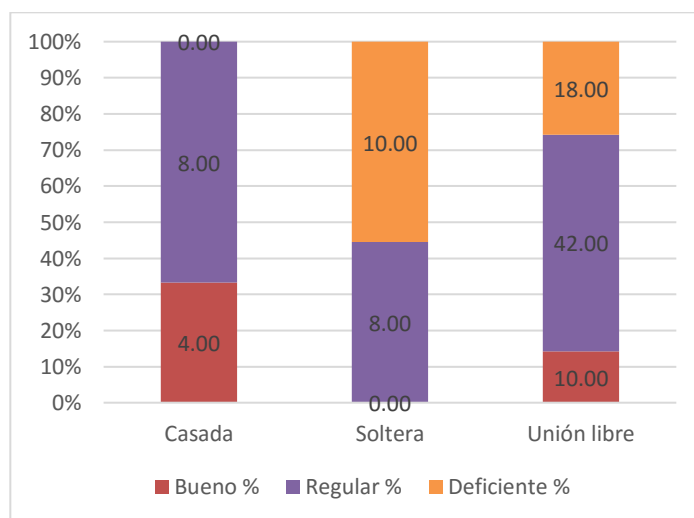
GRAFICO N° 6.

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO

2017



Multigestas



Primigestas

TABLA N° 7.

**RELACIÓN ENTRE EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS
Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO
ENCINAS, PUNO 2017**

Multigestas

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trimestre I	2	4.00	7	14.00	3	6.00	12	24.00
Trimestre II	4	8.00	11	22.00	4	8.00	19	38.00
Trimestre III	2	4.00	15	30.00	2	4.00	19	38.00
Total	8	16.00	33	66.00	9	18.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 2.455 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.653)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

Primigestas

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trimestre I	0	0.00	7	14.00	3	6.00	10	20.00
Trimestre II	0	0.00	6	12.00	3	6.00	9	18.00
Trimestre III	7	14.00	16	32.00	8	16.00	31	62.00
Total	7	14.00	29	58.00	14	28.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 5.032 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.284)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 7, se exponen los resultados de la relación entre el trimestre de gestación y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, para gestantes multigestas en primer trimestre con bueno el 4%, regular con 14% y deficiente 6%,

en segundo trimestre con bueno un 8%, regular con 22% y deficiente 8%, para gestantes en tercer trimestre con bueno 4%, regular el 30% y deficiente 4%.

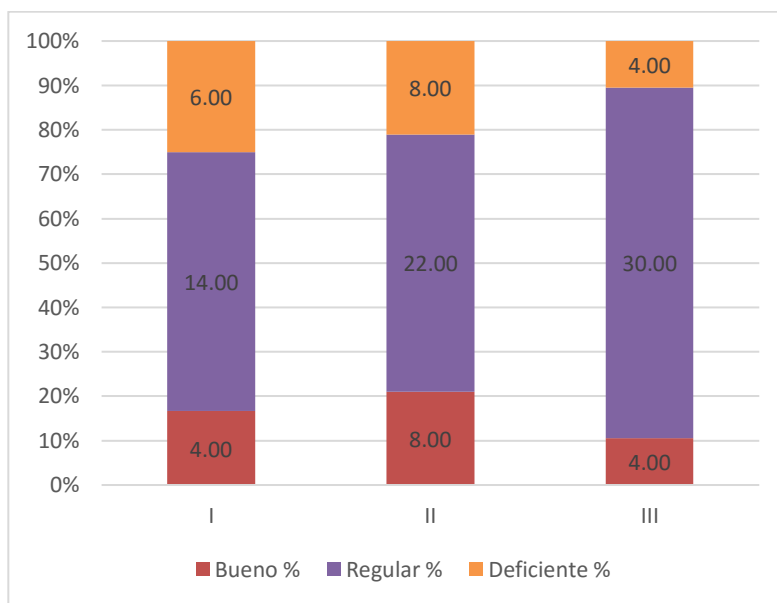
El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.653$), de lo cual se determina que en gestantes multigestas el trimestre de gestación no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Para gestantes primigestas en primer trimestre con bueno el 0%, regular con 14% y deficiente 6%, en madres de segundo trimestre con bueno un 0%, regular con 12% y deficiente 6%, para gestantes en tercer trimestre de gestación con bueno 14%, regular el 32% y deficiente 16%.

