

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA
ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO
DE TACNA 2012”**

TESIS

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:
Bach. ROSARIO GARCÍA PALACIOS**

**TACNA-PERÚ
2013**

AGRADECIMIENTOS

*Al Dr. Fredy Gomez Bellido, mi asesor y
a la profesora Sissy Mena Ordoñez a quienes
admiro y respeto por sus grandes
cualidades y enseñanzas.*

*A los doctores Javier Ríos , Edgardo Chavez,
Edda Berrios, quienes conformaron
el jurado calificador y aportaron
para mejorar esta tesis.*

DEDICATORIA

A mis padres:

Eliseo García Vilchez y Alejandrina Palacios Robles,

Quienes fueron mi fuente de inspiración y motivación

Para superarme cada día más,

A los cuales les debo mi vida entera.

A mi tía María Paucar por su gran aliento y apoyo

en todo momento, a mi hermana Alicia y a la Sra. Bachi

por estar en los momentos difíciles.

ÍNDICE

RESUMEN	Pág. 6
ASBTRACT	Pág. 7
INTRODUCCIÓN	Pág. 8
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema	Pág.10
1.2 Formulación del Problema	Pág.11
1.3 Objetivos de la Investigación	Pág.11
1.3.1 Objetivo General	Pág.11
1.3.2 Objetivos Específicos	Pág.11
1.4 Justificación	Pág. 12
CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación	Pág.14
2.2 Marco teórico	Pág.26
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	Pág. 60
3.2 Operacionalización de variables	Pág. 60

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1	Diseño	Pág. 63
4.2	Ámbito de estudio	Pág. 63
4.3	Población y muestra	Pág. 63
4.3.1	Criterios de inclusión	Pág. 63
4.3.2	Criterios de exclusión	Pág. 63
4.2	Instrumentos de recolección de datos	Pág. 64

CAPÍTULO V PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1	Análisis de Datos	Pág.66
-----	-------------------	---------------

RESULTADOS **Pág.68**

DISCUSIÓN **Pág.78**

CONCLUSIONES **Pág.80**

RECOMENDACIONES **Pág.81**

BIBLIOGRAFÍA **Pág.82**

ANEXOS **Pág.84**

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento en el manejo odontológico y actitud de los odontólogos en la atención a gestantes atendidas en los consultorios del cercado de Tacna 2012.

METRIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, analítico que evalúa a los cirujanos dentistas que laboran en el cercado de Tacna en el año 2012. Para esto se aplicó un cuestionario de conocimientos y un test de actitud sobre atención a gestantes.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 100 profesionales (100%); encontrándose con respecto al nivel de conocimiento sobre atención a gestantes que un 67% obtuvieron un resultado “Muy mal”, un 30% “Regular” y un 3% “Bueno”.

En relación a la Actitud fue “Negativa” un 12%, “Indiferente” un 38%, y “Positiva” un 50%.

CONCLUSIÓN: El nivel de conocimientos y las actitudes hacia la atención a gestantes, no se encuentran asociados.

PALABRAS CLAVES: Gestación, Conocimientos, Actitudes.

ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE: To determine the level of knowledge in the management of dental and dental attitude in dealing with pregnant women at the clinics Tacna Croft 2012.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective, analytical evaluates dental surgeons working in the enclosure of Tacna in 2012. For this study, a questionnaire and a test of knowledge about care of expectant attitude was used.

RESULTS: A sample of 100 professionals (100%) was found on the level of knowledge about attention to pregnant women 67% were a result of "very bad", 30% "Regular" and 3% "Good.

Regarding the attitude was "Negative" 12% "important" by 38%, and "Positive" by 50%.

CONCLUSION: The level of knowledge and attitudes towards care for pregnant women are not associated.

KEYWORDS: Pregnancy, Knowledge, Attitude.

INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica en la gestante esta muy restringida en nuestro medio, atentando de esta forma contra la salud oral de la gestante, que es tan importante en el periodo gestacional, ya que es asiento de trastornos que dañan la integridad del diente y su entorno.

El Odontólogo como profesional debe basarse en la valoración cuidadosa del estado general del paciente, además de su situación odontológica. Muchas circunstancias requieren modificar un plan de tratamiento en bien del paciente, una de estas circunstancias es el embarazo que lejos de ser un estado patológico, es un estado fisiológico especial y temporal, que requiere una serie de consideraciones que deben ser impartidas o enseñadas en las aulas universitarias, es por ello que el presente trabajo tiene como finalidad conocer el conocimiento de los odontólogos que realizan sus atenciones odontológicas en sus respectivos consultorios con pacientes gestantes.

En 1983, Kohler B. Brattall D y Krasse Bo publican un trabajo científico realizado en la Universidad de Malmö (Gotemburgo, Suecia) resultado de la implementación de un programa de salud bucal en el binomio madre-hijo concluyendo que la madre es la principal fuente de infección del niño pequeño en referencia al *Estreptococos Mutans* reconocido como el microorganismo responsable del desarrollo inicial de la enfermedad caries dental. Así mismo demostraron que el control de la infección por *Estreptococos Mutan* en las madres, incluyéndolas en programas educativo-preventivo-asistenciales, tiene un efecto positivo en la composición de la flora bucal de sus hijos (limitando la transmisibilidad microbiana) y un importante efecto en la salud bucal de los mismos reduciendo la prevalencia de caries.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Existen estados fisiológicos especiales, algunos de ellos temporales, que no implican un estado patológico en la vida de la persona, sin embargo, bajo dicha situación especial, el organismo reacciona de manera distinta a la mayoría de las personas ante situaciones como el tratamiento médico y la administración de fármacos y que por tanto, van a influir de manera directa sobre el plan de tratamiento odontológico que en muchas circunstancias se modificarán en bien del paciente y justamente entre estos estados se encuentra el embarazo, el cual es un estado fisiológico caracterizado por un desequilibrio hormonal el cual generará cambios a nivel sistémico y por ende el nivel estomatológico.

La capacidad del odontólogo en su práctica diaria debe incluir el manejo de las alteraciones fisiológicas no patológicas como es el caso de las gestantes, así como reconocer la posibilidad de provocar una morbilidad relacionada al manejo dental. En este estudio se intentará recopilar la información generada en el avance y plan de tratamiento de las pacientes embarazadas, con la finalidad que se eviten las posibles complicaciones en el embarazo y periodo de lactancia, antes durante y después del tratamiento dental.

Debería ser claro para todos los odontólogos y otros profesionales de la salud, existen muchos fármacos, radiaciones, alimentos, procedimientos, procesos patológicos infecciosos e infestaciones capaces de ocasionar efectos teratogénicos moderados o graves; sin embargo también debe estar claramente entendido que durante la gestación las pacientes pueden y deben ser atendidas bajo ciertas normas terapéuticas especiales.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la paciente gestante en los odontólogos del cercado de Tacna el año 2012?
- ¿Cuál es la actitud de los odontólogos sobre el manejo odontológico a pacientes gestantes que son atendidas en los consultorios dentales del cercado de Tacna en el año 2012?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento en el manejo odontológico y actitud de los odontólogos en la atención a gestantes atendidas en los consultorios del cercado de Tacna 2012.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento del odontólogo en la atención a gestantes atendidas en consultorios del cercado de Tacna 2012.
- Identificar, el nivel de conocimientos sobre los mitos y creencias durante la gestación en los odontólogos del cercado de Tacna 2012.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el empleo de medicamentos durante la gestación, en los odontólogos del cercado de Tacna 2012

1.4 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer el conocimiento máximo del profesional ante la atención de la gestante en la consulta privada, como se sabe en los centros de salud (MINSA), tienen programas especiales de atención para gestantes, caso que no ocurre en las consultas privadas ya sea por diferentes motivos, como el temor del profesional de causarle alguna iatrogenia o por simple hecho de cual medicación está indicada para la gestante, es decir por su falta de conocimiento no son atendidas y son derivadas a otros centros de atención.

