

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

FACTORES SOCIOSANITARIOS Y SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS. PUESTO DE SALUD ARAQUEDA- CAJABAMBA, 2020

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

BERTHA CHÁVEZ AGUILAR

Asesora:

Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA

Cajamarca, Perú

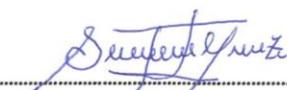
2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: BERTHA CHÁVEZ AGUILAR
DNI: 42993184
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.**
PROGRAMA DE MAestrÍA EN CIENCIAS, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA
Asesora: DRA. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA
2. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
3. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
4. Título de Trabajo de Investigación:

FACTORES SOCIO SANITARIOS Y SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS. PUESTO DE SALUD ARAQUEDA-CAJABAMBA 2020
5. Fecha de evaluación: 10 DE MAYO DEL 2024
6. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (ORIGINAL) (*)
7. Porcentaje de Informe de Similitud: 24% DE SIMILITUD GENERAL
8. Código Documento: 3117:354001218
9. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **08/11/2024**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 ----- DRA ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA DNI: 26676779

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2024 by
BERTHA CHÁVEZ AGUILAR
Todos los Derechos Reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDUC/D
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



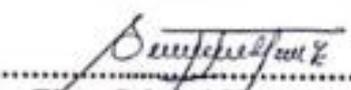
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

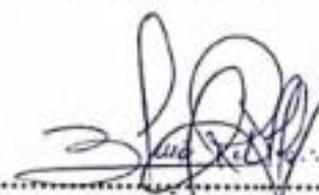
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

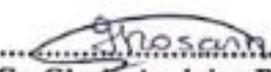
Siendo las 12:00 horas, del día 05 de enero de dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **M.Cs. SILVIA ALFARO REVILLA, M.Cs. GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN, M.Cs. MARTHA ESTHER RODRÍGUEZ TEJADA**, y en calidad de Asesora la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA** Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **"FACTORES SOCIOSANITARIOS Y SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS. PUESTO DE SALUD ARAQUEDA-CAJABAMBA, 2020"**, presentada por la **Bachiller en Odontología BERTHA CHÁVEZ AGUILAR**

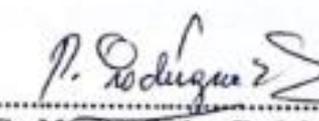
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó **Aprobada** con la calificación de **17.00 Diecisiete** la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bachiller en Odontología BERTHA CHÁVEZ AGUILAR**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**

Siendo las 13:45 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Asesora


.....
M.Cs. Silvia Alfaro Revilla
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Gloria Agripina Rosas Alarcón
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Martha Esther Rodriguez Tejada
Jurado Evaluador

SE DEDICA A:

Mis padres y hermanos quienes me han apoyado para llegar a esta instancia de mis estudios, ya que ellos han estado presentes apoyándome moral y psicológicamente

Mi hija, quien es mi mayor motivación para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

Bertha

SE AGRADECE A:

Dios, por darme la vida y permitirme llegar hasta donde lo he hecho.

La Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por darme la oportunidad de continuar con mis estudios de post grado.

Mi asesora la Dra. Elena Ugaz Burga, por apoyarme en la realización de la presente tesis.

A todas y cada una de las gestantes que formaron parte del estudio, sin ellas hubiese sido posible la realización del presente estudio.

Bertha

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.1.1. Antecedentes internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	8
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorotea Orem	9
2.3. Marco conceptual	10
2.3.1. Salud bucal	10
2.3.2. Abordaje clínico odontológico de la gestante	11
2.3.3. Manifestaciones clínicas que alteran la salud bucal	12
2.3.4. Protocolo de atención odontológica a gestantes	14

2.3.5. Medición de la salud bucal de la gestante	17
2.3.6. Profilaxis de la salud bucal durante en el embarazo	18
2.3.7. Factores asociados a la salud bucal	19
2.4. Definición de términos básicos	21
2.5. Hipótesis	21
2.6. Variables	22
2.6.1. Variable 1	22
2.6.2. Variable 2	22
2.7. Definición conceptual y operacionalización de variables	22
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	24
3.1. Diseño y tipo de investigación	24
3.2. Área geográfica y población de estudio	24
3.3. Tamaño de la muestra	24
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	25
3.5. Unidad de análisis	25
3.6. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.7. Validez y confiabilidad del instrumento	27
3.8. Procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Consideraciones éticas	28
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	51
SUGERENCIAS	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	29
Tabla 2	Factores conductuales de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	32
Tabla 3	Factor sanitario de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	34
Tabla 4	Salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	35
Tabla 5	Salud bucal y grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	37
Tabla 6	Índice clínico de higiene oral y grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	39
Tabla 7	Evaluación de las encías y limpieza dental de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	41
Tabla 8	Severidad de la caries dental y limpieza dental de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	43
Tabla 9	Nivel clínico de higiene oral y limpieza dental de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	45
Tabla 10	Evaluación de las encías y utilización de servicios odontológicos en los últimos 12 meses de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	47
Tabla 11	Nivel clínico de higiene oral y visita odontológica de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020	49

RESUMEN

Objetivo. Determinar la influencia de factores socio demográficos, conductuales y sanitarios en la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda, Cajabamba, 2020. **Material y métodos.** La investigación es de tipo descriptiva correlacional, con un diseño no experimental, de corte transversal, realizada en una muestra de 72 gestantes. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de recolección de datos y el odontograma. **Resultados:** se encontró que, dentro de los factores sociales, el 18,7% de gestantes perteneció al grupo etario de 15-19 años; 28% tenía secundaria incompleta, 49,3% eran convivientes y 88% tenía un ingreso económico menor de 1 salario mínimo vital. Como factores conductuales se identificó que el 81,3% no se lava los dientes; sin embargo, 72% ha utilizado los servicios odontológicos en los últimos 12 meses, el motivo de la consulta fue el dolor dental en 48% y como factor sanitario se identificó que el 88% indicó tener cobertura social odontológica. En cuanto a la salud bucal, se determinó que 64% de gestantes presentó gingivitis leve, 42,7% tenía caries dental moderada, el 37% evidenció un nivel clínico de higiene oral regular y malo, respectivamente. **Conclusión:** se determinó que los factores sociales que se relacionaron con la salud bucal fueron el grado de instrucción en la severidad de la caries dental ($p= 0.003$) y en el Índice clínico de higiene oral ($p=0,010$); dentro de los factores conductuales, la limpieza dental se relacionó con la presencia de gingivitis ($p=0,006$) y en la severidad de la caries dental ($p=0,000$) y los factores sanitarios que se relacionaron con la salud bucal fueron la utilización de servicios odontológicos en la presencia de gingivitis ($p=0,016$) y en el nivel clínico de higiene oral ($p=0,045$).

Palabras clave: salud bucal, gestante, factores.

ABSTRACT

Determine the influence of socio-demographic, behavioral and health factors on the oral health of pregnant women treated at the Araqueda Health Post, Cajabamba, 2020. Material and methods. The research is of a descriptive correlational type, with a non-experimental, cross-sectional design, carried out in a sample of 72 pregnant women. The instruments used were a data collection sheet and the odontogram. Results: it was found that, within the social factors, 18.7% of pregnant women belonged to the age group of 15-19 years; 28% had incomplete secondary school, 49.3% were cohabitants and 88% had an income of less than 1 minimum living wage. As behavioral factors, it was identified that 81.3% do not brush their teeth; However, 72% have used dental services in the last 12 months, the reason for the consultation was dental pain in 48% and as a health factor it was identified that 88% indicated having dental social coverage. Regarding oral health, it was determined that 64% of pregnant women presented mild gingivitis, 42.7% had moderate dental caries, and 37% showed a regular and poor clinical level of oral hygiene, respectively. Conclusion: it was determined that the social factors that were related to oral health were the degree of education in the severity of dental caries ($p= 0.003$) and in the Clinical Oral Hygiene Index ($p=0.010$); Within the behavioral factors, dental cleaning was related to the presence of gingivitis ($p=0.006$) and the severity of dental caries ($p=0.000$) and the health factors that were related to oral health were the use of services dentistry in the presence of gingivitis ($p=0.016$) and in the clinical level of oral hygiene ($p=0.045$).

Keywords: oral health, pregnant women, factors.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es algo muy importante en la vida y el bienestar de todas las personas, que, adquiere una dimensión especial en la mujer durante todo el proceso del embarazo (1). Mantener la salud bucal en la gestación es un importante desafío de la salud pública en todo el mundo, ya que existe una alta frecuencia de caries e inflamación gingival entre las mujeres embarazadas, que no solamente afecta a la mujer, sino que tiene repercusiones en el niño por nacer ocasionando prematuridad y/o bajo peso al nacer (2).

A través de diversos estudios se observó que múltiples factores se relacionan con la salud bucal, entre los cuales se pueden encontrar, factores sociales, como la edad, el grado de instrucción, el estado civil o el ingreso económico; conductuales como el cepillado de los dientes y las visitas odontológicas periódicamente y sanitarios, como la cobertura a los servicios odontológicos; razón por la que se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la relación entre los factores socio demográficos, conductuales y sanitarios y la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda, llegando a determinar que algunos factores sociodemográficos, conductuales y sanitarios se relacionan significativamente con la salud bucal de las gestantes

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: correspondiente al planteamiento del problema, formulación del problema, justificación de la investigación y objetivos.

CAPÍTULO II: en este capítulo se describe el marco teórico, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: corresponde a este capítulo el diseño metodológico como el área geográfica, diseño y tipo de estudio, muestra, tamaño de muestra y muestreo, unidad de análisis, procedimiento, técnica e instrumento de recolección de datos, criterios éticos, técnica para procesamiento de los datos.

CAPÍTULO IV: pertenecen a este capítulo los resultados, análisis y discusión de los mismos.

Finalmente forman parte de la presente investigación, las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexo.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial” (3) (4). Esta definición bastante conocida está vinculada al 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 las Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones (5).

La OMS señala que, las enfermedades bucodentales como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión, son las enfermedades no transmisibles más comunes, y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte (3).

Según las estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (*Global Burden of Disease Study, 2019*), las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, siendo la caries dental y la enfermedad periodontal, las enfermedades de mayor importancia en la historia de la morbilidad bucal (3).

Asimismo, las enfermedades periodontales de forma grave, pueden generar pérdida de dientes, es la undécima enfermedad con más prevalencia a nivel mundial: de otra parte, el tratamiento dental es costoso, y representa una media del 5% del gasto total sanitario y el 20% del gasto medio directo en salud, en la mayoría de los países de altos ingresos. De otra parte, también se considera que la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente (3).

En Latinoamérica las investigaciones sobre salud bucal son escasas, sin embargo, se reportan datos elevados de enfermedad periodontal con una prevalencia entre 15-18% frente al 11% de lo reportado a nivel mundial, particularmente en Chile de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de caries dental fue de 40,9% en el grupo etario de 15-24 años y 57,1% en el grupo de 25-44 años y con respecto a la enfermedad periodontal, se encontró una prevalencia de 38,65% (6).

En el Perú, la salud bucal también constituye un problema de salud pública, debido a la alta prevalencia de caries dental en casi 90,4% de la población, una prevalencia de enfermedad periodontal del 85%; y un 80% de maloclusiones (7). Sin embargo, la salud bucal no ha sido un tema prioritario en las políticas de salud, esta falta de prioridad probablemente se deba a la alta prevalencia de otras enfermedades que amenazan la vida de los peruanos, existiendo escasos recursos financieros para la salud bucal.

En Cajamarca, según algunos estudios, la prevalencia de caries dental en gestantes, es del 90,6% y el índice de CPO-D de 9.28; sin embargo, no existen investigaciones respecto a los factores asociados principalmente en gestantes, quien no es una excepción a este problema, por el contrario, es bastante conocido que durante el proceso de gravidez se presentan una serie de modificaciones en su organismo, que pueden favorecer la aparición de problemas dentales o periodontales, poniendo en riesgo la integridad de la grávida y del niño por nacer, por las complicaciones que suelen presentarse debido a patologías orales (8).

Estudios a nivel internacional revelan como en Malasia el 43,5% de las grávidas manifiestan tener enfermedades bucales y el 15,3% registran dolor dental; asimismo, investigaciones en Chile afirman que en 87% de las gestantes se registran caries y en México el 99% de las mujeres en periodo de embarazo la presentan. En Colombia el 94,1% de mujeres embarazadas se ven afectadas por algún problema bucodental, y en un análisis del porqué a la consulta odontológica de estas, se encontró que el 73,9% lo hacían por caries, mientras que, el 53,5% y 8,1% acudían por patologías periodontales y pulpares, respectivamente (9).

De otra parte, estudios clínicos muestran una prevalencia de gingivitis que varía entre el 35 y el 100% de las embarazadas con antecedente previo de esta patología. Sin embargo, su incidencia es de tan sólo 0,03% en aquellas mujeres libres de placa al inicio del embarazo y

con buenos hábitos de higiene oral durante el mismo. Pero es una de las patologías bucales más frecuentes durante el embarazo, que afectan la apariencia y el bienestar (10).

Se conoce que, el embarazo es un periodo en el que se producen los mayores cambios hormonales fisiológicos en la vida de una mujer, durante este periodo esta experimenta una serie de cambios funcionales y un aumento de los niveles de estrógenos y progesterona que conllevan a la presencia de alteraciones como la inflamación de las encías o la aparición de caries; y, en concreto, los tejidos periodontales (encías) experimentan cambios vasculares, celulares, inmunológicos y microbiológicos. Se producen así en la salud periodontal variaciones asociadas al embarazo que habitualmente se considera “normales”, pero no lo son, y que se pueden y deben evitar. Y es que no solo el embarazo induce importantes cambios en la salud bucal de la madre, sino que la salud periodontal de la gestante influye también significativamente en el pronóstico del embarazo (11).

