

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**"AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN PRIMIGESTAS".
CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO VILCASHUAMÁN-
AYACUCHO, 2011.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bachiller : ECHACCAYA GAMBOA, Fredy Lucio.

AYACUCHO – PERU

2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN PRIMIGESTAS”. CENTRO
DE SALUD DEL DISTRITO VILCASHUAMÁN-AYACUCHO, 2011.**

Autor:

ECHACCAYA GAMBOA, Fredy Lucio.

RESUMEN

La presente es una investigación descriptiva – correlacional, cuyo objetivo es determinar la magnitud de las prácticas de autocuidado como medidas de prevención en la salud bucal en primigestas. Centro de Salud del distrito Vilcashuamán - Ayacucho, 2011. Para ello, se revisó y aplicó la técnica de entrevista estructurada aplicada a la muestra en estudio. Los instrumentos utilizados son: la escala de mediciones, considerando la variable autocuidado de la salud bucal. Los instrumentos se validaron a través de la prueba del alpha de crombach (0.875). La muestra está conformada por 35 primigestas que cumplen con los criterios de selección. Los resultados muestran que existe una relación de dependencia entre el nivel de conocimiento del autocuidado de la salud bucal y la práctica de ésta. En conclusión: El conocimiento y la práctica del autocuidado bucal es importante en la prevención de riesgo periodontal durante el embarazo.

Palabras clave: Autocuidado bucal, embarazo, salud bucal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**"SELF-MANAGEMENT OF ORAL HEALTH IN PRIMIGRAVID". THE
VILCASHUAMAN-AYACUCHO DISTRICT HEALTH CENTER, 2011.**

Autor:

ECHACCAYA GAMBOA, Fredy Lucio.

ABSTRACT

This is a research, descriptive - correlational, whose objective is to determine the extent of the practices of self-care as preventing measures in oral health in primigestas. The Vilcashuaman-Ayacucho District Health Center, 2011. It was revised and applied technique of interview applied to the sample in the study. The instruments used are: scale of measurements considering the variable self-management of oral health. The instruments were validated using the alpha cronbach (0.875) test. The sample is comprised of 35 primigravid that meet the selection criteria. The results show that there is a relationship of dependence between the level of knowledge of the self-management of oral health and the practice of this. In conclusion: the knowledge and practice of oral self-care is important in the prevention of periodontal risk during pregnancy.

Keywords: pregnancy, oral health and oral self-care.

Con profunda gratitud a mi madre y hermanos, por brindarme su amor, apoyo emocional y comprensión en cada momento de mi vida y ayudarme a cristalizar mi anhelado sueño en mi formación profesional.

Y en memoria imperecedera de mi padre, quién su bello rostro siempre vive en mí y sus recuerdos iluminen el camino de mi formación como profesional de salud.

Que en paz descanse y de Dios goce.

Fredy Lucio.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a **Dios** por ayudarme en cada momento de mi existir, por darme fuerzas para continuar con mi sueño.

A la histórica **Universidad Nacional de "San Cristóbal de Huamanga"**, Alma Máter, por la oportunidad de forjar una carrera profesional.

A la **Facultad de Enfermería** y su plana docente, por su esmero y dedicación en el transcurso de mi formación profesional.

A mis asesores: **Mg. Angélica Ramírez Espinoza** y **el Dr. Héctor Huaraca Rojas**. Por sus orientaciones, aportes, sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

A la **Residencia Estudiantil** y **Comedor Universitario UNSCH** y sus trabajadores, por albergarme en su recinto y brindarme con la alimentación año tras año, que me permitió continuar con mis estudios.

Al **Centro de Salud de la provincia de Vilcashuamán** y su equipo de Salud, por las facilidades para aplicar los instrumentos.

A las **gestantes de la provincia de Vilcashuamán**, por su comprensión y colaboración en la aplicación de los instrumentos.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPITULO II	
REVISION DE LA LITERATURA	
2.1. Antecedentes referenciales	06
2.2. Base teórico	14
CAPITULO III	
MATERIALES Y METODOS.....	34
CAPITULO IV	
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	56
ANEXOS	

CAPITULO I

INTRODUCCION

El embarazo constituye un proceso natural y no debe ser considerado y tratado como una enfermedad, aunque durante éste se suceden un conjunto de cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos, que deben ser tenidos muy en cuenta por parte del profesional de la salud. Estos cambios también se manifiestan en la cavidad bucal y plantean determinados cuidados en la gestante para prevenir enfermedades bucales, siendo la más frecuente la enfermedad periodontal, que afecta del 35 % al 100 % de las embarazadas ⁽¹⁾.

Entre los factores de riesgo para su aparición se encuentran la mala o insuficiente higiene bucal, la dieta, los hábitos alimentarios desorganizados, las modificaciones hormonales y vasculares, la respuesta inmunológica, entre otros. Existe la creencia popular generalizada de que durante el embarazo, el calcio es extraído en cantidades apreciables de la dentición materna para cubrir los requerimientos fetales. Sin embargo, no existe ninguna prueba histológica, química, ni radiológica que apoye esta creencia. A pesar de que se recomienda la atención estomatológica desde el mismo comienzo del embarazo, esto no se cumple en la mayoría de ellas.

La población tiene, desde sus creencias y mitos, respuestas a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Existe una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes; muchas personas expresan: "con cada niño...se pierde un diente..." "la futura mamá no puede recibir atención odontológica, porque la anestesia, la..." Sin embargo, existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado ⁽²⁾.

La gingivitis constituye una de las alteraciones periodontales comúnmente identificadas en las mujeres embarazadas. Estudios epidemiológicos sobre gingivitis gravídica mostraron una prevalencia en el orden de 35% y 100% ⁽¹⁾. Aunque no existe consenso general con relación a los factores que se consideran que intervienen en su aparición, hay tendencia a conceptuar que el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este periodo se relacionan con la presencia de la biopelícula, el cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal, interviniendo los factores hormonales exagerado a la respuesta a los irritantes locales.

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud, y que debe adquirirse desde niños. En el presente estudio, se evidencia la ausencia de programas de educación para la salud y de prácticas preventivas en la oferta de atención ofrecida a las primigestas. La inclusión de las categorías cultura, estructura social, historia, etc., en el abordaje clínico, provoca que la sociedad funcione como sujeto activo del

proceso de sanar o enfermar, traspasando así las barreras individuales. Además, la cultura tiene una relación indiscutible con conceptos como estilos de vida, formas de articulación social, apoyo social, autoayuda, etc. y, éstos son algunos de los mecanismos de intervención sobre los que se sustenta la promoción de la salud.

Teniendo en cuenta que existen pocos estudios relacionados con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las embarazadas, se realizó esta investigación, con el objetivo de evaluar dichos conocimientos y poder desarrollar actividades futuras que los eleven, mediante la promoción y educación para la salud. Los profesionales de la salud somos educados y formados bajo el criterio del hombre como ser bio-psico-social, y teniendo en cuenta que el proceso salud-enfermedad se produce por la interrelación de los factores biológicos y sociales; nuestro sistema nacional de salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención, dentro de los cuales se incluye el de la embarazada, para lo cual se realizan acciones de fomento, prevención, y recuperación de la salud, con el objetivo de lograr salud para la madre y para el niño.

Se considera de gran relevancia el estudio en este campo de la salud, donde el profesional de enfermería contribuye directa e eficazmente en el cuidado de la salud bucal, desarrollando actividades preventivo promocionales, teniendo en cuenta para esto las características socio culturales y que no solo basta de su conocimiento sino cuantas la ponen en la práctica las medidas de autocuidado de la salud bucal, lo cual contribuirá a disminuir las afecciones bucodentales y de esta manera mejorar el nivel de salud de las gestantes y de su bebé y por ende la calidad de vida de los mismos. Esta situación motivó a proponer la investigación titulada

“AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN PRIMIGESTAS”. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO VILCASHUAMÁN - AYACUCHO, 2011, con la finalidad de determinar la magnitud de las prácticas de autocuidado como medidas de prevención en la salud bucal en primigestas.

Los objetivos planteados fueron:

General.

- Determinar la magnitud de las prácticas de autocuidado como medidas de prevención en la salud bucal en primigestas. Centro de Salud del distrito Vilcashuamán - Ayacucho, 2011.

Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de las prácticas de autocuidado como medidas de prevención en la salud bucal (caries, gingivitis) en primigestas; que acuden al Centro de Salud del distrito Vilcashuamán - Ayacucho, 2011.
- Evaluar las prácticas de autocuidado como medidas de prevención en salud bucal (caries, gingivitis) en primigestas; que acuden al Centro de Salud del distrito Vilcashuamán - Ayacucho, 2011.
- Relacionar entre las prácticas y el autocuidado como medidas de prevención en salud bucal (caries, gingivitis) según las características de las primigestas; que acuden al Centro de Salud del distrito Vilcashuamán - Ayacucho, 2011.