Esta situación tiene que cambiar ya que como profesionales en salud bucal debemos promover la prevención oral en gestantes, estamos en la obligación de colaborar con la odontología, evaluar los problemas de boca y remitir lo necesario y esto se logrará teniendo los conocimientos previos. En el presente trabajo se examinarán puntos importantes para una buena práctica odontológica durante la atención a gestantes, ya que el embarazo es una de las etapas en la vida de gran importancia y se debe considerar cierto grado de riesgo con el fin de tener un proceso satisfactorio para la gestante.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

LA TORRE GALVEZ, María. (2001). Realizó un estudio con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes primerizas, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal de la gestante, cuidado de la Salud Bucal del infante, conocimiento del desarrollo dental en el infante, además del registro odontoestomatológico que consta de un odontograma e índices de higiene bucal simplificado. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHO-S, contra un 12,5% es mala. El cuestionario cuidado de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo. Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto. ¹

ARIAS ARCE, C. N (2000). Realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral en un grupo de 263 gestantes que acudieron a los servicios, dos del IPSS y uno de Salud Pública. Para determinar el nivel de conocimiento de las gestantes se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas, referentes a su educación, visita

¹ La Torre Gálvez, María. Gestantes primerizas y conocimiento del cuidado de salud bucal en el Hospital nacional Hipólito Unanue. Tesis-Bachiller UPSM.2001.

al dentista, Salud Bucal, condición de embarazo y aplicación de flúor, usando una escala de calificación con los niveles de nulo:0-2 respuestas orientadas a la prevención; bajo:3-5 respuestas; mediano:6-7 respuestas y alto 8-9 respuestas. Se estableció la relación del nivel de conocimiento con el grado de instrucción.²

GONZALES ALIAGA. (2000) En su tesis, presentó un estudio donde relacionaba la educación de la madre y el estado de Salud de las 1ras molares permanentes, aquí confronta la realidad que se encuentra atravesando el país y lo referente a Salud Bucal, ya que en este trabajo el nivel de conocimientos de las madres sobre asuntos odontológicos es deficiente, lo cual se ve reflejado en el estado de los dientes de sus hijos, encontrando un porcentaje superior al 92% en relación a 1ras molares permanentes cariadas, y lo que es alarmante aún es que existe un 6% de niños entre los 6 -10 años que ya han perdido por lo menos la 1ra molar permanente, que pudiera parecer un porcentaje reducido, pero no lo es tomando en cuenta, que esas piezas dentarias erupcionan recién a los 6 años aproximadamente. Con lo cual concluye, que la Educación de las madres es un factor importante para mantener el estado de salud de las piezas dentarias, donde los resultados evidencian que las madres que poseen una mejor educación odontológica, sus hijos poseen un mejor estado de conservación de éstas.³

BRASIL y col. (2002) evaluaron el conocimiento en Anatomía Topográfica de los estudiantes del ciclo clínico-hospitalario de Enfermería, para la práctica del examen físico. Fue utilizado un cuestionario, conteniendo 11 preguntas

² Arias Arce, Carlos. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud Oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima de dic.95 a en 96. Tesis-Bachiller. UNFV.2000

³ Gonzales Aliaga, Roberto. Educación de la madre y el estado de salud de las 1ras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años. Lima-Perú. Tesis-Bachiller. UNMSM.2000

objetivas de Anatomía, importantes para la práctica profesional del Enfermero.

El estudio en cuestión fue exploratorio descriptivo, de análisis cuantitativo aplicado a los estudiantes de enfermería a partir de la distribución total de alumnos matriculados en el ciclo clínico, fueron entrevistados aleatoriamente, 176 voluntarios que participaron del estudio. La prueba fue aplicada en alumnos de 6 grupos (A al G, equivalentes a los semestres 4º al 9º). Las respuestas obtenidas, comparadas con las esperadas individualmente, presentaron variaciones significativas. Después de la comparación entre los grupos, se constató la disminución en la media proporcional de errores (37,9%) y de aciertos (35,7%) entre el 4º semestre (grupo A) y el 9º semestre (grupo F).

En el análisis individual del cuestionario, el desconocimiento sobre algunos temas fue muy grande, especialmente en los alumnos de los últimos semestres clínicos. Los datos revelan que, mientras más profundiza el alumno en los semestres clínicos, más se aleja de la Anatomía, presentando menor familiaridad con esos conocimientos. El alto índice de errores y la variedad de los datos hacen sugerir una revisión de la carga horaria y de la programación del currículo del curso, pues los alumnos apuntan dificultades en el entendimiento del contenido (aprendizaje) y de la Terminología Anatómica.⁴

TIRELLI (2004) realizó un estudio con la finalidad de investigar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los médicos ginecólogos y obstetras en relación con la salud bucal y el tratamiento odontológico de pacientes embarazadas. Fueron entrevistados, a través de cuestionarios, 204

⁴ Brasil, F y Col. El conocimiento de la anatomía topográfica de los estudiantes en la práctica del examen físico: Análisis cuantitativo. Rev. Chil. Ant. 20(3):275-280,2002.

ginecólogos y obstetras asociadas a la sociedad de obstetricia y ginecología del estado federal de Sao Paulo (SOGESP) y que ejercen en el distrito municipal de São Paulo. Los resultados mostraban que el 94,12 % de los entrevistados poseían la información sobre los factores etiológicos de la caries dental y el 82,36 % poseen la información sobre los factores etiológicos de las alteraciones gingivales y periodontales que ocurren en el periodo gestacional.

De los que poseen la información de los factores etiológicos de la caries dental y/o de las alteraciones gingivales y periodontales que ocurren en el embarazo, 96,97 % transmiten la información para las pacientes embarazadas.⁵

BETANCOURT VALLADARES, Miriela y otros, (2007) Realizaron un estudio experimental de intervención comunitaria en el municipio Florida, Camagüey, desde diciembre del 2005 hasta febrero del 2007. Trabajaron con 21 embarazadas a las que se les aplicó un formulario donde se recogió información necesaria para relacionar la afectación por inflamación gingival con la higiene bucal y el embarazo previo como factores de riesgo entre el primer y tercer trimestre de la gestación, con el fin de constatar cambios. La intervención consistió en la ejecución de labores de prevención y promoción de salud y tratamiento de Estomatología General Integral. Se constató inflamación gingival en un elevado número de embarazadas; se observó una disminución de las afectaciones para el tercer trimestre del embarazo. Se encontró relación entre la disminución de la inflamación gingival y los cambios favorables en la higiene bucal a medida que avanzó el embarazo. Las

⁵ Tirelli, M. Conocimientos, las actitudes y las practicas de los médicos, ginecólogos y obstetras en relación con la salud bucal y el tratamiento odontológico de pacientes embarazadas.2004

gestantes más afectadas fueron las que presentaban el factor de riesgo embarazo previo.⁶

MISRACHI, Clara y col. (2009) Realizaron un estudio Objetivo en donde compararon la condición de salud bucal con calidad de vida en gestantes chilenas e inmigrantes peruanas, en una Comuna de Santiago de Chile, con alta concentración de población peruana. Materiales y métodos, Se llevó a cabo un estudio analítico y transversal en una muestra de 58 mujeres chilenas y 50 inmigrantes peruanas en control de embarazo. Se midió la condición de salud oral aplicando los índices COPD, higiene oral (IHO) y gingival (IG) y la Calidad de Vida en Salud Oral mediante el cuestionario OHIP , validado en Chile. Se utilizó la prueba t de Student para diferencias en condición de salud oral y en calidad de vida y la prueba r de Pearson para asociaciones entre variables clínicas y calidad de vida ($p < 0,05$). Sus resultados fueron los siguientes: El COPD fue 10,22, sin diferencias significativas entre ambos grupos, con más piezas perdidas en peruanas ($p < 0,05$) y más obturadas en chilenas ($p < 0,05$). Los índices (IHO) e (IG) son mejores en chilenas ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en la percepción de calidad de vida en salud oral. Alrededor del 33% considera mala su calidad de vida oral. Aproximadamente 60% percibe que los problemas bucodentales le han acarreado incapacidad social y desventajas. Hay correlación significativa y directa sólo del OHIP-sp con el COPD ($\rho = 0,358$; $p < 0,05$) en chilenas. Llegaron a la conclusión de que a pesar de su mala condición de salud bucal ninguno de los dos grupos percibe gran influencia en su calidad de vida,

⁶ Betancourt, Miriela y col. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. Cuba. 2005

mostrando la necesidad del diagnóstico de los determinantes de conductas en salud oral previa a cualquier acción educativa.⁷

GARBERO, Irene y col. (2005), Realizaron un estudio con el propósito de explorar los conocimientos y actitudes de las gestantes de los distintos sectores del sistema de salud de Tucumán, en relación con los cambios orales producidos durante la gestación. Ellos obtuvieron los datos a través de un cuestionario de autoadministración y respuestas cerradas en 258 embarazadas de los sectores privados y seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (Grupo II), en Tucumán, Argentina. 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 fueron derivadas por el obstetra al examen odontológico durante el control prenatal. Fue significativamente mayor el porcentaje del Grupo I que reconoció poder recibir, sin riesgos para el feto, atención odontológica. Sin embargo, en ambos grupos fue reducido el número que recibió cuidados a pesar de haber sufrido deterioro en su salud oral. 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. Los resultados evidencian que, a pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, son escasos los

⁷ Misrachi, Clara, y col. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas Chilenas e inmigrantes Peruanas. Rev. Perú. med. exp. salud pública v.26 n.4 Lima oct./dic. 2009.