Existen diversos factores involucrados en la salud bucal de las gestantes, entre ellos pueden ser considerados factores sociodemográficos como la edad, el grado de instrucción, el ingreso económico; factores conductuales como prácticas inadecuadas de higiene bucal, además de un sistema sanitario que no favorece un examen rutinario de la salud bucal.

La edad es un factor importante ya que conforme avanza la edad, se van incrementando los problemas de salud bucal; precisamente, la OMS informa que los escolares presentan caries dental en el 60-90%, mientras que los adultos presentan este problema en casi el 100% en todo el mundo, en Chile también, se ha determinado que la prevalencia de caries a los 12 años es de 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos (12).

En cuanto al nivel educativo en un estudio realizado por Martínez et al. (13), se comparó el grado de prevención dental con el grado de estudios y se observó una tendencia en los niveles moderado y alto: cuanto más alto el grado de estudios, mayor el nivel de prevención; a diferencia del nivel bajo: cuanto menor el grado de estudios en dicho nivel, menor el grado de prevención dental.

El ingreso económico juega un papel importante en la salud bucal, pues la capacidad adquisitiva de los elementos de higiene dental y la atención odontológica para la educación en salud bucal. En cuanto a promoción de la salud, prevención y tratamiento de las

enfermedades bucales, devienen en considerables gastos económicos, al respecto Cubero y cols. (2019) señalan que existe una diferencia significativa entre estratos sociales en cuanto a la salud bucal y las enfermedades bucodentales empeoran conforme lo hace el estatus socioeconómico. Esta diferencia social es un fenómeno universal a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta la tercera edad, que influye en la salud bucal y la presencia de casi todas las enfermedades bucodentales en diversos grados, como la caries dental, las enfermedades periodontales y el cáncer oral (12).

De otra parte, el tratamiento de los trastornos de salud bucodental es caro y por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes, mientras que en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no se pueden prestar servicios de prevención y tratamiento de los trastornos de salud bucodental (3).

Es posible que los factores sociodemográficos, conductuales y sanitarios tiendan a favorecer la mala salud bucal que conlleva a la formación de placa dentobacteriana y la acumulación dentaria de alimentos, que inducen la acción cariogénica de la flora bacteriana oral y la aparición de caries dental además de otras patologías, que requieren de tratamientos como la obturación, entre otros.

En Cajabamba, en especial en el Centro Poblado Araqueda, la salud bucal en gestantes es triste, empíricamente se ha determinado una elevada presencia de caries y gingivitis en aquellas que han sido derivadas al consultorio odontológico y han aceptado realizar la interconsulta, premisa de la cual surgió la idea de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de factores sociodemográficos, conductuales y del sistema sanitario en la salud bucal de la mujer embarazada, sustentada en estudios como el de Martínez y cols. (2017) quien afirma que hay una asociación entre determinantes como el nivel educativo, nivel socioeconómico materno, así como una baja percepción de riesgo y desinterés por su salud bucal con resultados desfavorables para las gestantes y sus fetos (13).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre factores sociodemográficos, conductuales y sanitarios en la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020?

1.3. Justificación del estudio

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucodentales, las grandes modificaciones fisiológicas en el organismo, pueden conllevar a la aparición de trastornos en el estado de salud bucal, como la presencia de caries o enfermedad periodontal, constituyendo un problema de salud pública muy importante, pues más allá de la estética, las enfermedades orales pueden estar relacionadas a alguna enfermedad sistémica tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y algunas complicaciones durante el embarazo (14).

Sin embargo, la salud bucal, aun en la actualidad, no es vista como una prioridad para la mayoría de la población, y los problemas orales son minimizados por las gestantes, quienes van a la consulta odontológica solamente cuando experimentan mucho dolor que es muchas veces cuando ya no es posible solucionar un problema; son pocas las que acuden a una consulta de salud bucal, como parte de la atención prenatal, a pesar de que existen estudios que relacionan las enfermedades periodontales con el nacimiento prematuro o el bajo peso al nacer, principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal en el mundo.

El embarazo por sí solo no es capaz de provocar enfermedad oral, es necesaria la influencia de factores, fundamentalmente de tipo conductuales y relacionados con factores sociodemográficos, y del sistema sanitario, que junto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de estas enfermedades, es por ello que surgió la idea de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de factores sociales, conductuales y del sistema sanitario en la salud bucal de la gestante atendida en el Puesto de Salud Araqueda, con la pretensión de que a partir de los resultados obtenidos se incorpore a la gestante a un programa educativo que le permita adquirir conocimientos sobre la importancia de prevenir enfermedades bucales.

El estudio cobra especial relevancia ya que a partir de los resultados obtenidos se podrá brindar consejería a las gestantes e interiorizar en ellas, la importancia de la salud bucal ya

que permite mantener limpios y sanos las encías, dientes, lengua y toda la boca en general con una buena higiene dental diaria y visitas periódicas al odontólogo; permitiendo que los dientes cumplan con su función estética y masticatoria, además de evitar otro tipo de complicaciones y enfermedades que comprometan su bienestar como del niño por nacer.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre factores socio demográficos, conductuales y sanitarios en la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda.
- Identificar los factores conductuales de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda.
- Indicar los factores sanitarios de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda.
- Determinar el estado de la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

García et al. (15), publicaron un estudio en España, en el año 2017, con el objetivo de identificar los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud oral (Oral Health Impact Profile) (OHIP) en una población de mujeres embarazadas. El estudio fue analítico bivariante y multivariante, llegando a determinar que la edad promedio de las gestantes fue 30,2 años. La puntuación media de OHIP-14 de 3,51. Las puntuaciones más altas del OHIP-14 se presentaron en los dominios de dolor, seguido del malestar psicológico. Conclusión: la experiencia de caries, puede ser uno de los determinantes de una mala calidad de vida oral durante el embarazo.

Martínez V. et al. (13), en su estudio realizado en México en el año 2017, formuló como objetivo identificar los determinantes sociales intermedios y estructurales de la población embarazada que acude a control y su relación con la percepción de la salud bucal. El estudio fue analítico, descriptivo transversal con la aplicación de una encuesta auto aplicada a 110 gestantes del hospital civil. Determinaron que 62,5% de gestantes fueron amas de casa, el 30% cursó estudios primarios, 57,3% fueron primigestas, el 99,1% manifestó usar cepillo dental, 93,6% indicó el uso de pasta dental, solamente el 44,5% aceptó el lavado dental 3 veces al día; el nivel de percepción que tienen las gestantes fue identificado, en su mayoría como regular en el 46,4%.

Morales E. et al. (16). Publicaron un estudio en Colombia, año 2022, con el objetivo de identificar las principales enfermedades bucales durante el embarazo. La investigación correspondió a un estudio retrospectivo, donde se revisaron 100 expedientes odontológicos de gestantes. Encontraron que el grupo etario con mayor prevalencia fue el de 15 a 19 años con 31 %, seguido de 20 a 24 años con 28%. Se evidenció que las enfermedades como la gingivitis (27 %), caries (21 %), periodontitis (19 %), son las enfermedades más prevalentes durante el embarazo.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Tolentino R. (17), en su estudio realizado en Lima, año 2017 formuló como objetivo determinar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de las gestantes del Centro de Salud Cooperativa Universal. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, retro-prospectivo en una población de 116 gestantes. Encontró que, al evaluar la salud bucal de las gestantes, 87,2% presentaron un nivel regular de higiene bucal; 12,8% un nivel bueno y ninguna gestante presentó un nivel malo de higiene bucal. Conclusión: La salud bucal y la calidad de vida de las gestantes presentaron una relación directa y moderada, debido a un nivel de higiene bucal regular y una alta prevalencia de caries dental.

Campos W. (18) en su investigación de maestría realizada en Ucayali, año 2019, formuló como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la prevalencia de caries dental en gestantes. El estudio fue tipo descriptivo correlacional prospectivo y de corte transversal, desarrollado en una muestra de 90 gestantes. Encontró que la prevalencia de la caries dental fue de 71,1%. Concluyó que no hubo relación significativa entre el conocimiento sobre salud bucal y la prevalencia de caries en las gestantes.

Manrique L. (19), realizó un estudio en la ciudad de Arequipa, en el año 2019, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención y el estado de salud bucal en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado, el estudio fue observacional, de corte transversal, desarrollado en una muestra de 186 gestantes y obtuvo como resultados que el 28,17% de grávidas perteneció al grupo etario de 26-31 años de edad; el 55,91% tenía estudios superiores, el 85,49% estaba en el tercer trimestre de gestación; en cuanto al estado de salud bucal el 94,73% tenía regular estado de salud bucal, el 5,27% malo, pero ninguna gestante presentó un estado de salud bucal bueno, de igual manera, el 54,79% de gestantes obtuvo un calificativo de malo cuando las evaluaron con el índice de higiene oral y regular el 43,84%.

2.2. Bases teóricas

Existen algunas teorías que pueden servir de base a la presente investigación, sin embargo, se ha creído conveniente tomar en cuenta a la teoría de los determinantes sociales de la salud.

2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorotea Orem

El autocuidado debe considerarse como una responsabilidad de cada ser humano como parte de sus actividades con el fin de mantener su vida en buen estado y lograr desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano (20).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa con el transcurrir de los días, siempre en correspondencia con las necesidades que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud y por supuesto de la salud bucal, particularmente durante el embarazo (20).

El autocuidado de la salud bucal de la gestante, es un proceso que requiere de la consejería y el apoyo de los profesionales que le brindan atención a fin de prevenir en primer lugar enfermedades periodontales y en segundo lugar lograr un producto con un óptimo estado de bienestar (20).

Por lo general, la salud bucal de las gestantes está deteriorada ya que ellas priorizan otras actividades antes de realizarse un cepillado dental, usar hilo dental o visitar un centro odontológico, sin percatarse de los problemas que suelen presentarse por falta de estos hábitos como problemas de masticación, halitosis y otros problemas tanto de índole estético como orgánico. Desde esta perspectiva la salud bucal debe considerarse como responsabilidad de la propia mujer que puede seguir las instrucciones y las recomendaciones hechas por el personal de salud o considerarlo como una necesidad o un bien en sí mismo, como lo es el resto del cuerpo.

En la teoría de Dorothea Orem, se considera que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí

De igual manera en esta teoría el autocuidado es intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad, por lo que es posible decir que las gestantes con acciones dirigidas hacia sí mismos, tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y mantener motivación esencial para el autocuidado de la salud bucal. Asimismo, la teoría propone que las habilidades de los individuos para ocuparse de su autocuidado están condicionadas por la edad, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles (21).

2.3 Marco conceptual

2.3.1. Salud bucal

Diversos investigadores comparten la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien define a la salud bucal como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial” (7).

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 naciones.

La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal “es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y al disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza (22).

Una boca sana y un cuerpo sano van de la mano. Por el contrario, una mala salud bucodental puede tener consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial. Sin embargo,

la alta carga de las enfermedades bucodentales ha sido un reto de salud pública subestimado por la mayoría de los países en el mundo. Las enfermedades bucodentales son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento. Sin embargo, existe una clara evidencia de que las enfermedades bucodentales no son inevitables, sino que pueden ser reducidas o prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos, en todas las etapas de la vida y tanto a nivel individual como poblacional (23).

2.3.2. Abordaje clínico odontológico de la gestante

El comportamiento de los tejidos periodontales puede variar en función de los cambios en los niveles hormonales experimentados en las diferentes etapas y circunstancias de la vida de una persona (24).

El embarazo se caracteriza por ser el periodo en el que se producen numerosas modificaciones hormonales y fisiológicas en la vida de una mujer. Al final del tercer trimestre, progesterona y estrógenos alcanzan niveles plasmáticos de 100 y 300 ng/ml respectivamente, lo cual representa niveles entre 10 y 30 veces superiores a los detectados durante el ciclo menstrual normal. Una de las áreas del organismo más afectadas por dichos cambios es la boca, por lo que estos cambios y sus repercusiones, deben ser conocidos por los distintos profesionales que atienden a la mujer antes y durante la gestación (24).

Las variaciones hormonales son capaces de inducir cambios en la respuesta de los tejidos periodontales debido a que la homeostasis del periodonto está relacionada con el sistema endocrino, de una forma compleja y multifactorial. El principal efecto observado es un aumento de la inflamación gingival sin que existan cambios en la cantidad de placa bacteriana presente (24).

Las hormonas sexuales ejercen su efecto a través de receptores intracelulares presentes en diferentes células del periodonto (células diana), los cuales regulan la expresión génica tras el reconocimiento y unión específica receptorhormona. Numerosos estudios confirman que durante el embarazo puede producirse un empeoramiento de la salud periodontal, aunque el mecanismo etiológico exacto es desconocido. Sin embargo, se han propuesto cuatro líneas etiopatogénicas principales, teniendo en cuenta que probablemente se trate de un fenómeno de naturaleza multifactorial (24).