La hipótesis propuesta fue: El Autocuidado de la salud bucal es inadecuado de las primigestas que acuden al Centro de Salud del distrito de Vilcashuamán, Ayacucho. 2011.

Con respecto al diseño metodológico; el estudio es de tipo cuantitativo no experimental, diseño transversal correlacional, descriptivo observacional, no probabilístico por conveniencia. Para ello, se revisó y aplicó la técnica de entrevista y la observación aplicada a la muestra en estudio. Los instrumentos utilizados son; la escala de mediciones, considerando la variable Autocuidado de la salud bucal. Los instrumentos se validaron a través de la prueba del alpha de crombach (0.875). La muestra está conformada por 35 primigestas que cumplen con los criterios de selección.

Los resultados muestran que existe una relación de dependencia entre el nivel de conocimiento del autocuidado de la salud bucal y la práctica de esta ($P < 0.05$). En conclusión: El conocimiento y la práctica del autocuidado bucal es importante en la prevención de riesgo periodontal durante el embarazo.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

Hecha la revisión de la bibliografía se encontró estudios similares al problema, se citan a continuación:

Walkyria ⁽³⁾; en su trabajo titulado “conocimientos de las embarazadas del área de salud del policlínico Carlos J. Finlay sobre salud bucal” de Santiago de Cuba, cuyo objetivo fue: Determinar los conocimientos sobre salud bucal en embarazadas, en el período entre enero y marzo del 2002. Materiales y métodos fue: Descriptivo transversal, la muestra estuvo constituido por 45 embarazadas; para la recopilación de la información elaboró un cuestionario. Los resultados fueron: Se observó conocimiento incorrecto en el 72,2 % de las embarazadas mayores de 20 años y en el 77,8 % de las menores de 20, con un ligero predominio en este grupo. Los conocimientos relacionados con la caries dental y la placa dentobacteriana fueron incorrectos con cifras del 88,9 % en las menores de 20 años y del 75 % en las mayores de 20 años. Se observan los resultados de

(enfermedad periodontal y cepillado). El 77,8 y el 88,9 % respectivamente de las menores y mayores de 20 años, tenían conocimientos incorrectos. La autora sólo abordó nivel de conocimientos de las embarazadas sobre salud bucal y no ha investigado las prácticas de autocuidado de la salud oral.

Betancourt ⁽⁴⁾; en el estudio titulado “salud bucal de la población. Policlínicos "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada", 1999-2001. Habana, Cuba”. Los objetivos planteados fueron: Describir el estado de salud bucal y las necesidades de atención estomatológica de las áreas de salud de los policlínicos "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada" durante el período 1999-2001. El universo de estudio estuvo constituido por 23449 habitantes, de donde se seleccionaron los consultorios antes mencionados por muestreo por conglomerados, y dentro de cada consultorio se seleccionó una muestra aleatoria estratificada, considerando como variable de estratificación la edad de las personas estudiadas. La autora arribó a las siguientes conclusiones: a). Las alteraciones en la piel y mucosa no constituyen un problema de salud bucal; b). La enfermedad periodontal predomina en el grupo de 35-59 años, donde se observan diferencias significativas en los diferentes grupos; c). En todas las afecciones estudiadas hay un incremento de estas en relación con la edad. El enfoque del trabajo de investigación que antecede fue odontológico y no ha considerado las prácticas y educación sobre prevención en salud bucal.

Garbero ⁽²⁾; en la investigación “Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y actitudes”. El propósito de su trabajo fue explorar los conocimientos y actitudes de las embarazadas de los distintos sectores del sistema de salud de Tucumán-

Argentina, en relación con los cambios orales producidos durante la gestación. El diseño que utilizó fue: Analítico de corte transversal; se seleccionaron por muestreo probabilístico sistemático, eligiendo a las gestantes que constituían los números pares de las listas de turnos de cada médico obstetra. Siguiendo la misma técnica de muestreo se eligieron embarazadas que concurrían a su control prenatal al servicio de perinatología del Hospital y de la Clínica Nicolás Avellaneda. El instrumento que utilizó fue el cuestionario de auto administración y respuestas cerradas en 258 embarazadas de los sectores privado y seguridad social (grupo I) y 126 del sector público (grupo II). Resultados: El promedio de edad del Grupo I fue 23 años, el 42,6% tenía estudios secundarios y el 61,1% eran primíparas. El grupo II de 19 años de edad promedio, el 61,9% tenía estudios primarios, el 74,7% dos o más hijos previos. Un reducido porcentaje de madres fue derivado por el obstetra al examen odontológico durante el control prenatal. Fue significativamente mayor el porcentaje del grupo I que reconoció poder recibir la atención odontológica sin riesgos para el feto. La mayoría desconoce las causas del incremento de caries y del sangrado alteración gingival durante embarazo así como las prácticas que puede realizar el odontólogo durante la consulta. La demanda de atención a pesar del deterioro sufrido, también fue escasa. Conclusiones: No existen diferencias en los grupos según el sector del sistema de salud al que pertenecen en cuanto a los conocimientos sobre los factores a los que se atribuyen el deterioro de la salud oral durante el embarazo, así como en reconocer haber sufrido algún problema durante la gestación. Sin embargo, es significativamente mayor el porcentaje de mujeres de los sectores privados y de la seguridad social que conocen que la atención odontológica no significa un riesgo

para su embarazo y solicitaron atención. En el estudio que antecede no se consideró las prácticas en el autocuidado de la salud bucal.

Fernández ⁽⁵⁾; en su trabajo “opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo” Chile, 2007. El autor buscó conocer las ideas que posee un grupo de embarazadas en control prenatal, en torno a la salud oral y el embarazo. Fue confeccionada una encuesta con 5 preguntas cerradas, aplicándose a 65 embarazadas seleccionadas aleatoriamente. La investigación fue exploratoria, transversal, realizada durante el período comprendido entre agosto y diciembre del 2007, en 9 centros de salud de la comuna de Temuco, Chile. Las participantes corresponden a 65 embarazadas en control prenatal. La muestra fue obtenida por conveniencia; obtuvo como resultados: El 95% cree que durante el embarazo es necesario consultar al odontólogo, el 60% cree que el embarazo puede producir caries, 70% de las personas que participó del estudio cree que el embarazo puede producir caída de piezas dentarias, un 75% ha evidenciado sangrado de encías durante el embarazo, y sólo un 22% del total de personas encuestadas siente temor de consultar al dentista durante el embarazo. El 65% de las personas de origen Mapuche ha evidenciado sangrado de encías durante el embarazo. El investigador estudió sobre opiniones y creencias; no ha considerado sobre el autocuidado de la salud bucal.

Almarales, Llerandi ⁽⁶⁾; en su trabajo titulado “conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas”, tuvo los siguientes objetivos: evaluar el nivel de conocimientos

sobre salud bucal y su relación con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, así como la demanda de servicios estomatológicos por parte de las embarazadas, determinar la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal en las embarazadas, evaluar la relación entre el nivel de conocimientos y la prevalencia de la enfermedad periodontal, asimismo la relación entre la demanda de servicios estomatológicos y la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal. Métodos: se aplicó una encuesta a 71 gestantes de los policlínicos: Moncada, Plaza y Rampa que fueron captadas en el período de septiembre a diciembre del 2006. Para determinar la afectación periodontal de las mismas se aplicó el índice periodontal de Russell. Resultados: mostraron un predominio de las embarazadas con nivel de conocimiento insatisfactorio (59,1%). La prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo estudiado fue alta (87,3%), no así la gravedad. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la prevalencia de la enfermedad ($p=0,01586$), no siendo así con la gravedad. El autor realizó el estudio con la finalidad de evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de gestantes en general y no así en primigestas.

Marrero ⁽⁷⁾; en su trabajo titulado "necesidades educativas de salud bucal en embarazadas", en los servicios de salud de Cuba 2001, de tipo descriptivo con el objetivo de determinar las necesidades educativas, lo que permitió conocer el grado de información sobre salud bucal en relación con el embarazo. Se realizó el diagnóstico educativo a través de una entrevista estructurada donde según los resultados obtenidos el 85,5% de las gestantes fueron evaluadas de regular en

relación al nivel de información general sobre salud bucal y específicamente sobre los conocimientos de las enfermedades bucales más frecuentes que pueden afectar su salud. El 60% obtuvo evaluación de regular sobre las medidas higiénicas sanitarias y el 89,1% tenían un alto nivel de aceptación para recibir medidas educativas para la promoción de salud y la prevención de enfermedades. El autor realizó el estudio a cerca de grado de información sobre la salud bucal en relación con el embarazo y no así la parte práctica.

