



TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD
BUCAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JOSE
DE LA PROVINCIA DE CHINCHA EN LOS MESES DE ENERO -
FEBRERO DEL 2013**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

ROJAS PRIETO KRITZ ALLISON

ASESORA:

MG. ZAIRA SACSI DORIS MARGARITA

CHINCHA-ICA-PERU, 2016

DEDICATORIA

Dedico de manera especial esta tesis a mi madre Judith, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ella.

A mis hijos porque son mi motor y fuerza para seguir adelante.

Y a Dios por darme a la mejor de las madres.

AGRADECIMIENTOS

Al personal del Hospital San José de la provincia de Chincha para quienes expreso a través de estas líneas mi reconocimiento y gratitud, en la persona del Director.

A las madres gestantes por su colaboración para hacer posible la aplicación del instrumento.

A mi Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de enfermería.

A mi docente quien colaboro en mi formación profesional y personal.

A mis compañeros, de quienes aprendí a compartir y visualizar un futuro mejor.

A todas aquellas personas que con su apoyo y estímulo me permitieron superar obstáculos y continuar adelante.

INDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Descripción de la realidad problemática
- 1.2 Definición del problema
- 1.3 Objetivos de la investigación
- 1.4 Finalidad e importancia

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 2.1 Marco historico
- 2.2 Bases Teóricas
- 2.3 estudios previos (antecedentes previos)
- 2.4 marco conceptual o definición de términos básicos

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

- 3.1. Formulación de hipótesis
 - 3.1.1 hipótesis general
 - 3.1.2 hipótesis especifica
- 3.2. Identificación de variables
 - 3.2.1 clasificación de variables
 - 3.2.2 definición constitutiva de variables

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

- 4.1 Tipo y nivel de investigación
- 4.2 Descripción del método y diseño
- 4.3 población, muestra y muestreo
- 4.3 Consideraciones éticas

CAPÍTULO V: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

5.1 Técnicas e instrumentos

5.2 Plan de recolección ,procesamiento y presentación y presentación de datos

CAPÍTULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Presentación, análisis e interpretación de datos

6.2 Conclusiones

6.3 Recomendaciones

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

Los responsables de la Educación para la Salud Bucal son los hogares, pero no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y muchas veces perjudiciales para el niño. Lo ideal es comenzar con las acciones preventivas desde la gestación. Es así que se trata de motivar a la gestante para llevar una maternidad responsable. Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal, en donde la dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales representan un papel fundamental en los períodos pre y postnatal del desarrollo oral, como por ejemplo las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a las caries durante toda la vida del niño; así como una mala salud dental de la madre, también afectaría el buen desarrollo del feto; entre otras cosas. Por lo que comenzamos dirigiendo nuestra educación a la madre.

La atención preventiva es la mejor manera de combatir futuros problemas dentales, entre estos encontramos la aplicación de fluoruros y selladores así como la instrucción a los padres y niños sobre salud dental.

Es por este motivo que el presente trabajo se realizó un estudio a un grupo de gestantes del Hospital San José de la provincia de Chincha con respecto a su nivel de conocimiento sobre prevención de Salud Bucal, para ser aplicadas en ellas como a sus futuros hijos.

CAPITULO I

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática:

Durante mucho tiempo, la atención y la asistencia odontológica y preventiva para niños, se iniciaba a los 3 años de edad. Varias investigaciones realizadas demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, e inclusive antes, durante la gestación, existe la presencia de hábitos inadecuados, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón. Se ha visto que en muchos hospitales a los que acuden madres gestantes, estas tienen un insuficiente y muchas veces errado conocimiento acerca de la relación que existe entre sus cuidados y la repercusión de éstos en la Salud Bucal de su futuro hijo. Así mismo desconoce los cuidados en Salud oral que deben aplicar en sus niños desde que nacen y de esta manera poder prevenir futuros problemas como caries, enfermedad periodontal, maloclusión, etc.

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

El médico obstetra y el pediatra deberían proveer la información básica con relación a los hábitos de higiene bucal, dieta, succión y la época en que debe ser llevado al dentista, pues raramente el niño visita al dentista durante el primer año de vida, a no ser por traumatismo y/o enfermedades de la boca.

1.2 Definición del Problema:

Existe la presencia de hábitos inadecuados, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón. Se ha visto que en muchos hospitales a los que acuden madres gestantes, estas tienen un insuficiente y muchas veces errado conocimiento acerca de la relación que existe entre sus cuidados y la repercusión de éstos en la Salud Bucal de su futuro hijo.

1.2.1 Formulación del Problema:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al Hospital San José de la provincia de Chincha en los meses de Enero - Febrero del 2013?

1.2.1 Formulación específica del problema:

¿Qué nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención en salud bucal en gestantes que acuden al hospital San José de Chincha?

¿Cómo es el nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales en gestantes del Hospital San José de la provincia de Chincha?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre gestación y su relación con la atención odontológica en gestantes del Hospital San José de la provincia de Chincha.

1.3 Objetivos de la investigación:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes que acuden al Hospital San José de la provincia de Chincha en los meses de Enero – Febrero del 2013

1.3.2 Objetivos Específicos:

OE₁ Determinar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en Salud Bucal en gestantes que acuden al Hospital San José de la provincia de Chincha.

OE₂ Identificar el nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales en gestantes del Hospital San José de la provincia de Chincha.

OE₃ Identificar el nivel de conocimiento sobre gestación y su relación con la atención odontológica en gestantes del Hospital San José de la provincia de Chincha.

1.4 Finalidad e importancia:

Para la prevención, el mejor tratamiento médico que existe es el que no ha de realizarse, esto se puede lograr manteniendo una serie de buenos hábitos de salud.

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé. Es por esto que la Odontología para bebés está orientada a variar el comportamiento de los padres en cuanto al inicio de las actividades de limpieza de la boca y eliminar

el concepto errado de que se debe acudir al dentista después de los 3 años, o cuando ya exista algún problema bucal.

La prevención en Salud Bucal dentro de la planificación de la salud, se proyecta a lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de la enfermedad de caries. Esto se lograría mediante la educación, concientización y apoyo de los profesionales de la Salud, tanto de los propios Odontólogos (no creando una profesión individualista sino orientándolo hacia un trabajo en equipo), como los que tienen a su cargo el binomio madre-hijo, tales como médicos, ginecólogos, enfermeras, pediatras, neonatólogos, obstetras, etc.; para que sea incluido dentro de Centros de salud programas de prevención en Salud Bucal en gestantes, y poder tener una relación más estrecha con ellos.

En nuestra realidad, en los Centros de salud, los primeros que tienen contacto con la gestante son los gineco-obstetras, los cuales a la primera visita de ésta a sus controles prenatales, son automáticamente derivadas a los servicios odontológicos para su respectiva evaluación, algunas de las cuales no cumplen con este requisito por tener ideas erróneas con respecto a la atención odontoestomatológica y su relación con la gestación, por lo que falta una verdadera concientización para poder lograr un avance en la prevención de este grupo considerado como prioritario por el Ministerio de Salud, en los programas de salud Bucal. Con este estudio trataremos de evaluar el conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de estas futuras madres y de esta manera tener una evaluación real de esta problemática para tener una base y así poner en práctica métodos preventivos a través de nuestra Universidad en los Internados Hospitalarios y también en la práctica privada, ya como profesionales, contribuyendo de esta manera a la salud bucal de nuestra población. Tenemos que tener en cuenta que en la mayoría de las Instituciones de educación en Salud, poseen una filosofía básica restaurativa en educación dental, preparando profesionales con excelente destreza para producir las

mejores restauraciones, pero no muy preparados para inducir a sus pacientes en el área de la prevención.

La necesidad de promoción y prevención de la salud bucal en niños preescolares

Ante la inexistencia de estudios epidemiológicos que aporten datos actualizados respecto a la provincia de Mendoza, se desarrolla un estudio correlacional y transversal descriptivo en niños de edad preescolar del Gran Mendoza con el fin de determinar cuál es el estado bucal y cuáles son las variables que determinan la prevalencia de caries. La salud bucal se relaciona, en su etiología, al entramado social del individuo o de la comunidad. El análisis pone en evidencia la vulnerabilidad a esta enfermedad en la población urbano-marginal.

Publicada el 21 DE NOVIEMBRE 2010

La caries dental puede ser caracterizada, desde el punto de vista biológico, como una enfermedad infecciosa bacteriana inducida por el consumo de azúcar, que puede causar daño severo en la dentición primaria. Está relacionada con patrones de alimentación inapropiados, altos niveles de consumo de carbohidratos y con variables socio-económicas familiares y comunitarias como factores que potencian la gravedad y curso de las caries en la primera infancia.

Ante la ausencia de estudios epidemiológicos que aporten datos actualizados sobre la salud bucal de niños en edad preescolar en la provincia de Mendoza, y planteada la necesidad de identificar a los individuos con alta prevalencia de caries en la sociedad, se realiza un estudio descriptivo correlacional y transversal aplicado a esta población del gran Mendoza. Se centró el objetivo en realizar un diagnóstico situacional del problema “caries” en este grupo etéreo (población preescolar del gran Mendoza de ambos sexos). Como la prevalencia de caries interpretada a través del valor promedio de ceod o CPOD (ver aparte) no refleja correctamente el sesgo de la distribución de los datos, dejando a los grupos con alta prevalencia de

caries escondidos entre el resto de la población, se aplicó el Índice de Significación de Caries (SiC). Además de calcular el índice ceod y el índice de Significación de caries (SiC) para preescolares, se compararon las tendencias de las medias por ámbito escolar y departamentos del Gran Mendoza.

El «índice ceod o CPOD» indica la cantidad (expresadas en promedios) de dientes cariados, extracciones indicadas, perdidos por extracción y obturados. A través del análisis discriminado de cada componente podemos deducir en una población el estado actual de la enfermedad caries (cantidad de cariados y de extracciones indicadas) o el tratamiento recibido (obturaciones, extracciones). La prevalencia de caries analizada a partir de este índice no refleja correctamente el sesgo de la distribución de datos. Por lo tanto, deja a los grupos con alta prevalencia de caries escondidos en el resto de la población. Para poder obtener estos resultados, se aplica el «Índice de Significación de Caries (SiC)» que mide el 30% de los casos más graves de la muestra a la que se aplicó el ceod. Permite encontrar subpoblaciones escondidas dentro de la población analizada que presentan problemas más graves que la media muestral.

Los resultados obtenidos permiten llegar a conclusiones válidas acerca de la distribución y frecuencia de la enfermedad caries en preescolares del Gran Mendoza.