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.⁸

GUERRA, M., Y col. 2011, Realizaron un estudio en el cual su objetivo era informar a la gestante sobre cuidados bucales. Para esto utilizaron los siguientes materiales y métodos: Durante el periodo 2004 - 2008 en el Ambulatorio Docente del Hospital Universitario de Caracas se realizaron una charlas interactiva a 300 embarazadas en la consulta prenatal, que contempló información sobre: cuidados bucales de la embarazada. Para la evaluación se elaboró un instrumento que constaba de dos partes: un pre-test aplicado previamente para obtener información basal de las participantes y un post-test luego de dictar la charla para evaluar conocimientos adquiridos. Estadísticamente los resultados fueron evaluados a través de análisis de correspondencia simple (x2 de Pearson). El resultado que obtuvieron fue que comparando las respuestas correctas del pre-test y post-test, observaron un aumento entre el 60 y 100 % de los conocimientos, llegando a la conclusión que la información fue efectiva por lo que recomendaron continuar con el programa que estaban realizando.⁹

FUENTES FERNÁNDEZ, R. y col. (2009). Realizaron un estudio en el cual buscaban conocer las ideas que posee un grupo de gestantes en el control

⁸ Garbero, Irene y col. Salud oral en embarazadas: Conocimientos y actitudes. Revista odontológica Venezolana v.43 n.2 Caracas .mayo. 2005.

⁹ Guerra, Me; Tovar, V; Blanco, I; Gutiérrez, H. Información sobre salud bucal a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del hospital universitario de Caracas. Instituto de Investigaciones Odontológicas”Dr. Raúl Vincenteli”. Volumen 49. N.2. Caracas-Venezuela. 2011

prenatal, en torno a la salud oral y el embarazo. Su estudio se basó en una encuesta de 5 preguntas cerradas, aplicándose a 65 embarazadas seleccionadas aleatoriamente. Su muestra fue obtenida por conveniencia. Sus resultados fueron que el 98% de las encuestadas creen que durante el embarazo es necesario consultar al odontólogo, el 60 % creen que el embarazo produce caries y el 70% cree que el embarazo puede producir pérdida de piezas dentarias. Estos investigadores llegaron a la conclusión que se requieren más esfuerzos en educación durante el control prenatal para entregar conocimientos adecuados a las embarazadas en relación a salud oral y embarazo, incluyendo el factor cultural, que les permita mejorar las medidas de auto cuidado durante este período.¹⁰

JY, Lee y col. (2006). Realizaron un estudio para examinar los factores asociados con la provisión de los dentistas generales de la atención a las mujeres embarazadas y en la medida en que proporcionan atención odontológica integral.

Los autores enviaron por correo un cuestionario de 86 ítems y fueron cuestionados 1.000 odontólogos generales en Carolina del Norte. Dominios de la encuesta se encuentran el conocimiento médico sobre el embarazo y la salud dental, las prácticas de tratamiento dental, barreras a la prestación de atención, la expectativa de los resultados, y los datos demográficos personales y la práctica. Las principales variables que dependen de los autores analizados fueron si los dentistas no proporcionan ningún tipo de tratamiento a las mujeres embarazadas y entre los que lo hicieron, en la medida en que proporcionan servicios integrales. Los autores realizaron análisis

¹⁰ Fuentes Fernández, R; Oporto Venegas, G; Alarcón, M; Bustos Medina, L; Prieto Gómez y Rico, H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. Av Odontostomatol v.25 n.3 Madrid mayo-jun. 2009

multivariados de regresión para determinar los factores asociados con la provisión de los dentistas de la atención a las mujeres embarazadas ($p < .05$). Siendo sus resultados los siguientes: Un total de 513 encuestas fueron devueltas (una tasa de respuesta del 51,3 por ciento), de los cuales 495 encuestas tuvieron respuestas completas. Los autores incluyeron las encuestas realizadas en sus análisis. La media de edad de los encuestados fue de 46 años. Los resultados del análisis multivariado mostró que los encuestados que perciben una falta de demanda de servicios entre las mujeres embarazadas y proporcionó asesoría previa a la concepción fueron menos propensos a ofrecer ningún tipo de tratamiento para las pacientes embarazadas que aquellos que perciben una demanda de servicios y que no proporcionan el asesoramiento pre-concepcional, respectivamente. Los dentistas que eran del sexo masculino, tenían un grado de conocimiento bajo, siempre y aconsejaría antes de la concepción y se trata en gran medida la población blanca de los pacientes tenían menos probabilidades que las mujeres dentistas, los que tenían puntuaciones de conocimiento moderadas o altas, y los que tratan con una población de pacientes de las minorías para la atención integral para las mujeres embarazadas.

Estos autores llegaron a la conclusión de que la mayoría de los dentistas generales del sector privado brindar atención a mujeres embarazadas, pero los autores encontraron diferencias notables en el conocimiento del proveedor dental y servicios odontológicos integrales disponibles para las mujeres embarazadas.¹¹

¹¹ JY Lee , RG Rozier , L Zeldin . Cuidado dental para mujeres embarazadas: una evaluación de Carolina del Norte dentistas generales. Departamento de Odontología Pediátrica de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, EE.UU. 2007

Huebner, C; y col. (2007), Realizaron una encuesta a 1.604 dentistas generales en Oregon. La encuesta preguntó a los odontólogos acerca de sus actitudes, creencias y prácticas relativas a la atención dental para pacientes embarazadas. Los autores compararon las respuestas con las directrices de 2006 de un Estado de Nueva York Departamento de Salud panel de expertos. Sus resultados fueron que la tasa de respuesta fue del 55,2 por ciento. La mayoría de los encuestados (91,7 por ciento) estuvo de acuerdo que el tratamiento dental debe ser parte del cuidado prenatal. Dos tercios de los encuestados (67,7 por ciento) estaban interesados en recibir formación odontológica (CDE) en relación con la atención de pacientes embarazadas. Las comparaciones de auto-reporte de los conocimientos y la práctica de las directrices citadas reveló varios puntos de diferencia, el más grande considerado la obtención de radiografías de boca completa, proporcionando el óxido nitroso, la administración de acción prolongada inyecciones de anestésicos y el uso de medicamentos para el dolor. Estos autores llegaron a la conclusión de que los dentistas necesitan la educación específica para proporcionar hasta a la fecha la atención preventiva y curativa a las pacientes embarazadas. Los resultados del estudio se identificaron las competencias específicas y la información errónea que podrían abordarse a través del CDE.¹²

SALAMA, F; y col. (2009), Realizaron un estudio para evaluar las actitudes, comportamientos de los dentistas generales en el estado de Nebraska con respecto al asesoramiento en salud oral prenatal para mujeres embarazadas;

¹² Huebner CE , Milgrom P , Conrad D , RS Lee . Brindar atención dental a pacientes embarazadas: Un estudio de dentistas generales de Oregon. Departamento de Servicios de Salud de la Universidad de Washington, Seattle, WA 98195-7230, EE.UU. 2007

en la cual estos autores solicitaron en una encuesta información demográfica, número de años de práctica de la odontología, y la base de pacientes. La encuesta también preguntó a preguntas sobre la salud oral asesoramiento prenatal para mujeres embarazadas. Un sobre con su nombre, fue encerrado para las respuestas de los dentistas devueltos; las cuales sus resultados fueron los siguientes: De las 800 encuestas enviadas, 371 (46,4%) fueron devueltos. Casi el 50% de los dentistas generales en Nebraska que respondieron a la encuesta no proporciona ningún asesoramiento prenatal (45,6%) y el 5,9% ofrece asesoramiento prenatal una vez al año. No hubo correlación entre proporcionando asesoramiento prenatal y la edad de los dentistas generales, el género de los dentistas generales, tipo de práctica, y la longitud de tiempo en la práctica o entrenamiento adicional completado. Cuando se le preguntó por qué no ofrecer asesoramiento prenatal, el 19,7% dice que no es una prioridad para la oficina y el 9,5% no proporcionan asesoramiento prenatal, ya que no son reembolsados por un tercer pagador.