Nápole ⁽⁸⁾; en Santiago de Cuba realizó un estudio descriptivo y transversal de las gestantes del policlínico docente "Josué País García", para determinar su grado de conocimiento sobre salud bucal. El universo estuvo constituido por 66 embarazadas. Los resultados evidenciaron que los conocimientos de las embarazadas relacionados con los temas de salud bucal eran inadecuados, por lo cual recomendaron incrementar las actividades educativas y efectuar una intervención educativa para modificar positivamente los conocimientos de esta población femenina.

Rodríguez ⁽⁹⁾; en su investigación titulado "nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes", con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, transversal, en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital, se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los

siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7- 13) y bueno (14-20 puntos). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales reciben o no atención odontológica. Arribó a los siguientes conclusiones: el nivel de conocimiento más frecuente fue regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevelece el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. Se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

Quispe ⁽¹⁰⁾; en su trabajo titulado “salud dental en nulíparas y multíparas”. Los objetivos planteados fueron: 1. Estudiar la incidencia de afecciones dentarias (caries, movimientos y pérdidas) en mujeres de edad reproductiva (multíparas y nulíparas). 2. Determinar el impacto del embarazo en caries y pérdidas dentarias. 3. Determinar el nivel de conocimiento de la población gestante y su relación con el aspecto dietético e higiénico. 4. Determinar la importancia de una orientación odontológica, como parte del control pre natal. La autora utilizó el siguiente material y métodos: estudio prospectivo de 500 pacientes captados en diversos centros asistenciales de nuestro medio y el Hospital Regional de Ayacucho. De éstas 350 son gestantes multíparas y 150 son nulíparas; todas ellas de la misma edad fluctúan entre 18 y 32 años. Se hizo la recolección de datos de todas las

personas encuestadas. Luego se procedió con la tabulación y análisis. El análisis estadístico se basó en el cálculo de la media aritmética. Para la recolección de datos, se elaboró un odontograma y una ficha de encuesta. Llegando a las siguientes conclusiones: 1. Se encuentra mayor incidencia de afecciones dentales en las multíparas. Siendo 94.5% en caries, 83.1% en pérdidas. Por lo que se puede decir que el embarazo es un factor que condiciona la frecuencia de estas afecciones. 2. La mayor incidencia de caries según grupos de edades se ve que en las nulíparas avanza de acuerdo con la edad, alcanzando un 10% entre 27 a 32 años, mientras en las multíparas los porcentajes son mayores de 90% en todas las edades. 3. La incidencia de caries según grado de instrucción es muy notable en las gestantes que no tienen ningún grado de instrucción tanto en nulíparas y en multíparas siendo el 100%. En los niveles de primaria, secundaria y superior, las multíparas presentan mayor porcentaje de caries en comparación con las nulíparas; esto indica que no en el nivel cultural sino el embarazo influye en esta afección. 4. El 59.3% de nulíparas y 57.4% en multíparas hacen uso de pasta dentrífica más cepillo en la higiene bucal así mismo enjuagues y jabón en menor porcentaje, es lamentable comprobar que hay un porcentaje significativo de 11.3% y 17.1% tanto en nulíparas y multíparas respectivamente no hacen uso de ningún medio en su higiene bucal; lo cual impide conservar la salud dental. 5. Las nulíparas dan mayor importancia al control odontológico como medida preventiva representado por un 40.0%, con relación a multíparas que sólo acuden en un 21,1%. Así mismo existe un porcentaje significativo de personas que nunca acuden al control odontológico dentro a diversos factores conllevando esto al agravamiento de las afecciones. Los resultados son parecidos al problema

planteado, sin embargo la investigación se realizó hace 26 años, utilizando otros parámetros; en la ciudad de Ayacucho.

Degregori ⁽¹¹⁾; en su investigación realizada “Caries dental en los pobladores de las comunidades campesinas de Putaqa”, distrito de Vinchos, 1996, donde planteó los siguientes objetivos: 1. Determinar la frecuencia de caries dental de los pobladores de las comunidades campesinas de Putaqa – Vinchos. 2. Determinar la frecuencia de caries dental según grupo etáreo y sexo de los pobladores de las comunidades campesinas de Putaqa – Vinchos. 3. Identificar las actividades preventivas promocionales que realizan el equipo de salud. El tipo de estudio es prospectivo, descriptivo y analítico. El universo conforma toda la comunidad de Putaqa. La población muestral es de 250 personas de 6 a 25 años de edad. En la recolección de datos se ha utilizado la encuesta, entrevista y observación. Y sus conclusiones son: El 95.6% sufren caries dental y el 4.4% no presentan. El 56% de pobladores de sexo masculino presentan caries dental, de los cuales tienen dos piezas dentales cariadas. El 44% realizan el cepillado dental esporádicamente y el 28.8% no realizan. 76.8% no acuden al consultorio dental. La investigación se realizó en una comunidad en general, no así conocimientos y prácticas en gestantes.

2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.2.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de informaciones almacenadas mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente, y es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas. ⁽²⁾.

Las Características del Conocimiento son básicamente tres:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también

“evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.

- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

Estas características convierten al conocimiento, cuando en él se basa la oferta de una empresa en el mercado, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión efectiva y eficientemente ⁽¹²⁾.

El conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido; es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimiento intelectual, ello se origina de concepciones aislados y de hechos causales de ellas. Conocimiento de la razón, referidos a las causas internas fundamentales, generales de la existencia y modo de ser las cosas.

Para Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, coordinados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las

representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir y relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.

Es común la falta de conocimiento y la escasa importancia sobre los cuidados orales prenatales, que en muchas ocasiones podrían deberse a la falta de motivación y programas preventivos por parte de los prestadores de servicios de salud. Adicionalmente, es importante analizar otros factores como lo económico, social y cultural, entre otros.

2.2.2 PRÁCTICA

Debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada de una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición a una respuesta consistente frente a ello, la cual puede ser observada. La práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje ⁽¹³⁾.

2.2.3 CUIDADO

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo

otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: La reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud ⁽¹⁴⁾.

2.2.4 AUTOCUIDADO

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, considera el concepto "**auto**" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "**cuidado**" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

En las mujeres gestantes, el autocuidado sobre la salud bucal, es un aspecto muy importante donde influye la salud de su futuro hijo; que consiste en: cepillado de los dientes, visita al odontólogo en cualquier molestia, tratamiento oportuno ante cualquier alteración en la salud oral, dieta adecuada, disminuir consumo de azúcar, entre otros.

El autocuidado es definido como “Una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia si mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” ⁽¹⁵⁾.

2.2.4.1 NIVELES DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL

a. ÓPTIMO O ADECUADO

Estado en el que una persona presenta una capacidad adecuada para realizar o completar actividades de medidas preventivas en salud bucal.

b. INSUFICIENTE O DÉFICIT

Es la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen la cavidad bucal saludable ⁽¹⁶⁾.

2.2.4.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorotea Orem, nacida en Baltimore, Estados Unidos. "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar."El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o

debería realizar la persona para sí misma. Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra vida diaria. Los niños cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados, en este caso ellos son sus propios agentes de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo ⁽¹⁵⁾.

2.2.5 SALUD

La OMS en su Constitución de 1946, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana. Una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad ⁽¹⁷⁾.

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso. Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio del ser humano. Dicho cambio puede ser transitorio, y como proceso se reinicia en forma intermitente ante hechos fortuitos o fugaces acaecidos en cualquiera de los factores antes mencionados. Las respuestas escogidas por el ser humano ante esos estímulos externos o internos son múltiples y variadas de acuerdo a sus propias capacidades.

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana del animal ⁽¹⁸⁾.

2.2.5.1 SALUD BUCAL

La salud bucal es un término desde el punto de vista práctico para referirse a las manifestaciones del proceso salud enfermedad que se presenta en la boca y estructuras vecinas, ya que el organismo humano no admite salud parcial.

La salud bucal, se define en función del estado de la boca, los dientes, las encías y la lengua. La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento. Comúnmente es afectado por la caries dental, también conocida como cavidad dental, es la enfermedad más común de los dientes. Los principales factores para el control de la caries son la higiene bucal, el uso de flúor y el consumo moderado de alimentos criogénicas⁽¹⁹⁾.

A los dientes también les afecta el “desgaste de los dientes” o erosión. Se trata de un proceso normal que se produce con la edad, a medida que se pierde el esmalte de los dientes debido a su exposición repetida a ácidos distintos de los que produce la placa. La atrición (desgaste mecánico) y la abrasión son otras formas de deterioro de los dientes. La atrición se produce cuando los dientes se erosionan debido al contacto con otros dientes. La abrasión es provocada por factores mecánicos externos como un lavado de los dientes incorrecto.

A. DIENTES

Son órganos de consistencia ósea, de origen epidérmico, implantados en el borde libre de las mandíbulas y destinados a triturar o dividir los alimentos sólidos para hacerlos más accesibles a la acción de los jugos digestivos⁽²⁰⁾.