Metodología de investigación: selección de casos en primera y segunda etapa

Para llevar a cabo este estudio, se estableció un mínimo de 826 casos. El diseño muestral utilizado fue el probabilístico estratificado bietápico. Es decir, se realizó la muestra en dos etapas: en la primera, se seleccionaron aleatoriamente las escuelas, utilizando como criterio de estratificación el departamento y el ámbito de localización. En la segunda, se procedió a la selección aleatoria de los niños unidades de análisis.

La selección aleatoria de escuelas se basó en información proveniente de la Dirección General de Escuelas, distribuida por departamento y que comprenden los ámbitos “urbano”, “urbano-marginal” y “rural”. Se aprovechó la jerarquización del problema socio-económico en función del ámbito escolar definido para cada escuela. En base a este diseño, se trabajó en una muestra aleatoria de 916 niños observados (427 niñas y 489 niños) en 31 establecimientos escolares de los departamentos que componen el Gran Mendoza.

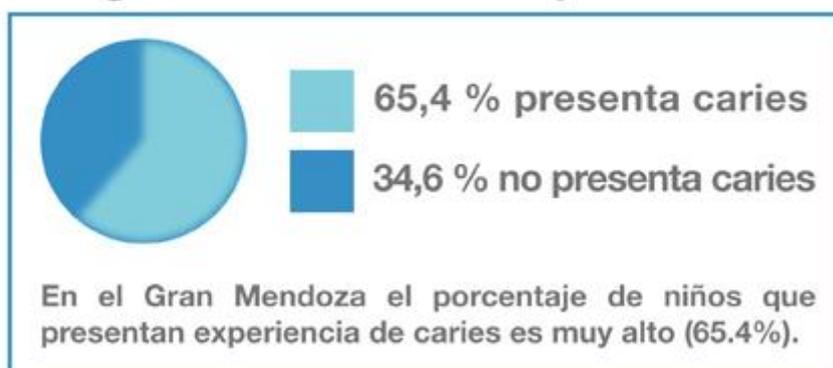
Un equipo de cuatro examinadores calibrados (índice de kappa 91%) tuvo a cargo el diagnóstico y los registros correspondientes. Para el examen clínico se utilizó el método visual con magnificación (lupa).

Se aplicaron técnicas de estadística paramétrica para analizar las variables independientes, su dispersión y la comparación de grupos.

Algunos resultados obtenidos de la investigación sobre caries en preescolares

En el Gran Mendoza el porcentaje de niños que presentan experiencia de caries es muy alto (65.4%) (Gráfico N° 1) El porcentaje de niños con experiencia de caries aumenta significativamente en el ámbito urbano-marginal, y en los departamentos de Las Heras y Guaymallén.

Algunos resultados en preescolares



La media del índice ceod presenta un valor de 3.27+-3.34. El análisis discriminado de los componentes del índice ceod, mostró un predominio del componente que describe la enfermedad actual (cariado y extracción

indicada) con escasa intervención terapéutica. Si bien la media del índice ceod para la población preescolar de 4 y 5 años en el Gran Mendoza presenta valores medios (3.27+ 3.34); el análisis del índice de significación de caries revela un problema aún más complejo. La subpoblación de niños que presentan la enfermedad lo hacen con un alto grado de severidad. El valor de la media del Índice de significación de caries es de 7.19+-2.49.

Para la variable “ámbito escolar” los índices ceod y SiC registraron el valor promedio más alto y estadísticamente significativo en el ámbito urbano marginal, poniendo en evidencia la vulnerabilidad a la enfermedad caries de ésta población.

Estas observaciones avalan la compleja etiología de caries, que relaciona el entramado social de un individuo o comunidad con la prevalencia de la misma. Los determinantes sociales de salud amplían la visión de factor de riesgo de la caries más allá de lo biológico, hacia el ambiente social.

Teniendo en cuenta que los estudios de curso de vida han puesto al descubierto que el nivel socioeconómico bajo o la presencia de caries a los cinco años de edad, establecen patrones de enfermedad en la vida adulta, los tratamientos necesarios para revertir la situación actual y a largo plazo de los preescolares del Gran Mendoza, en especial los de mayor riesgo social, serán complejos y costosos. Por ello planes de prevención y promoción de la salud bucal especialmente diseñado para las poblaciones de riesgo socioeconómico deberían ser implementados en edades más tempranas.

Relación con la variable “sexo” en preescolares

Los resultados de la prueba estadística t de Student para dos muestras independientes indicaron que la diferencia de las medias de las variables estudiadas según «sexo» no son estadísticamente significativas.

La relación significativa de la variable “Sala”

De acuerdo a la prueba t de Student la variable «Sala» se relacionó con el índice ceod. En el caso de este índice se observó una relación estadísticamente significativa, observándose un valor más elevado en el caso de los niños que asisten a la sala de 5 años.

Algunas relaciones estadísticas significativas relacionadas al «ámbito»

Si se examina cada diferencia de media en particular, se pueden destacar las siguientes relaciones estadísticamente significativas (de acuerdo al resultado de la prueba post-hoc Bonferroni):

- *Cariado*: El valor promedio del ámbito urbano-marginal fue más alto y la diferencia fue estadísticamente significativa tanto con el ámbito urbano como con el rural.
- *Extracciones indicadas*: En el ámbito urbano se registró un promedio más bajo de extracciones indicadas, siendo la diferencia estadísticamente significativa tanto con el ámbito urbano-marginal como con el rural.
- *Obturado*: En el ámbito rural apareció un valor promedio más alto de elementos obturados, estableciéndose una diferencia estadísticamente significativa con los otros dos ámbitos.
- *Índice ceod*: El índice ceod registró el valor promedio más alto en el ámbito urbano-marginal. La diferencia de medias fue estadísticamente significativa en relación al ámbito urbano

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACION

2.1. MARCO HISTORICO

Las nuevas tendencias en el desarrollo teórico de la enfermería se deben comprender a partir del contexto propio de ella, el cual ha dificultado que el desarrollo de esta ciencia y la aplicación de la teoría en la práctica se conviertan en el eje central del avance de la disciplina. Pero, surge una pregunta ¿Cuál teoría? La historia enseña que al contrario de las expectativas de Nightingale de ver la enfermería como una ciencia independiente de la medicina, fueron las teorías derivadas de la disciplina médica las que primero se absorbieron y utilizaron como soporte de la práctica: una práctica creada, eminentemente, para resolver los aspectos médicos que se consideraron, en su momento, adecuados para las enfermeras u otras demandas sociales, sin detrimento de la seguridad de los pacientes y bajo su estricta supervisión.

La investigación en los planes de estudio de los diferentes niveles académicos en Colombia, supuso la utilización teórica de la enfermería como base para la investigación, en especial para los enfoques cuantitativos. Pero aquí cabe preguntarse nuevamente, ¿a qué teoría se refieren? El soporte teórico con dificultad maneja teoría de enfermería y solamente hasta los últimos años se ha visto el interés de las enfermeras por utilizar dicha teoría para fundamentar los marcos teóricos y discutir los hallazgos de la producción investigativa.

En este contexto, un tanto confuso, se puede concluir que la utilización de la teoría para la práctica de la enfermería y la investigación, requiere seria reflexión tanto por las enfermeras educadoras, como por las practicantes.

2.2. Bases teóricas:

Con la finalidad de tener un sustento científico para el presente tema a investigar, a continuación se presenta la base teórica:

2.1.1 Nivel de prevención

- **Nutrición Durante El Embarazo:**

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial de una criatura en el vientre de su madre. Durante el embarazo, hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el feto en desarrollo. En sentido nutricional, estos cambios están asociados con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La madre embarazada tiene una mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre de la madre.

La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes y el oxígeno de la madre al feto a la vez que elimina el dióxido de carbono y otros desechos del feto, retornándolos a la sangre materna para su excreción.

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales. Se debe tener en cuenta que se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces, en este periodo, que, junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries ya que durante el embarazo tienen deseos de comer entre comidas y generalmente alimentos dulces, ricos en azúcares. Cada vez que se ingieren dulces, los ácidos que se generan por la ingestión de los mismos, atacan durante 30 minutos la superficie del esmalte. Por esto, si sienten deseos de comer entre comidas, es preferible que sea algo salado y

de todas maneras, cepillarse después de haber comido. La dieta es también importante para el desarrollo de la dentición durante la etapa fetal porque influye en la composición química en el momento de la erupción, en las maloclusiones y en la susceptibilidad de caries del niño.

El estado nutricional de la mujer embarazada influye en la salud del recién nacido y en su posterior desarrollo. Un desequilibrio nutricional de la madre como deficiencia o exceso de un nutriente durante el periodo de amilogénesis o dentinogénesis, conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad a la caries dental. Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Asimismo la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.

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

Una deficiente estructura dentaria que se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo de calcio y fósforo durante el periodo de formación de los dientes puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos de dentina. Los dientes deciduos empiezan a calcificarse en el feto aproximadamente a las 20

semanas. Es de suma importancia que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de su erupción, que comienzan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina. Dependerá mucho de las cualidades nutricionales de la dieta de la madre para que influya en el proceso de maduración del esmalte, al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.

- **Consideraciones nutricionales durante la lactancia:**

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. En general el peso al momento del nacimiento se duplica en los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. En consecuencia las necesidades nutricionales están en este periodo en un nivel muy alto. La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebe y puede ser probablemente la única alimentación del niño en sus primeros 4 ó 6 meses de vida. Después de esto, la leche puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean estos caseros o preparados comerciales.

Si se compara los potenciales acidógenos y de disolución del esmalte, entre la leche materna y la leche de vaca, parece ser que la leche materna disminuye el pH de la placa dental más que el de la vaca.

Esta última tiene contenidos más altos de calcio, fósforos y proteínas y 4% de lactosa, en contraste con 7% de la leche materna.

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

situaciones, porque la alimentación con biberón desarrollará un reflejo de succión y deglución inadecuado. Las ventajas para las madres son ayudar a recuperar más rápido la figura, evita hemorragias después del parto, ahorra dinero, disminuye el riesgo de cáncer mamario, etc.

- **Nutrición durante la erupción dentaria:**

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

Deben evitarse los que contengan alto porcentaje de carbohidratos, se adhieren a los dientes o son de disolución lenta. Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas y los yogurt para que el niño lo acepte mejor. Recordemos la cariogenicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa, pero aunque en menor escala también lo son la glucosa, la fructuosa, maltosa, almidón, etc.

- **Asesoramiento Dietético:**

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

El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que si lo es durante las mismas.

El riesgo es asimismo mayor cuando el azúcar va incorporado a alimentos viscosos.

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

No se debe acostumbrar al bebé a los dulces. Puesto que todos los sabores son nuevos para un recién nacido, es mejor acostumbrar su paladar a las cosas naturales.