Estos autores llegaron a la conclusión que el 50% de los médicos generales no proporcionan asesoramiento prenatal. La razón más común por no proporcionar asesoramiento prenatal era no es una prioridad para la oficina y los padres no están interesados.¹³

SHUK-YIN Lee, y col.(2010), Realizaron un estudio el cual su propósito era comprender las actitudes de los dentistas de Estados Unidos, los conocimientos y prácticas relativas a la atención dental para mujeres

¹³ Salama F , Kebriaei A , McFarland K , T Durham . El asesoramiento prenatal para mujeres embarazadas: Una encuesta realizada a dentistas generales. Departamento de Odontología del Hospital de la Facultad de Odontología de la Universidad de Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska 68198-5450, EE.UU.. 2009

embarazadas y para determinar el impacto de los trabajos recientes sobre la salud oral y el embarazo. Para este estudio los autores realizaron una encuesta por correo de todos los 1.604 dentistas generales en Oregon, (el 55,2% respondió). Utilizaron modelos de ecuaciones estructurales, se utilizó para estimar la asociación entre las actitudes de los dentistas en atención a gestantes, Se encuestó a los odontólogos conocimientos acerca de la seguridad de los procedimientos dentales, patrones de la práctica actual; y sus resultados fueron los siguientes: Las barreras percibidas del dentista tiene el mayor efecto directo sobre la práctica actual y podría ser el factor más importante para disuadir a los dentistas de la prestación de atención a gestantes. Cinco actitudes (barreras percibidas) se asociaron con la prestación de servicios dentales menos: el tiempo, económicas, técnicas, la resistencia del personal dental, y la presión de grupo. El modelo final muestra un buen ajuste con un chi-cuadrado de 38,286 ($p = 0.12$, $n = 772$, $gl = 52$) y un índice de Bentler-Bonett Normed ajuste de 0,98, CFI = 0,993. La raíz del error cuadrado de aproximación es de .02.

Estos autores llegaron a la conclusión de que las actitudes son factores determinantes de un conocimiento preciso y la práctica actual. Enfoques multidimensionales son necesarios para aumentar el acceso a la atención dental y proteger la salud oral de las mujeres durante el embarazo. A pesar de las actuales recomendaciones clínicas para ofrecer toda la atención necesaria a las pacientes embarazadas durante el 1er, 2º y 3º trimestre, el conocimiento de los dentistas de la adecuación de los procedimientos sigue estando por el estado del arte en la ciencia dental.¹⁴

¹⁴ Shuk-Yin Lee, Rosanna; Milgrom, Peter; Huebner, Colleen E. y Conrad, Douglas. Las percepciones de los dentistas de las barreras a la prestación de asistencia estomatológica a las mujeres embarazadas. Problemas de salud para mujeres. EE.UU.. 2010 (5): 359-365.

SOTO y col. (2002) evaluaron los conocimientos de los alumnos que cursan el último año de la carrera de odontología sobre el manejo de la paciente embarazada. Los criterios de inclusión fueron, alumnos que cursaban el último año de la carrera en 3 universidades de la ciudad de México. Se realizó un estudio transversal descriptivo, se elaboró y validó una encuesta sobre los conocimientos que un odontólogo general debe conocer acerca del tema. Teniendo como resultados que de 132 alumnos que participaron cuyo rendimiento en conceptos de fisiología y farmacología en general fue deficiente. Vale la pena reflexionar en la necesidad de retroalimentar los conceptos teóricos en la práctica clínica, ya que la demanda de servicios de este tipo de pacientes es baja. ¹⁵

2.2 Marco teórico:

2.2.1 GESTACIÓN

2.2.1.1 Mitos y creencias de la gestación.-

Se han tejido muchos mitos y creencias acerca de la atención odontológica y la gestación, una de las más comunes es justamente que no se debe realizar ningún tratamiento odontológico durante el embarazo, porque la anestesia hace daño al bebé y eso es totalmente erróneo ya que si se puede administrar tratamiento a las pacientes gestantes, sin ningún problema, siempre y cuando se cumplan con ciertos requisitos y parámetros importantes que se verán más adelante con mayor detenimiento, para el cuidado de la madre y del bebé. ¹⁶

¹⁵ SOTO,VIRGINIA; Y COL. Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada. Revista ADM 2002; LIX (6):197-201

¹⁶ Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima-Perú. Tesis Especialidad en Odontopedatría.UPCH.2003.

Otro mito común es la relación que hay entre la caries dental y la gestación que aunque no este bien definido, sin embargo parece ser que la gestación no contribuye directamente a la aparición de caries.

Parece más probable que la mayor actividad de las caries pueda atribuirse a una mala dieta y a una mala higiene oral, que se asocian generalmente con tejidos gingivales inflamados y doloridos.

Muchas mujeres están convencidas que la gestación provoca pérdida de piezas dentarias (“un diente cada embarazo”) o de que se pierde calcio de los dientes para garantizar los aportes al niño (“dientes blandos”). El calcio está presente en los dientes en una forma cristalina estable y como tal, no está disponible para entrar en la circulación sistémica cuando aumentan las demandas.¹⁷

Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián nos dice “Desde tiempos remotos se ha planteado que cada embarazo hace perder un diente. Aunque este planteamiento no tiene base científica alguna, se ha comprobado que existen factores biopsicosociales durante el embarazo que si no se tienen en cuenta precozmente, pueden desencadenar enfermedades bucales o agravar las ya establecidas. Entre los factores que experimentan cambios durante el embarazo y contribuyen al riesgo de caries dental, podemos mencionar el nivel de infección por *Streptococos mutans* y lactobacilos, los cuales aumentan durante esta etapa; los influyentes en las propiedades y funciones de la saliva: flujo, viscosidad, capacidad amortiguadora para contrarrestar el efecto de los vómitos y cambios en el pH”.¹⁸

2.2.1.2 Adaptación de la fisiología femenina durante la gestación

¹⁷ Cunningham, F, Leveno, K. Obstetricia de Williams. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 22º Edición, 2006, México

¹⁸ Bastarrechea Milián, Maribel en “ Consideraciones para la atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo según riesgos” Rev Cubana Estomatol v.47 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2010.

2.2.1.2.1 Modificaciones en el aparato respiratorio.-

Los volúmenes respiratorios se modifican durante el embarazo en forma diferente. Mientras que el volumen de aire circulante aumenta de 500cc. A 800cc., disminuyen el volumen inspiratorio de reserva, el volumen respiratorio de reserva y el volumen residual, pero esta disminución es tal que esta compensada por el volumen de aire circulante por lo que la capacidad vital no se altera en su cifra global.

Los cambios ventilatorios van a determinar una mayor velocidad de respiración (taquipnea) y disnea que se incrementa con la posición en supino. El embarazo es relacionado con una alcalosis respiratoria parcialmente compensada que puede afectar la unión a proteínas de los fármacos.¹⁹

2.2.1.2.2 Modificaciones en el aparato digestivo.-

En el primer trimestre ocurren cambios en los hábitos alimentarios, en la percepción de los sabores, alteración de los ritmos horarios y periodos de anorexia y excesivo apetito, pero no siempre reciben una dieta balanceada que asegure una buena nutrición sin comprometer su estado físico, por un lado se puede presentar un cuadro de anemia que es muy común en nuestra población y que puede volverse crónica debido a la baja ingesta de alimentos que contengan hierro y así presentarse una anemia de tipo ferropénica, así como una leucocitosis conocida como “leucocitosis fisiológica” y por otro lado las gestantes generalmente consumen muchos carbohidratos en sus diversas presentaciones dando lugar al incremento significativo del peso corporal y a su vez la ingesta de azúcar da lugar a la aparición de lesiones cariosas o al agravamiento de las ya existentes.