Una de las numerosas estructuras dentales que se desarrollan en los maxilares. Cada diente está formado por una corona que sobresale por encima de las encías; de dos a cuatro raíces incluida en los alveolos, y un cuello que se extiende entre la corona y la raíz. Cada diente también contiene una cavidad llena de pulpa muy rica en vasos sanguíneos y nervios que entran la cavidad a través de un pequeño orificio situado en la base de cada raíz. La porción sólida del diente está formada por dentina, esmalte y una fina capa de hueso en la superficie de la raíz. La dentina forma la parte más voluminosa del diente. El esmalte cubre la porción expuesta de la corona. En diferentes periodos de la vida aparecen dos grupos de diente: los 20 dientes caducos o de leche aparece durante la lactancia, los 32 dientes permanentes aparecen durante la infancia y la etapa adulta temprana.

a. Una serie formada por 20 dientes temporales (dientes de leche)

Empiezan a salir hacia los 6 meses y a los 2-3 años ya han salido todos, cumpliendo su función durante 6 -9 años en la boca de los niños. Estos dientes se pierden en su totalidad, sin embargo, los dientes primarios proporcionan una pauta de orientación y contribuyen a mantener el espacio para los dientes permanentes. Su pérdida precoz puede ocasionar dificultades cuando salen los dientes permanentes, por lo que es necesario cuidarlos.

b. Una serie de 32 dientes permanentes.

Estos empiezan a salir hacia los 6 años, pero el último puede no aparecer hasta los 17 años o más (muela del juicio). El primer diente permanente, el molar de los 6 años, sale detrás del último diente primario y no reemplaza a ninguno. Por esta razón, se confunde, en ocasiones, con un diente primario y puede descuidarse y perderse a causa de la caries ⁽²¹⁾.

B. ESTRUCTURA DE LOS DIENTES

Los dientes están formados por tres porciones:

- a. Corona:** Es la porción expuesta de los dientes a la cavidad bucal.
- b. Cuello:** Angostamente que divide en dos al diente (corona y raíz), lugar en donde se inserta la encía.
- c. Raíz:** Porción por debajo del cuello que se inserta en el hueso de sostén.

Los dientes además están formados por varios tejidos:

- a. Esmalte:** Es el tejido más duro del organismo, cubre a la corona en su porción más externa.
- b. Dentina:** Es el tejido más abundante del diente, se cubre por esmalte en la corona y por cemento en la raíz. Tiene una gran sensibilidad a cualquier estímulo. Normalmente no está expuesta al medio ambiente bucal.
- c. Pulpa:** Es la porción más interna del diente y se constituye de nervios, arterias y venas principalmente.
- d. Cemento:** Es la capa más externa de la raíz, da apoyo a las fibras del ligamento periodontal que une al diente con el hueso ⁽²⁰⁾.

C. PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCODENTALES

a. CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, afecta a todos los tejidos del diente. La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes. La enfermedad empieza por la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales. El progreso de la enfermedad es variable, puede desarrollarse en sólo unos meses o puede requerir de varios años para su formación.

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, que es una colección de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a los dientes y encías, además, se forma de restos de alimentos, saliva, células muertas y otros elementos. Los microorganismos de la boca forman ácidos a partir de los restos alimenticios que no han sido removidos con el cepillado dental.

Los alimentos que más favorecen la caries dental son los que contienen carbohidratos (azúcares), siendo mucho menos dañinos los alimentos que contienen azúcares naturales tales como frutas y verduras y de gran poder destructor son los refrescos, caramelos y panecillos que contienen azúcares refinados, por lo que debe evitarse su ingestión en exceso y entre comidas.

La caries dental se inicia como una mancha blanquecina, o café en el esmalte, sintiéndose cierta aspereza o irregularidad. No hay dolor o síntoma alguno. Este es el mejor momento para su tratamiento curativo. Al avanzar la enfermedad se presenta una cavidad, con poco dolor, que sólo se presenta ante un estímulo como el calor, el frío, al comer un dulce o alimento ácido.

El dolor cesa inmediatamente y por lo general no hay necesidad de recurrir a medicamentos contra el dolor (analgésicos). Aquí la caries ya afecta a la dentina y ante la sintomatología antes expuesta, el afectado ya debería acudir con urgencia al profesional, para su tratamiento. Se puede considerar que nuestros dientes nos avisan la urgencia de un tratamiento que debería haberse hecho con anterioridad para evitar molestias. Si el afectado sigue descuidándose, la cavidad continúa agrandándose y se presenta un dolor más fuerte, y de gran intensidad, al grado de que es necesario tomar analgésicos para calmarlo; en esta etapa la pulpa ya está siendo afectada, se presenta el dolor espontáneamente y en oleadas de menor o mayor intensidad. En su fase final, el dolor es constante y de gran intensidad, siendo imposible tocar el diente aún con la lengua u otros tejidos sin producir más dolor, la pulpa ya está severamente afectada hasta llegar a producirse abscesos e infecciones.

Los dientes que han recibido fluoruro ya sean en el agua o por medio de aplicaciones tópicas, son menos afectados por la caries dental ya que el flúor aumenta la resistencia del diente haciéndolo menos soluble al ataque de los ácidos de la placa dentobacteriana, por lo que se debe enfatizar en la necesidad de que el niño reciba la aplicación tópica de flúor mínimo dos veces al año, y

entre más pequeño la reciba será mejor debido a que los dientes cuando erupcionan son más porosos y absorben más flúor.

D. CARIES DENTAL EN GESTANTES.

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

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

E. LA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

Puede comenzar en la infancia como una inflamación de las encías con enrojecimiento, hinchazón y sangrado al cepillarse los dientes, pero a diferencia de a caries dental sus plenos efectos destructivos no pueden notarse hasta la edad adulta. Con el tiempo se afectan las estructuras que soportan los dientes, dando lugar a la movilidad y posterior caída del diente.

La enfermedad de las encías también está causada por la placa bacteriana. En las primeras fases el proceso es reversible y se puede prevenir mediante un

minucioso cepillado de los dientes, eliminando la placa; sobre todo la que se encuentra en los bordes entre las encías y los dientes ⁽²²⁾.

F. GINGIVITIS EN GESTANTES

Es la inflamación de las encías, que puede estar causada por bacterias que se quedan entre los dientes y las encías. También se corresponden con restos de comida. En estos casos las encías enrojecen y se hinchan.

G. EDUCACIÓN A LAS GESTANTES

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

Existen algunos mitos sobre la salud dental durante la gestación. El principal es que la gravidez aumenta el número de lesiones cariosas o problemas gingivales (encías), comúnmente se dice "por cada embarazo, un diente menos" esto no es verdad si se mantienen algunos cuidados básicos, tales como alimentación equilibrada, buena higiene bucal y recibir cuidados profesionales periódicos. Otro concepto erróneo es que "durante la gestación no se puede recibir atención

odontológica", por lo que se requiere una verdadera concientización por parte de los profesionales de salud con respecto a estos puntos ⁽⁹⁾.

H. NECESIDADES MINERALES EN LAS GESTANTES

El calcio y el fósforo son fundamentales, y los requisitos diarios recomendados son de 1.200 a 1.600 mg. Son responsables del crecimiento del esqueleto fetal. Alimentos ricos en calcio son la leche y sus derivados.

Las necesidades de hierro son de 900 mg. Alimentos ricos en hierro son las carnes rojas, las vísceras y el hígado. El aporte de sodio será normal.

I. NECESIDADES VITAMÍNICAS

Vitamina D: Las necesidades diarias recomendadas son de 70 a 80 mg. Se encuentra en la leche y la manteca.

Vitamina C: Las necesidades diarias recomendadas son de 70 a 80 mg. Se encuentra en las frutas y legumbres.

Vitamina B: Se encuentra en alimentos de origen animal.

J. PREVENCIÓN DE CARIES Y GINGIVITIS EN GESTANTES

La higiene dental es muy importante ya que durante el embarazo es muy frecuente la gingivitis gravídica, caracterizada por encías hemorrágicas. Se recomienda realizar un buen cepillado de dientes después de cada comida con un cepillo suave. Durante la gestación también aumenta la secreción de saliva que puede llegar a hacer incomodo y por tanto es importante una buena higiene bucal. Al inicio del embarazo también se aconseja una visita al Odontólogo para prevenir posibles infecciones.

K. MEDIDAS PREVENTIVAS

a. REDUCIR EL CONSUMO DE AZÚCAR

Hay alimentos que son especialmente perjudiciales para los dientes: Todos aquellos que contienen azúcar (pasteles, chocolates, helados, bombones, caramelos, bollos, refrescos, zumos envasados). La asociación entre consumo de azúcar y caries está ampliamente demostrada.

Muchos de los alimentos que consumimos habitualmente contienen azúcar (frutas, leche, etc.) Sin embargo, es el azúcar refinado, que normalmente se usa para endulzar alimentos y/o bebidas la que tiene un mayor poder cariogénico. Hay alimentos que en su composición se les ha añadido azúcar, es el caso de yogures, mermeladas, etc. es lo que se denominan “azúcares ocultos” y su efecto sobre los dientes es igualmente cariogénico.