Se debe tener cuidado, en la prescripción de medicamentos, muchos de ellos endulzados para facilitar su aceptación. Estos productos pueden afectar los dientes a largo plazo.

- **Caries dental en gestantes:**

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

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

- **Enfermedad periodontal:**

Las alteraciones ginivoperiodontales son reacciones conectivas vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea esta placa bacteriana, tártaro, etc.

Para su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival. De igual manera debe hacerse un sondaje, evaluar si existe gingivorragia, y movilidad.

Si esta lesión continuara, se daría un proceso inflamatorio crónico hasta el periodonto de inserción, reemplazando la médula por un exudado de leucocitos y fluido.

- **Alteraciones periodontales en gestantes:**

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

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

- **Alteraciones periodontales en niños.**

Los tipos predominantes de gingivitis y enfermedad periodontal en niños no van acompañados prácticamente de sintomatología

subjetiva, y en consecuencia existe un gran riesgo de no prestar la debida atención de esta patología en sus estadios iniciales.

Como las afecciones gingivales pueden progresar a una enfermedad periodontal grave, con pérdida de los dientes como última consecuencia, el diagnóstico precoz de estas alteraciones es fundamental, además de resultar muy eficaz.

- **Aspectos Gingivales de la dentición decidua:**

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

- **Maloclusiones:**

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

Las maloclusiones frecuentemente, se originan de hábitos musculares bucofaciales nocivos, atribuidos a funciones alteradas: succiones no nutritivas prolongadas, hábitos alimenticios inadecuados, enfermedades nasofaríngeas, disturbios en la función respiratoria,

postura anormal de la lengua. Por tanto, la mayoría de las maloclusiones puede ser prevenida, porque una atención profesional no se debe limitar a la higiene bucal, cualidades de la dieta, o aplicación de flúor.

Esto también es importante para mantener una integridad dentaria, la atención profesional debe también revisar no se debe limitar a penas de la higiene bucal las funciones del sistema estomatognático, como succión, respiración, deglución, masticación y habla. Los movimientos musculares y los ejercicios funcionales, son igualmente importantes en la prevención de las maloclusiones. Las funciones realizadas correctamente desarrollan actividades neuromusculares que estimulan el crecimiento óseo, permitiendo que el maxilar y la mandíbula tengan tamaños y relaciones adecuadas para alojar a los dientes, posicionándose con armonía y equilibrio en sus bases.

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

- **Atención odontoestomatológico de la paciente gestante:**

El tratamiento odontoestomatológico debe ser tan seguro para el feto como para la madre.

El segundo trimestre es el período más seguro para proporcionar cuidados dentales habituales. Incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operatorios simples.

Lo más importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del embarazo. Las

operaciones de reconstrucción extensas y la cirugía oral y periodontal mayor deben posponerse hasta después del parto.

2.2.2 SALUD BUCAL

- **Higiene bucal:**

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida.

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

- **Placa microbiana:**

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta

blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries. Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial.

- **Detección de la placa:**

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

- **Remoción de la placa:**

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los

padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo.

Asesoramiento prenatal: El objetivo, es esencialmente de educación para la salud. Aún antes de que el bebé nazca, los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño en toda su vida. El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo debido que durante este periodo los padres están más abiertos a las informaciones sobre salud de sus hijos que durante cualquier otro momento. Estos objetivos, incluyen brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Además se debe informar sobre la importancia de la dieta materna durante el embarazo, incluidos efectos de medicamentos, tabaco, alcohol; la necesidad de una supervisión odontológica de las embarazadas, programas de tratamientos dentales durante la gestación, etc.

Higiene del lactante: Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo). Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos.

Fortalecer esta relación permite mantener la supervigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color) se limpia la cavidad bucal con una

gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada.

Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedil con cepillo suave, que existen en el mercado.

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del agente infeccioso. Si al mismo tiempo la mamá le da al bebé alimentos que contienen azúcares (hidratos de carbono), principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries. Todas estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño.

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

Higiene de la dentición: Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez

por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice.

A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche.

En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años).

La técnica de cepillado más recomendable para niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los papás al realizar el cepillado, y el niño al no ser capaz de escupir bien puede tragar parte de la misma.

La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Debemos esforzarnos para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario.

- **Normas de cepillado Generales:**

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

- **Técnica de Bass Modificada:**

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

- **El uso del hilo dental:**

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.

La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce

que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes. En consecuencia la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.

- **Modo de empleo:**

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

- **Fluoruros:**

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

- **Mecanismos de acción:**

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

Acción tópica: El efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - re mineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización.

- **Vehículos de administración de flúor:**

Fluoración de aguas:

La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries. Por otra parte el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.

Otros aportes de flúor sistémico:

En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluoración de las aguas de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluoración de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral.

Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico. Antes de tragarse deben ser masticados y tanto éstos como las gotas, debieran recorrer las superficies externas de los dientes, con lo que realizarían un efecto preventivo local y al ingerirse, un efecto sistémico general. Para la administración de suplementos de flúor debemos tener en cuenta una serie de factores:

- Edad del niño

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

- Nivel de motivación de los responsables: la falta de continuidad en la administración de fluoruro alcanza a más del 80% de los niños a los tres años de iniciado.

- Factores de riesgo de caries: hábitos alimenticios del niño, malos hábitos higiénicos, presencia de caries en el niño o en sus padres, hospitalización prolongada y enfermedades discapacitantes.

- **Administración de flúor prenatal:**

Con frecuencia se ha cuestionado los beneficios de la administración de flúor prenatal para la prevención de caries en dientes temporales.

No existen dudas de que el flúor pasa la placenta y de que el feto es capaz de absorberlo, pero la eficacia verdadera de que estos

suplementos a través de la madre, ya sea mediante el agua fluorada o mediante tabletas, pueda influir en la no aparición de caries es controvertido. Los diferentes estudios no se ponen de acuerdo sobre si existe una evidencia clara que apoye su utilización.

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

- **Administración de flúor postnatal:**

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

Flúor tópico: El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no solo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.

Flúor tópico de aplicación profesional: Se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo- eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes

irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como: Soluciones fluoradas y Pastas de profilaxis.

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

Dentífricos fluorados: El nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F EN 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa).

Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva (5,48). Las ventajas son su efectividad (entre 20- 30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.

Colutorios: Son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de

aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.

- **Dieta:**

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua.

Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales.

2.1.- Definición de términos básicos:

- a) SALUD BUCAL:** Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático.
- b) PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:** Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario,, el secundario y el terciario.
- c) NIVEL DE CONOCIMIENTO:** Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa o cuantitativa.

- d) **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION EN SALUD BUCAL:** Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes además de los aspectos preventivos.
- e) **HIGIENE BUCAL:** Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.
- f) **MALOCLUSION:** Es una afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, se debe a una moderada distorsión del desarrollo anormal.
- g) **GINGIVORRAGIA:** Hemorragia de las encías.
- h) **CARIES:** Destrucción del esmalte y dentina de los dientes por acción de bacterias.
- i) **DENTRIFICOS:** Polvos, pastas, agua, etc., para limpiar la dentadura.
- j) **GINGIVITIS:** Inflamación a las encías.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de Hipótesis:

El 80% de gestantes no conoce sobre prevención en salud bucal, siendo su nivel de conocimiento regular sobre la prevención de está.

3.2 Hipótesis específicas:

- A mayor nivel de conocimientos mayor prevención en salud bucal en gestantes.
- A menor nivel de conocimientos mayor enfermedades bucales en gestantes.
- A menor nivel de conocimientos menor prevención en salud bucal en gestantes.

3.3 Variables:

3.3.1 Identificación de las variables:

- **Variable Independiente:** Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal.
- **Variable dependiente:** Prevención en salud bucal
- **Variable intervinientes:** Edad, meses de embarazo, asistencia odontológica.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y nivel de investigación.- El presente estudio es de diseño No experimental, prospectivo, descriptivo de corte transversal, porque evalúa en un momento dado el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de las gestantes.

4.2.- Universo.- La población estuvo formada por aproximadamente 40 gestantes, que acudieron al servicio de odontología del Hospital San José de Chincha para sus controles dentales durante los meses de Enero – Febrero del 2013.

4.3.- Muestra.- Se toma como muestra a una población aleatoria de 36 madres gestantes.

CAPITULO V

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnica de recolección de datos.- El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario) previamente calibrado con una prueba piloto y sometida a juicio de expertos. Este cuestionario

constó de 20 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) sobre conocimientos, el cual contiene los fines plantados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

- Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal (8 preguntas)
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas)
- Conocimientos sobre gestación y atención odontológica (4 preguntas)
- Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (4 preguntas).

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

- Malo (0-6 puntos)
- Regular (7-13 puntos)
- Bueno (14-20 puntos)

El cuestionario fue entregado a las madres gestantes que acudieron al Hospital San José de Chincha (Área de consultorio externo de odontología), ya que contuvo también información general que consignaron las gestantes para el cumplimiento de objetivos específicos de este estudio, como:

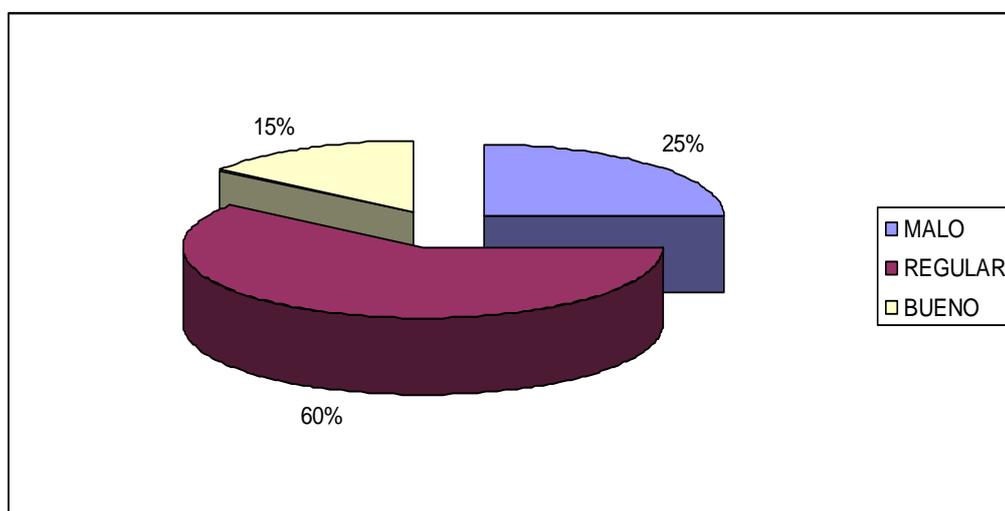
- Edad
- Trimestre de embarazo
- Grado de instrucción
- Visita previas al odontólogo
- Motivo por el cual recibe o no tratamiento odontológico actualmente.