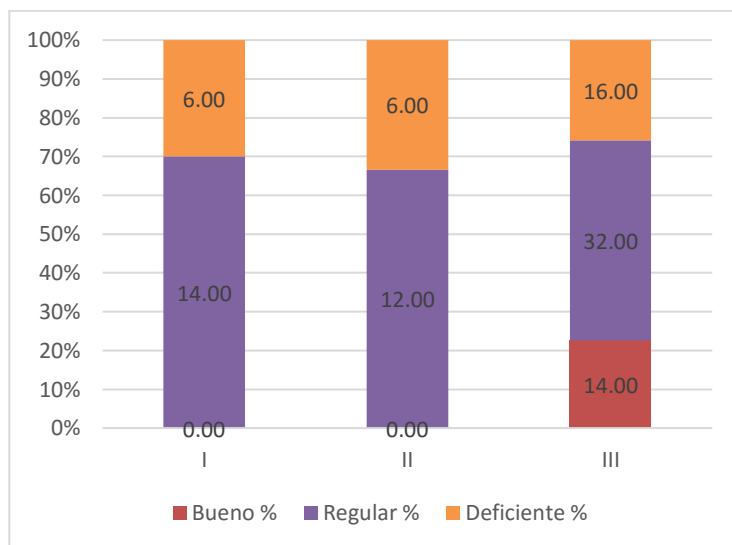
El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.284$), de lo cual se determina que en gestantes primigestas el trimestre de gestación no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

GRAFICO N° 7.

RELACIÓN ENTRE EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017



Multigestas



Primigestas

TABLA N° 8.

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS
Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO
ENCINAS, PUNO 2017**

Multigestas

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Instrucción								
Primaria	0	0.00	4	8.00	0	0.00	4	8.00
Secundaria	2	4.00	18	36.00	7	14.00	27	54.00
Superior	6	12.00	11	22.00	2	4.00	19	38.00
Total	8	16.00	33	66.00	9	18.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 7.911 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.095)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

Primigestas

Nivel	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Instrucción								
Primaria	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Secundaria	3	6.00	18	36.00	13	26.00	34	68.00
Superior	4	8.00	11	22.00	1	2.00	16	32.00
Total	7	14.00	29	58.00	14	28.00	50	100.00

$$\chi_c^2 = 6.478 < \chi_{t(0.05,4)}^2 = 9.48 \text{ No Signif. (p=0.166)}$$

Fuente: Elaborada por la investigadora

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 8, se exponen los resultados de la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, para gestantes con educación primaria con bueno el 0%, regular con 8% y deficiente 0%, en gestantes

con secundaria con bueno un 4%, regular con 36% y deficiente 14%, para gestantes con educación superior con bueno 12%, regular el 22% y deficiente 4%.