2.3.3. Manifestaciones clínicas que alteran la salud bucal

2.3.3.1 Gingivitis.

Los primeros casos de respuesta gingival exagerada durante el embarazo fueron descritos por Eiselt (1840) y Pinard (1877), siendo reconocida como una entidad y definida como enfermedad gingival inducida por placa y modificada por factores sistémicos (25). Afecta del 60 al 75% de las mujeres embarazadas. Se caracteriza por una respuesta exagerada a los irritantes locales, incluyendo la placa bacteriana y el cálculo. El mecanismo de esta respuesta inflamatoria se atribuye a los niveles de progesterona y estrógeno, ya que tienen un efecto sobre el sistema inmunológico. Deprimen la quimiotaxis de neutrófilos y la fagocitosis, así como la respuesta de las células T y de los (26).

El aislamiento de receptores específicos para estas hormonas en el tejido gingival sugiere alterar la respuesta inmunológica normal de la paciente, observándose clínicamente edema de los tejidos gingivales, sangrado gingival y aumento del fluido del surco gingival (25). El estrógeno puede aumentar la proliferación celular de los vasos sanguíneos gingivales, causar disminución de la queratinización gingival, y aumentar el glucógeno del epitelio. Estos cambios disminuyen la función de la barrera epitelial de la encía. La progesterona aumenta la permeabilidad vascular de la membrana, provoca edema de los tejidos gingivales, sangrado gingival, y aumento del fluido del surco gingival. También reduce la tasa de proliferación de los fibroblastos y altera la velocidad y el patrón de la producción de colágeno, lo que reduce la capacidad de la encía para repararse (26).

Sumado a este escenario el clínico debe tener presente que el patrón y la velocidad de la producción de colágeno está turbado lo que reduce la capacidad de la encía para repararse. Es indispensable la indicación de ácido fólico para mantener la mucosa bucal sana, la deficiencia de folato se encuentra asociada al aumento en la destrucción inflamatoria del tejido bucal por inhibición de su reparación (25).

Si bien la literatura reporta gingivitis, periodontitis y agrandamientos gingivales como estados latentes durante esta etapa de la vida de la mujer, que se asocian a la hiperactividad inflamatoria de origen hormonal y en la mayor parte de los casos agravado por una

inadecuada higiene bucal. Este escenario clínico no debería ser conceptualizado como normales, aunque sean frecuentes (25).

Las náuseas y vómitos que manifiestan en algunas gestantes sobre todo antes de la semana 7, dificultan el mantenimiento de una adecuada higiene bucal. El uso de crema dental o incluso el cepillo puede desencadenar este desagradable episodio para la mujer embarazada. Sin embargo, se debe hacer un esfuerzo y no descuidar el cuidado bucal para evitar futuras complicaciones. Se sugiere cambiar a pastas dentales con sabores suaves y cepillos dentales pequeños con cerdas para encías sensibles (25).

2.3.3.2. Caries.

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie del diente convierte los azúcares libres contenidos en alimentos y bebidas en ácidos, que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina (3).

A nivel microbiológico, la interacción constante de bacterias y carbohidratos fermentables hacen susceptible la superficie dental, sin embargo el desarrollo de la enfermedad no basta con la infección bacteriana (*Streptococos mutans*, *Lactobacilos*, etc.), sino también depende de otros factores como: experiencia de caries anterior, ineficiente resistencia del esmalte al ataque ácido, deficiente capacidad de remineralización, dieta cariogénica, mala higiene bucal, baja capacidad buffer de la saliva, flujo salival escaso, apiñamiento dentario moderado, severo, tratamiento ortodóntico, prótesis, anomalías del esmalte, recesión gingival, enfermedad periodontal, factores sociales, edad, sexo, entre otros (27).

La presencia de caries dental en mujeres gestantes no puede atribuirse al embarazo mismo, por el contrario, la asociación debe establecerse entre la disminución de la eficiencia de higiene bucal y la preferencia dietética durante este período. Las dietas cariogénicas, altas en carbohidratos favorecen la formación de biopelícula, que no solo podrá conducir al desarrollo de gingivitis sino a la aparición de nuevas lesiones cariosas o potenciar las que ya están en desarrollo. Probablemente el clínico debe entender las modificaciones psicológicas relacionadas al propio fenómeno de la gestación, la cual alteran los intereses de la gestante, afectando al menos por un tiempo el compromiso y la eficiencia en su salud bucal, especialmente el de llevar un tratamiento dental de manera simultánea al estado de gravidez (25).

2.3.4. Protocolo de atención odontológica a gestantes

Las mujeres embarazadas merecen el mismo nivel de atención que cualquier otro paciente dental.

En 2012 se establecieron las primeras directrices americanas emitidas en: Oral health care during pregnancy: a national consensus statement of an expert workgroup meeting, el cual señala que el tratamiento dental puede realizarse de manera segura durante todos los trimestres del embarazo.

Se debe consultar con un médico especialista que ayude a conocer las condiciones comórbidas que podrían afectar a la gestión de los problemas orales del paciente (28):

Historia clínica. La evaluación inicial incluye un examen exhaustivo de la historia médica, mediante la cual se evalúa el riesgo, y se conoce la historia reproductiva (complicaciones previas, abortos, embarazos de alto riesgo, etcétera).

En la exploración se realizará el examen físico y en cada consulta toma de signos vitales (28).

Estudio radiográfico no está contraindicado, ya que la radiación es mínima, por lo que no representa daño para la madre ni para el feto, pese a esto, se deben tomar precauciones como el uso de mandil de plomo y collar tiroideo. Una dosis de radiación de 10 Gy (5 Gy en el primer trimestre, cuando se inicia la organogénesis) causa anomalías fetales congénitas (28).

Diagnóstico. Tras la recopilación de los datos anteriores se puede establecer el diagnóstico integral de la paciente (28).

Plan de tratamiento. Se basará en la detección de focos de infección ya que son una prioridad. Si bien es importante iniciar con el tratamiento dental, una vez tratados los focos de infección, se busca mejorar el enfoque preventivo, evaluar los riesgos, el estilo de vida y los cambios de conducta y hábitos que una mujer puede hacer para reducir su riesgo de enfermedades dentales (28).

La paciente debe realizar visitas dentales de rutina, debe ser instruida a cepillarse los dientes con pasta dental con fluoruro e indicar el uso diario de hilo dental o cepillo interdental, utilizar enjuague bucal sin alcohol, e incluso, después de comer usar goma de mascar o pastillas de menta que contengan xilitol para ayudar a reducir las bacterias, comer saludable y reducir al mínimo el consumo de azúcar (28).

En ciertos casos, el enjuague de clorhexidina (sin alcohol) puede indicarse para lograr una salud gingival óptima.

Todos los procedimientos quirúrgicos electivos deben posponerse hasta después del parto. Los procedimientos quirúrgicos orales ambulatorios y maxilofaciales deben ser remitidos (28).

Condiciones que ameritan tratamiento prioritario

- El dolor dental, el cual es generalmente el motivo de consulta.
- Infecciones agudas que mantienen a la madre en un estado de estrés que pudieran llevarla a una condición más grave.
- Sangrado gingival, ya que su etiología durante el embarazo es diversa, puede ser por alteración del sistema fibrinolítico, por el cambio hormonal, por trombocitopenia gestacional, por medicación para prevención de trombofilia o trombosis venosa, padecimientos que podrían modificar el plan de tratamiento.
- Granuloma piógeno.
- Control de infecciones crónicas como fístulas, restos radiculares y abscesos crónicos que pudieran reagudizarse y/o complicarse (28).
- Si existen múltiples focos de infección se debe remitir a cirugía maxilofacial para que la paciente reciba un manejo intrahospitalario

Edad gestacional para iniciarse el tratamiento dental y tratamientos indicados por trimestre (28).

Semana 1-13

Consideraciones: el clínico debe tener presente que la mayor susceptibilidad del feto está entre la semana 2 y 8. Se debe controlar el dolor, evitar radiaciones innecesarias, atender solo emergencias que no puedan ser pospuestas después de la semana 14, evitar la medicación sistémica a menos que sea completamente necesario y consultado con el médico tratante, recordando que el riesgo de teratogenicidad es mayor antes de la semana 12.

Abordajes clínicos en casos de emergencia: Pulpotomías, pulpectomías, medicación intraconducto, obturaciones temporales, drenaje de abscesos que no comprometan asimetría facial, exodoncias obligatorias, evitar radiografías innecesarias.

Posición en el sillón dental: Con modificaciones muy simples, se puede alcanzar comodidad física y psicológica, manteniendo a la paciente libre de estrés. Durante el primer trimestre de embarazo la posición casi no sufre cambios ya que el tamaño del útero aún es muy pequeño, el sillón se inclina 165 grados (28).

Semana 14-28

Consideraciones: son las semanas más seguras del embarazo, de igual manera se debe colocar protección a la paciente durante la toma de radiografías y tener las mismas precauciones mencionadas con los medicamentos que requieren ser indicados.

Abordaje clínico: Operatoria dental, endodoncia, exodoncias, drenaje de abscesos, medicación intraconducto, obturaciones temporales y definitivas, tratamiento periodontal, alisados y raspados radiculares.

Posición en el sillón dental: En estas semanas el sillón dental puede ajustarse a 150 grados siempre que la paciente se sienta cómoda, teniendo presente que los cambios sobre el sistema respiratorio y cardiovascular comienzan a exacerbarse (28)

Semana 20-40

Consideraciones: son las semanas más incómodas para la madre, la prioridad debe ser el control del dolor, las citas deben ser cortas evitando el estrés en la madre.

Abordaje Clínico: Pulpectomías, medicación intraconducto, obturaciones temporales, drenajes de abscesos.

Posición en el sillón dental: La paciente debe atenderse casi sentada, para reducir el riesgo de hipotensión, se debe colocar una pequeña almohada bajo la cadera derecha del paciente y asegurar que la cabeza se eleve por encima de las piernas. Si la gestante se siente mareada, débil o sufre de escalofríos se debe girar hacia su lado izquierdo para aliviar la presión y restablecer la circulación (28)

Control de infecciones y tratamiento endodóntico.

Generalmente el tratamiento endodóntico causa controversia debido al dolor, a la farmacoterapia, el seguimiento, o las reagudizaciones que pudieran presentarse. Sin

embargo, posponer la atención puede causar más daño, ya que lleva a los pacientes a automedicarse o a que la infección tenga un desenlace sistémico más grave.

El manejo farmacológico se describe más adelante. Sin embargo, cuando no se puede finalizar el tratamiento por tiempo o cualquier otro factor, se puede realizar una pulpectomía con ayuda de un localizador apical, realizando una excelente irrigación con hipoclorito de sodio y el uso de medicamento intraconducto con hidróxido de calcio, finalmente se debe sellar con una obturación temporal (28).

Cuando se necesita drenar un absceso se debe premedicar 24 horas antes, manejar como urgencia o intrahospitalariamente, donde generalmente la medicación es intravenosa para realizar el drenaje y dejar en observación durante 24 horas.

En caso de celulitis y abscesos orofaciales se debe iniciar un tratamiento de control de infecciones de manejo parenteral por las condiciones de inmunosupresión relativa. Referir de urgencia a nivel II de atención, donde normalmente se administra penicilina G cristalina 4.000.000 U IV cada cuatro horas y clindamicina de 600 mg de forma intravenosa cada seis horas (28).

2.3.5. Medición de la salud bucal de la gestante

A. Índice de higiene oral: En el Índice Simplificado de Higiene Bucal (IHO-S) (Green y Ver millón), se examinan 6 piezas dentarias: 1° molar permanente superior derecho (superficie vestibular); incisivo central superior permanente derecho (superficie vestibular); 1° molar permanente superior izquierdo (superficie vestibular), 1° molar permanente inferior izquierdo (superficie lingual); incisivo central inferior permanente izquierdo (superficie vestibular) y 1° molar permanente inferior derecho (superficie lingual) (29).

B) Índice de caries dental (CPOD). Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes (30).

Criterio de clasificación

C = se refiere al número de dientes permanentes cariados:

- Pérdida de continuidad en superficies lisas, penetración y destrucción de las fisuras.
- Grado de decoloración visible, aunque no se manifieste pérdida tangible de sustancia.
- Cuando exista obturación y se presente lo criterios antes mencionados.
- Dientes obturados con material provisional como eugenato de zinc

P = los dientes perdidos, ya sea por extracción indicada o extraídos

O = obturado con material definitivo, los dientes obturados por causas diferentes caries (trauma, estética) se clasifican como sanos.

D = indica que la unidad establecida es el diente

La fórmula empleada es: CPOD Comunitario: *total de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados N° de personas examinadas (9).*

Para obtener el valor individual se realiza la suma aritmética de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente (CPOD)

Bajo (una a dos caries);

Moderado (3 a 4 caries) y

Alto (5 a más caries) (9).

2.3.6. Profilaxis de la salud bucal durante en el embarazo

Recomendaciones actuales durante el primer trimestre

Educar a las pacientes sobre los cambios maternos orales que ocurren durante el embarazo:

- Instruir en higiene bucal estricta y buen control de la placa bacteriana.
- Limitar el tratamiento dental a una profilaxis periodontal.
- Evitar radiografías de forma rutinaria, que deben ser usadas con criterio selectivo y únicamente cuando sean estrictamente necesarias. Siempre con estructuras de protección desde la glándula tiroides hasta la parte superior de la rodilla.

Recomendaciones actuales durante el segundo trimestre

- Medidas preventivas: higiene bucal, instrucciones y control de placa bacteriana
- Raspado y alisado radicular si fuera necesario
- Tratamiento de patologías orales activas, si las hubiera
- Evitar radiografías de rutina

Recomendaciones actuales durante el tercer trimestre

- Higiene bucal, instrucciones y control de placa
- Evitar tratamientos dentales durante la segunda mitad del tercer trimestre
- Evitar radiografías rutinarias (11).