Después de la toma de muestra se les dio una charla sobre prevención, mediante trípticos y rotafolios.

5.2.- Técnica de análisis de datos.- Se utilizaron la observación directa e indirecta.

5.3.- Resultados obtenidos: Los resultados de la investigación realizada en gestantes que acudieron al Servicio de odontología del Hospital San José de la Provincia de Chincha en los meses de Enero- Febrero del 2013, nos indica el nivel de información que ellas tienen con respecto a la Prevención en Salud Bucal, lo cual incluye tanto el conocimiento sobre Salud Bucal infantil, como el cuidado e importancia de la misma durante su gestación, así como también el conocimiento sobre desarrollo dental. Se relacionó el grado de conocimiento con su edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción y visitas al odontólogo. Estos resultados se presentarán mediante cuadros y gráficos estadísticos.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ENCUESTADAS	PORCENTAJE
MALO	5	25%
REGULAR	12	60%
BUENO	3	15%



Cuadro N° 1: Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en Gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013

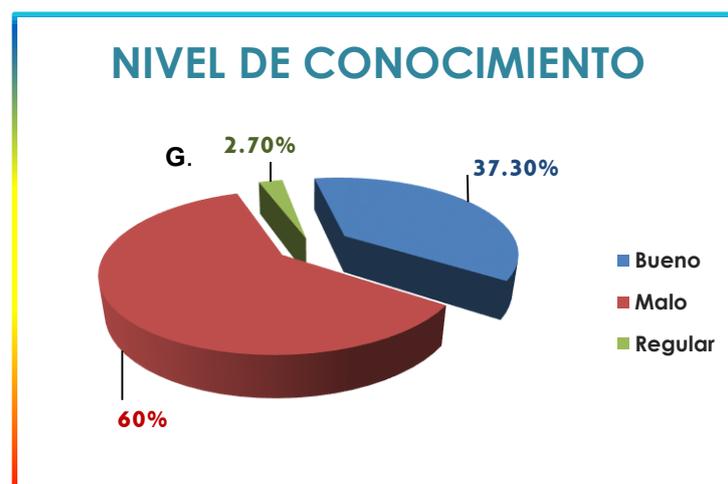
Nivel de Conocimiento	n	f1 (%)
Bueno	28	37.30%
Malo	45	60.00%
Regular	2	2.70%
Total	75	100%

n =frecuencia

fi =frecuencias relativas (%)

Se presentan los resultados generales obtenidos por las gestantes en el cuestionario sobre prevención en Salud Bucal, agrupadas en tres categorías, encontrándose en su mayoría al nivel de conocimiento Regular, con un 60%, seguido por un mal conocimiento, con 37,3% y en muy escaso porcentaje a aquellas gestantes con un óptimo o buen conocimiento (2,7%).

Gráfico N° 1 Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en Gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013



Cuadro N° 2: Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en Gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.

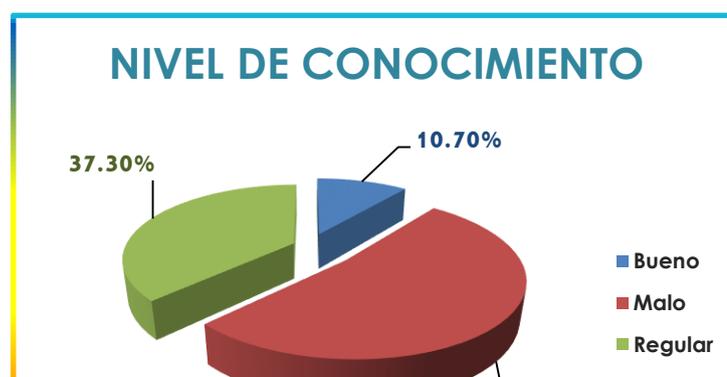
Nivel de Conocimiento	n	f1 (%)
Bueno	8	10.70%
Malo	39	52.00%
Regular	28	37.30%
Total	75	100%

n =frecuencia

fi =frecuencias relativas (%)

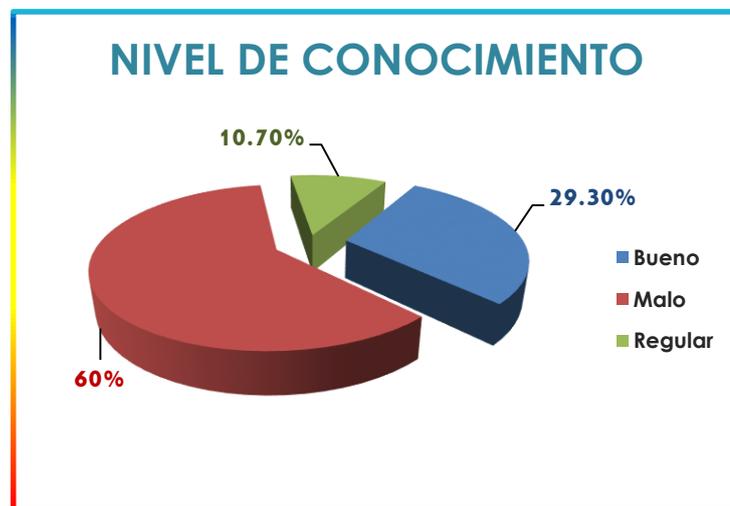
El cuestionario sobre prevención en salud Bucal, consta de 4 partes, la primera, es acerca del conocimiento sobre medidas preventivas, donde observamos que el conocimiento regular sigue siendo el predominante con un 52%, aquí vemos un incremento hacia el buen conocimiento, llegando a un 37,3%, dejando al mal conocimiento con el 10,7% de gestantes en esta categoría.

Gráfico N° 2: Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en Gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.



La segunda parte del cuestionario es acerca del conocimiento sobre Enfermedades bucales, aquí también el conocimiento regular, obtiene la mayoría con un 60% de gestantes, se aprecia que el 29,3% de las mismas tienen un mal conocimiento, y una menor proporción (8%) alcanzan el buen conocimiento.

Grafico N° 3: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en el Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.



Cuadro N° 4: Nivel de Conocimiento sobre gestación y atención odontológica en Gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.

Nivel de Conocimiento	n	f1 (%)
Bueno	47	62.70%

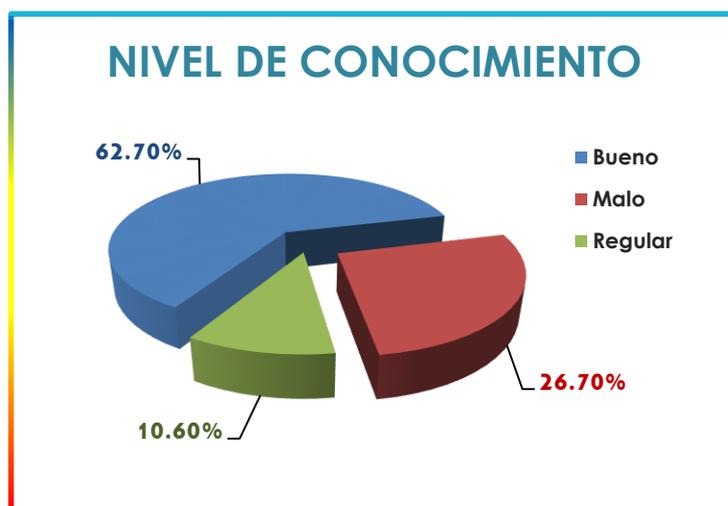
Malo	20	26.70%
Regular	8	10.60%
Total	75	100%

n =frecuencia

fi =frecuencias relativas (%)

La tercera parte del cuestionario de salud Bucal, se refiere al grado de conocimiento que tienen las gestantes con respecto a su estado y su relación con la atención odontológica, se ve que la mayoría posee un mal conocimiento, representado por un 62,7%, seguido por un regular y en menor proporción buen conocimiento, 27,7% y 10,6% respectivamente.

Gráfico N° 4: Nivel de conocimiento sobre la gestación y atención odontológica en gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.



CUADRO N° 5: Nivel de Conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en Gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.

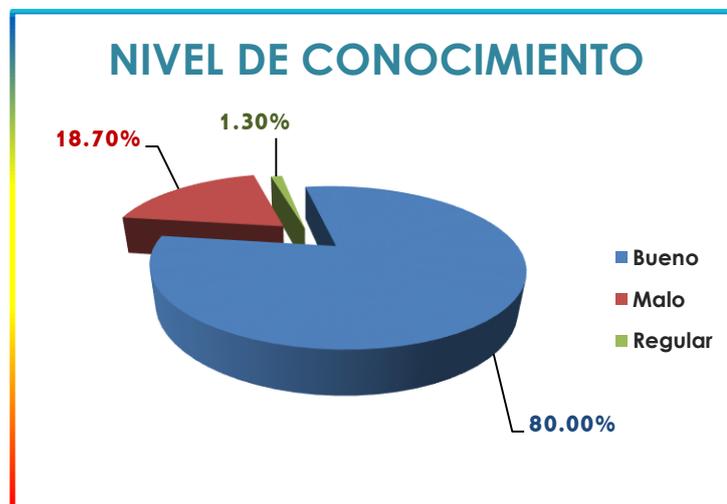
Nivel de Conocimiento	N	f1 (%)
Bueno	60	80.0%
Malo	14	18.7%
Regular	1	1.3%
Total	75	100%

n =frecuencia

fi =frecuencias relativas (%)

La cuarta y última parte del cuestionario, se refiere al conocimiento de las gestantes acerca del desarrollo dental de sus futuros hijos, se ve claramente que existe un mal conocimiento en la mayoría de las gestantes, alcanzando el 80%, en contraposición con el 18,7% y 1,3% del regular y buen conocimiento respectivamente.

Gráfico N° 5: Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en gestante. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013



CUADRO No 6 y GRÁFICO No 6

Nos presenta los promedios obtenidos en las cuatro partes del cuestionario de Salud Bucal. En donde se aprecia que en la primera parte sobre conocimientos acerca de medidas preventivas

se obtuvo un promedio de 12, con una nota máxima de 20 y una nota mínima de 3, lo que representa una desviación estándar (DS) amplia de $\pm 4,1$. La segunda parte, conocimientos sobre enfermedades bucales, el promedio fue de 8, con una DS de $\pm 4,8$, con una nota máxima y mínima de 20 y 0 respectivamente. Asimismo, la tercera parte, sobre gestación y atención odontológica, obtuvo un promedio de 6, con DS de $\pm 4,5$ y una nota máxima de 15 y mínima de 0. La última parte del cuestionario, sobre conocimiento acerca del desarrollo dental infantil, obtuvo una nota promedio de 4, con nota máxima de 15 y mínima de 0, dando una DS de $\pm 4,0$. El promedio general de estas cuatro notas fue de 8, con una DS de $\pm 2,7$, con nota máxima y mínima de 14 y 3 respectivamente.