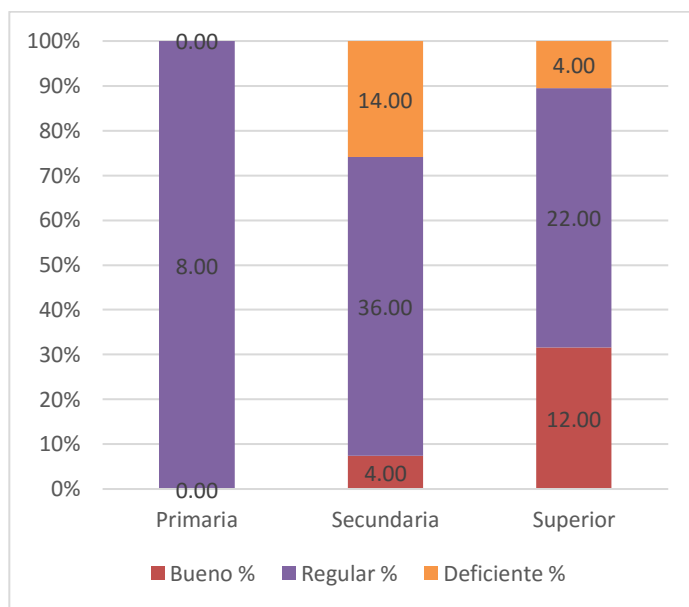
El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.095$), de lo cual se determina que en gestantes multigestas el grado de instrucción no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Para gestantes primigestas con primaria con bueno el 0%, regular con 0% y deficiente 0%, en madres con secundaria con bueno un 6%, regular con 36% y deficiente 26%, para gestantes con instrucción superior con bueno 8%, regular el 22% y deficiente 2%.

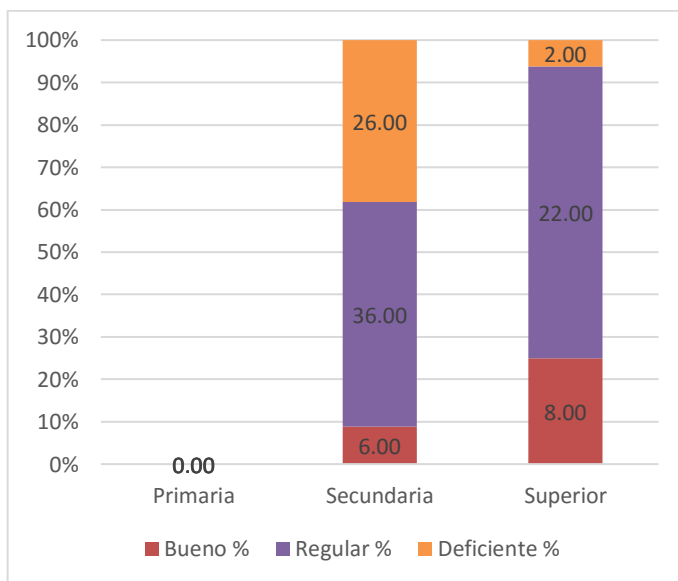
El análisis estadístico utilizando la prueba de Ji cuadrado de asociación, señala que no existe diferencia estadística ($p=0.166$), de lo cual se determina que en gestantes primigestas el grado de instrucción no se asocia con el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

GRAFICO N° 8.

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2017



Multigestas



Primigestas

4.2. DISCUSIÓN

El propósito fue determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal en primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas. Se pudo determinar que en este grupo poblacional existen muchos factores de riesgo asociados a las principales enfermedades dentales, la única posibilidad para mantener una buena salud bucal es prevenir las enfermedades de manera precoz y eficiente para ello se debe modificar conductas ya adquiridas, mejorar su nivel de conocimiento y hacer un seguimiento de la salud bucal a cada paciente gestante y su futuro bebe, por ello las pacientes gestantes se considera un grupo prioritario de atención primaria.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos indican que el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal es bueno en un 60%. Regular 30% de 50 encuestadas en gestantes multigestas y un nivel bueno 28%, regular 32% de 50 encuestadas en gestantes primigestas, con los resultados obtenidos por Córdova M., Bulnes R. El rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X= 24$ años, $DS 5$), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel medio con 59%.