2.3.7. Factores asociados a la salud bucal

Se ha observado que existen una variedad de factores que explican porque la salud bucal se ve afectada, entre los cuales se encuentran factores socio-demográficos, cognitivos, conductuales y del sistema sanitario (31).

- **Factores sociales**

Los factores demográficos constituyen una operación estadística conformada por una colección de indicadores que permiten analizar cómo inciden en la salud bucal de los individuos o del caso particular de una gestante

- **Edad.** La apreciación de la edad es fundamental para establecer la identidad, de un individuo, permitiendo determinar deberes y derechos en el ámbito legal. En salud oral, las piezas dentarias presentan características estructurales y su desarrollo está controlado por genes, lo que le hace que sea menos susceptible a las influencias ambientales, por lo que es un buen indicador de la edad teniendo en cuenta que el desarrollo dental difiere según las poblaciones y etnias. Demirjian et al. desarrollaron un sistema de clasificación dental, basado en ocho etapas de calcificación para cada diente, estableciendo estadios de la A a H, basados en la calcificación de la cúspide hasta el cierre apical (32).

Nivel educativo. La educación es considerada como una herramienta por medio de la cual es posible fomentar prácticas favorables para la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Estudios realizados determinan que aquellos individuos que tienen mayor nivel educativo no sólo tienen menos caries, sino que también tienen una menor historia de caries lo que se relaciona con la presencia de obturaciones y un menor número de piezas perdidas por caries (33).

- **Ingreso económico.** La idea de recibir una atención de calidad está relacionada a las condiciones socioeconómicas, por ello se ve vulnerable la persona que vive en condiciones de pobreza ya que los costos del manejo de ciertas enfermedades e incluso de medidas de prevención por lo general no se incorporan en los sistemas de atención de salud (23).

La Federación Dental Internacional (2015) afirma que el nivel socioeconómico es un determinante fundamental de la salud bucodental y general. Son necesarias acciones para reducir las desigualdades en salud bucodental y abordar las causas subyacentes de la enfermedad (23).

- **Factores conductuales.** Referido fundamentalmente a las conductas en torno a la salud bucal como:
 - **Práctica de cuidado dental.** Es decir, la higiene dental mediante un correcto cepillado, utilización de pasta dental con flúor, limpieza con hilo dental y masaje en la encía, incluye también el cambio del cepillo dental de forma periódica (cada tres meses) (2).
 - **Revisiones periódicas con el odontólogo,** con el fin de prevenir enfermedades bucales evitando tratamientos de rehabilitación especializados y, por lo tanto, costosos, provocando así que la prevención se cumpla y la salud bucal se mantenga para no dañar la salud integral (2).

- **Factores del sistema sanitario**

El sistema sanitario se encuentra compuesto por todas aquellas organizaciones que se ocupan de prestar servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales especializados de la salud como médicos, enfermeras, entre otros, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de salud pública y también por aquellos otros actores, tal es el caso de redes, sectores, ministerios, instituciones especializadas y organizaciones que ostentan una concreta y específica función e influencia en el área de la salud de una nación.

- **Cobertura odontológica.** El tratamiento de los trastornos de salud bucodental por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU) y lo peor es que tiene un alto costo económico. En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa de media el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes (3).

En el Perú las personas de las zonas urbanas pueden acceder a centros o clínicas especializadas, mientras que las personas de las zonas marginales hacen uso del Seguro Integral de Salud (SIS), el cual dentro de sus componentes gratuito y semisubsidiado, se encuentran actividades de prevención y tratamiento de la caries en niños, adolescentes y gestantes. Incluye dentro de su seguro un odontograma y una fluorización por año, dos extracciones dentales, tres obturaciones simples y tres obturaciones compuestas (7).

2.4. Definición de términos básicos

Salud bucal. Estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuyen positivamente al bienestar físico, mental y social (22).

Gingivitis. Leve de enfermedad de las encías, que causa irritación, enrojecimiento e inflamación de las encías (26).

Caries dental. Daño que le ocurre a la superficie del diente, o esmalte (3).

Odontograma. Esquema gráfico en el que el dentista puede localizar todas las piezas dentales del paciente y realizar anotaciones sobre cada una de ellas. Forma parte de la ficha odonto estomatológica y se encuentra contenida en la historia clínica (34).

Cobertura odontológica. Implica garantizar que las personas accedan a los servicios odontológicos que necesitan sin que esto les genere dificultades financieras (35).

2.5. Hipótesis

Ha. La relación entre factores sociodemográficos, conductuales y sanitarios, es significativa, en la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020.

Ho. La relación entre factores sociodemográficos, conductuales y sanitarios, no es significativa, en la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020.

2.6. Variables

2.6.1. Variable 1

Factores sociodemográficos, conductuales y del sistema sanitario.

2.6.2. Variable 2

Salud bucal de la gestante

2.7. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Categorías	Indicadores	Escala
Variable 1. Factores sociales, conductuales y sanitarios	Factores sociales.	Aquellos elementos que se encuentran presentes en la vida de la gestante y que tienen capacidad para afectar la salud bucal (14)	Edad. tiempo cronológico de vida cumplido por la gestante al momento de la encuesta	< 15 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años + 40 años	De razón
			Grado de instrucción. Años de estudios que la gestante ha logrado aprobar	Sin nivel educativo Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
			Estado civil. Situación legal de una gestante respecto a su pareja.	Soltera Casada Conviviente	Nominal
			Ingresos económicos. Cantidad monetaria que percibe la gestante.	< 1 SMV 1-<2 SMV 2-<3 SMV 3- 4 SMV	Intervalo
	Factores conductuales.	Referido a los factores asociados a la conducta de la gestante acerca	Limpieza dental	Ninguna vez en todo el día Una sola vez al día Mañana y noche	Ordinal

		de la salud bucal (14)		Tres veces al día	
			Utilización de servicios odontológicos en los últimos 12 meses	Si No	Nominal
			Visita odontológica	Control de rutina Dolor/alguna molestia	Nominal
	Factores sanitarios	Son un conjunto de elemento que forman parte de una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población (36)	Cobertura odontológica: Acceso de la gestante a un servicio odontológico.	Con cobertura Sin cobertura	Nominal
Variable 2 Salud bucal			Índice papilar, marginal y adherida (IPMA). Evalúa la encía mesial de cada diente (37).	Encía sana Gingivitis leve Gingivitis moderada Gingivitis severa	Nominal
	Salud bucal	Es la salud de la boca, los dientes y las estructuras bucofaciales .	Índice de higiene oral. Evalúa el índice de residuos simplificados y el índice de cálculos (30)	Excelente (0) Buena (0.1-1.2) Regular (1.3-3) Mala (3.1-6)	Nominal
			Índice de caries dental. Evalúa la presencia de caries dental (38).	Bajo (1 a 2 caries) Moderado (3 – 4 caries) Alto (5 a + caries)	Nominal

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio corresponde a un diseño de investigación no experimental, de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, correlacional.

Es no experimental, porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable y de corte transversal, porque se recopiló información de las gestantes, referente a la salud bucal, en un solo momento, sin hacer cortes en el tiempo.

Es de tipo descriptivo, porque se describió el estado de la salud bucal de la gestante, así como de los factores que se relaciona con ella y se considera correlacional: porque se determinó la relación entre factores sociodemográficos, conductuales y sanitarios y la salud bucal de las gestantes del Puesto de Salud Araqueda- Cajabamba.

3.2. Área geográfica y población de estudio

El presente estudio fue realizado en el Puesto de Salud Araqueda, Centro poblado perteneciente al distrito de Cachachi, provincia de Cajabamba y departamento de Cajamarca.

La población estuvo constituida por todas los gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda, que según la programación realizada para el año 2020 fue de 75.

$$N = 75$$

3.3. Tamaño de la muestra

La muestra considerada fue el total de la población por ser esta de tamaño reducido.

$$n = 75$$

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda- Cajabamba
- Gestantes que aceptaron participar voluntariamente del presente estudio.
- Gestantes en pleno uso de sus funciones mentales.
- Gestantes sin complicaciones obstétricas

3.4.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con prótesis dental total
- Gestantes edéntulas parcial o total

3.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis, en el presente estudio, estuvo constituida por cada una de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, en el año 2020.

3.6. Procedimiento, técnica e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Procedimiento

Para la recolección de la información se realizaron las siguientes actividades:

- a. Se estableció coordinación con la responsable del Puesto de Salud Araqueda a fin de obtener el permiso, para obtener información respecto a la salud bucal de las gestantes de su jurisdicción.
- b. Se conversó con cada una de las gestantes de la jurisdicción del Puesto de Salud Araqueda que asistieron a control prenatal, a quienes se les solicitó la firma del consentimiento informado para participar en el estudio asegurándoles confidencialidad y respeto.
- c. Se procedió a realizar la evaluación de la salud bucal de cada gestante. En esta evaluación se utilizaron los siguientes indicadores:
 - **Índice Papilar, Marginal y Adherida (IPMA)**. En este índice se examina la encía mesial de cada diente. La superficie vestibular se dividió en tres unidades de medición gingival, papila, dental Mesial, margen Gingival, encía Adherida.

El valor de cada diente varía de 0 a 4, de acuerdo al número de zonas afectadas en los siguientes criterios:

- Código 0: Encía Sana
 - Código 1: Gingivitis leve, abarcando la papila como máximo en tres de los seis dientes anteriores
 - Código 2: Gingivitis moderada, presencia de sangrado espontáneo
 - Código 3: Gingivitis Severa, inflamación implicando la región del margen gingival y la encía adherida, edematosa y eritematosa.
 - Código 4: Gingivitis muy severa, sangrado espontáneo y ulceraciones (37).
- **Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)** simplificado de Greene y Vermillion. El IHOS mide la superficie del diente cubierta con placa y cálculos. Se toman para el índice seis piezas dentarias, cada superficie dental es dividida horizontalmente en tres tercios, valorándose objetivamente en una escala de 0 a 3. Para obtener el índice por individuo se requiere sumar la puntuación para cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies analizadas.

El examen consta de:

- Análisis de depósitos de placa blanda:

Código 0 (Excelente): No hay depósitos ni pigmentaciones

Código 1 (Buena): Depósitos que cubren menos del 1/3, o hay pigmentación.

Código 2 (Regular): Depósitos que cubren más del 1/3, pero menos de 2/3.

Código 3 (Mala): Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.

- **Índice de caries dental (CPOD)**. El Índice de Klein y Palmer o CPOD (siglas en inglés del índice diente cariado perdido obturado) consiste en la sumatoria del número de dientes cariados, perdidos u obturados.

El índice C.O.P.D. se define de la siguiente manera

- C: número de piezas permanentes que presentan caries.
- O: número de piezas permanentes obturadas.
- P: número de piezas permanentes perdidas por caries y/o con indicación de extracción por caries.

Para obtener el valor individual se realiza la suma aritmética de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente (CPOD)

según la severidad de la caries dental, se tiene:

Criterio:

Bajo (una a dos caries);

Moderado (3 a 4 caries) y

Alto (5 a más caries)

3.6.2. Técnica

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación

3.6.3. Instrumentos

Como instrumentos se utilizaron:

- 1) La ficha de recolección de datos que ha sido estructurada por la autora de la investigación la cual consta fundamentalmente de factores sociales como edad, nivel educativo, estado civil, ingreso económico; factores conductuales referidos a los hábitos de higiene dental y a la visita con el odontólogo y factores del sistema sanitario como la cobertura social odontológica, es decir si la gestante cuenta con un seguro dental o no. De igual manera se anotaron datos relacionados a la salud bucal referidos al estado de salud de la encía, la severidad de la caries dental y el Índice de caries dental (Anexo 01).
- 2) El odontograma, que es una ficha donde se registran datos como piezas dentales del pacientes, tratamientos utilizados con anterioridad, estado general de la boca, mucosa oral, lengua, y por supuesto la presencia de caries dental que es la utilidad que se le dará en el presente estudio. El odontograma forma parte de la ficha Odonto-estomatológica y se encuentra contenida en la historia clínica.

3.7. Validez y confiabilidad del instrumento

En cuanto a la validez y confiabilidad de los instrumentos, no obstante, no ser necesarios realizarlos ya que son instrumentos validados y aprobados a nivel internacional que se utilizan para la evaluación de los pacientes de forma rutinaria, se creyó conveniente hacer una nueva validación con 05 expertos en el área.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información.

Los datos obtenidos fueron analizados, utilizados los paquetes estadísticos Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva para determinar las frecuencias absolutas y relativas de las características sociodemográficas de la población.

Para determinar la relación entre los factores sociales, conductuales y sanitarios en la salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda, se utilizó la prueba de independencia de criterios de Chi cuadrado, con una confiabilidad del 95%, considerando que si el coeficiente de correlación es $\leq 0,05$, significa que existe relación entre variables y para la interpretación y análisis se procedió a describir los resultados correspondientes a los factores sociales, conductuales y sanitarios

3.9. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamenta en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía. La gestante entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora, evidenciado con el Consentimiento informado, luego que la gestante fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación.

No maleficencia. La información se obtuvo luego que la gestante firmó el documento de consentimiento informado tanto para la encuesta como para la evaluación bucal.