¹⁹ Mongrut SA. Tratado de Obstetricia. 4º Edición. 2000. Lima - Perú.

En los primeros meses del embarazo también se caracteriza por la presencia de náuseas y vómitos, relacionados con la secreción de gonadotropina coriónica y el aumento de los estrógenos.

En el último trimestre se presentan regurgitaciones, debido a la compresión del estómago por el desplazamiento de las vísceras abdominales, lo cual contribuye a la descalcificación de las caras palatinas y linguales de las piezas dentarias.²⁰

En la gestación también existen cambios a nivel salival, tanto a nivel de flujo como de pH la mujer embarazada sufre una disminución en dichos caracteres lo cual puede ser considerado como un factor de riesgo en la presencia de sangrado de las encías como en la aparición del mal sabor de boca, agrandamiento gingival y dificultad para pasar alimentos.²¹

2.2.1.2.3 Modificaciones del aparato hematológico.-

Disminución del hematocrito y hemoglobina y el número de eritrocitos (anemia fisiológica del embarazo).

Marcada necesidad de hierro adicional, ferropenia, también se produce un aumento del recuento de células blancas debido a la neutrofilia, los cambios en las plaquetas no suelen ser significativos.²²

Muchos factores de la coagulación están aumentados: el fibrinógeno en promedio de 50%. Otros factores que aumentan son el VII, el VIII, el

²⁰ Cunningham F, Leveno K. Obstetricia de Williams. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. 22° Edición. 2006. México.

²¹ Gonzáles M, Montes L, Jiménez G. Cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes. Perinatol Reprod Hum 2001;15:195-201

²² Mongrut SA. Tratado de Obstetricia. 4° Edición, 2000, Lima - Perú.

factor IX y el factor X. Esto crea un estado de hipercoagulabilidad relativo. Generalmente los niveles del factor II aumentan sólo ligeramente mientras que los factores XI XIII están algo disminuidos.²³

2.2.1.2.4 Modificaciones del aparato cardiovasculares.-

Existe un aumento de volumen plasmático cercano al 40% y un incremento del gasto cardiaco del 30%, ello conlleva la aparición de taquicardia y soplos funcionales La frecuencia cardiaca aumenta en 10 latidos por minuto en reposo. Durante la fase final del embarazo puede presentarse el síndrome hipotensivo del decúbito dorsal, el cual consiste en el descenso brusco de la presión sanguínea cuando se coloca en posición decúbito supino, esto se debe a la compresión de la vena cava inferior por el útero gravídico, además que el hígado durante el embarazo sufre una torción que produce relativa constricción de la vena cava a nivel del hiato diafragmático, lo cual reduce considerablemente el retorno venoso del corazón con un descenso de la presión sistólica de más de un 30%. Los síntomas que se presentan son taquicardia ligera y vasoconstricción periférica con palidez, que puede ir seguido por una reacción vagal con bradicardia, mareos, náuseas, sudoración fría y pérdida de la conciencia.

Existe una disminución de la resistencia periférica, con vasodilatación que contrarresta el aumento del gasto cardiaco (30%) y una redistribución del riego sanguíneo con aumento considerable de la circulación renal y epidérmica.

La presión arterial disminuye, habitualmente a 100/70 mm Hg o menos, más probable debido al efecto de la progesterona. Aunque puede producirse un aumento leve durante el último mes del embarazo normal, un incremento de la presión sistólica de 30 mm Hg o de la diastólica de 15

²³ Cunningham F, Leveno K. Obstetricia de Williams. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. 22° Edición, 2006, México.

mm Hg debe ser considerado como anormal en cualquier momento de la gestación. Este fenómeno se puede presentar en la consulta odontológica, ante lo cual se debe realizar la maniobra terapéutica que consiste en colocar a la embarazada en decúbito lateral izquierdo, con lo cual cesa la compresión sobre la vena cava y se restablece la circulación de retorno.

En caso de síncope se debe realizar maniobras clásicas de reanimación cardiocirculatoria. Las medidas preventivas a adoptar en la consulta dental es, colocar a la embarazada sentada con una inclinación máxima de 45°. Evitar siempre la posición de Trendelenburg y se utilizará la posición decúbito dorsal o bien se colocará un almohada o cojín en la parte izquierda que eleve el dorso unos 10 – 15 cm.

También se debe evitar tratamientos largos y pesados.²⁴

2.2.1.2.5 Modificaciones en el sistema endocrino.-

Determinan casi todas las alteraciones sistémicas, ocurre un aumento de las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) a lo que se suman una producción de hormonas placentarias, que van actuar como un órgano endocrino que va a producir gonadotropina coriónica, somatotropina, estrógenos, progesterona, andrógenos y hormonas corticales.

La progesterona va a aumentar la permeabilidad de los capilares gingivales y la exudación, lo que va producir dilatación, favoreciendo a la aparición de gingivitis durante el embarazo.

Los estrógenos modifican la queratinización del epitelio gingival, hiperplasia del estrato germinativo y alteran las elongaciones del tejido conectivo, provocando degeneración nuclear en las células epiteliales e

²⁴ Frederiksen M. Physiologic changes in pregnancy and their effect on drug disposition. Seminars in perinatology. Vol 25. No 3 (June), 2001: pp 120-123.

inflamación de la lámina propia; por lo aparecen respuestas más exageradas a los efectos de la placa.²⁵

2.2.1.2.6 Cambios microbiológicos.-

Las alteraciones metabólicas que produce la progesterona pueden favorecer la colonización del surco gingival por bacterias anaerobias.

2.2.1.2.7 Alteraciones en la respuesta inmune.-

Existe una destrucción de los mastocitos gingivales por el aumento de las hormonas sexuales, produciéndose una liberación de histamina y enzimas proteolíticas que contribuye a la aparición de una respuesta inflamatoria exagerada frente a los irritantes locales.²⁶

2.2.1.2.8 Modificaciones psíquicas.-

Se presentan cambios en el carácter y amnesia.

La consulta odontológica puede producir estrés y ansiedad. Esto lo podemos evitar demostrando interés por lo que ocurre a la paciente contactando al gineco-obstetra para consultarle sobre medicación de antibióticos y analgésicos.

2.2.1.3 Patologías durante el embarazo

2.2.1.3.1 Diabetes gestacional.-

La diabetes sacarina gestacional aparece aproximadamente en 2% de las mujeres gestantes de forma precoz o entre la 24 y 28 semana de la gestación.

²⁵ Betancourt valladares, Miriela y col. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. Revista Cubana de Est. Volumen 44.n.4 .Ciudad de La Habana. Oct.-dic.2007.

²⁶ Mongrut SA. Tratado de Obstetricia. 4º Edición, 2000, Lima - Perú.

Se caracteriza por una intolerancia a la glucosa durante el embarazo.

Para establecer el diagnóstico de diabetes del embarazo es preciso demostrar que el metabolismo de los carbohidratos era completamente normal antes de la gestación.²⁷

Entre los factores responsables de la reducción de la utilización de la glucosa materna se encuentran cambios hormonales que afectan las hormonas producidas por las glándulas gónadas, estrógeno-progesterona, lactógeno placentario, hipercortisolismo e hipertiroxiosis, que producen un aumento de la resistencia a la actividad de la insulina.

Muchas veces se acompaña de complicaciones perinatales y generalmente desaparece después del parto, sin embargo después de transcurrido 10 o 15 años casi 50% de estas pacientes presentan diabetes mellitus generalmente del tipo II, es decir, diabetes mellitus no insulino dependiente.

La prevalencia de la Diabetes Gestacional se sitúa entre el 1 y el 3% de los embarazos. Esta patología se caracteriza por aparecer de forma precoz entre la 24 y 28 semanas de gestación (tiempo recomendado para su detección).²⁸

El perfil de la mujer con diabetes gestacional presenta: antecedentes familiares de diabetes, así como también antecedentes de hijos con peso corporal al momento del nacimiento de más de 4 kg, antecedentes de abortos, obesidad, glucosuria, hidramnios, preclampsia y/o concentraciones plasmáticas de glucosa muy elevada.

²⁷ Moret Y. y col. Manifestaciones bucales de la Diabetes Mellitus Gestacional. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Acta odontol. venez v.40 n.2 Caracas jun. 2002

²⁸ Rose, L; Kaye, D. Medicina Interna en Odontología. Tomo II. Editorial Salvat. 1997. España. pp 1375-1427.