Se debe evitar el consumo de alimentos azucarados entre comidas. Para el recreo o la merienda es más sano sustituir los alimentos dulces por bocadillos o frutas.

b. ENSEÑAR EL CEPILLADO DE LOS DIENTES

Existen diversos métodos para limpiar los dientes sin embargo lo importante es que estos queden limpios por todos sus lados y que no se dañen las encías.

Para el cepillado utilizaremos un cepillo de cabeza pequeña, mango recto y cerda de nylon de dureza media o suave y una pasta de dientes con flúor. El cepillo se debe coger con los dedos como si se tratase de un lápiz y no con todo

el puño; de esta manera se podrá orientar mejor para alcanzar todos los dientes, y se evitará realizar una fuerza excesiva que puede ser perjudicial para los dientes y que estropea el cepillo con mucha rapidez. Para que el cepillado sea efectivo, el cepillo tiene que estar en condiciones adecuadas por lo que habrá que cambiarlo con regularidad, cuando notemos que las cerdas se aplastan. La seda o hilo dental es una técnica de apoyo al cepillado para limpiar los espacios entre los dientes.

Para que la limpieza sea eficaz no es necesario llenar todo el cepillo de pasta de dientes, una cantidad del tamaño de un guisante es más que suficiente. Así evitaremos una excesiva cantidad de espuma en la boca que a menudo resulta molesto.

Para tener una boca sana es útil adquirir la costumbre de lavarse los dientes y encías después de cada comida y fundamentalmente a la hora de acostarse, este último cepillado es el más importante. Cada cepillado debe durar 3 minutos como mínimo ⁽²²⁾.

c. PREVENCIÓN PRIMARIA

- Se debe recomendar el cepillado dental utilizando pasta dental con flúor, de 1000 a 1500 ppm, 2 veces al día, a lo que se debe sumar el uso habitual de seda dental.
- Se debe recomendar el cepillado dental utilizando pasta dental con flúor, al menos 2 veces al día, a lo que se debe sumar el uso habitual de seda dental.
- Se debe educar a la gestante para que limite alimentos con contenido azucarada a los horarios habituales de comida.

- Se debe recomendar beber agua o leche descremada, y evitar las bebidas carbonatadas durante la gestación.
- Para evitar las náuseas y vómitos se sugiere consumir pequeñas cantidades de alimentos nutritivos y no cariogénicos a lo largo del día: frutas, vegetales, granos, proteínas, productos lácteos (leche, yogurt, queso).
- Todas las pacientes debieran beneficiarse de las consejerías de prevención y buena salud, las que pueden ser otorgadas por el profesional de la salud o un educador de la salud. En general, los consejos deben entregarse en cada visita y ser reforzados para apoyar los cambios conductuales.
- Adicionalmente, es recomendable educar a las gestantes sobre la caries temprana de la Infancia (ECC por las siglas en inglés), de modo de evitar conductas de alimentación perjudiciales en sus bebés, desde el punto de vista de la cariología.
- Se recomienda un protocolo de prevención mínima consistente en colutorios combinados de clorhexidina al 0.12% diario (uso nocturno), con colutorios diarios de NaF al 0.05% (de uso en la mañana), a partir del 6° mes de embarazo y hasta el parto, en terapias de 20 días y 10 de descanso (24).

d. LA IMPORTANCIA DEL FLUOR

La utilización del flúor es la medida más eficaz para aumentar la resistencia de los dientes a la caries. El flúor en el agua potable a una concentración aproximada de 1 parte de flúor por un millón de partes de agua (ppm 6 mg/l) reduce la aparición de caries. Al incorporarse a la estructura del diente, lo hace

más resistente a la caries. Una de las formas de administración de flúor más sencilla es a través del uso de la pasta de dientes fluorada.

En algunas poblaciones el agua de la red pública está fluorada, tal medida asegura que el flúor se incorpore en el diente en desarrollo y que esté en contacto con él durante toda la vida ⁽²²⁾.

e. VISITAR AL DENTISTA CON REGULARIDAD

El dentista no es un profesional al que tenemos que acudir sólo cuando tenemos un dolor de muelas. Es ante todo el profesional que cuida de la salud de los dientes y de la boca y que puede ayudarnos a mantenerla sana.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO: El estudio de este trabajo de investigación es cuantitativo (sus instrumentos suelen recoger datos cuantitativos los cuales permite evaluar el autocuidado y su relación con la salud bucal).

3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN: aplicativo.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACION: El diseño es correlacional, descriptivo, de corte transversal, porque evalúa en un momento dado el nivel de conocimiento y practica sobre medidas de prevención en Salud Bucal de las primigestas.

3.4 ÁREA DE ESTUDIO: El presente estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud del distrito de Vilcashuamán – Departamento de Ayacucho, que se encuentra ubicado en el centro de la capital del distrito y provincia de Vilcashuamán a 118 Km. hacia el sur este de la ciudad de Ayacucho, a 3,470 m.s.n.m, vías de acceso: por vía terrestre (el recorrido demora normalmente entre cuatro a cinco horas por una carretera afirmada).

3.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población estuvo constituida por 45 primigestas que acuden para sus controles prenatales al servicio de gineco-obstetricia del Centro de Salud del distrito y provincia de Vilcashuamán durante los meses junio y Julio del 2011.

3.6 MUESTRA: La muestra está conformada por 35 primigestas que cumplen con los criterios de selección y el muestreo es no probabilístico por conveniencia.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: En el presente estudio se consideró a todas las primigestas del 1^{er}, 2^{do} y 3^{er} trimestre; de todas las edades, que asistieron al consultorio de Gineco-Obstetricia en cualquier etapa de su control pre natal; con consentimiento informado y dispuestas a participar, procedentes de cualquier anexo de la jurisdicción de la provincia que acuden al Centro de Salud del distrito de Vilcashuamán.

3.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Aquellas embarazadas que no desean participar en la investigación (sin consentimiento informado) y las que no acuden a su control prenatal.

3.9 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se utilizó la técnica de entrevista estructurada aplicada a la muestra en estudio. Los instrumentos utilizados son, la escala de mediciones Likert, conformadas por 5 categorías: Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

3.10 CRITERIO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de prueba piloto que se

realizó en el Puesto de Salud del anexo de “Huaccaña”, con similares características a la del estudio pero que no pertenecen a la población en estudio. Los resultados de la prueba piloto se sometió a la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue: 0.88, que permitió validar la consistencia interna del instrumento a utilizar. Los resultados permitieron reestructurar y/o discriminar ítems, garantizando la consistencia y coherencia interna, para reducir al máximo el margen de error.

3.11 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo a la recolección de los datos, se solicitó la autorización a las autoridades del Centro de Salud de Vilcashuamán. Obtenido la autorización, se socializó y sensibilizó a las gestantes para lograr la confianza y consentimiento informado.

3.12 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó en una computadora compatible empleando el paquete estadístico SPSS versión 15. Los resultados se presentan en cuadros de contingencias simples y/o doble entrada. Se empleó una base de datos de acuerdo a la variable. Los datos son funcionales, y los resultados se observan en las tablas y gráficos, utilizando el estadígrafo de Chi cuadrado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA 01. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Edad	Nivel de Conocimiento						TOTAL	
	Adecuado		Regular		Inadecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<19 a	8	44.4	6	33.3	4	22.2	18	100
20-24*	7	41.2	2	11.8	8	47	17	100
TOTAL	15	42.9	8	22.8	12	34.3	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.374	2	p: 0.187

Del 100% (35) de la muestra se observa que; 18 primigestas pertenecen a la edad menor de 19 años, de éstas, el 44.4% presentó un nivel de conocimiento de autocuidado adecuado, el 33.3% regular y 22.2% inadecuado; 17 primigestas pertenecen a las edades de 20-24 años, de los cuales el 47% tienen conocimiento inadecuado, el 41.2% conocimiento adecuado y sólo 11.8% conocimiento regular de autocuidado de la salud bucal; respectivamente.

Sometido a la prueba estadística de Chi cuadrada se determinó que no existe una relación de dependencia entre ambas variables ($p > 0.05$), es decir que el nivel de conocimiento del autocuidado de la salud bucal es independiente a la edad de la primigesta.