CUADRO No 7 y GRÁFICO No 7

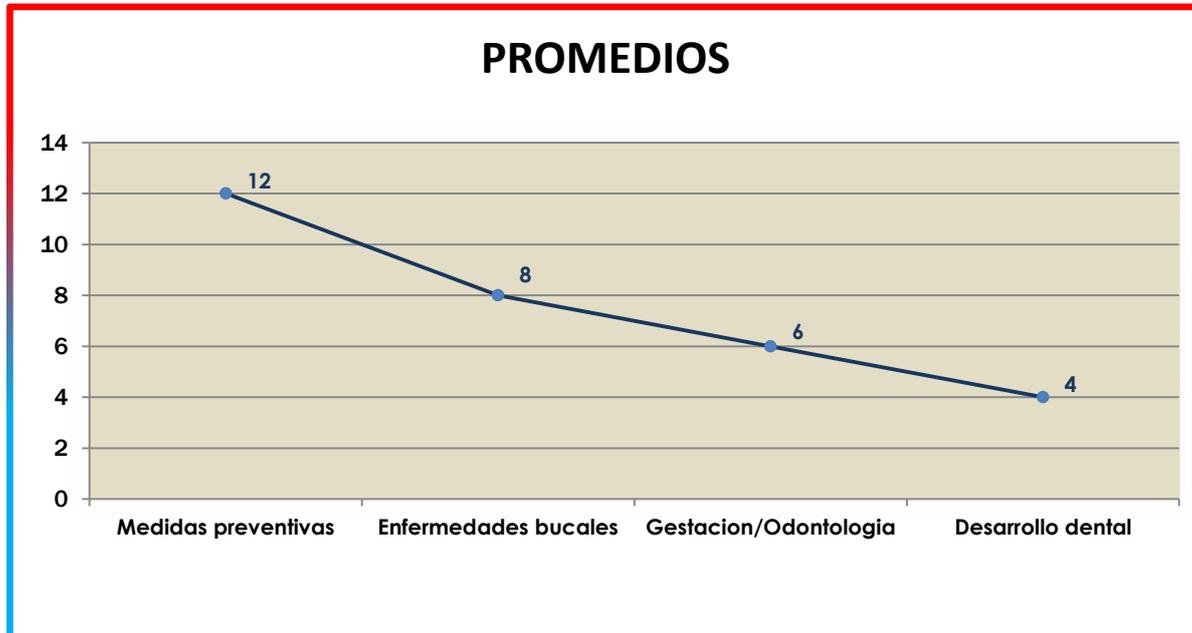
Representa las frecuencias de respuestas dadas por las gestantes en el cuestionario de Salud Bucal, el cual contenía 22 preguntas de las cuales, la pregunta No 4, referida a la importancia del flúor, fue la que obtuvo mayor porcentaje de respuestas correctas (89%), y la pregunta No19, acerca de cuándo empiezan a formarse los dientes, no obtuvo ninguna respuesta correcta (0%). Se aprecia diversidad de proporciones para cada respuesta, obteniendo los mayores porcentajes en la primera parte del cuestionario (de la pregunta 1 a la 8) y van disminuyendo gradualmente en las posteriores partes del mismo.

Cuadro N° 6: Promedios de notas obtenidos en cuestionario sobre conocimientos sobre Salud Bucal en gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013

s = desviación estándar

	PROMEDIO	O	NOTA MAX	NOTA MIN
Medidas preventivas	12	±4.1	20	3
Enfermedad bucal	8	±4.8	20	0
Gestación/Odontología	6	±4.5	15	0
Desarrollo dental	4	±4.0	15	0
PROMEDIO GENERAL	8	±2.7	14	3

Gráfico N° 6: Comparación de promedios de notas obtenidas en cuestionario sobre conocimientos en salud Bucal. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013



Cuadro N° 7: Distribución de frecuencia de respuestas dadas en el cuestionario sobre Salud Bucal en gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.

# Preguntas	n	fi(%)	# Preguntas	n	fi(%)
1	26	35%	12	52	69%

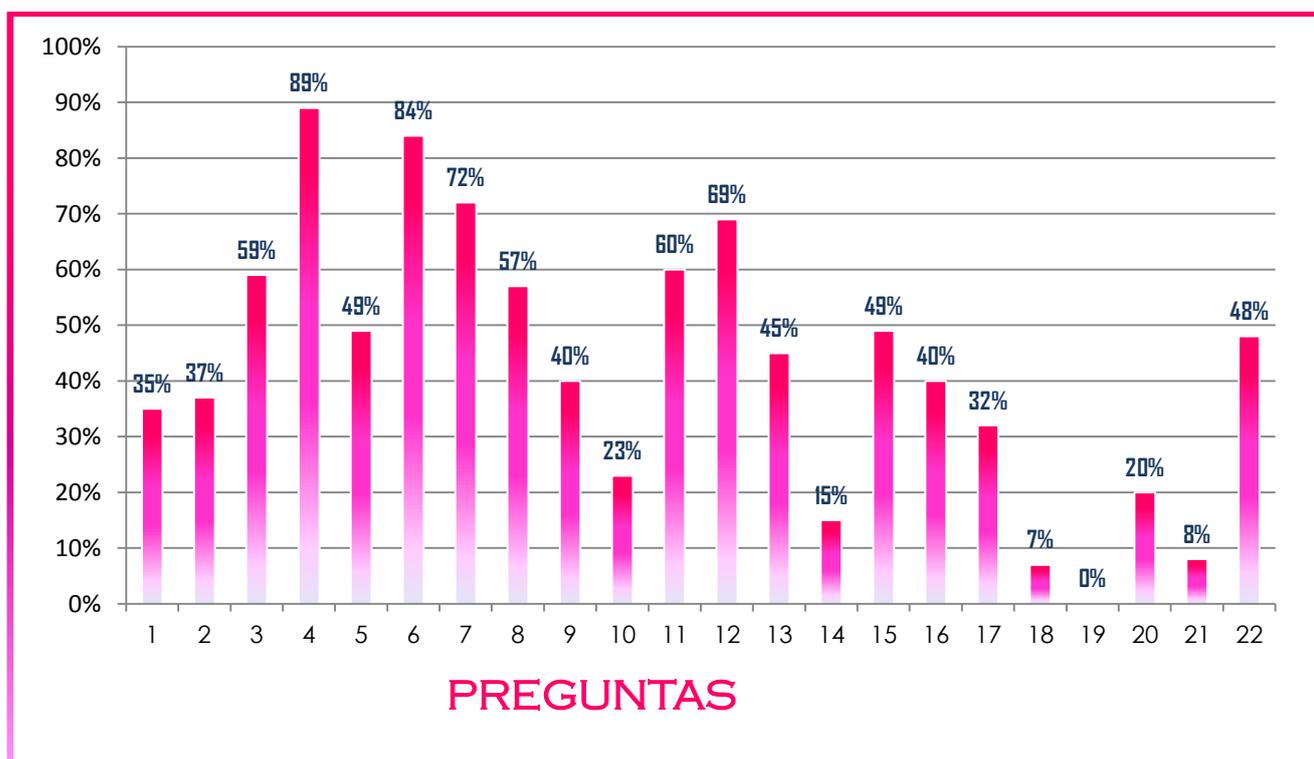
2	28	37%	13	34	45%
3	44	59%	14	11	15%
4	67	89%	15	37	49%
5	37	49%	16	30	40%
6	63	84%	17	24	32%
7	54	72%	18	5	7%
8	43	57%	19	0	0%
9	30	40%	20	15	20%
10	17	23%	21	6	8%
11	45	60%	22	36	48%

n

=frecuencia

fi=frecuencias relativas (%)

Gráfico N° 7: Distribución de respuestas dadas por gestantes en el cuestionario sobre Prevención en Salud Bucal. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.



CUADRO No 8 Y GRÁFICO No 8

Se muestra la comparación del nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes según grupo etáreo. De las 75 primigestas encuestadas, el 42,7% se encuentran en el rango de 20 años a menos, el 25,3% está entre los 21 y 25 años; el 21,3%, entre los 26 y 30 años, y el 10,7% las gestantes son mayores de 30 años. De estos 4 grupos, los tres primeros, de 20 años a menos, entre 21 y 25 años y entre 26 y 30 años, predomina el nivel regular, con un 56,%, 74% y 56% respectivamente, seguido por un mal conocimiento, en estos tres grupos, con un 41% en el grupo de 20 años a menos, 26%, de 21 a 25 años y 38% en el grupo de 26 a 30. En el último grupo, de más de 30 años, existe equitativamente un 50% de gestantes con un mal y regular conocimiento. No se encontró diferencias significativas entre la edad y el nivel de conocimiento ($\chi^2=3,4090$; $p<0,01$).