2.2.1.3.2 Hipertensión arterial en la gestación.-

Durante la gestación, las dos formas más comunes de hipertensión son la inducida por el embarazo o HTA gestacional, que aparece a la segunda mitad del embarazo, en una paciente normotensa y que se normaliza a los 10 días después del alumbramiento (70% de los casos), y la HTA crónica preexistente, que no está relacionada con el embarazo y no se revierte luego del parto.²⁹

La hipertensión arterial se puede presentar en una enfermedad llamada preclampsia, que ocurre en un 7 al 10% de los embarazos, y es la causa más frecuente de morbilidad materna, fetal y perinatal y que consiste en un síndrome cuyos signos y síntomas pueden presentarse solos o combinados, y que entre ellos, la hipertensión arterial es la que marca el diagnóstico, aunque a veces sólo se presenta edema, proteinuria y alteraciones de coagulación. La preclampsia constituye la expresión tardía de una alteración temprana en el desarrollo placentario, es decir, hay una falla de la penetración del trofoblasto a las arterias espirales uterinas, lo que hace que éstas persistan como vasos de resistencia y halla un déficit de compuestos vasodilatadores, lo que favorece la vasoconstricción y agregación plaquetaria. Por lo tanto, la HTA corresponde a un fenómeno compensatorio para mantener una perfusión útero-placentaria adecuada. Esto explica que la medida terapéutica más importante sea el reposo materno ya que favorece los mecanismos de redistribución de flujos circulatorios para atenuar el compromiso de órganos (feto) y la interrupción oportuna de la gestación, cuando las condiciones maternas y /o fetales lo requieran.

²⁹ San Martín C, Hampel H, Villanueva J. Manejo Odontológico del Paciente Hipertenso. Revista Dental de Chile 2001; 92 (2): 34 - 40.

2.2.1.3.3 Patología bucal durante la gestación.-

La principal alteración en la boca se presenta a nivel de encías: gingivitis generalizada caracterizada por importante inflamación y sangrado profuso debido a la acción de las hormonas esteroideas sexuales que inducen a la vasodilatación y a formación de nuevos vasos sanguíneos.

2.2.1.3.4 Enfermedad gingival en el embarazo.-

La gestación por sí misma no causa gingivitis; durante el embarazo, la gingivitis se produce por irritantes locales, lo mismo que en mujeres no gestantes. La gestación acentúa la respuesta gingival a los irritantes locales y produce un cuadro clínico diferente del que se registra en las no gestantes. No aparecen cambios notables en la encía durante el embarazo, en ausencia de irritantes locales.³⁰

La severidad de la gingivitis aumenta durante la gestación, a partir del segundo o tercer mes. Aquellas pacientes con una gingivitis crónica ligera, que no llamaba la atención antes del embarazo, se preocupan por la encía porque las zonas inflamadas se tornan excesivamente grandes y edematosas y presentan un cambio de color muy llamativo. Pacientes con escasa hemorragia gingival antes del embarazo, observan entonces un aumento de la tendencia hemorrágica.³¹

2.2.1.4 Empleo de medicamentos durante el embarazo

2.2.1.4.1 Utilización de fármacos en el embarazo.-

³⁰ Lárez L, Benavides Y, Henríquez Y, Moreno S. Lesiones bucales vistas en la embarazada. Rev Obstet Ginecol Venez vol. 65 no. 1 Caracas Mar. 2005.

³¹ Moret Y. y col. Manifestaciones bucales de la Diabetes Mellitus Gestacional. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Acta odontol. venez v.40 n.2 Caracas jun. 2002

Es importante recalcar que no existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos. Es sabido que el periodo de máxima sensibilidad es el primer trimestre del embarazo, que es cuando se realiza la mayor parte de la organogénesis y que durante las dos primeras semanas del embarazo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, el embrión puede ser afectado aunque no se haya establecido la placenta. Durante el periodo fetal, en el segundo y tercer trimestre del embarazo también pueden producirse alteraciones del desarrollo ya que si bien en esta etapa la mayor parte de la organogénesis está completa, la acción teratógena puede frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas. Son especialmente sensibles a la acción teratógena en el periodo fetal los órganos de maduración tardía como el cerebro y los órganos de la reproducción. Los pacientes además de los profesionistas del área de la salud entre los cuales nos encontramos los dentistas necesitamos estar informados de los fármacos que han probado ser seguros y por lo tanto son considerados los medicamentos de elección durante el embarazo. Desde 1984 se han introducido en países como Estados Unidos, Suecia y Australia sistemas de clasificación de fármacos en el embarazo. Estos sistemas permiten una estimación general de la seguridad con que se pueden utilizar ciertos fármacos durante la gravidez y la reproducción. En la Comunidad Europea un grupo de expertos propuso un sistema de clasificación de medicamentos para ser utilizados en el embarazo basado en datos obtenidos de humanos. El conocimiento acerca de la seguridad o riesgo de los fármacos en el humano es el punto de partida, ya que algunas sustancias que no resultaron teratogénicas en animales experimentales sí resultaron serlo en humanos. Los únicos teratógenos en humanos que revelaron previamente tener efecto teratógeno en animales son: los

andrógenos, varios antimicóticos, el valproato de sodio y el ácido retinoico. Muchos teratógenos humanos fueron descubiertos primero en humanos que en animales. La mayor parte de la información de los efectos teratógenos de fármacos fueron obtenidos inicialmente por reportes de casos y no por estudios epidemiológicos.

La clasificación de fármacos que son utilizados en el embarazo propuesta en la Comunidad Europea agrupa a éstos en cuatro categorías, de la A a la D. La categoría A reúne a los fármacos que han sido probados en mujeres embarazadas y no han producido efectos nocivos en el curso del embarazo ni en la salud del producto o del neonato (Cuadro I). Los fármacos de los cuales no existen suficientes datos en humanos para evaluar su seguridad de uso durante el embarazo y en la salud del feto y el neonato se clasifican con la letra B. La categoría C agrupa a los medicamentos que no aumentan la incidencia espontánea de defectos congénitos, pero tienen un riesgo potencial de producir efectos farmacológicos que pueden alterar el curso del embarazo o lesionar al feto o al recién nacido. Los medicamentos del grupo D producen o se sospecha que producen defectos congénitos y/o adversos irreversibles en el producto (Cuadro 2).³²

La Food and Drug Administration (FDA) ha elaborado un «resumen de riesgo fetal», dividiendo los fármacos en cinco categorías. Los fármacos sin riesgo fetal y con seguridad comprobada de uso durante el embarazo se clasifican como A, como B aquellos en los que el riesgo fetal no se ha demostrado en animales o seres humanos, como C cuando el riesgo fetal es desconocido en seres humanos, como D cuando hay evidencia de riesgo fetal, y puede ser necesario utilizar este fármaco evaluando el riesgo/beneficio y X cuando hay riesgo fetal

³² Gorlin R I, Goldman H M. Patología Oral 1° edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1973.

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA 2012”

comprobado, por lo que su uso está contraindicado en el embarazo (Cuadro 3). Los medicamentos que generalmente prescribimos los dentistas y que pudieran ser utilizados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales y de estos grupos farmacológicos existen medicamentos de la categoría A (Fármacos que de acuerdo a la indicación y la dosis pueden ser usados con seguridad en el embarazo, según la European Community Comité on Proprietary Medicinal Products (Cuadro 1), ningún antiinflamatorio aparece en esta lista. De acuerdo a la FDA no existen fármacos que utilizamos los dentistas con clasificación A.³³

Cuadro 1: Lista de fármacos que de acuerdo a la indicación y la dosis pueden ser usados con seguridad durante el embarazo.

(Committe of Proprietary Medicinal Products. European Community.1991)

Anfotericina B(Tópica)	Eritromizina
Ampicilina	Fenoximetilpenicilina
Amoxicilina	Lidocaína
Bupivacaína	Lincomicina
Clorhexidina	Mepivacaína
Cefalosporinas	Nistatina(Tópica)
Codeína	Paracetamol

³³ Gómez J. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. Revista ADM 1999;LVI(4):158-162.

Cuadro 2: Categorización de productos farmacológicos en el embarazo.