Comparando con el estudio que realizó Yncio. El nivel de conocimiento sobre higiene oral en el centro de Salud J.A.E. en multigestas, fue bueno en 34%, regular 32% y deficiente 34%, en primigestas con bueno 12%, regular el 28% y deficiente 60%, existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos ($p=0.0001$), presentando un mayor porcentaje de nivel deficiente en las gestantes primigestas y de esta manera se demuestra que los estudios realizados por Yncio se observa que del total de multigestas con caries dental el 72,1% tiene un nivel de conocimiento regular, el 18,6% tiene un nivel de conocimiento bueno; y el 9,3% tiene un nivel de conocimiento malo. no existiendo diferencias significativas, indicando así que ambos grupos tienen un nivel de Conocimiento promedio.

Los resultados de la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, para gestantes con educación primaria con bueno el 0%, regular con 8% y deficiente 0%, en gestantes con secundaria con bueno un 4%, regular con 36% y deficiente 14%, para gestantes con educación superior con bueno 12%, regular el 22% y deficiente 4%. Comparando con los resultados obtenidos por Toledo Sánchez, Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue malo con 48.4%(121 madres gestantes), seguido de regular con 47.2%(118 madres gestantes) y bueno con 4.4%(11 madres gestantes). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción universitaria completa con 30.8% (82 madres gestantes), de igual manera las edades más frecuentes fueron las madres gestantes entre 31 a 35 años

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes primigestas y multigestas es en promedio regular, lo que significa que no tienen un nivel de conocimiento adecuado.
2. El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de salud bucal en gestantes multigestas fue bueno en 60%, regular 30% y deficiente un 10%, en gestantes primigestas bueno un 28%, regular el 32% y deficiente 12%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos($p=0.853$).
3. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes multigestas es bueno en 16%, regular 66% y deficiente 18%, en gestantes primigestas bueno un 14%, regular 58% y deficiente el 28%, no existe diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.289$) en gestantes que acudieron al Centro de Salud J.A.E de Puno en el 2017.
4. El nivel de conocimiento sobre higiene oral en gestantes multigestas, fue bueno en 34%, regular 32% y deficiente 34%, en gestantes primigestas con bueno 12%, regular el 28% y deficiente 60%, existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos ($p=0.0001$), presentando un mayor porcentaje de nivel deficiente en las madres primigestas.
5. El nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal del futuro bebé, en gestantes multigestas fue bueno en 0%, regular 62% y deficiente un 38%, en gestantes primigestas bueno un 2%, regular el 46% y deficiente 52%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.069$).
6. Se determinó la no existencia de relación estadística ($p>0.05$) entre la edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, tanto en gestantes primigestas y multigestas.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Elaborar programas educativos dirigidos a realzar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en salud bucal para las pacientes tanto primigestas como multigestas para disminuir y/o erradicar las principales enfermedades de la salud bucal.
2. Fomentar el autocuidado de la salud bucal en cada gestante primigesta, multigesta para que adquiera y modifique su percepción acerca de la salud bucal tanto personal como de su futuro bebe.
3. En el presente estudio y de manera particular se han realizado charlas informativas a todas las pacientes gestantes multigestas y primigestas que acudieron al servicio de odontología las cuales han tenido una muy buena acogida por parte de ellas, se recomienda continuar con más charlas ya que la salud bucal como menciona la teoría es parte más fundamental para el bienestar integral de cada persona.
4. Que la presente investigación sirva como referencia a los cirujanos dentistas y al personal de salud que trabajan para el Ministerio de Salud, ESSALUD; que puedan elaborar y desarrollar programas relacionadas con la prevención y promoción de la salud en este tipo de pacientes tanto para su futuro bebe y realizar el seguimiento respectivo.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Córdova Hernández J.A; Bulnes López R.M. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer en Villahermosa, Tabasco, México 2007. Rev. Salud Pública 2007; 6 (2):17-25.
2. Benites M. Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia Toluca, Estado de México, Noviembre de 2014.
3. Naranjo Castañeda S. Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad en el centro de salud “La Magdalena” de la ciudad de Quito, Ecuador. Tesis Bachiller UCE Mayo 2016
4. Yncio S. Prevalencia de caries dental en relación al nivel de Conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y Multigestas que se atendieron en el policlínico Francisco Pizarro Essalud Rímac de marzo a mayo 2008. Tesis Bachiller UIGV, Lima, Perú, 2009.
5. Peña Hinojosa, N.; Nolasco Torres, A. Nivel de conocimiento Sobre Salud bucal en gestantes Multigestas Puesto Salud la Florida, Chimbote 2013. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud, Vol. 01 No 01, 2014, pp. 139 – 146.
6. Toledo K. Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital Luis Negreiros Vega de Lima. Tesis Bachiller UAP Lima 2013.
7. Franco Barriga J. Nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay. Tesis Bachiller UNA Puno 2005
8. NÚÑEZ, J.; MOYA, P.; MONSALVES, M. J. & LANDAETA, M. S. Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. Int. J. Odontostomat., 7(1):39-46, 2013.
9. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. Quinta edición ed. Chacón M, editor. México DF.: McGraw Hill; 2010
10. Puno [actualizado 17 abr 2017; consultado en 2017 Abril 18]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Puno>