Privacidad. Se respetó en todo momento el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información personal de la gestante ha sido protegida para que no sea divulgada y utilizada únicamente para fines de la investigación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Factores	n°	%
Grupo etario		
<15 años	3	4,0
15-19 años	14	18,7
20-24 años	9	12,0
25- 29 años	12	16,0
30-34 años	12	16,0
35-39 años	16	21,3
+40 años	9	12,0
Grado de instrucción		
Sin nivel educativo	8	10,7
Primaria incompleta	16	21,3
Primaria completa	10	13,3
Secundaria incompleta	21	28
Secundaria completa	18	24
Superior Técnica	2	2,7
Estado civil		
Soltera	17	22,7
Casada	21	28
Conviviente	37	49,3
Ingreso económico		
Menos de 1 salario mínimo	66	88
1-2SMV	8	10,7
3 SMV - <4SMV	1	1,3
Total	75	100

En la tabla 1 se describen los factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda, identificándose que el 21,3% pertenece al grupo etario de 35-39 años de edad, seguido del 18,7% que corresponde al grupo de 15-19 años; el 12,0% es un grupo correspondiente a gestantes mayores de 40 años mientras que el 4% de gestantes tiene menos de 15 años.

Datos que difieren significativamente con los reportados por Manrique (19), quien reportó en su estudio que el 28,17% de gestantes perteneció al grupo etario de 26-31 años. Diferencia que está dada, fundamentalmente, por la clasificación de los grupos etarios disímiles en cada una de las investigaciones. De igual manera son diferentes a los informados por Morales (39), quien identificó que el grupo etario más prevalente fue el de 15 a 19 años con 31 %.

García (15), por su parte, determinó que la edad promedio de las gestantes fue 30,2 años, dato que no ha podido ser contrastado con los encontrados en el presente estudio porque no fue agrupado, sino considerado de forma individual.

La edad es importante cuando se trata de salud bucal ya que mientras más temprano se detecte algún problema en los dientes, la posibilidad de tratamiento y rehabilitación es mayor (40).

Respecto al grado de instrucción, se identificó que el 28% de gestantes tiene secundaria incompleta, el 24% secundaria completa y el 21,3% cuenta con primaria incompleta, únicamente un 10,7% no cuenta con ningún nivel educativo. Sin embargo, el 2,7% tiene superior técnica.

Estos datos coinciden con los resultados encontrados por Martínez (13), quien informó que el 30% de las gestantes de su población, cursó estudios primarios, sin indicar si se trataba de estudios completos o incompletos, con una diferencia porcentual de 4,6 puntos menos, pero difieren considerablemente con el resultado mostrado por Manrique (19), quien encontró que el 55,91% de las gestantes tenía estudios superiores a diferencia de los resultados del presente estudio en el cual se encontró que solamente el 2,7% de las gestantes refirió contar con estudios superiores técnicos .

El grado de instrucción es muy importante sobre todo en gestantes de la zona rural, donde el bajo nivel educativo está asociado a múltiples mitos y creencias negativas sobre la salud bucal, en ellas, perder un diente es normal durante el embarazo y es peligroso ir al dentista en esta etapa.

Martínez (13), señala que el nivel educativo es un determinante social de la salud relacionado con la asistencia al consultorio odontológico y el arraigo al tratamiento.

En cuanto al estado civil, el 49,3% de gestantes manifestaron ser convivientes, solamente el 28% son casadas.

La cifra de mujeres convivientes es mayor que la reportada por el INEI quien en su informe Censal del 2017 indicó que 26,7% de mujeres viven en estado de concubinato (41).

Las mujeres que tienen una pareja ya sean casadas o convivientes en la zona rural, tienen mayores desventajas en comparación con las solteras, pues de una parte las primeras suelen dedicar mayor cantidad de tiempo a las labores de su hogar, hijos y esposo, descuidando su salud, particularmente la bucal que aunado a sus hábitos de higiene deficiente suele ocasionar serios problemas en este importante órgano (42).

Respecto al ingreso económico, un significativo porcentaje de gestantes (88%) indicó que en su hogar el percibimiento económico es menor a un salario mínimo vital (S/1025.00), dinero obtenido por parte de su cónyuge.

El factor socioeconómico es un importante factor de riesgo para una mala salud bucal por diferentes motivos, de una parte, una dieta predominantemente a base de carbohidratos, falta de pasta e hilo dental que limita una buena higiene de los dientes y una limitada visita al odontólogo para una profilaxis dental.

Al respecto Cançado et al. (43) señala que las personas con bajos recursos económicos tienen malas condiciones dentales y gingivales. Las inequidades existentes, caracterizadas por la mayor prevalencia de caries en grupos poblacionales más pobres, son persistentes y reflejan las marcadas desigualdades sociales existentes en una determinada región.

Por su parte, Peñuela (44) afirma que el nivel socioeconómico bajo tiene un patrón repetitivo en el que la pobreza contribuye a aumentar el consumo de azúcar en su dieta, disminuye el uso de elementos de higiene bucal, presenta una baja capacidad económica para acceder al servicio odontológico y aumenta las enfermedades, lo que genera mayor pobreza al afectar la productividad del individuo.

Diversos estudios señalan que una pobre condición socioeconómica, el nivel educativo bajo, el desempleo y bajos ingresos en el hogar, son factores importantes asociados a una menor probabilidad de visita al odontólogo durante el embarazo (2).

Tabla 2. Factores conductuales de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Factores conductuales	n°	%
Limpieza dental		
Ninguna vez durante el día	61	81,3
Una sola vez al día	10	13,3
Mañana y noche	4	5,3
Tres veces al día	0	0,0
Utilización de servicios odontológicos en el último año		
Si	54	72,0
No	21	28,0
Visita odontológica		
Control de rutina	22	29,3
Dolor/alguna molestia	53	70,7
Total	75	100,0

Los datos que anteceden permiten evidenciar que, el 81,3% no se lava los dientes durante todo el día, solamente el 13,3% si lo hace, pero solo una vez al día.

Estos datos son disímiles a los reportados por Martínez (13), quien informó que el 44,5% de las gestantes se cepillaba los dientes 3 veces al día, algo que no sucedió en ninguna gestante en el presente estudio. La diferencia estriba probablemente porque Araqueda es una zona netamente rural. Sin embargo, es necesario precisar que las consecuencias son adversas pues la deficiente higiene bucal conlleva a caries dental, enfermedades gingivales, caída de los dientes y finalmente el edentulismo.

Precisamente, la OMS (3) señala que las enfermedades bucodentales son el producto de diversos factores de riesgo modificables como la ingesta de azúcar, el consumo de tabaco y de alcohol y una higiene deficiente de los dientes.

Tolentino (17) también encontró resultados disímiles al informar que en su estudio el 87,2% de las gestantes presentaron un nivel regular de higiene bucal, lo que significa que si se practicaban medidas de higiene oral.

Así mismo, se ha evidenciado en algunos casos la diseminación de bacterias patógenas asociadas a periodontitis moderadas y severas, infección extraoral e inflamación (25).

En cuanto a la utilización de servicios odontológicos en los últimos 12 meses, el 72% de gestantes indicó que, si hizo uso de ellos, pero esta visita odontológica probablemente solo haya sido por interconsulta, realizada por el profesional que brinda la atención prenatal.

García (15), en su estudio encontró una cifra más baja al informar que el 43,36% de gestantes manifestó ir al odontólogo cada 2 años; sin embargo, lo ideal es acudir al consultorio odontológico para una revisión al menos una vez al año o incluso una cada 6 meses, pero además es recomendable seguir el criterio del profesional según la situación de cada gestante. El dentista realizará el chequeo revisando si hay caries, placa o sarro en algún diente.

De otra parte, diversos estudios científicos revelan la importancia de la salud bucal y la atención odontológica durante el embarazo por la potencial relación de las infecciones bucales con complicaciones perinatales (1).

Particularmente, en cuanto a las visitas odontológicas, el 70,7% de las gestantes manifestó hacerlo solamente cuando tiene dolor dental o algún tipo de molestia, solamente el 29,3% indicó que visitaba al odontólogo de forma rutinaria.

Este dato último es similar al reportado por Dho (31) quien informó que el 67,2% de los encuestados informó que asistieron a la consulta odontológica en los últimos 12 meses y el 27% declaró que el motivo de la consulta fue por control de rutina/chequeo dental.

Lefalle et al. (2) señala que las gestantes descuidan la atención dental, y afirma que ellas visitan al odontólogo con menos frecuencia que las no embarazadas. Por lo general, el 50% de las mujeres embarazadas no visitan al odontólogo, aun cuando son conscientes de la necesidad de tratamiento.

Sin embargo, es necesario precisar que, culturalmente la mayoría de personas en los países en desarrollo tienen una pobre cultura en salud oral asociado a las bajas condiciones socioeconómicas tal y como lo señala Peñuela (44), quien sostiene que el bajo nivel socioeconómico está asociado directamente con el desinterés del autocuidado de la salud oral, el deficiente uso de elementos de aseo bucal, de tal forma que se incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades bucales y la baja posibilidad de acceder a un servicio odontológico que prevenga o trate adecuadamente un problema de salud bucal.

Es evidente que el deterioro de la salud bucal está relacionado con la ausencia de prácticas de cuidado bucal. En relación con las desigualdades socioeconómicas generalizadas,

ingresos bajos, baja posición social y desempleo. Estos posibles factores no permiten un control por odontología dada la prioridad de cada familia con pocos recursos económicos como lo es la alimentación (44).

Tabla 3. Factor sanitario de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Cobertura social odontológica	n°	%
Con Cobertura	66	88,0
Sin cobertura	9	12,0
Total	75	100,0

En la tabla 3, se evidencia que el 88% de gestantes cuenta con cobertura social odontológica, mientras que el porcentaje restante no cuenta con ella. Este porcentaje es porque la mayoría de gestantes cuenta con el SIS, y quienes dicen no contar con el servicio odontológico también pueden tener este tipo de seguro, pero lo desconocen, ya que en la actualidad se cuenta con un seguro universal que incluye a todos los pobladores del territorio nacional, exceptuando quienes cuentan con EsSalud u otro seguro privado.

El tratamiento de los trastornos de salud bucodental por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU) y los tratamientos en consultorios o clínicas particulares tienen un alto costo económico. Las gestantes de las zonas urbanas pueden acceder a centros o clínicas odontológicas, siempre que cuenten con un presupuesto asignado a su salud bucal, pero quienes son de la zona rural, apenas si hacen uso del Seguro Integral de Salud (SIS), que solamente les permite participar en actividades de prevención y tratamiento de la caries; a pesar de ello, pocas veces las gestantes acuden para estos procedimientos (45).

Es preciso señalar que la limitada cobertura y acceso a los servicios odontológicos, no hace sino reflejar la enorme inequidad sanitaria que existe entre los pobladores del país, sobre todo considerando que las patologías bucodentales generan una carga alta de enfermedad y elevados costes económicos que incluyen pérdidas de productividad.

La OMS precisamente hace referencia al hecho de que el tratamiento de las afecciones de salud bucodental es caro y no suele estar incluido en la cobertura sanitaria universal (CSU) (3). De igual forma señala que las enfermedades bucodentales afectan de manera

desproporcionada a las personas pobres y socialmente desfavorecidas. Existe una relación muy fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales, reflejando una enorme inequidad sanitaria.

Leffalle (2) en su estudio menciona que gran parte de las gestantes, afirmaron no realizar una visita odontológica durante su embarazo o incluso un año posterior al nacimiento del bebé, reduciéndose solamente a la visita en casos de urgencias.

Tabla 4. Salud bucal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Salud bucal	n°	%
Evaluación de las encías		
Encía sana	2	2,6
Gingivitis leve	48	64,0
Gingivitis moderada	23	30,7
Gingivitis severa	2	2,7
Severidad de la caries dental		
Baja	16	21,3
Moderada	32	42,7
Alta	27	36,0
Nivel clínico de higiene oral		
Excelente	5	6,7
Buena	14	18,7
Regular	28	37,3
Malo	28	37,3
Total	75	100

Se observa en la tabla 4 que el 97,4% de gestantes tiene gingivitis en algunas de sus formas, leve, moderada o severa, solamente el 2,7% goza de encías sanas. Dato disímil al encontrado por Morales (39) quien encontró en su estudio que solamente el 27% de gestantes presentó gingivitis, aunque no menciona en qué grado la presentaron.

Respecto al nivel de severidad de la caries dental, se encontró que el 42,7% de gestantes presentó caries en forma moderada, mientras que en el 21,3% de ellas se evidenció un nivel bajo de caries.

En la presencia de la caries dental confluyen diversos factores como la falta de limpieza de los dientes, aunque también puede darse por las modificaciones propias del embarazo incluso existen estudios que establecen una predisposición genética individual de padecer o no ciertas enfermedades, que se ve influenciada por el nivel sociocultural; así, un mayor nivel educativo-económico se vinculará a una menor presencia de las patologías descritas (11)

Respecto al nivel clínico de higiene oral, en porcentajes similares (37,3%) de gestantes evidenció una mala y regular higiene oral, respectivamente. Dato disímil al reportado por Manrique (19), quien señaló que en su población el 84,73% tenía regular estado de salud bucal.

Tolentino (17), por su parte encontró datos diferentes en cuanto al nivel regular de higiene oral de las gestantes (87,2%), pero similares respecto al nivel de higiene oral de estas (12,8%).

Esta situación deja notar, de una parte, que las gestantes no asumen su responsabilidad del autocuidado de su salud bucal y con ello el compromiso que tiene frente al bienestar de su niño por nacer que depende totalmente de su madre. Se conoce que el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar una persona de forma voluntaria con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar (20).