(Propuesto por: European Community, Committe on Proprietary medicinal Products)

Categoría A: Este fármaco ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen los efectos nocivos durante el embarazo ni en la salud del feto o recién nacido.

Categoría B: No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y la salud del feto y del neonato.

Categoría C: Este fármaco o aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daño por sus efectos farmacológicos.

Categoría D: Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos.

2.2.1.4.2 Antibióticos

Según la FDA actualmente no hay antibióticos de categoría A (seguros); la mayor parte entra en las categorías B y C. Los fármacos de la categoría B se creen relativamente seguros durante el embarazo y de ser posible debe escogerse un antibiótico de esta categoría (Cuadro 4). Las penicilinas son con mucho los antibióticos más utilizados cuando no existen reacciones de hipersensibilidad al fármaco que contraindiquen su uso. La penicilina G es usada rutinariamente para infecciones durante el embarazo.³⁴

El proyecto de colaboración perinatal monitoreó 50,282 embarazos, en 3,546 de éstos tuvieron exposición a alguna penicilina durante el primer trimestre del embarazo, mientras que 7,171 usaron alguna penicilina durante cualquier tiempo del embarazo. En ningún caso hubo evidencia para asociar a estos antibióticos cualquier tipo de malformación. Basados en estos datos la penicilina G no es teratogénica. En el estudio de

³⁴ Gorlin R I, Goldman H M. Patología Oral 1° edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1973.

vigilancia en ayuda médica de Michigan conducido entre 1985 y 1992, y que monitoreó 229,101 embarazos a término, 4,597 recién nacidos fueron expuestos a la penicilina V durante el primer trimestre. Se registraron un total de 202 malformaciones congénitas (estadísticamente se esperaban 195). Los datos específicos para seis tipos de malformaciones incluyendo la relación entre observados y esperados fueron los siguientes: Defectos cardiovasculares 46/56, fisuras bucales 5/7, espina bífida 3/2, polidactilia 17/13, defectos en el tamaño de extremidades 7/8 e hipospadias 8/11. Estos datos nos permiten **no** asociar a la fenoximetilpenicilina con defectos congénitos. La amoxicilina es un antibiótico similar a la ampicilina. No hay reportes que puedan asociarla con defectos congénitos, en el programa de vigilancia a usuarios de ayuda médica de Michigan, 8,538 recién nacidos fueron expuestos a la amoxicilina durante el primer trimestre. Se encontraron un total de 317 defectos congénitos (3.17%), cuando estadísticamente se esperaban 363, por lo que no se puede establecer una asociación entre la amoxicilina y los defectos congénitos observados. La ampicilina durante el embarazo es eliminada por vía urinaria dos veces más rápido, por lo que la dosis utilizada en infecciones sistémicas debe ser el doble de la que se utiliza en mujeres no embarazadas. En infecciones urinarias no es necesario cambiar la dosis. En la familia de las cefalosporinas existen de primera a tercera generación y todas se consideran fármacos de categoría B.³⁵

En general son bien toleradas por las embarazadas. No hay informes de defectos al nacimiento producidos por una cefalosporina. Algunos estudios han demostrado infecundidad en animales expuestos en etapas tempranas de la vida a las cefalosporinas que contienen una porción metiltetrazol; sin embargo, este efecto no se ha demostrado en seres humanos. Son cefalosporinas con metiltetrazol: cefoperazona, cefotetán, moxolactam y

³⁵ Gorlin R I, Goldman H M. Patología Oral 1° edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1973.

cefamandol. La eritromicina es el antibiótico de elección cuando existe alergia a las penicilinas, es un fármaco de categoría B y de uso muy seguro en el embarazo. No obstante, es mal tolerada ya que la dosis usual produce trastornos gastrointestinales, lo que aminora su cumplimiento. La eritromicina se une mucho a proteínas, y por ello se alcanzan cifras bajas en el feto. Debe evitarse la sal de estolato de eritromicina, ya que se ha encontrado que produce hepatotoxicidad materna. Las tetraciclinas son antibióticos de categoría D. Se depositan en los tejidos mineralizados tiñendo de color café el esmalte dentario. En estudios en animales de laboratorio, las tetraciclinas inhiben el crecimiento óseo y alteran la osteogénesis. También hay informes de hepatotoxicidad materna y fetal. La clindamicina está en el grupo B, relacionada químicamente con la lincomicina, se utiliza en infecciones graves por anaerobios y también tiene actividad contra infecciones por Chlamydia. Tiene el inconveniente de que puede producir colitis pseudomembranosa.³⁶

2.2.1.4.3 Analgésicos

El paracetamol o acetaminofeno ha sido utilizado ampliamente durante todas las etapas del embarazo para aliviar el dolor y disminuir la temperatura en caso de fiebre. A dosis terapéuticas y por corto tiempo es inocuo. Aunque este fármaco atraviesa la placenta, los conocimientos actuales sugieren que las malformaciones congénitas de productos de madres que han consumido el fármaco durante el embarazo no se deben al acetaminofeno. No obstante, la administración de dosis elevadas a mujeres gestantes puede dar lugar a alteraciones renales fetales similares a las observadas en el adulto. La

³⁶ Gorlin R I, Goldman H M. Patología Oral 1º edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1973.

sobredosis materna puede provocar secuelas importantes e incluso necrosis hepática. En 1984 se describió un caso de muerte fetal. Una mujer entre las semanas 27 y 28 de embarazo, ingirió 29.5 g de acetaminofeno en menos de 24 horas para tratar de aliviar un dolor de origen dental. La autopsia del feto reveló que la concentración del fármaco en los tejidos fetales fue de 250 mg/g.

Otra mujer en la semana 36 de gestación consumió una dosis única de 22.5 g de acetaminofén, con concentraciones tóxicas sanguíneas de 200 mg/mL, seis semanas más tarde dio a luz a un infante normal. En otro caso, una mujer de 20 semanas de gestación consumió un total de 25 g en dos dosis en un periodo de 10 horas, en la semana 41 nació un bebé normal con un cefalohematoma occipital debido a la posición en que nació.

El acetaminofeno resulta ser el analgésico y antipirético de elección durante el embarazo. La información del uso de la aspirina durante el embarazo es controvertida. Varios estudios reportan que no hay un aumento en la incidencia de malformaciones congénitas por el uso de los salicilatos durante el embarazo, mientras que otros reportes han asociado a la aspirina con la incidencia de fisuras bucales y otros defectos. Han sido asociadas al uso de la aspirina: muerte intrauterina, retardo del crecimiento e hipertensión pulmonar.³⁷ El mecanismo propuesto para explicar estos hallazgos está relacionado con el mecanismo de acción de la aspirina y sus congéneres: la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. En animales de laboratorio el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) ha producido cierre prematuro del conducto arterioso, y hemorragia fetal intracraneal cuando se utilizan en el embarazo a término. Las compañías

³⁷ Gorlin R I, Goldman H M. Patología Oral 1° edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1973.

farmacéuticas que fabrican AINEs indican que estos fármacos no deben usarse durante el embarazo.³⁸

2.2.1.4.4 Anestésicos locales.-

Bupivacaína, lidocaína y mepivacaína. No existen casos documentados de efectos adversos asociados a los anestésicos locales durante el embarazo cuando se utilizan en dosis adecuadas (Gómez y Verdin, 1994). Entre los anestésicos con enlace amida, la bupivacaína tiene el menor nivel plasmático en la sangre fetal por su gran unión a las proteínas plasmáticas de la sangre materna, lo que da por resultado que el hígado fetal realice un mínimo de trabajo en metabolizar este agente. Sin embargo, la lidocaína es probablemente el anestésico más utilizado en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental.

Cuadro 3: Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food And Drugs Administration.

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
A	Sin riesgo fetal, seguridad comprobada del uso durante el embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido, no hay estudios adecuados en seres humanos.

³⁸ Gómez J. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. Revista ADM 1999;LVI(4):158-162.

D	Alguna evidencia de riesgo fetal, puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado, uso contraindicado durante el embarazo.

Cuadro 4: Categorías farmacológicas de riesgo fetal de antibióticos (según la FDA).