TABLA 02. PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Edad	Prácticas						TOTAL	
	Adecuado		Regular		Inadecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<19 a	1	5.5	3	16.7	14	77.8	18	100
20-24a	2	11.8	6	35.3	9	52.9	17	100
TOTAL	3	8.6	9	25.7	23	65.7	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.394	2	p:0.303

Del 100% (35) de primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán. 18 de ellas tienen edades menor a 19 años, de las cuales 77.8% presentan prácticas inadecuadas de autocuidado de la salud bucal, 16.7% realizan prácticas en forma regular y sólo 5.5% una práctica adecuada; 17 primigestas tienen las edades entre 20 y 24 años, de las cuales 52.9% presentan practicas inadecuadas, 35.2% practican en forma regular y 11.7% prácticas adecuadas del autocuidado de la salud Bucal.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que no existe una relación de dependencia ($p > 0.05$) entre ambas variables, es decir que la práctica de autocuidado de la salud bucal no depende de la edad de la primigesta.

TABLA 03. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN GRADO INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Grado Instrucción	Nivel de Conocimiento						TOTAL	
	Adecuado		Regular		Inadecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sin Instrucción	0	0	0	0	6	100	6	100
Primaria	0	0	0	0	2	100	2	100
Secundaria	6	28.6	6	28.6	9	42.8	21	100
Superior	6	100	0	0	0	0	6	100
TOTAL	12	34.3	6	17.1	17	48.6	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.805	6	p: 0.045

Del 100% (35) de la muestra se observa que; 21 primigestas tienen grado de instrucción secundaria, de los cuales: el 42.8% presentaron nivel de conocimiento inadecuado, el 28.6% regular y adecuado respectivamente. 6 primigestas no tienen ningún grado de instrucción y todas ellas (100%) tienen nivel de conocimiento inadecuado; 6 primigestas presentaron grado de instrucción superior, de ellas, todas (100%) tienen nivel de conocimiento adecuado; 2 primigestas corresponden al grado de instrucción primaria, de quienes el (100%) tienen nivel de conocimiento inadecuado.

Sometido a la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables ($p < 0.04$), es decir que el nivel de conocimiento del autocuidado de la salud bucal se relaciona al grado de instrucción de las primigestas.

TABLA 04. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Grado Instrucción	Prácticas						TOTAL	
	Adecuado		Regular		Inadecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sin Instrucción	0	0	0	0	6	100	6	100
Primaria	0	0	0	0	2	100	2	100
Secundaria	2	9.5	5	23.8	14	66.7	21	100
Superior	1	16.7	4	66.6	1	16.7	6	100
TOTAL	3	8.6	9	25.7	23	65.7	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

Chi-cuadrado de Pearson **Valor** **gl** **Sig. asintótica (bilateral)**
 10.797 6 p: 0.045

En la presente tabla se observa que, del 100%(35) de primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán, 21 primigestas tienen estudios secundarios, de las cuales 66.7% presentan prácticas inadecuadas, 23.8% práctica regular y el 9.5% práctica adecuada; 6 primigestas tienen estudio superior, de las cuales 66.6% practican en forma regular el autocuidado y 16.7% presentan una práctica adecuada e inadecuada de autocuidado respectivamente; 2 primigesta tienen estudios primarios, y el 100% presentan prácticas inadecuadas; 6 primigestas no tienen ningún grado de instrucción, y la totalidad(100%) presentan prácticas inadecuadas de autocuidado de salud bucal.

Sometido a la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe relación de dependencia entre ambas variables ($p < 0.05$); es decir la práctica del autocuidado de la salud bucal se relaciona al grado de instrucción de las primigestas.

TABLA 05. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Tiempo de Embarazo	Nivel de Conocimiento						TOTAL	
	Adecuado		Regular		Inadecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
1° Trimestre	1	12.5	2	25	5	62.5	8	100
2° Trimestre	4	36.4	2	18.1	5	45.5	11	100
3° Trimestre	7	43.8	4	25	5	31.2	16	100
TOTAL	12	34.3	8	22.9	15	42.8	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.933	4	p: 0.569

En la tabla que antecede se observa que, del 100%(35) de primigestas que acudieron al centro de salud de Vilcashuamán, 16 primigestas se encuentran en el último trimestre de embarazo, de las cuales 43.8% presenta un nivel de conocimiento adecuado, 31.2% inadecuado y 25% regular conocimiento; 11 primigestas se encuentran en el 2° trimestre de embarazo, de las cuales 45.5% presentan un nivel de conocimiento inadecuado, 36.4% conocimiento adecuado y sólo 18.1% regular conocimiento; 8 primigestas están en el 1° trimestre de embarazo, de las cuales el 62.5% presentan un nivel de conocimiento inadecuado, el 25% regular conocimiento y 12.5% adecuado conocimiento de autocuidado de la salud bucal.

Sometido a la prueba estadística de Chi cuadrada se determinó que no existe una relación de dependencia entre ambas variables ($p > 0.05$), es decir que el conocimiento es independiente al tiempo de embarazo.

TABLA 06. PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Tiempo de Embarazo	Prácticas						TOTAL	
	Adecuado		Regular		Inadecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
1ºTrimestre	1	12.5	1	12.5	6	75	8	100
2ºTrimestre	0	0	3	27.3	8	72.7	11	100
3ºTrimestre	2	12.5	5	31.3	9	56.2	16	100
TOTAL	3	8.6	9	25.7	23	65.7	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

Chi-cuadrado de Pearson **Valor** 2.525 **gl** 4 **Sig. asintótica (bilateral)** p: 0.640

En la tabla 06 se observa que, del 100%(35) de primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán, 16 primigestas se encuentran en el último trimestre de embarazo, de éstas el 56.2% presentan prácticas inadecuadas, 31.3% regular práctica y el 12.5% práctica adecuada; 11 primigestas están en el 2º trimestre de embarazo, de quienes 72.7% presentan inadecuadas practicas y 27.3% práctica regular de autocuidado; 8 primigestas se encuentran en el 1º trimestre de embarazo, de ellas el 75% presentan inadecuadas prácticas de autocuidado y el 12.5% presentan una práctica adecuada y regular de autocuidado respectivamente.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que no existe una relación de dependencia ($p > 0.05$) entre ambas variables; es decir las prácticas de autocuidado de la salud bucal es independiente del tiempo de embarazo.

TABLA 07. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL DE LAS PRIMIGESTAS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE VILCASHUAMÁN. AYACUCHO 2011.

Nivel de Conocimiento	Prácticas						TOTAL	
	Inadecuado		Regular		Adecuado		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Adecuado	1	8.3	8	66.7	3	25	12	100
Regular	7	87.5	1	12.5	0	0	8	100
Inadecuado	15	100	0	0	0	0	15	100
TOTAL	23	65.7	9	25.7	3	8.6	35	100

Fuente: Instrumentos aplicados. Centro de Salud Vilcashuamán- Ayacucho, 2012.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27.250	4	p:0.000

En la presente tabla se observa que, del 100%(35) de primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán, 15 primigestas tienen un nivel de conocimiento inadecuado del autocuidado de la salud bucal, de quienes el 100% presenta también práctica inadecuada, 12 primigestas presenta un nivel de conocimiento adecuado del autocuidado de la salud bucal, de las cuales 66.7% realizan práctica en forma regular, 25% práctica adecuada y sólo 8.3% práctica inadecuada de autocuidado; 8 primigestas presenta un nivel de conocimiento regular de ellas el 87.5% presentan práctica inadecuada y el 12.5% realizan en forma regular el autocuidado de la salud bucal.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables ($p < 0.05$), es decir que la práctica del autocuidado de la salud bucal se relaciona al nivel de conocimiento de ésta.

CAPITULO V

DISCUSION

En la **tabla 01**, se evalúa el grado de dependencia entre el nivel de conocimiento y la edad, y en la **tabla 02**, prácticas de autocuidado de salud bucal con la edad de las primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán; el resultado hallado fue que no existe una relación de dependencia entre ambas variables ($p>0.05$), es decir que el nivel de conocimiento y las prácticas del autocuidado de la salud bucal son independientes a la edad de las primigestas.

Al respecto, Rodríguez (Lima-Perú, 2002) ⁽⁹⁾; en la investigación "**nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes**". No encontró diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad.

Asimismo, Walkyria (Cuba, 2002) ⁽³⁾; en su investigación "**conocimientos de las embarazadas del área de salud del Policlínico Carlos J. Finlay sobre salud bucal**, encontró que en cualquier edad de las primigestas, prevalece el **conocimiento inadecuado de la salud bucal y las practicas inadecuadas**; y desconocen las principales causas de la aparición de las caries dental y del sangrado

gingival, los motivos del deterioro oral durante el embarazo, aunque algunas de ellas identifican la insuficiente higiene dental, el excesivo consumo de dulces y los cambios hormonales como factores causales; coincidiendo con el resultado del presente estudio; igualmente al someter a la prueba estadística de Chi cuadrada no encontró relación de dependencia entre las variables evaluadas ($p>0.05$), es decir que el nivel de conocimiento y práctica del autocuidado de la salud bucal no se asocia a la edad de la primigesta.