Esta situación se ajusta perfectamente a la teoría del autocuidado de Dorothea E Orem que establece que el autocuidado además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo; pero también están implícitos los determinantes sociales, fundamentalmente el nivel educativo deficiente que poseen las madres que es una limitante para conocer la importancia del autocuidado y las repercusiones de no hacerlo.

Está establecido por los especialistas que el cepillado debe ser después de cada comida o al menos 3 veces al día, utilizar después hilo dental para el aseguramiento de que no hayan quedado restos de alimentos y además se debe realizar una visita dental al menos una vez al año o incluso una cada 6 meses. Estas prácticas sencillas evitarán la presencia depósitos de placa blanca, depósitos de placa calcificada, caries dental y gingivitis (11).

Es importante instruir a la madre sobre la importancia de los autocuidados relacionados con la higiene oral. Se les debe explicar qué puede observar en su boca y qué medidas debe tomar

para mejorar la gingivitis y evitar que ésta se vea agravada por una reducción en los hábitos higiénicos. Por otra parte, la madre tiene que conocer que si una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, implicará menos probabilidades de que su hijo también tenga caries.

Por lo tanto, es vital que el profesional de salud brinde consejería a la gestante sobre la importancia del autocuidado relacionado con la higiene oral, previniendo daños en la salud general de la madre y efectos adversos en el feto en caso de la presencia de un proceso patológico dental.

Tabla 5. Salud bucal y grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Grado de instrucción	Severidad de la caries dental						Total	
	Baja		Moderada		Alta		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Sin nivel educativo	1	12,5	1	12,5	6	75,0	8	10,7
Primaria incompleta	1	6,3	6	37,5	9	56,3	16	21,3
Primaria completa	2	20,0	3	30,0	5	50,0	10	13,3
Secundaria incompleta	6	28,6	11	52,4	4	19,0	21	28,00
Secundaria completa	4	22,2	11	61,1	3	16,7	18	24,00
Superior Técnica	2	100,0					2	2,7
Total	16	21,3	32	42,7	27	36,0	75	100,00
	X² = 23,279						p = 0,010	

En la presente tabla también se evidencia que, del total de gestantes con secundaria incompleta, el 52,4% tiene una caries dental en estado moderado, pero, quienes no tienen ningún nivel educativo presentaron caries en grados variables: baja en 12,5%; moderada en 12,5% y alta en 75%; sin embargo, aquellas gestantes con nivel educativo superior técnica presentaron caries con grado de severidad bajo en el 100%.

Estadísticamente, se determinó que existe una diferencia significativa entre el grado de instrucción y la severidad de la caries dental en gestantes, según $p = 0,010$.

La presencia de caries dental, si bien es cierto, está vinculada a los hábitos de higiene oral, consumo de azúcares o una dieta rica en alimentos cariogénicos; pero fundamentalmente están implícitos factores culturales, económicos y sociales como el bajo nivel educativo que no permite discernir sobre la importancia que tiene el autocuidado de la salud bucal. Las gestantes con un bajo nivel educativo mayormente están sujetas a un nivel de creencias y a un sistema de hábitos y costumbres frecuentes en una población rural donde se le resta importancia al cuidado de la salud, sobre todo a la salud bucal.

Lazo (7) señala como factores de riesgo de una mala salud bucal a la falta de cultura en salud bucal, lo que conlleva a la práctica de comportamientos no saludables. Las personas no tienen la información necesaria sobre lo que deben hacer y cómo hacerlo, para mantener una buena salud bucal, dejándose llevar por algunas creencias que ponen en riesgo su bienestar físico. Un estudio realizado en una muestra de 540 padres y madres de familia en Canto Grande, se reportó que el 82% de los padres transmitían a sus hijos ciertas costumbres como lavarse los dientes con sal o jabón de tocador, utilizaban el clavo de olor como un apósito en las cavidades cariosas y dolorosas, entre otras.

Por su parte, Arias et. al (46), señala que la presencia de caries dental de las gestantes se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales como higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos, pero no descarta los factores culturales.

Asimismo, en la gestante se presenta una alteración de la composición salival y la flora oral produciéndose sequedad en la boca (xerostomía) de forma fisiológica que facilita la aparición de caries (11). Algo que la gestante debe comprender y optar por medidas alternas para solucionar o mitigar el problema, pero es probable que solamente lo hagan aquellas con mayor nivel educativo, razón por la que se encontró un alto índice de caries dental en el presente estudio.

Tabla 6. Índice clínico de higiene oral y grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Grado de instrucción	Índice clínico de higiene oral								Total	
	Excelente		Buena		Regular		Malo		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Sin nivel educativo	0	0,0	0	0,0	1	12,5	7	87,5	8	10,7
Primaria incompleta	0	0,0	1	6,3	7	43,8	8	50,0	16	21,3
Primaria completa	0	0,0	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	13,3
Secundaria incompleta	4	19,0	3	14,3	9	42,9	5	23,8	21	28,0
Secundaria completa	1	5,6	5	27,8	8	44,4	4	22,2	18	24,0
Superior Técnica	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Total	5	6,7	14	18,7	28	37,3	28	37,3	75	100,00
	X² = 30,649								p = 0,010	

Se evidencia en la presente tabla que, aquellas gestantes sin nivel educativo ostentan una mala higiene oral en el 87,5%, de igual manera gestantes con primaria incompleta tienen una mala salud oral en el 50%; mientras que quienes tienen estudios superiores muestran una buena salud oral en el 100%.

Estadísticamente, se determinó que existe una diferencia significativa entre el grado de instrucción y el índice clínico de higiene oral en gestantes, según $p = 0,010$.

Datos diferentes fueron reportados por Dediós (47), quien encontró que el 42,7% de gestantes con grado de instrucción superior mostró índice de higiene oral adecuado, mientras que quienes tenían grado de instrucción primaria mostraron un índice de higiene oral deficiente en 37,5% y quienes tienen secundaria completa tienen este mismo estado en 27,8%, pero determinó que no existe relación significativa entre el grado de instrucción y el índice de higiene oral en gestantes según ($p = 0,562$) es mayor a 0.05.

Al nivel de educación bajo de la gestante, se le considera un factor de riesgo que impide que sea capaz de poder ejercer autocuidado de su salud oral, y mientras no tenga la capacidad ni la responsabilidad de poder ejercer un autocuidado, el riesgo de caries (48) .

Es importante, por tanto, que el personal de salud instruya a la madre sobre la importancia del autocuidado relacionados con la higiene oral. Se le debe explicar en cuanto a los cambios en hábitos dietéticos y el papel que estos pueden jugar en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las existentes e instruirle en cuanto a las medidas que pueden permitirle evitar esta situación. Por otra parte, la madre tiene que conocer que, si consigue una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, eso implicará un menor riesgo de caries de su hijo (11).

Indistintamente al grado de instrucción que posea la gestante, diferentes autores sugieren que el período del embarazo es la mejor etapa para orientar a las futuras madres que se sientan más motivadas y receptivas a cambios de actitud y conducta, para captar información, ser educadas y aprender sobre la salud oral, para ello las gestantes requieren tener información adecuada, y la información científica es necesaria para impulsar la aparición de nuevos conocimientos que puedan entremezclarse con la cultura y saber popular de los grupos humanos (49).

Para la promoción y prevención de la salud las personas necesitan tener la información adecuada por lo que la información científica es necesaria para impulsar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con la cultura y saber popular de los grupos humanos.

Tabla 7. Evaluación de las encías y limpieza dental de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Limpieza dental	Evaluación de las encías								Total	
	Encía sana		Gingivitis leve		Gingivitis moderada		Gingivitis severa		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguna vez	0	0,0	36	59,0	23	37,7	2	3,3	61	81,3
Una sola vez al día	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	10	13,3
Mañana y Noche	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0,0	0,0	4	5,3
Total	2	2,7	48	64,0	23	30,7	2	2,7	75	100,00

X² = 18,231 **p = 0,006**

En la presente tabla se evidencia que, el total de gestantes atendidas que no se realizan limpieza dental, presentan gingivitis, el 59% leve, 37,7% moderada y el 3,3% gingivitis severa. De igual manera aquellas gestantes que se cepillan los dientes una vez al día, presentan gingivitis leve en el 90% y de quienes se cepillan los dientes mañana y noche presentan gingivitis en el 75%.

Estadísticamente se determinó que existe una diferencia significativa entre ambas variables según lo establece $p = 0,006$.

Existen evidencias científicas que las personas deben realizarse el cepillado dental debe ser dos veces al día, con un tiempo de cepillado no menor a 2 minutos, sobre todo antes de dormir o después de la toma de cada uno de los alimentos, para evitar la placa bacteriana que, en presencia de los azúcares, forman ácidos que son los que descalcifican y destruyen el esmalte de los dientes produciendo caries, sobre todo en las gestantes (50).

Un cepillado dental por un tiempo de dos minutos aproximadamente ayudará a evitar la propagación de patologías como enfermedad periodontal, caries dental y halitosis, que es el mal olor bucal que incomoda a las personas que lo presentan el cual es causado por microorganismos que alojan bacterias (51).

Teóricamente, se señala que, en las grávidas, los dientes, los tejidos de soporte–sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios inducidos durante el embarazo, lo que hace necesario el cuidado bucodental en la mujer embarazada, caso contrario se presentará alteraciones en la cavidad oral como la caries dental y la gingivitis (11).

Alfaro et al. (11) señala que luego de la gingivitis, si la placa bacteriana continúa en el diente sin ser removida por largo tiempo se endurecerá por acción de los minerales de la saliva y se convertirá en un cálculo dental. Si éste sigue creciendo por acumulación de placa bacteriana, comenzará a retraer la encía y el ligamento periodontal, facilitando la caída del diente por pérdida de tejido de soporte, constituyéndose en una enfermedad periodontal. Estas enfermedades se pueden prevenir fácilmente practicando normas sencillas de higiene bucal, como es el cepillado y la seda dental (11).

Durante el embarazo, el rol que juega el odontólogo es fundamental en la promoción y la prevención de la salud bucal, en cualquier momento que se considere necesario. Es de suma importancia que la gestante reciba información adecuada e indicación del personal de salud que la atiende para la evaluación odontológica lo antes posible, lo ideal dentro del primer trimestre de gestación. Se debe aprovechar la oportunidad de ofrecer a las madres información sobre los cuidados bucales para su bebé, los factores de riesgo de caries en la infancia y la promoción de buenos hábitos para los primeros años de vida (52).

Tabla 8. Severidad de la caries dental y limpieza dental de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Limpieza dental	Severidad de la caries dental						Total	
	Baja		Moderada		Alta		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguna	6	9,8	28	45,9	27	44,3	61	81,3
Una sola vez	6	60,0	4	40,0	0	0,0	10	13,3
Mañana y Noche	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4	5,3
Total	16	21,3	32	42,7	27	36,0	75	100,00

$X^2 = 30,461$ $p = 0,000$

Los datos de la presente tabla, permiten observar que del total de gestantes atendidas que no se realizan limpieza dental, el 45,9% presenta caries dental de forma moderada, el 44,3% un nivel alto y el 9,8% un nivel bajo. Además, del total de gestantes atendidas que se realizan la limpieza dental una vez al día, el 60% presenta un nivel de caries bajo, el 40% un nivel moderado y ninguna tiene un nivel alto y quienes se cepillan los dientes mañana y noche no presentan caries dental.

Estadísticamente se determinó que existe una diferencia significativa entre las variables limpieza dental y severidad de la caries dental, según $p = 0,000$.

La caries dental es una patología ocasionada por múltiples factores, transmisible de origen infeccioso que afecta a las piezas dentarias, produciendo la destrucción de forma progresiva de los tejidos duros (39).

Una de las causas es la falta de cepillado dental, lo que ocurre en gestantes de bajo nivel socioeconómico como las del presente estudio, quienes probablemente tengan una dieta rica en calorías de bajo contenido proteínico, de igual manera factor causante de caries dental. También existen investigaciones que sugieren que la caries dental aumenta en las mujeres grávidas debido a un aumento de factores cario génicos locales, entre los que se mencionan cambios en la composición de la saliva y la flora bucal, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos (53).

La caries dental durante el embarazo cobra relevancia, por la existencia de estudios que muestran una estrecha relación entre las patologías dentales como la caries y la gingivitis y algunos resultados perinatales adversos como el bajo peso al nacer, baja talla al nacimiento, prematuridad que se presentan por acción de mediadores inflamatorios en la circulación sanguínea debido a la presencia de microorganismos propios de las enfermedades periodontales (54).

Asimismo, la caries y la enfermedad periodontal (las más comunes) tienen un impacto sistémico y se ha demostrado su asociación con resultados adversos del embarazo, lo que magnifica su importancia en la salud comunitaria (55).

Según la Asociación Latinoamericana de Salud Bucal, existe una relación entre enfermedad periodontal y nacimientos prematuros, según los últimos estudios realizados y publicados que demuestran un resultado con nivel positivo y moderado. Se atribuye como causa de dicha prematuridad a las endotoxinas bacterianas y al aumento de los niveles de prostaglandinas, todo lo cual favorecería las contracciones uterinas tempranas (11).