CUADRO No 9 Y GRÁFICO No 9

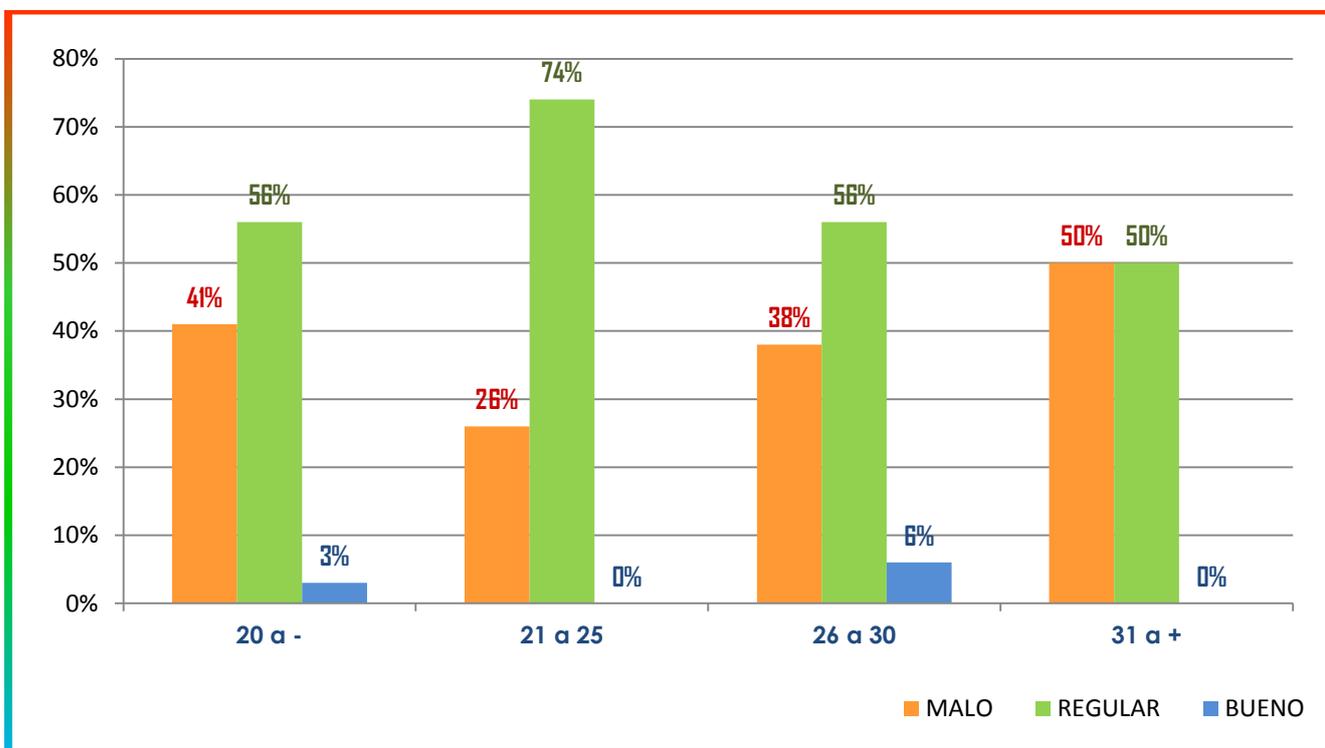
Se muestra la relación entre el nivel de conocimientos y el trimestre de embarazo. El tercer trimestre se encontró en mayor proporción, con un 67%, el segundo trimestre con un 21% y el primer trimestre se presentó en un 12%. Los resultados obtenidos fueron casi similares en los tres trimestres, predominando el nivel regular de conocimiento, con el 67%, 56% y 60% para el I, II y III trimestre respectivamente. Seguido por un mal conocimiento, de 33% para el I trimestre, 38%, para el II y III trimestre. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y trimestre de embarazo. ($\chi^2=1,2426$; $p<0,01$).

Cuadro N° 8: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según grupo etáreo en gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO ETÁREO							
	20 a menos		21 a 25		26 a 30		31 a más	
	n	fi	n	Fi	n	fi	n	Fi
Malo	13	41%	5	26%	6	38%	4	50%
Regular	18	56%	14	74%	9	56%	4	50%
Bueno	1	3%	0	0%	1	6%	0	0%
TOTAL	32	100%	19	100%	16	100%	8	100%

Dónde: **fi** = frecuencia y **Fi** = Frecuencia relativa

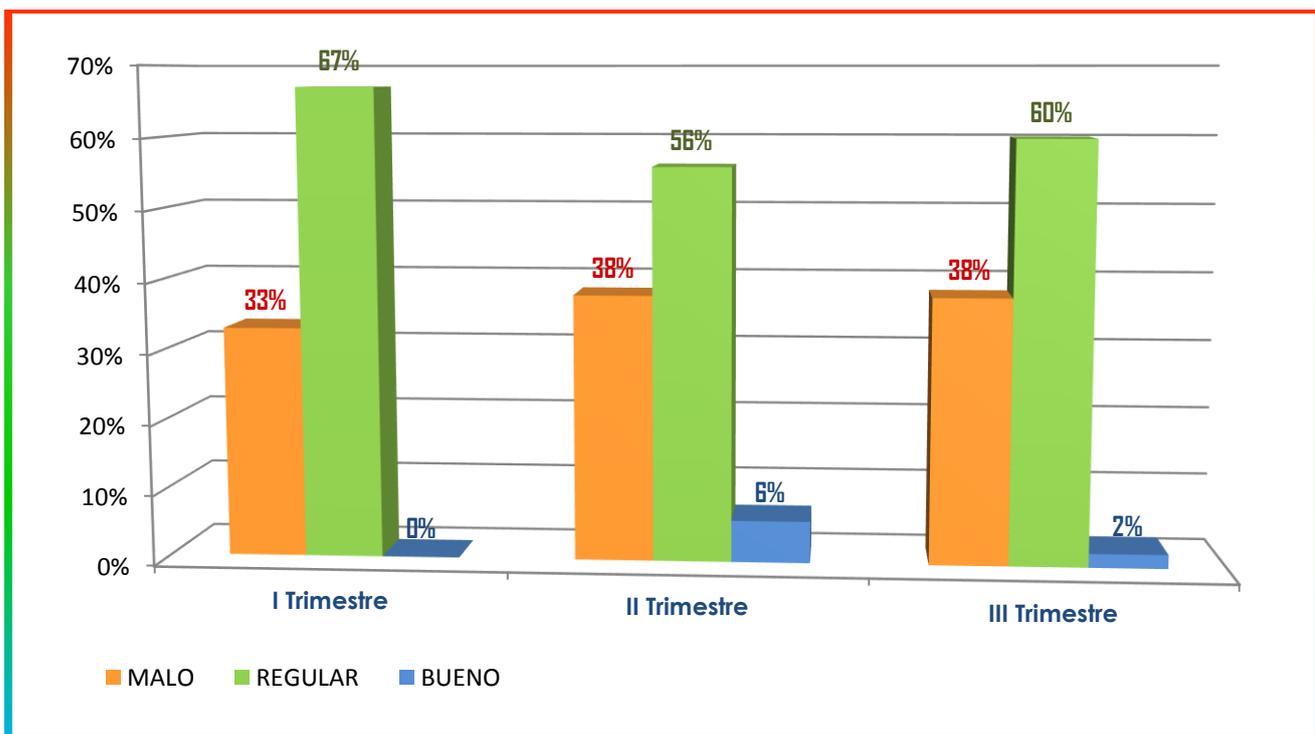
Gráfico N° 8: Comparación del nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en gestantes según edad. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.



Cuadro N° 9: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según trimestre de embarazo en gestantes. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Trimestre de embarazo					
	I		II		III	
	n	fi	N	fi	n	fi
Malo	3	33%	6	38%	19	38%
Regular	6	67%	9	56%	30	60%
Bueno	0	0%	1	6%	1	2%
TOTAL	9	100%	16	100%	50	100%

Gráfico N° 9: Comparación del nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en gestantes según trimestre de embarazo. Hospital San José de Chincha de enero – febrero del 2013.



CUADRO No 10 Y GRÁFICO No 10

Muestra la comparación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción de las gestantes. Se encontró una mayor prevalencia del grado secundario (65%), seguido del superior, con un 28% y el grado primario con 7%. Se aprecia que existe un mal nivel de conocimiento (60%) en el grado primario, el mismo que va descendiendo, en los grados secundaria (41%) y superior (24%). El nivel de regular conocimiento, por el contrario va ascendiendo, de 40% en el grado primario, 55% en el grado secundario, hasta llegar aun 76% en el superior. Sólo se encontró un 2% de gestantes que alcanzaron un buen conocimiento, las cuales pertenecen al grado secundario. Estadísticamente, no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=4,3840$; $p<0,01$).

Aunque se aprecia que existe una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción.

CUADRO No 11 Y GRÁFICO No 11

Se aprecia la relación existente entre el nivel de conocimiento y la asistencia odontológica actual recibida por las gestantes. Se encontró que sólo el 20% de las primigestas encuestadas, se encuentran recibiendo atención odontológica. Los resultados mostraron, una predominancia del nivel de conocimiento regular, con un 53% para las gestantes que reciben atención y un 62% para aquellas no son atendidas actualmente. El nivel de conocimiento malo obtuvo porcentajes de 40% y 37%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre atención odontológica y nivel de conocimiento. ($X_2=1,2996$; $p<0,01$).

Cuadro N° 10: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según grado de instrucción en gestantes. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	n	fi	N	fi	n	Fi
Malo	3	60%	20	41%	5	24%
Regular	2	40%	27	55%	16	76%
Bueno	0	0%	2	4%	0	0%
TOTAL	5	100%	49	100%	21	100%

Gráfico N° 10: Distribución de respuestas dadas por gestantes en el cuestionario sobre Prevención en Salud Bucal. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013.