11. Perez J. definicion.de. [Online]; 2008 [consultado en 2017 Mayo 26]. Disponible en: <http://definicion.de/conocimiento/>.
12. Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An.Fac.Med*, 70(3).
13. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castrol L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev. CES Odontológica* 2004; 17(1):19- 29
14. OXFORD. Oxford Living Dictionaries. [Online].; 2015 [consultado: 2017 setiembre. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com>.
15. Bosch, R., Rubio, A., & García, H. (2012). Conocimiento sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Avances en Odontoestomatología*, 28(1). Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original2.pdf>
16. Bolaños, M. (2005). Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de cuarto grado. . *clínica estomatológica centro Ciego Ávila*.
17. Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C., & Stanford, A. (2003). Contenidos educativos en salud bucal. *Centro Nacional de vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades*.
18. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castrol L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev. CES Odontológica* 2004; 17(1):19- 29
19. Casals E. Campaña mes de la Salud Bucal. Barcelona: Universidad de Barcelona, Odontología Preventiva y Comunitaria.; 2013.
20. Internacional FD. El desafío de la Enfermedades Bucodentales. Segunda edición ed. Brighton R, editor.: copyright © Myriad Editions; 2015.
21. MINSALUD. ABECÉ Sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, Subdirección de Enfermedades no Transmisibles; 2014.
22. Bogota AMd. Higiene Oral. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud; 2010 Diciembre.
23. OPS. Salud del Niño y del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud; 2011.

24. MINSA. Situación de la salud Bucal en el Perú. Lima: Ministerio de Salud, Estrategia sanitaria Nacional de salud Bucal; 2013.
25. Guyton A, Hall JE. Tratado de fisiología médica. Tomo IV. Philadelphia: Interamericana; 1998.p.11201140.
26. Guyton AC. Tratado de fisiología médica. T. II.6ta.ed. La Habana; 1986.p.1154,11678. (Edición Revolucionaria).
27. Bowen WH. Placa dental y bacteriología de la caries. En: Cohen B, Kramer IR. Fundamentos científicos de Odontología. La Habana; Editorial CientíficoTécnica; 1983.p.45967.
28. Rodríguez, H., López, M. (2003) El embarazo. Su relación con la salud bucal. Ciudad de La Habana, Cuba. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(2)
29. American Dental Association Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. Women's Oral Health Issues. Oral Health Care Series. November 2006. [Online]; 2006 [consultado: 2017 setiembre. Disponible en: http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/healthcare_womens.pdf
30. Llodra Calvo JC, Salud Oral y Embarazo, Universidad Granada, Odontología Preventiva y Comunitaria ; 2014
31. Giglio JA, Lanny SM, Laskin DM, Giglio NW. Cuidado de la salud bucal para la paciente embarazada J Can Dent Assoc. 2009; 75 (1): 43-8.
32. Fernández OM, Chávez MG, (2010) Atención odontológica en la mujer Embarazada. Ciudad de México. Vol. II, no. 2 • Mayo-Agosto 2010 pp 80-84
33. Castellanos SJL et al. Medicina en odontología (manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas). 2ª Ed. México: Manual Moderno, 2002.
34. Díaz-Romero RM, Ruiz-Durán JR. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez, segunda parte. Medicina Oral Mex 1989; 8 (7): 66-67.
35. Consejo de la Asociación Dental Estadounidense de Acceso, Prevención y Relaciones Interprofesionales. Problemas de salud oral de la mujer. Serie de http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/healthcare_womens.pdf
36. Acción para la salud dental: Traer prevención de enfermedades en las comunidades [Online] [consultado: 2017 setiembre. Disponible en: https://www.ada.org/~media/ADA/Public%20Programs/Files/bringing-disease-prevention-to-communities_adh.ashx
37. Flores S A. Mohamed D, La guía sobre cuidados en el *embarazo* [Online] [consultado: 2017 setiembre. Disponible en:

- <http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
- 38.** Departamento de Salud y Sericios Humanos de EE. UU. Etapas del embarazo [Online] [consultado: 2017 octubre. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/stages-pregnancy>
- 39.** MIDOCTORENLINIA.BLOGSPOT.COM 2015. [Online] [consultado: 2017 Junio. Disponible en: <http://midoctorenlinea.blogspot.pe/2016/04/gravida-primigesta-multigesta-gestante.html>
- 40.** Guía de práctica clínica en salud oral. Paciente Gestante. Bogotá, D.C. 2010 [Online] [consultado: 2017 Junio. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Paciente%20Gestante.pdf>
- 41.** Casals E. Campaña mes de la Salud Bucal. Barcelona: Universidad de Barcelona, Odontología Preventiva y Comunitaria.; 2013.

ANEXOS**ANEXO 01****UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO ESCUELA
PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA****CUESTIONARIO****DATOS GENERALES**

HCl. _____ FECHA NAC: ___/___/___ EDAD: _____

ESTADO CIVIL Soltera () Casada () Divorciada () Unión libre ()

DIRECCION: _____ Trimestre de Embarazo: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Ninguno () Primaria () Secundaria ()

I. ENCUESTA**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis. Sea totalmente sincero.**1. ¿Conoce usted lo que es la higiene dental?**

SI ().....NO ()

2. ¿Cuántas veces cepilla sus dientes en el día?

Nunca los cepillo ()

Una vez al día ()

Dos veces al día ()

Tres veces al día ()

3. ¿De las siguientes opciones elija que utiliza usted para limpiar sus dientes?

Cepillo dental + Pasta dental ()

Cepillo dental + Pasta dental + Enjuague bucal ()

Cepillo dental + Pasta dental+ Hilo dental ()

Cepillo dental + Pasta dental + Enjuague bucal + Hilo dental ()

4. ¿Sabe usted que es el flúor?

SI () NO ()

5. ¿Considera usted que la caries es una enfermedad que ataca a los dientes?

SI () NO ()

6. ¿Sabía usted que para prevenir el ataque de caries se pueden proteger los dientes formando una barrera protectora que va a impedir que estos se dañen?

SI () NO ()

7. ¿Sabe usted que es la placa dental?

SI () NO ()

8. ¿Considera usted que por no lavarse los dientes se pueden dañar las encías y pueden sangrar?

SI () NO ()

9. ¿Sabe usted con qué frecuencia debería ir al odontólogo mientras está embarazada?

Nunca ()
Cada mes ()
Primer trimestre ()
Segundo trimestre ()
Tercer trimestre ()
Después del parto ()

10. ¿Sabe a qué edad debería llevar a su bebé al odontólogo?