Tabla 9. Nivel clínico de higiene oral y limpieza dental de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Limpieza dental	Nivel clínico de higiene oral								Total	
	Excelente		Buena		Regular		Malo		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguna	3	4,9	6	9,8	24	39,3	28	45,9	61	81,3
Una sola vez	2	20,0	5	50,0	3	30,0	0	0,0	10	13,3
Mañana y Noche	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	5,3
Total	5	6,7	14	18,7	28	37,3	28	37,3	75	100,00
X² = 24,620								p = 0,000		

En cuanto a los datos presentados en la presente tabla, del total de gestantes atendidas que no se realizan limpieza dental, el 45,9% presenta un mal nivel de higiene oral, 39,9% un nivel regular y 4,9% un nivel excelente. Mientras tanto que, del total de gestantes atendidas que se realizan limpieza dental una vez al día, el 50% presenta un buen nivel de higiene oral, el 30% un nivel regular.

Estadísticamente se determinó que existe una diferencia significativa entre las variables limpieza dental y el nivel clínico de higiene oral según lo establece el valor de $p = 0,000$.

Las gestantes que no practican limpieza dental tienen un nivel clínico de higiene oral malo ya que la placa bacteriana se va acumulando de forma paulatina, generando diversos problemas periodontales e incluso la pérdida de los dientes, que con frecuencia en la zona rural es casi normal, porque la asocian al embarazo, aunque está lejos de ser verdad, pero su bajo nivel educativo las lleva a creer en ello.

Alfaro (11), precisamente, señala que existe la creencia de que se produce una desmineralización debida a la pérdida del calcio para “el nuevo ser”, sin embargo, el embarazo no debe de ser considerado per se cómo una causa de la caries, porque el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento conservando su contenido mineral toda la vida.

Los estudios han reportado la pérdida del primer molar permanente (PMP) en el 63,9% de los casos cuando se asocia con una higiene bucal deficiente (56).

Luengo et al. (57) señala que, durante el embarazo, la falta de higiene oral o los inadecuados cuidados bucales pueden producir la supresión del sistema inmunológico conllevando a la aparición de diversas enfermedades como gingivitis, periodontitis, lesiones benignas como tumores del embarazo y el aumento de la susceptibilidad a infecciones orales (57).

Los cambios que las grávidas presentan en su estado general, con frecuencia, se reflejan en la cavidad bucal donde se pueden manifestar ya sea en forma reversible y transitoria, en forma de exacerbaciones de patologías previas o como cuadros semiológicos especiales (57).

Es responsabilidad del personal de salud que brinda atención a una gestante hacer especial énfasis en minimizar en la paciente los miedos y tabúes existentes sobre el embarazo y los tratamientos orales; también se le debe advertir de la necesidad de consultar con el dentista si detecta alguna alteración en su boca.

Tabla 10. Evaluación de las encías y utilización de servicios odontológicos en los últimos 12 meses de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Utilización de servicios odontológicos en los últimos doce meses	Evaluación de las encías								Total	
	Encía sana		Gingivitis leve		Gingivitis moderada		Gingivitis severa			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Si	2	3,7	39	72,2	11	20,4	2	3,7	54	72,0
No	0	0,0	9	42,9	12	57,1	0	0,0	21	28,0
Total	2	2,7	48	64,0	23	30,7	2	2,7	75	100,0
$\chi^2 = 10,260$									$p = 0,016$	

En la presente tabla se evidencia que, del total de gestantes atendidas que han utilizado servicios odontológicos en los últimos 12 meses, el 72,2% padece de gingivitis leve, el 20,4% de gingivitis moderada, el 3,7% de gingivitis severa y solamente el 3,7% tiene encías sanas. Asimismo, del total de gestantes atendidas que no han utilizado servicios odontológicos en los últimos 12 meses, el 57,1% tiene gingivitis moderada, el 42,9% de gingivitis leve; ninguna gestante presenta gingivitis, pero tampoco presentaron encías sanas.

Estadísticamente se determinó que existe una diferencia significativa entre las variables utilización de servicios odontológicos y la evaluación de las encías según lo establece $p = 0,016$.

En la actualidad todas las gestantes cuentan con un seguro integral de salud (SIS) que incluye la atención odontológica, en donde, obviamente, se realizará el diagnóstico de la situación oral y tomar las medidas correspondientes frente al problema, aunque, se conoce que la cobertura odontológica del SIS es limitada.

El hecho de que las gestantes no accedan a este tipo de atención se debe mayormente a situaciones culturales que propician la falta de higiene bucal en ellas, aunado a sus bajos niveles educativos.

Dho (31) en su estudio señala que la utilización de los servicios odontológicos está influenciada por aspectos como: edad, sexo, educación, ingreso, ocupación, estatus socioeconómico, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores, estilos de vida,

experiencias previas de atención y presencia o ausencia de síntomas, entre otros. La utilización de los servicios de salud, desde una perspectiva amplia, implica la necesidad de atención.

Leffalle (2) hace mención que a través de diversas investigaciones se ha podido determinar que existen múltiples factores que actúan como determinantes en lo que respecta a la atención odontológica de la embarazada, entre los cuales se pueden mencionar, el contexto sociocultural al que pertenece la paciente, su nivel de instrucción, sus conocimientos en cuanto a la importancia de la atención odontológica, factores de riesgos, entre otros.

Es preciso mencionar que la visita a un centro odontológico también constituye parte del autocuidado que debe mostrar la gestante.

Tabla 11. Nivel clínico de higiene oral y visita odontológica de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Araqueda – Cajabamba, 2020

Visita odontológica	Nivel clínico de higiene oral								Total	
	Excelente		Buena		Regular		Malo		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Ninguna	0	0,0	3	17,6	4	23,5	10	58,8	17	22,7
Control de rutina	2	9,1	8	36,4	8	36,4	4	18,2	22	29,3
Dolor/alguna molestia	3	8,3	3	8,3	16	44,4	14	38,9	36	48,00
Total	5	6,7	14	18,7	28	37,3	28	37,3	75	100,00

$X^2 = 12,886$

$p = 0,045$

En cuanto a los datos presentados en la tabla, del total de gestantes atendidas que realizaron una visita odontológica por un dolor o molestia, el 44,4% presenta un nivel regular de higiene oral, el 38,9% tiene un nivel malo, el 8,3% un nivel bueno y otro 8,3% un nivel excelente. Además, del total de gestantes que realizaron un control de rutina, el 36,4% presenta un nivel bueno, otro 36,4% un nivel regular y el 9,1% nivel excelente.

Estadísticamente se determinó que existe una diferencia significativa entre las variables visita odontológica y el nivel clínico de higiene oral, según el valor de $p = 0,045$.

En términos generales, el 70,7% de gestantes o no acuden al odontólogo o lo hacen solamente cuando siente algún tipo de dolor u otra molestia, debido mayormente a mitos y creencias que tienen estas mujeres en la zona rural a los cuales les brindan mayor importancia debido a sus bajos niveles educativos. Sin embargo, el control odontológico durante el embarazo es de vital importancia, aunque en muchos casos es pasado por alto por la gestante, ya que no consideran que la cantidad de citas en el odontólogo deben de ser las mismas que las de las atenciones prenatales.

Anyosa et al. (58), al respecto señala que, las gestantes son consideradas un grupo prioritario de atención en salud, pero una de las barreras más importantes en el sistema sanitario son las creencias populares que son transmitidas de generación en generación. Entre estas, se pueden

encontrar algunos mitos como el que las mujeres embarazadas desarrollan un mayor número de caries, debido a que el feto requiere mayor requerimiento de calcio. De igual forma, existe la creencia de que por cada hijo se pierde un diente o que la atención odontológica causa daño a este por el uso de anestésicos locales o medicamentos.

En las familias, sobre todo en las rurales, se transmiten mitos y prácticas relacionadas con la salud bucal lo que hacen que se limiten las consultas odontológicas debido a los temores infundados. Lo que hace que la demanda en este grupo sea baja, a pesar de que es considerada una población importante en salud pública (58).

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Mayoritariamente las gestantes pertenecieron al grupo etario de 35 – 39 años de edad, el mayor porcentaje de ellas con secundaria completa, convivientes como estado civil y con un ingreso económico menor a un salario mínimo vital.
2. Como factores conductuales se encontró que la mayoría de gestantes no se realiza limpieza dental, el mayor porcentaje si acudió a consulta odontológica en los últimos doce meses y mayoritariamente lo hace cuando ha sentido dolor.
3. Como factor sanitario se identificó que el mayor porcentaje de grávidas tiene cobertura social odontológica.
4. En la evaluación de la salud bucal, se encontró que las gestantes mayoritariamente presentaron gingivitis leve, caries dental de forma moderada, el mayor porcentaje de ellas estuvo en el código 1 en cuanto al análisis de depósito de placa blanda y en el análisis de depósito de placa calcificada y la mayoría presentó un nivel clínico de higiene oral regular y malo.
5. Se determinó que existe una diferencia significativa entre la variable salud bucal en sus dimensiones análisis de depósito blanda (0,003), severidad de la caries dental (0,010) e índice clínico de higiene oral (0,010) y la variable grado de instrucción. Asimismo también hubo diferencia significativa entre las variables salud bucal en sus dimensiones evaluación de las encías (p 0 0,006), severidad de la caries dental (0,000) y el nivel clínico de higiene oral (0,000) y la variable conductual limpieza dental, corroborándose la hipótesis afirmativa.

SUGERENCIAS

Al culminar la presente investigación se puede realizar las siguientes sugerencias:

1. A las autoridades del Centro de Salud Araqueda, realizar campañas para promover la higiene dental en las gestantes, con la finalidad de prevenir enfermedades bucales.
2. Al personal de salud encargado de la salud de la gestante, brindar consejería haciendo extensiva a la salud bucal, para prevenir complicaciones en los recién nacidos.
3. A los odontólogos trabajar de forma interdisciplinaria con las obstetras en favor de la salud bucal de las gestantes.
4. A los futuros tesistas realizar investigaciones similares en otras poblaciones similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Concha S, Almario A, Pabón H. Percepciones y factores asociados a la salud bucal y la atención odontológica en el periodo perinatal en las mujeres y sus bebés. *Odontología Sanmmarquina*. [Internet] 2020 [citado 13 oct 2022]; 23(3): p. 241-251. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116689/18399-texto-del-articulo-63672-1-10-20200804.pdf>
2. Leffalle I, Romero H, Barrios C, Martínez S. Conocimientos y prácticas de salud bucal en embarazadas. *RAAO*. [Internet] 2021 [citado 13 oct 2022]; LXIV (1). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1252692/articulo08.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Datos y cifras. Informe técnico. Ginebra; [Internet] 2022 [citado 9 oct 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. Villalón P, Hernández G, Rodríguez J, Abad S. Autocuidado de las encías y salud periodontal. *Revista información científica*. [Internet] 2018 agosto [citado 9 oct 2022]; 97(4): p. 868-879. Disponible en: <http://www.revinfoinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1872/3834>
5. Rodríguez O, Hernández G. Comportamiento de las enfermedades bucodentales en el Hospital Referral Maliana de Timor Leste. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. [Internet] 2021 [citado 9 oct. 2022]; 25(4). Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4855/4577>
6. Ladera M, Medina C. La salud en América Latina: una revisión desde las políticas públicas. *Salud, Ciencia y Tecnología*. [Internet] 2023; [citado 3 jun. 2023]; 3: p. 340. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/340>
7. Lazo G. Problemática actual en salud bucal en el Perú. *Revista Postgrado Scientiarvm*. [Internet] 2017 [citado 9 oct. 2022]; 5(2): p. 55-58. Disponible en: http://scientiarvm.org/cache/archivos/PDF_863204751.pdf
8. Cerna N. Conducta sanitaria en salud bucal y caries dental en gestantes del Centro de Salud Baños del Inca. Tesis de maestría. Cajamarca; [Internet] 2018. [citado 30 ene. 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4393/Tesis%20Nataly%20Cerna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Aldana K. Prevalencia de caries dental en gestantes entre el segundo y tercer trimestre de gestación atendidas en el Centro de Salud Comunidad Saludable. Sullana. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Piura; [Internet] 2018 [citado 2022 Oct 09]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/2087/EST-ALD-CUR-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Vite P, Ramírez K, Gómez A, San Martín A, Ojeda c, Vera A. Prevalencia de gingivitis en pacientes embarazadas que acuden al centro de salud bicentenario de Tihuatlán. Revista mexicana de medicina forense. [Internet] 2019 [citado 9 oct 2022]; 4 (Suppl 1): p. 48-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmfs191q.pdf>
11. Alfaro A, Castrejón I, Magán RAM. Embarazo y salud oral. Revista clínica de medicina de familia. [Internet] 2019 [citado 01 oct. 2022]; 11(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144
12. Cubero A, Loredó I, González A, Ferrer M, Zapata MJ. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. Revista pediátrica de atención primaria. [Internet] 2019 diciembre [citado 09 oct. 2022]; 21(82): p. e47-e59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007#:~:text=Seg%C3%Ban%20informe%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n,en%20todo%20el%20mundo3.
13. Martínez V, Quiroz M, Martínez G, Aguilar E. Determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del Hospital Civil de Tepic. Revista de Salud Pública y Nutrición. [Internet] 2017 enero-marzo [citado 25 oct. 2022]; 16(11): p. 16-22. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/26/26>
14. Bouza M, Martínez J, Carmenate Y, Betancourt M, García M. El embarazo y la salud bucal. Revista médica electrónica. [Internet] 2016 Julio [citado 22 oct. 2022]; 38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400013.
15. García J, González Á, García M. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante. Revista de salud pública. [Internet] 2017 [citado 30 set 2022]; 19(2): p. 145-152. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00145.pdf>
16. Morales E, Velásquez D, Cortez R. Problemas de salud en gestantes. Revista Científica de Odontología UNITEPC. [Internet] 2023; [citado 29 jul.2023]; 2(1): p. 31-37.