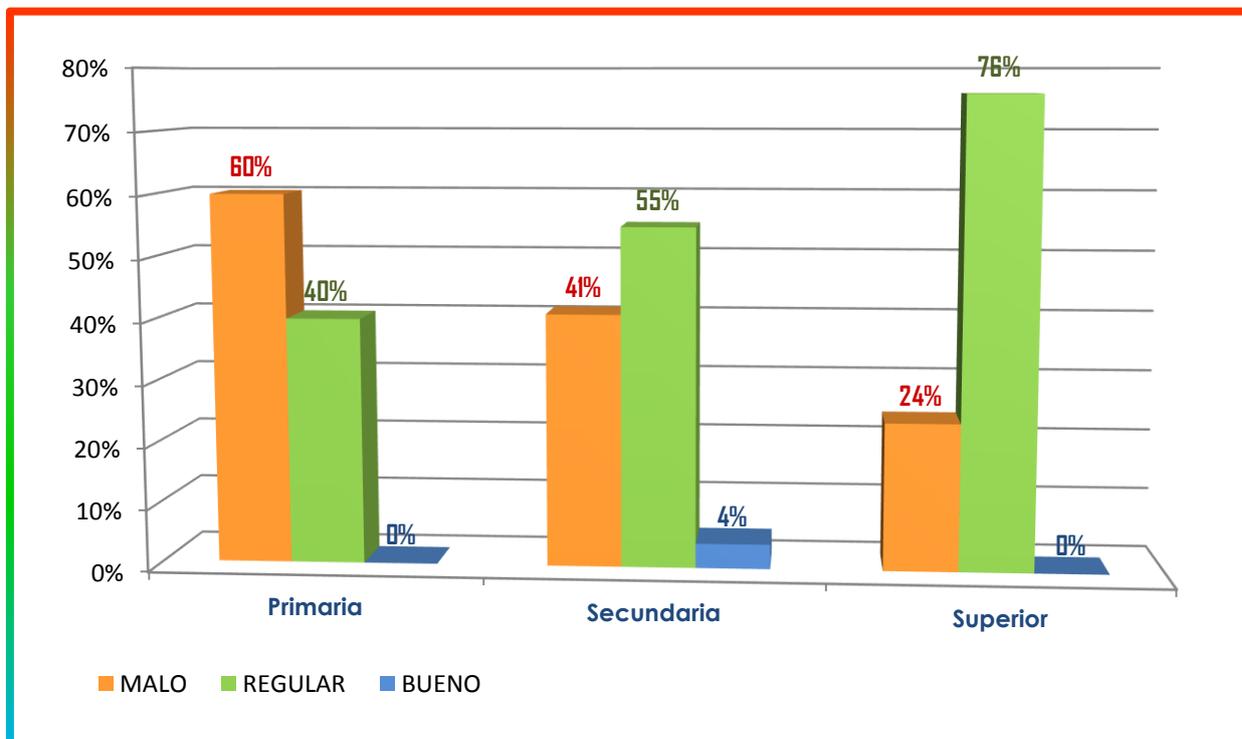
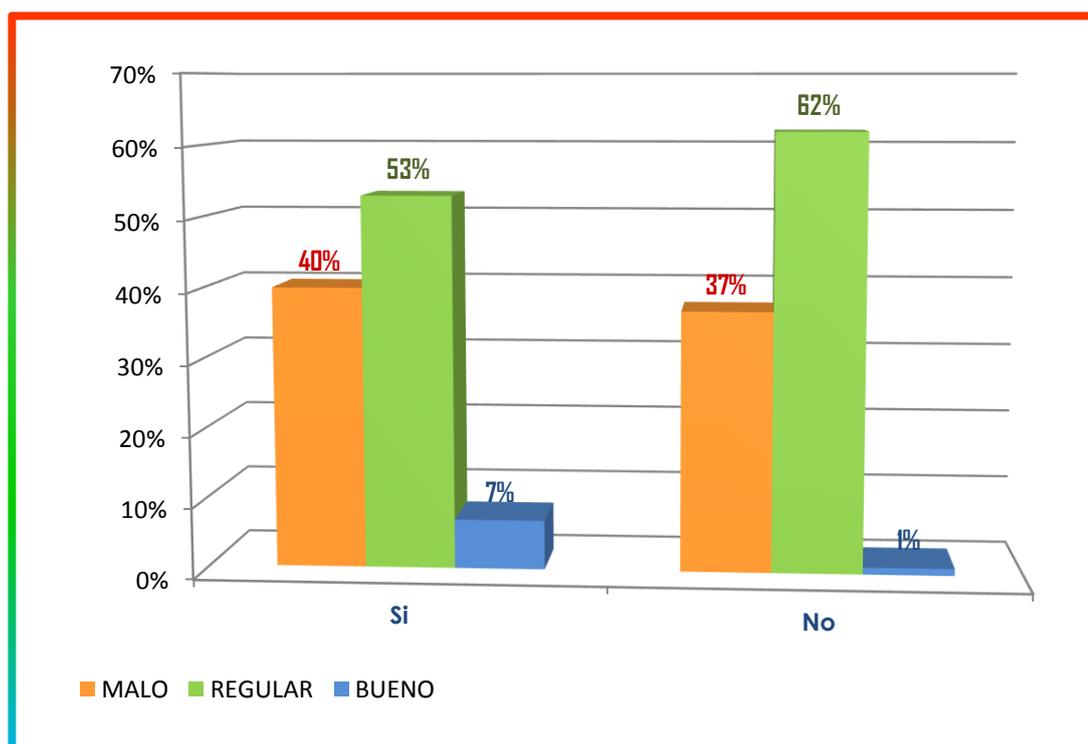


Gráfico N° 11: Distribución del nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en gestantes según atención odontológica actual.

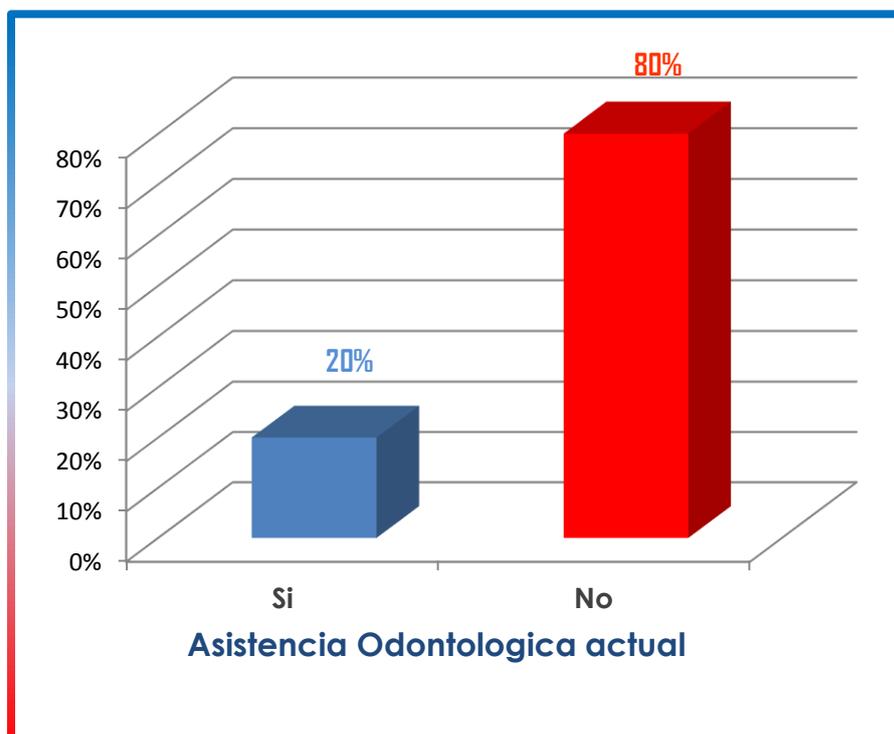


CUADRO N° 12. Distribución de gestantes según están recibiendo o no asistencia odontológica actual. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013

Asistencia Odontológica	n	fi
Si	15	20%
No	60	80%
TOTAL	75	100%

Muestra la distribución de las primigestas, según están o no recibiendo atención odontológica actual, con lo cual se obtuvo que sólo la están recibiendo el 20%, contra un 80%.

Gráfico N° 12: Distribución de gestantes según están recibiendo o no atención odontológica actualmente. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013.

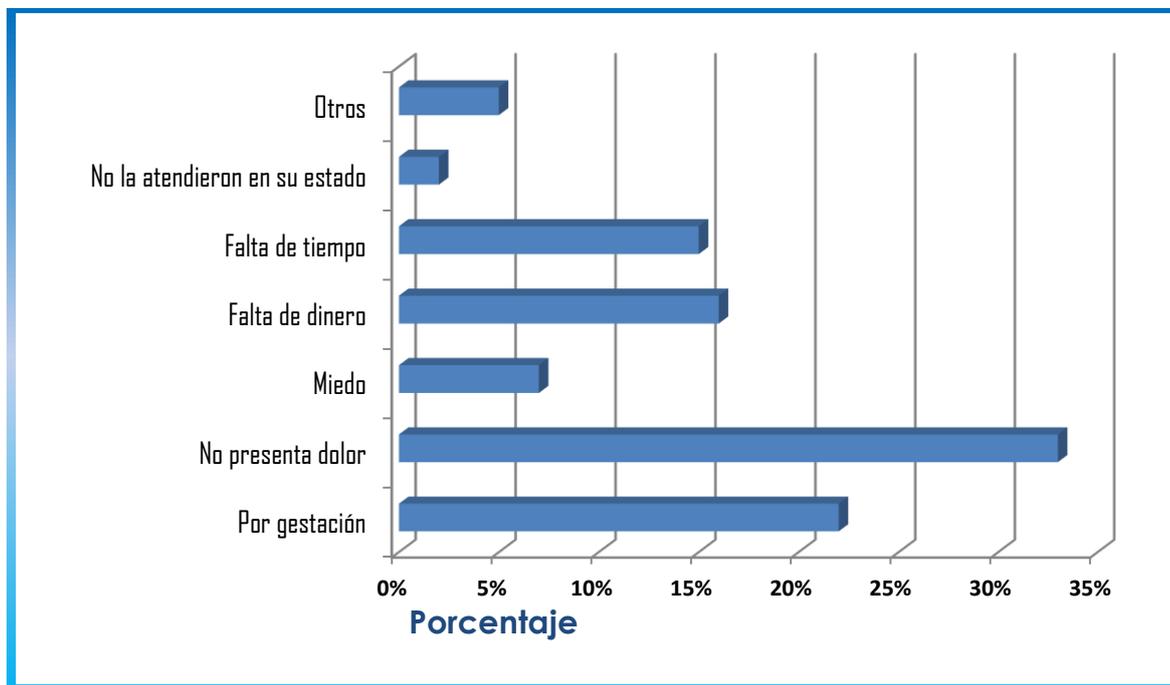


Cuadro N° 13: Distribución de gestantes según motivo por el cual no visita actualmente al odontólogo. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013.

Motivo	n	fi
Por gestación	13	22%
No presenta dolor	20	33%
Miedo	4	7%
Falta de dinero	10	16%
Falta de tiempo	9	15%
No la atendieron en su estado	1	2%
Otros	3	5%
TOTAL	60	100%

Las 60 primigestas (80%) que no se encuentran recibiendo atención odontológica, se les preguntó el motivo, obteniendo como respuesta en mayor proporción a "no presentan dolor" con un 33%, seguido del motivo "por gestación" con un 22%. Los otros ítems recibieron menores porcentajes.

Gráfico N° 13: Distribución de gestantes según motivo por el cual no reciben atención odontológica actual. Hospital San José de Chíncha de enero – febrero del 2013.



- **Cronograma de Actividades:**

PLANIFICACION	SEMESTRE 2013 - I											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CAPITULO I.- PROBLEMA												
Origen del problema												
Formulación del problema		x										
Objetivos generales y especif.		x										
Justificación e importancia			X									
Viabilidad y limitación			x									
CAPITULO II.- MARCO TEORICO												
Antecedentes del problema				x								
Bases teóricas					X							
CAPITULO III.- HIPOTESIS												
Hipótesis						X						
Variables						x						
Operacionalización							X					
CAPITULO IV.- METODOLOGIA												
Tipo de estudio									X			
Universo									x			
Muestra										x		
Técnicas de recolección											x	
Técnica de análisis												
Entrega de proyecto de Inv.												