Nunca ()
Desde que nace ()
Al mes de nacido ()
A los 3 meses ()
A los 6 meses ()
Después del año ()

11. ¿Conoce usted desde que edad debería limpiar la boca de su bebé?

Nunca ()
Desde que nace ()
Al mes de nacido ()
A los 3 meses ()
A los 6 meses ()
Después del año ()

(3)

Gracias por su colaboración

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCION EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS PUNO 2017.**

La presente investigación es conducida por la Bachiller de Odontología de la UNA – PUNO. Alid Iry Marconi Bustinza. El propósito de este estudio es Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en gestantes primigestas y multigestas que acuden al Centro de Salud Jose Antonio Encinas Puno, Se realiza con el fin de aportar información sobre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes multigestas y primigestas. Para seleccionar e implementar estrategias en prevención y tratamiento de las enfermedades bucales en gestantes, lo cual aportará a mejor calidad de vida en esta etapa.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá que llene un test / cuestionario, el cual no perjudicara su salud. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Puede contactar al Bachiller de Odontología de la UNA – PUNO. Alid Iry Marconi Bustinza. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que se obtenga en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Bachiller de Odontología de la UNA – PUNO. Alid Iry Marconi Bustinza al teléfono 953762365.

Yo,.....A
utorizo mi participación en el estudio.

Para ello firmo en la fecha:/...../.....

.....

DNI.....

ANEXO 03

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

SOLICITO: AUTORIZACION PARA EJECUCION DEL
PROYECTO DE INVESTIGACION

SEÑOR DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS

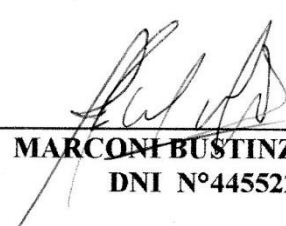
Yo, Marconi Bustinza Alid Iry, identificada con DNI N°44552227, con domicilio en Av. Leoncio Prado N° 827 de la ciudad de Puno, bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que habiendo culminado satisfactoriamente mis estudios universitarios, cumpliendo con el plan de Estudios de La Escuela Profesional, recorro a su despacho con el fin de solicitar el permiso correspondiente para ejecutar el PROYECTO DE INVESTIGACION DE TESIS titulado: “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCION EN SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS**”.

Se realiza con el fin de aportar información sobre las medidas de prevención en salud bucal en gestantes. Para seleccionar e implementar estrategias en prevención y tratamiento de la salud bucal, lo cual aportará a mejor calidad de vida en esta etapa. Por eso es que le solicito a usted permiso para poder ejecutar dicho estudio de investigación en el centro de salud que usted está a cargo. Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle a usted los sentimientos de mi especial consideración y estima.


Por lo expuesto pido a Ud. Acceder a mi petición.

Puno, 21 de Junio del 2017 ✓


MARCONI BUSTINZA ALID IRY
 DNI N°44552227



Base a Jefe Odontostomatología para su aprobación
 21-06-17


 Dr. ALFREDO MENDIUCURI PINEDA
 C.M.P. 13394 - E.N.E. 6510

ANEXO 04

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4****“JOSE ANTONIO ENCINAS”****MICRO RED “J.A.E.”****RED PUNO****J.R. Los Andes N° 370 TELEFONO 367913.****CONSTANCIA DE EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION**

EL QUE SUSCRIBE JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS DE LA RED DE SALUD PUNO, hace constar que la Bach. en Ciencias de la Odontología **ALID IRY MARCONI BUSTINZA**, ejecutó su Proyecto de Investigación **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCION EN SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CDENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS”**, desde el 21 de Junio del 2017.

Se expide el presente a solicitud del interesado para fines convenientes.

Puno, 28 de Setiembre del 2017




A.C. Alfredo Mendiguri Pineda
MEDICO PEDIATRA
C.M.P. 1339 / R.N.E. 6010

AMP/ yjb
Cc arch.