- Disponible en: <https://investigacion.unitepc.edu.bo/revista/index.php/revista-odontologia/article/view/620/207>
17. Tolentino R. Salud bucal y calidad de vida en gestantes del Centro de Salud Cooperativa Universal. *Revista Horizonte Médico*. [Internet] 2017 febrero – Julio [citado 01 oct. 2022]; 17(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n4/a07v17n4.pdf>
 18. Campos W. Relación entre nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevalencia de caries dental en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Tesis de maestría en Salud Pública. Pucallpa; [Internet] 2019. [citado 29 jul 2023]; Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/6032/B3_2023_UNU_MAESTRIA_2022_TM_WAGNER-CAMPOS_V1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Manrique L. Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención y el estado de salud bucal en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado. Tesis para optar el grado académico de Maestra en Ciencias: Salud Pública con mención en Gerencia de servicios de salud. Arequipa; [Internet] 2019 [citado 25 set 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/PROTEGIDO/8877/MDMmacolm.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 20. Naranjo Y, Pacheco J, Rodríguez M. La teoría. déficit de autocuidado : Dorothea Orem. *Gacet Médica Espirituana*. [Internet] 2017 septiembre-diciembre; citado 01 agos. 2023]; 19(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
 21. Pacheco G. Intervención educativa con base en la teoría de Dorothea Orem para disminuir la sobrecarga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. En Xalapa, Veracruz. Tesis de maestría. Veracruz; [Internet] 2019. [citado 30 ene 2024]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49136/PachecoRodriguezGraciela.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 22. Vásquez R. Conocimientos en salud bucal y calidad de vida en gestantes del Centro de Salud de Coisho. Tesis para obtener el grado académico de Maestría en gestión de los servicios de la salud. Chimbote; [Internet] 2021 [citado 10 oct 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75961/Vasquez_BRP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. FDI World Dental Federation. El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. Segunda edición ed. Ginebra: Myriad Editions; [Internet] 2016 [citado

- 2022 Oct 10]. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book_spreads_oh2_spanish.pdf
24. Carrillo A, Herrero A, Rioboo M, Santa Cruz I. Salud bucal en la mujer embarazada. Informe. Madrid – Española; [Internet] 2019 [citado 10 oct 2022]. Disponible en: https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2019/05/Informe_SaludBucal_Embazarada-16.07.32.pdf
 25. Curiel A, Dorta D. Abordaje clínico odontológico de la mujer embarazada. ODOUS Científica. [Internet] 2019 enero – junio [citado 27 set 2022]; 20(1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol20n1/art06.pdf>
 26. Fajardo M, Rodríguez O, Rodríguez A. Las hormonas sexuales femeninas y su relación con la enfermedad periodontal. MEDISAN. [Internet] 2017 [citado 10 oct. 2022]; 21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100013
 27. Vera L. Experiencia de caries dental basado en informes del internado de odontología social de los caseríos La Pareja, Santa Rosa; Alan García; Manzanares, Bado de Graza y San Juan Bautista del distrito de San Juan de Bigote, Región Piura. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Lima; [Internet] 2016 [citado 11 oct 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/447/Experiencia%20de%20caries%20dental%20basado%20en%20informes%20del%20internado%20de%20Odontolog%C3%ADa%20Social%20de%20los%20caser%C3%ADos%20La%20Pareja%2C%20Santa%20Rosa%2C%20Alan%20Garc%C3>
 28. Lara A, Santiago C. Manejo odontológico de mujeres embarazadas. Archivos de investigación materno infantil. [Internet] 2016 diciembre [citado 11 oct. 2022]; III (3): p. 105-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2016/imi163g.pdf>
 29. Iruretagoyena A. Índice simplificado de higiene oral. Revisión teórica. Buenos Aires; [Internet] 2020. [citado 02 ago 2022]; Disponible en: <https://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>
 30. Ruitón C. Relación de la caries dental y la enfermedad gingival con el índice de higiene oral en gestantes del primer trimestre de 18-35 años de edad, atendidos en el Hospital I Albrecht. Tesis para optar el grado de bachiller en Estomatología. Trujillo; [Internet] 2018 [citado 14 oct 2022]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/2238/PROTEGIDO%20ANIBAL%20RUIT%C3%93N%20RUIZ-%20TESIS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

31. Dho M. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. *Ciência & saúde Colectiva*. [Internet] 2018 [citado 07 oct 2022]; 23(2): p. 509-518. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F5P3MfnNb8H86yxmqNp7JGr/?lang=es&format=pdf>
32. Pachas A, Suárez D, Evaristo T. Estimación de la edad cronológica a través de los métodos de Demirijian y Ubelaker en peruanos. *Odovtas International Journal of Dental Sciences*. [Internet] 2019 Mayo - agosto: [citado 02 ago 2023]. p. 95-103. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499562144010>
33. Mendoza C. Determinantes sociales en el acceso a servicios de salud bucal de gestantes que realizan control prenatal en el Centro de Salud Pozo de Maza. Tesis de maestría en Gestión de sistemas y servicios de salud. Formosa; [Internet] 2017 [citado 13 oct 2022]. Disponible en: <http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/14299>
34. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el uso del odontograma Lima; [Internet] 2022. [citado 28 ago. 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2347931/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%B0%20138-MINSA/DGIESP-2021.pdf>
35. Banco Mundial. Cobertura sanitaria universal. Informe técnico. Washington.; [Internet] 2021. [citado 30 ene 2024]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#:~:text=El%20concepto%20de%20cobertura%20sanitaria,esto%20les%20genere%20dificultades%20financieras>.
36. Seguí M, Toledo E, Jiménez J. Sistemas de salud. Modelos. In Martínez M. Conceptos de salud y estrategias preventivas. Madrid; [Internet] 2018. [citado 30 ene 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5252618>
37. Ayón G. Índice de placa y riesgo de enfermedad gingival. Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontóloga. Guayaquil; [Internet] 2019 [citado 12 oct 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44180/1/AYONdayana.pdf>
38. Guevara D, Villegas F. Enfermedad periodontal y caries dental en gestantes de un área rural y urbana, de la Microred Micaela Bastidas. Tesis para optar el título profesional de Cirujano dentista. Apurímac; [Internet] 2017 [citado 2022 Oct 14]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/250080962.pdf>
39. Morales LGW. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares. *Revista estomatológica herediana*. [Internet] 2019 enero [citado 05 oct 2022]; 29(1). Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100003

40. Durán J, Pérez A, Quispe D, Guamán W, Jaramillo M, Ornaza D. Ingesta de calcio por la dieta en una población de mujeres embarazadas ecuatorianas que viven a 2800 metros sobre el nivel del mar. *Revista Med.* [Internet] 2020 [citado 08 oct 2022] 28(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562020000100033
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: cambios en el estado civil o conyugal 1981-2017. Informe técnica. Lima; [Internet] 2020. [citado 14 oct 2022] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1742/Libro.pdf
42. Enciso V, Galdós B. Características de las gestantes con enfermedades bucodentales atendidas en el Centro de Salud CLAS Chongos Bajo. Tesis para optar el título de especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Huancavelica; [Internet] 2019. [citado 02 ago. 2023]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9290133d-2095-4766-aeef-e5e2bf6f3cbd/content>
43. Cancado M. et al. Salud bucal e indicadores socioeconómicos de residentes en una región de extrema pobreza. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía.* [Internet] 2018 junio; [citado 31 jul. 2023]. 29(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2018000100004&script=sci_arttext&tlng=es
44. Peñuela R. La salud bucal es un privilegio de clase social. Trabajo de grado para optar por el título de especialista en salud familiar y comunitaria. Bogotá; [Internet] 2020 [citado 25 set. 2022]. Disponible en: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4407/Pe%C3%B1uela_Munevar_Ritba_Camila_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Glick M et al. Visión 2030: Proporcionar una salud bucodental óptima para todos. Informe científico. Ginebra; [Internet] 2021 [citado 01 oct. 2022]. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-esp_0.pdf
46. Arias C, Orozco F. Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo, de mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Gineco obstétrico. Tesis para obtener el grado de Maestro en Salud

- Pública. Quito; [Internet] 2017 [citado 02 oct. 2022]. Disponible en: <https://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/download/850/1085/>
47. Dediós F. Relación entre el índice de higiene oral y el grado de instrucción en gestantes atendidas en el Centro de Salud Especialidades Médicas San Bartolomé – Piura. Tesis para obtener el título profesional de Cirujano dentista. Piura; [Internet] 2018 [citado 03 oct. 2022]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26351/Dedi% c3% b3s_ G FI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26351/Dedi%c3%b3s_GFI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
48. Pacheco L, Cabello S. Asociación entre el nivel de instrucción de la madre y la ausencia de lesiones de caries dental. tesis pra optar por el Título de segunda especialidad profesional en salud pública estomatológica. Lima; [Internet] 2019. [citado 01 ago. 2023]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13460/Asociacion_PachecoHurtado_Luciana.pdf?sequence=1
49. García N. Salud oral en embarazadas avilesinas y sus bebés. Educación pra la salud mediante la prevalencia. Revista médica.com. [Internet] 2019 diciembre [citado 01 ago. 2023]. 24. Disponible en: <https://revistamedica.com/salud-oral-embarazadas-prevencion/>
50. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria para la atención estomatológica en pacientes con enfermedades no transmisibles que comparten fctores de riesgo asociados a la cavidad bucal. Informe técnico. Lima; [Internet] 2021. [citado 02 ago.2023]; Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2347931/Directiva% 20Sanitaria% 20N % C2% B0% 20138-MINSA/DGIESP-2021.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2347931/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%B0%20138-MINSA/DGIESP-2021.pdf)
51. Heras M, Encalada L, Verdugo V, Cabrera G. Frecuencia de cepillado dental en adultos en la población de Guayaquil. Amelica. [Internet] 2022. [citado 02 ago. 2023]; Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/611/6112796008/6112796008.pdf>
52. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de salud bucal en gestantes para el equipo multidisciplinario. Primera ed. Lima; [Internet] 2020. [citado 04 oct. 2022]; Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/56/pdf>
53. Oliveira J, Muñoz J, Tovar E. Caries dental en el embarazo. Polo del conocimiento. [Internet] 2017 Abril [citado 09 oct. 2022]; 29; 2(4). Disponible en:

54. Betancourt L, Castaño J, Castro N, Loaiza P, Parra M, Urrea M. Salud oral en mujeres embarazadas atendidas en un hospital Manizales. *Revista de la Facultad de Medicina*. [Internet] 2017 [citado 09 oct. 2022]; 65(4): p. 615-620. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n4/0120-0011-rfmun-65-04-00615.pdf>
55. Varela P, Bugarin R, Blanco A, Varela A, Seoane J, Romero A. Hábitos de higiene oral. Resultados de un estudio poblacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. [Internet] 2020 [citado 05 oct. 2022]; 43(2): p. 217-223. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v43n2/1137-6627-asisna-43-02-217.pdf>
56. Taboada O, Rodríguez K. Prevalencia de placa dentobacteriana y caries dental en el primer molar permanente en una población escolar del sur de la ciudad de México. *Universidad Nacional Autónoma de México*. [Internet] 2018 [citado 05 oct. 2022]; 75: p. 113-118. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n2/1665-1146-bmim-75-02-113.pdf>
57. Luengo J, Toscano I, Carlos L, Anaya M. Conocimientos sobre salud bucal en un grupo de gestantes mexicanas. *Acta universitaria*. [Internet] 2018 mayo [citado 05 oct. 2022]; 28(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300065
58. Anyosa Y, Gamez M, Jiménez A, Hohanna P, Miguel de Priego G. Mitos y evidencias en odontología sobre la gestación. *Revista científica odontológica*. [Internet] 2019 marzo 11 [citado 08 oct 2022]; 7(1): p. 113-120. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/download/494/551/>

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. Edad

< 15 años () 15-19 años ()

20-24 años () 25-29 años ()

30-34 años () 35-39 años ()

+ 40 años ()

2. Grado de instrucción

Sin nivel educativo () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior técnica ()

3. Estado civil

Soltera () Casada ()

Conviviente ()

4. Ingreso económico

Menos de 1 salario mínimo vital ()

1-2 salarios mínimo vitales ()

3 salarios mínimo vitales a más ()

II. FACTORES CONDUCTUALES

Limpieza dental

Ninguna () Una sola vez al día ()

Mañana y noche ()

Utilización de servicios odontológicos en el último año

Si () No ()

Visita odontológica

Control de rutina ()

Cuando hay dolor u otra molestia ()

III. FACTOR SANITARIO

La gestante cuenta con seguro odontológico

Si () No ()

IV. SALUD BUCAL

A. Índice Papilar, Marginal y Adherida (IPMA)

- a) Encía sana ()
- b) Gingivitis moderada ()
- c) Gingivitis severa ()
- d) Gingivitis muy severa ()

B. Índice de higiene oral:

- a) Excelente (0) ()
- b) Buena (0.1-1.2) ()
- c) Regular (1.3-3) ()
- d) Mala (3.1-6) ()

C) Índice de caries dental (CPOD).

- a) Bajo (1 a 2 caries)
- b) Moderado (3 – 4 caries)
- c) Alto (5 a + caries)

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. También se me ha dicho que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca de de 2020

_____ -

Firma

DNI