- **Presupuesto:**

PRESUPUESTO			
RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNIT.	TOTAL
Internet	96	1.00	96
Tipeo	58	0.30	17.4
Impresión	116	0.20	23.2
CD	2	1.00	2
Espiralado	2	3.50	7
Pápelo grafos	10	0.50	5
Movilidad	10	2	20
Viáticos	10	5	50
Copias	116	0.05	5.8
Hojas	1000	14	14
TOTAL			240.40

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

- La mayoría de las gestantes encuestadas obtuvieron un regular conocimiento sobre Prevención en salud Bucal (60%), con un promedio de notas de 8.
- En las cuatro partes del cuestionario sobre Salud Bucal, se observó que los promedios obtenidos en cada una de éstas, fue disminuyendo, obteniéndose para la primera parte, sobre medidas preventivas, 12; para enfermedades bucales :8, para gestación y atención odontológica: 6 y finalmente para desarrollo dental, 4.
- El rango de edad más frecuente, fue el de menos de 20 años (42,7%), en el trimestre de embarazo, el tercer trimestre fue el más representativo (67%). El grado de instrucción más predominante fue el de secundaria (65%). La mayoría de las gestantes no se encontraba recibiendo atención odontológica (80%).
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y asistencia odontológica.
- Se encontró una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción
- Los motivos más frecuentes hallados por el cual no reciben atención odontológica actual fue el de no presentar dolor (33%) y en segundo lugar colocan a la gestación como motivo principal (22%)

6.2 RECOMENDACIONES

- Se requieren de estudios de tipo longitudinal, donde teniendo como base al nivel de conocimiento de las gestantes, se pueda evaluar si éstos son o no aplicados en sus hijos.
- Emplear los resultados de este trabajo de investigación como base tanto para el trabajo en Salud Pública, como para la práctica independiente.
- Realizar mayor labor preventiva promocional en pacientes gestantes y puérperas de los diferentes centros hospitalarios, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud Bucal.
- Reforzar y apoyar al programa preventivo-promocional que opera en estos momentos en el Ministerio de Salud, donde se considera a la gestante como grupo prioritario, poniendo en práctica métodos de prevención a través de nuestra Universidad en el internado hospitalario, donde el interno de odontología debe apoyar ésta gestión.
- Así, en los Hospitales, en los servicios de odontología, deberían introducir al Odontólogo o interno de Odontología, en el grupo de especialistas (conformado por el obstetra, neonatólogo y nutricionista) para asegurar que las madres y padres reciban un reconocimiento dental y se les ofrezca orientación preventiva sobre salud oral y los tratamientos conservadores necesarios.

A N E X O S

- **Conceptualización Operacional de las variables:**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<p>Variable independiente: Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal.</p>	<p>Los conocimientos en salud conforman una importante gama de elementos culturales que se vinculan a su vez con factores biológicos económicos y sociales. Las distintas formas de comportamiento en salud son expresiones de una serie de respuestas adaptativas de la población.</p>	<p>El nivel de conocimientos en salud coincide casi exactamente con la educación, pues trata de promover el desarrollo de habilidades y capacidades de adaptación que constituyen factores de protección ante situaciones de riesgo.</p>
<p>Variable dependiente: Prevención en salud bucal</p>	<p>El cuidado de la boca y de los dientes es una parte importante del mantenimiento de la salud general. La buena higiene oral ayuda a prevenir las infecciones o a detectarlas temprano, y también ayuda a conocer el estado general de su salud y del sistema inmunitario.</p>	<p>Los métodos preventivos aplicados a la población; los cuales son la base para un programa preventivo promocional de salud bucal son los buenos hábitos de higiene bucal, control odontológico periódico, hábitos dietéticos adecuados, uso de flúor tópico y sistémico y la aplicación de sellantes.</p>

• **Operacionalización de variables:**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/PREGUNTAS	CRITERIO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS.
(V. Independiente)	Salud bucal	Salud bucal	¿Sabe ud, qué es una buena salud bucal?	Si () No ()	Nominal	Observación directa e indirecta
Nivel de conocimientos		Tipo de dentición	¿Cuántos tipos de dientes tiene?	Uno () Dos () Tres () Cuatro ()	Ordinal	Cuestionario
		Descalcificación de los dientes.	¿Sabe usted a qué edad empiezan a descalcificarse los dientes?	Si () No ()	Nominal	
		Maloclusión	¿Sabe usted qué es una maloclusión?	Si () No ()	Nominal	

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/PREGUNTAS	CRITERIO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS.
(V. Dependiente) Prevención en salud bucal.	Medidas preventivas	Higiene bucal	¿Cree ud, qué la higiene bucal es muy importante?	Si () No ()	Nominal	Observación directa e indirecta
		Importancia del cepillado	¿Cuántas veces al día ud, se cepilla?	Nominal	Cuestionario
		Ingesta de fluor	¿Ud, hace uso del fluor?	Si () No () A veces ()	Ordinal	
		Dieta	¿Se alimenta adecuadamente considerando su embarazo?	Si () No ()	Nominal	

		Inasistencia al odontólogo	¿Qué tipo de alimentos consume? ¿Por qué motivo no asiste al dentista? Por miedo () Motivos económicos () Falta de tiempo ()	Ordinal	
--	--	----------------------------	---	--	---------	--

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/PREGUNTAS	CRITERIO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS.
Edad	Edad	¿Qué edad tiene ud?	20 años a menos () De 21 a 25 años () De 26 a 30 años () De 31 a más ()	Ordinal	Observación directa e indirecta
Trimestre de embarazo	Nº de mes de gestación	¿En qué trimestre de tu embarazo te encuentras?	1 trimestre () 2 trimestre () 3 trimestre ()	Ordinal	Cuestionario
Atención odontológica.	Visita odontológica actual	¿Acude frecuentemente a su cita odontológica?	Si () No ()	Nominal	

- **Matriz de consistencia:**

ORIGEN Y JUST. DEL PROBLEMA	FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO DE ESTUDIO	TECNICA E INSTRUMENTOS
<p>Durante mucho tiempo, la atención y la asistencia odontológica y preventiva para niños, se iniciaba a los 3 años de edad. Varias investigaciones realizadas demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, e inclusive antes, durante la gestación, existe la presencia de hábitos inadecuados.</p>	<p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al Hospital San José de la provincia de Chincha en los meses de enero – febrero del 2013?</p>	<p>General: Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes.</p> <p>Específicos: - Precisar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal en gestantes. - Establecer el nivel de conocimiento</p>	<p>- A mayor nivel de conocimientos mayor prevención en salud bucal en gestantes.</p> <p>- A menor nivel de conocimientos mayor enfermedades bucales en gestantes.</p> <p>- A menor nivel de conocimientos menor prevención en salud bucal en gestantes.</p>	<p>Independiente: Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal.</p> <p>Dependiente: Prevención en salud bucal</p> <p>Intervinientes: Edad, meses de embarazo, asistencia odontológica.</p>	<p>No experimental</p> <p>Descriptivo</p> <p>Transversal</p> <p>Prospectivo.</p>	<p>Observación directa e indirecta</p> <p>Cuestionario.</p>

		sobre desarrollo dental en Salud Bucal en gestantes				
--	--	---	--	--	--	--



CUESTIONARIO PARA GESTANTES

INTRODUCCIÓN:

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

I.- DATOS GENERALES:

Instrucciones:

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

- Edad..... años
- Tengo..... meses de embarazo.
- Distrito donde vive.....
- Grado de instrucción: Ninguno ()
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()

II.- DATOS ESPECIFICOS:

1. ¿Ha ido alguna vez al dentista?
a) SI () b) NO ()
2. ¿Actualmente recibe tratamiento odontológico?
a) SI () b) NO ()

3. Responda el motivo a su última visita al dentista:

- a) Consulta ()
- b) Curaciones ()
- c) Dolor de muela ()
- d) Otros () Especifique.....

4. Responda el motivo por el cual UD, no asiste al dentista (solo responda esta pregunta, si es que usted no está asistiendo actualmente la odontólogo).

- a) Por miedo ()
- b) Motivos económicos ()
- c) Falta de tiempo ()
- d) Otros () Especifique.....

III.- PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 20 preguntas. Para contestar cada pregunta usted, deberá escoger solo una respuesta que será la usted considere mas adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1.- ¿Cree usted que la higiene bucal es muy importante? ¿Porque?

- a) SI ()
- b) NO ()

.....
.....

2.- ¿Cuáles considera usted son medidas preventivas en salud bucal?

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

3.- ¿Cuántas veces al día usted se cepilla?

- a) 1 vez ()
- b) 2 veces ()
- c) 3 veces ()

4.- ¿Sabe usted si la alimentación llevada durante su embarazo afectara los dientes de su hijo?

- a) SI () b) NO ()

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

- a) SI () b) NO ()

6.- ¿Usted pondría a dormir al niño con el biberón?

- a) SI () b) NO ()

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

- a) SI () b) NO ()

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

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

9.- ¿Sabe usted qué es la placa bacteriana?

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

10.- ¿Sabe usted que es la caries de biberón?

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

11.- ¿Considera usted a la caries como una enfermedad contagiosa?

- a) SI () b) NO ()

12.- ¿Considera cierto “*que por cada embarazo se pierde un diente*”?

- a) SI () b) NO ()

13.- ¿Sabe usted qué es la gingivitis?

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

14.- ¿Sabe usted qué es la enfermedad periodontal?

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

15.- ¿Se alimenta adecuadamente de acuerdo a su embarazo?

- a) SI ()
- b) NO ()

16.- Consume leche:

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A VECES ()

.....
.....

17.- ¿Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo podrían afectar los dientes de su hijo?

- a) SI ()
- b) NO ()

18.- ¿Considera usted. qué el uso de anestesia dental afectara su gestación?

- a) SI ()
- b) NO ()

19.- ¿En qué periodo de gestación se puede recibir atención odontológica?

- a) Entre 1er y 3er mes ()
- b) Entre 3er y 6er mes ()
- c) Entre 6er y 9no mes ()
- d) En ninguna mes de gestación ()

20.- ¿Sabe cuándo empiezan a formarse el diente de su hijo?

- a) A las 6 semanas de gestación ()
- b) A los 6 meses de gestación ()
- c) A los 6 meses de nacido ()
- d) No sé ()

BIBLIOGRAFÍA

1. **Dobarganes Coca, Ana María.** Intervención educativa en salud bucal para gestantes.
2. **ALVAREZ LOAYZA, Ángela.** Determinación de los factores de riesgo para caries rampante en niños de 6- 42 meses. Tesis-Bachiller UPCH 1996
3. **ARIAS arce, Carlos.** Nivel de conocimiento sobre prevención de salud Oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud. Tesis-Bachille UNFV 2000.
4. **BELLO, A. MACHADO, M.** efecto de la malnutrición fetal sobre los tejidos dentarios. Rev Cubana Estomatol. 1997
5. **CORREA M.** Importancia de revisión odontológica durante el control prenatal generado por manifestaciones gingivales... revista Odontológica Colombia jul-ago-set 1986

Páginas electrónicas:

1. http://salud_bucal2004.pe.tripod.com/salud_bucal/id13.html
2. <http://www.sns.gob.bo/documentacion/normativas/boletin%20Salud%20Oral.pdf>
3. <http://www.publicaciones.ujat.mx>
4. http://www.babysitio.com/embarazo/salud_prenatal_salud_bucal.php