En conclusión, el cuidado de la salud bucal es inherente a la salud de toda persona, asimismo, toda práctica deviene de un conocimiento previo, muchas veces en su inicio de manera empírica y luego de forma lógica y basada en conocimientos. De igual forma el cuidado bucal que inicia en la infancia en primera instancia es por repetición, ya luego se entiende por qué y la importancia de este cuidado; es por ello que el conocimiento y la práctica del cuidado no dependen de la edad de quien lo practique.

En la tabla 03, se identifica grado de dependencia entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción, de igual manera en la **tabla 04**, se demuestra que las prácticas de autocuidado de salud bucal y el grado de instrucción que presentan las primigestas, se relacionan entre sí; es confirmada con la prueba estadística que existe relación significativa de dependencia entre ambas variables ($p<0.05$), es decir que el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de la salud bucal se relacionan significativamente al grado de instrucción de las primigestas.

Al respecto, Garbero (Argentina, 2004) ⁽²⁾; en su investigación “**salud oral en embarazadas: Conocimientos y actitudes**” encontró que **existe** relación de dependencia entre las variables ($p < 0.05$), es decir que el nivel de conocimiento y las prácticas del autocuidado de la salud bucal se asocian al grado de instrucción de las primigestas; a pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, **son escasos los conocimientos acerca del origen y posibles causas del deterioro oral durante el embarazo**. La demanda de atención a pesar del deterioro sufrido, también fue escasa, donde 47% de las embarazadas presentaron escasa información con respecto a la enfermedad bucal y es más frecuentes asociadas a los cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que tienen lugar en la mujer durante el embarazo y que pueden afectar su salud bucal. También se manifiestan creencias erróneas en cuanto a la inevitabilidad de la afectación de la salud bucal durante el embarazo, sustentándose la teoría que con el embarazo el calcio es extraído de la dentición materna para cubrir los requerimientos fetales cuando se ha comprobado que el calcio es fácilmente movilizado del hueso para satisfacer las demandas del feto, por lo que la embarazada no brinda importancia requerida a los hábitos alimentarios durante el embarazo, lo que influye en la aparición de caries y periodontopatías.

Del mismo modo, Quispe (Ayacucho – Perú, 1984) ⁽¹⁰⁾, en su trabajo titulado “**salud dental en nulíparas y multíparas**”; la incidencia de caries según grado de instrucción es muy notable en las gestantes que no tienen ningún grado de instrucción tanto en nulíparas y en multíparas siendo el 100%.

Por lo tanto, se infiere que el grado de instrucción en las personas es un indicador del nivel de aprendizaje, del nivel de conocimiento y permite la adquisición de prácticas, habilidades y destrezas; por ello es importante valorar esta condición en las personas. En el estudio en mención el grado de instrucción permite un mayor entendimiento de la importancia del cuidado bucal y por lo tanto una mejor disposición para el autocuidado de los dientes.

En la tabla 05 se analiza el grado de dependencia entre el nivel de conocimiento y el tiempo de embarazo, y **en la tabla 06** las prácticas de autocuidado de salud bucal con el tiempo de embarazo de las primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán; el resultado hallado fue que no existe una relación de dependencia entre ambas variables ($p>0.05$), es decir que el nivel de conocimiento y las prácticas del autocuidado de la salud bucal son independientes del tiempo de embarazo.

Pérez (Cuba, 2008) ⁽²⁵⁾; en su trabajo “**conocimiento de caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo**”, con el objetivo de determinar nivel conocimiento, la presencia de caries dental y algunos factores de riesgo asociados en el primer y tercer trimestre del embarazo. Se constató el nivel de conocimiento y la práctica inadecuada de autocuidado de la salud bucal en un elevado número de embarazadas durante el primer y segundo trimestre de gestación, dónde los factores de riesgo que más incidieron en las embarazadas fueron: la dieta cariogénica, la higiene bucal deficiente y el embarazo previo.

Del mismo modo, Rodríguez (Lima-Perú, 2002) ⁽⁹⁾; “**nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes**” Se muestra la relación entre el nivel de conocimientos de la salud bucal y el trimestre de embarazo; donde en el tercer trimestre de embarazo se encontró en mayor proporción de **conocimiento regular**, con un 67%, el segundo trimestre con un 21% y el primer trimestre se presentó en un 12%, seguido por un mal conocimiento, de 33% para el I trimestre, 38%, para el II y III trimestre. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y trimestre de embarazo; sometida a la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que no existe una relación de dependencia entre dichas variables ($p>0.05$).

Este hallazgo por el autor que antecede, coincide con lo encontrado en la presente investigación, es decir el conocimiento y la práctica de autocuidado de salud bucal no son dependientes del tiempo de embarazo de las gestantes primerizas que acuden al Centro de Salud Vilcashuamán. A pesar de que en los controles pre natales se realizan recomendaciones con respecto al cuidado dental, la preocupación de la madre usualmente está dirigida en el desenlace del proceso del embarazo y en otras actividades que devienen de las responsabilidades en el hogar y con la familia, el aspecto económico es otra gran preocupación de las madres; por lo tanto quedan en un segundo plano las actividades de autocuidado como el cuidado bucal.

En la tabla 07 se evalúa la relación de dependencia entre las prácticas de autocuidado de la salud bucal y el nivel de conocimiento de las primigestas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán; el resultado encontrado fue que el autocuidado de la salud bucal es inadecuado y está asociado también al inadecuado

nivel de conocimiento; corroborándose con la prueba estadística que existe una relación significativa de dependencia entre ambas variables ($p>0.05$), es decir que las prácticas del autocuidado de la salud bucal se relacionan con el nivel de conocimiento de las primigestas.

Al respecto en la investigación, **“nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes”**, realizado por Rodríguez (Lima, 2002) ⁽⁹⁾; con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Evidenció que el 60% de **nivel de conocimiento más frecuente fue regular.**

Asimismo, Almarales, Llerandi (Habana, 2006) ⁽⁷⁾; en su trabajo titulado **“conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas”**, encontró que el 59,1% predominó nivel de conocimiento insatisfactorio y la prevalencia de la enfermedad periodontal fue 87,3 % en el grupo estudiado, existiendo relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la prevalencia de la enfermedad ($p=0,01586$).

Por otro lado, **Nápole (Cuba, 2006)** ⁽⁸⁾, **“conocimientos sobre la salud bucal en embarazadas”**, para determinar su grado de conocimiento sobre salud bucal, dónde los resultados evidenciaron que los conocimientos de las embarazadas relacionados con los temas de salud bucal eran inadecuados, por lo cual recomendaron incrementar las actividades educativas y efectuar una intervención educativa para modificar positivamente los conocimientos en esta población femenina.

Los hallazgos logrados en la investigación se asemejan a los aportes de los autores mencionados, es común la falta de conocimiento y la escasa importancia sobre los cuidados orales prenatales, que en muchas ocasiones podrían deberse a la falta de motivación y programas preventivos por parte de los prestadores de servicios de salud. Adicionalmente, es importante analizar otros factores como lo económico, social y cultural, entre otros. Existen algunos mitos sobre la Salud Dental durante la gestación. Lo más importante es que la gravidez aumenta el número de lesiones cariosas o problemas gingivales (encías), comúnmente se dice "por cada embarazo, un diente menos" esto no es verdad, si se mantienen algunos cuidados básicos, tales como alimentación equilibrada, buena higiene bucal y recibir cuidados profesionales periódicos.

El desconocimiento en general de la inocuidad de los procedimientos odontológicos por parte de las primigestas, hace que no busquen una atención a sus problemas bucales. Esto muestra la larga tradición de erróneos conceptuales con respecto a la salud oral y sus cuidados durante el embarazo. En el cuestionario aplicado a las futuras madres, la mayoría de ellas manifiestan que solo visitan al odontólogo cuando les duele los dientes.

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud, y que debe adquirirse desde niños. En el presente estudio, se evidencia la ausencia de programas de educación para la salud y de prácticas preventivas en la oferta de atención ofrecida a las primigestas.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables, es decir que el nivel de conocimiento del autocuidado de la salud bucal se asocia a la práctica de ésta.

En este caso si son importantes los conocimientos previos para una buena práctica del autocuidado, independientemente de la edad u otra condición de la persona, donde el conocimiento permite adquirir respuestas a las diferentes interrogantes y dar forma a los conocimientos empíricos. El solo hecho de conocer el valor que tiene el cepillado de los dientes permite a la persona poner mayor interés y énfasis en la práctica de ésta; permitiendo por ende un mayor cuidado y garantizando dentaduras sanas en un tiempo prolongado.

Por lo tanto; el autocuidado de la salud bucal de las primigestas que acuden al Centro de Salud del Distrito de Vilcashuamán **es inadecuado con lo que se corrobora la hipótesis de investigación propuesta**; asimismo, este hallazgo está relacionado a otros factores como el grado de instrucción y nivel de conocimiento.

:

CONCLUSIONES

1. El autocuidado de la salud bucal de las primigestas que acuden al Centro de Salud del distrito de Vilcas Huamán es inadecuado y está relacionado a algunos factores como el grado de instrucción y nivel de conocimiento que tienen las primigestas al respecto.
2. El nivel de conocimiento y grado de instrucción están asociados significativamente ($p < 0.05$) a la práctica del autocuidado de la salud bucal de las primigestas que acuden al Centro de Salud del distrito de Vilcashuamán.
3. La edad, el tiempo de embarazo, no están asociados ($p > 0.05$) al nivel de conocimiento ni a la práctica de autocuidado de salud bucal que presentan las primigestas que acuden al Centro de Salud del distrito de Vilcashuamán.
4. Todas las mujeres en el estado de gestación son propensas a padecer cambios en su organismo. Un buen control del cepillado conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal, dieta, y el examen bucal periódico, contribuirá a disminuir o controlar estas alteraciones, por lo que se concluye que el estado de gestación modifica las condiciones bucales e incide de esta forma en la salud bucal, y que los dientes, los tejidos periodontales y la mucosa bucal son los blancos directos que pueden ser afectados.

RECOMENDACIONES.

- El autocuidado de la salud bucal es una práctica necesaria e importante de prevención de la caries dental y otras enfermedades; más aún en la etapa del embarazo; es necesario favorecer desde etapas tempranas de vida la práctica del cepillado de dientes, así como la consulta odontológica permanente.
- A la DIRESA; para que Implemente programas educativos preventivos promocionales acerca del cuidado de los dientes con mayor enfoque en las gestantes.
- El Centro de Salud de Vilcashuamán debe implementar acciones efectivas de promoción sobre el autocuidado de la salud bucal en gestantes para permitir llegar a la etapa posnatal con un estado bucal adecuado, garantizando el control del ambiente que rodea al niño en los primeros años de vida.
- A la EFP de Enfermería; para que en la currículo de estudios se incorpore un curso de salud dental.
- A las madres cambien de actitud y compromiso en la participación en los programas brindados por la institución.
- A los trabajadores del Centro de Salud de Vilcashuamán a que deben realizar investigaciones relacionados al autocuidado de la salud bucal.

LIMITACIONES

El presente estudio tuvo limitaciones relacionado principalmente a la disponibilidad de tiempo de las gestantes para la aplicación del cuestionario que demandó mayor tiempo en la ejecución, generando mayor gasto económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HONORIO, Carmen rosario. "Nivel de conocimiento de las gestantes sobre el cuidado de los dientes" Lima Perú 2002.
2. GARBERO I, DELGADO M, BENITO I. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes, Tucumán Argentina 2004.
3. WALKYRIA.D. Carmen. "Conocimientos de las embarazadas del área de salud Carlos J. Finlay sobre salud bucal" de Santiago de Cuba. 2002.
4. BETANCOURT, Natividad. "Salud bucal de la población. Policlínicos "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada", 1999-2001. Habana Cuba".
5. FERNÁNDEZ R. "Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo" Chile, 2007.
6. ALMARALES, LLERANDI. En su trabajo titulado "Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas", Ciudad de La Habana jun. 2006.
7. MARRERO A, LÓPEZ E, CASTELLS S. "Diagnóstico Educativo en Salud Bucal para Gestantes". Archivo Médico de Camagüey, 2004:8 (1) ISSN 1025-0255. www.monografias.com/.../evaluacion...salud.../evaluacion.
8. NÁPOLES O, OCAÑA N. "Conocimientos sobre salud bucal en embarazadas" del Policlínico "Josué País García". Archivo Medico de Santiago de Cuba 2006. www.monografias.com/.../evaluacion...salud.../evaluacion.
9. RODRÍGUEZ, Martha Cecilia. "Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002" <http://html.rincondelvago.com/atencion-a-mujer-embarazada.html>.

10. QUISPE, Mary Luz. "Salud dental en nulíparas y multíparas", Ayacucho Perú, 1984.
11. DEGREGORI VH. "Caries dental en pobladores de la comunidades campesinas de Putaqa", distrito de Vinchos, 1996).
12. PÉREZ O. "Conocimiento de Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo", Cuba 2008.
13. RODRÍGUEZ Ch. "El embarazo. Su relación con la salud bucal". Cuba Mayo 2003.
14. MORSE, SOLBERG. 1990; PEPIN, 1992; BENNER, 1989; citados por KEROUAC, et. 1996.
15. OREM 1993. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000100006&script=sci_arttext.
16. GUADALUPE G, Hospital General de zona #11. Xalapa, Veracruz. <http://es.wikiversity.org/wiki/Autocuidado>
17. OMS, en su Constitución de 1946.
18. OROZCO, Julio Mario <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>).
19. MEDISAN, 2009.,, bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san05609.htm
20. TESTUT, LATARJET. "Compendio de anatomía descriptiva" Edit. Salvat Barcelona 1995.
21. MOSBY, "Diccionario de medicina, enfermería y ciencia de la salud". 4ta. Edi. 2006.
22. DUEÑAS J., Fuentes Diplomado Universitario en Enfermería <http://www.terra.es/personal/duenas/14.htm>.

23. MUÑOZ S., RIVEROLA, J. (1997). "Gestión del conocimiento", biblioteca IESE de gestión de empresas, Universidad de Navarra, folio, Barcelona 1997.
wikipedia.org/wiki/Conocimiento.
24. MINISTERIO DE SALUD. "Guía clínica atención odontológica integral de la embarazada". Santiago: Minsal, 2008.
25. PÉREZ OVIEDO, A. "Conocimiento de caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo", Cuba en 2008.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE "SAN CRISTÓBAL DE HUAMNGA"

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN PRIMIGESTAS". CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO VILCASHUAMÁN - AYACUCHO, 2011.

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para determinar los conocimientos y prácticas de primigestas sobre el autocuidado de la salud bucal, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

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

I. DATOS GENERALES:

EDAD (en años)	TIEMPO DE EMBARAZO (en meses)	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION
.....	Soltera () Conviviente () Casada ()	Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()

II DATOS ESPECÍFICOS:

CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL (prevención de gingivitis y caries).

AFIRMACIONES	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. las medidas preventivas en salud bucal son: a) Dulce, cepillo dental, pasta dental. b) Flúor, pasta dental, leche. c) Cepillado dental, hilo dental, flúor					
2. El cepillado de los dientes es: a) Antes de desayuno b) Después de desayuno c) Antes de acostarse d) Después de cada comida					
3. El flúor es importante para los dientes.					
4. Las encías se deben lavar.					
5. La placa bacteriana es: a) Restos de dulces y comidas b) Mancha blanquecina en los dientes c) Restos de alimentos y microorganismos					

<p>6. La caries dental es una enfermedad contagiosa.</p>					
<p>7. La gingivitis es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El dolor del diente b) La enfermedad de las encías c) Inflamación del labio 					
<p>8. La enfermedad periodontal es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Herida en la boca b) La que afecta a los soportes del diente. c) La pigmentación de los dientes 					
<p>9. El período de gestación adecuado para recibir atención odontológica segura es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En los primeros 3 meses b) Entre el 3er y 6to mes c) Entre el 6to y 9no mes d) En ninguno 					
<p>10. Cree Ud. que el embarazo produce caries dental o pérdida del diente.</p>					

PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL

AFIRMACIONES	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Después de cada comida siempre te cepillas los dientes.					
2. Cuántas veces al día te cepillas los dientes:					
a) 1 vez al día.					
b) 2 veces al día.					
c) Más de 3 veces al día.					
3. Para el cepillado de tus dientes que medio utilizas:					
a) Pasta dental.					
b) Solo agua.					
c) Sal yodada o limón.					
4. Cuántas veces al año acude al dentista:					
a) 1 vez al año.					
b) 2 veces al año.					
c) Sólo cuando mi duele mis dientes.					
5. El motivo de su última visita al dentista fue:					
a) Consulta					
b) Profilaxis					
c) Curaciones					
d) Dolor de dientes					
e) Extracciones					

6. Está Ud. de acuerdo que las embarazadas no deben acudir al consultorio dental.					
7. Durante su embarazo sangran sus encías.					
8. Tiene miedo de asistir al consultorio dental durante su embarazo.					
9. Actualmente recibe tratamiento Odontológico.					
10 El motivo por el cual Ud. No asiste al dentista (sólo responda esta pregunta, si Ud. No está asistiendo actualmente al odontólogo)					
a) Porque estoy gestando.					
b) Porque no me duele ningún diente.					
c) Por miedo.					
d) Motivos económicos.					
e) Falta de tiempo.					
f) No me reciben en mi estado.					

LEYENDAS	
10 – 20 Inadecuado	Donde: 10 Puntaje mínimo. 50 puntaje máximo.
20 – 30 Regular.	
30 – 40 Adecuado	
40 – 50 Óptimo	

Elaborado por: Echaccaya Gamboa, Fredy Lucio.