FÁRMACO	CATEGORÍA
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Tetraciclinas	D
Eritromizina	B
Clindamicina	B
Metronidazol	B
Estreptomicina	D
Trimetoprima- sulfametoxazol	C

2.2.1.5. Radiación durante la gestación

Los Rayos x, gamma, alfa, beta y cósmicos son ionizantes, en nuestro organismo la acción ionizante se hace sentir especialmente en los cromosomas los cuales pueden sufrir ruptura con pérdidas o recombinaciones anormales, cuyos efectos se manifiestan durante la división celular y causan la evolución anormal o la muerte de la célula.

La radiografía dental es uno de los temas más controvertidos en el tratamiento de la gestante. Es deseable evitar la radiación durante la

gestación, sobre todo en el primer trimestre, ya que el feto en desarrollo es particularmente susceptible al daño radiológico. Sin embargo, si se precisa tratamiento dental, las radiografías pueden ser necesarias para hacer un diagnóstico y tratamientos adecuados. Por tanto el odontólogo debe saber cómo actuar con seguridad en esta situación.

La seguridad de las radiografías dentales está bien establecida, siempre que se empleen películas de alta velocidad, filtro, colimación y delantales de plomo. Lo más importante para la gestante es el delantal de plomo. Los estudios han demostrado que, si se utiliza un delantal para hacer una radiografía dental, la irradiación del feto y de las gónadas apenas es mensurable.

2.2.2 ATENCIÓN DENTAL

Dada la situación de Salud Bucal de Perú es necesario priorizar sobre grupos de riesgo, con intervenciones costo-efectivas y de alto impacto. La priorización de la gestante para recibir atención odontológica integral, permitiendo que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal. Para muchas mujeres, el embarazo es el único período en el que se logra acceso a la atención dental, siendo una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo.

Todo embarazo implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones para la madre, su hijo, o ambos, por lo cual es necesaria una vigilancia adecuada durante el proceso reproductivo: embarazo, parto, puerperio. Los componentes básicos están orientados a pesquisar las condiciones de salud que pueden aumentar el riesgo de resultados adversos, realizar intervenciones terapéuticas reconocidas como beneficiosas y advertir a la

embarazada sobre posibles emergencias. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que el control prenatal está orientado a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas mencionados. Durante el embarazo, ciertas infecciones de la madre pueden influir sobre la duración de la gestación (parto prematuro, antes de las 37 semanas) y también pueden afectar al feto.

Por ello, la prevención de la infección congénita y perinatal es un problema de salud pública, a considerar en los programas de control prenatal.

Estudios internacionales revelan que el riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) es mayor en mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años, en mujeres con infección urinaria, en las solteras, y en las fumadoras.

El parto prematuro con niños de bajo peso al nacer, representa actualmente un problema de Salud Pública. Los nacimientos prematuros asociados a bajo peso al nacer (menor de 2500g), son la principal causa de morbimortalidad neonatal.³⁹

A pesar de los avances en los cuidados prenatales, la incidencia en los partos prematuros no ha cambiado significativamente en los últimos 40 años. Esto ha sido atribuido a que todos los factores involucrados en la ocurrencia de partos prematuros, no se han identificado.

³⁹ Ministerio de salud Chile, Guía clínica Atención odontológica integral de la embarazada, 2008

Los factores de riesgo conocidos para PPBP (parto prematuro y bajo peso al nacer), son: nacimientos prematuros previos, consumo de alcohol y tabaco, cérvix uterino acortado, baja estatura, bajo peso de la madre, stress físico y psicológico, bajo nivel socioeconómico educacional y pobre nutrición durante el embarazo.⁴⁰

Por otra parte, desde el punto de vista de la evaluación económica, el aumentar la edad gestacional del nacido prematuro, aún en algunas semanas, puede reducir los costos asistenciales que implica la extrema prematuridad, en el sistema sanitario, disminuyendo costos durante los primeros cinco años de la vida, según un estudio realizado en Estados Unidos.

Adicionalmente, otro factor de riesgo para resultados adversos en el embarazo, lo constituye el consumo de tabaco. Múltiples estudios han demostrado una clara asociación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y morbilidad perinatal. Las mujeres que fuman tiene mayor riesgo de tener bebés de bajo peso al nacer, parto prematuro, abortos espontáneos; mientras que los posibles riesgos asociados a la salud de los bebés son: alteraciones neurológicas, síndrome de muerte súbita, trastornos del comportamiento.

Los problemas bucales son comunes durante el embarazo. En Estados Unidos, la enfermedad gingival, caracterizada por inflamación de la encía, proceso reversible, afecta a un 49% de la población femenina de 20 y más años; mientras que la enfermedad periodontal se presenta en un rango de 37 a 46 % de las mujeres en edad reproductiva (15 a 45 años), y dentro de este grupo, el subgrupo de embarazadas se presenta hasta en un 30%. Si bien, no existen estudios epidemiológicos nacionales de prevalencia para

⁴⁰ Ministerio de salud Chile, Guía clínica Atención odontológica integral de la embarazada, 2008

caries y periodontitis con la metodología sugerida por la Organización Mundial de la Salud, en población de gestantes, los datos disponibles actualmente corresponden a lo informado por la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003), en la cual el promedio de dientes cavitados por caries, en la población femenina, entre los 17 y 24 años, fue de 1.40; mientras que en el grupo de 25 a 44 años, este promedio, aumentaba a 2.56 dientes cavitados.⁴¹

Lo ideal es comenzar con las acciones preventivas desde la gestación. Es así que se trata de motivar a la gestante para llevar una maternidad responsable.

Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal, en donde la dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales representan un papel fundamental en los periodos pre y postnatal del desarrollo oral, como por ejemplo las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a la caries durante toda la vida del niño, así como una mala salud dental de la madre, también afectaría el buen desarrollo del feto; entre otras cosas. Por lo que se debe comenzar dirigiendo la educación a la madre.

La atención preventiva es la mejor manera de combatir futuros problemas dentales. Es bien sabido que el organismo de la mujer es sometido a diversos cambios, las transformaciones fisiológicas y psicológicas, son evidentes, y tienen como finalidad preparar al cuerpo para albergar al

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica : Atención odontológica integral de la embarazada. Santiago: Minsal, 2008

nuevo ser, por lo tanto, los cambios bucales no son excluidos de este fenómeno (OMS, 2001).⁴²

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido sigue la creencia de que la caries se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser (Misraschi-Saenz). Sin embargo, en estudios realizados con anterioridad han demostrado que a diferencia del esqueleto, en esta etapa no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida (Sanchis, 2005).

Un estudio en Finlandia demostró que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no recibieron ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal. Este resultado demuestra que el tratamiento dental durante el embarazo puede afectar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes a través de la vía placentaria (Sanchis, 2005).

Por lo anteriormente expresado es indispensable que la madre llegue al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla, logrando también la salud bucal del bebé.

Para la prevención, el mejor tratamiento médico que existe es el que no ha de realizarse, esto se puede lograr manteniendo una serie de buenos hábitos de salud, que en definitiva están en relación directa con el conocimiento sobre prevención en salud bucal que tengan los padres de familia, en particular la madre. Algunos investigadores consideran que el nivel de conocimiento está asociado al grado de instrucción de la madre,

⁴² Córdova Hernández, Juan Antonio y Bulnes López, Rosa M., Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco, 2007

como lo demuestran varios estudios, entre ellos uno realizado en México (1998), donde se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado con un 60%, prevaleciendo el grado de instrucción de secundaria completa (Díaz- Martínez y col, 1998).⁴³

En un estudio publicado en La Habana Cuba (2001), cuya finalidad fue conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido; se tomó una muestra de 40 gestantes, primerizas. Se encontró que un alto porcentaje de gestantes están bien informadas (72,5%), mientras que en el crecimiento dental del infante el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo. Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto (Bowen, 2001).

Por último, en otras investigaciones realizadas se presentan resultados muy similares a los mencionados anteriormente, concluyendo que la educación de las madres es un factor determinante para mantener el estado de salud de piezas dentarias, donde los resultados evidencian que las madres que poseen una mejor educación odontológica, sus hijos poseen un mejor estado de conservación de éstas (Gier- Janes, 2003). Además se demostró que ya durante el primer año de vida del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados, como por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal (66.66%) y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón (86%). (Guyton- Hall, 2004).⁴⁴

⁴³ Córdova Hernández, Juan Antonio y Bulnes López, Rosa M., Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco, 2007

⁴⁴ Córdova Hernández, Juan Antonio y Bulnes López, Rosa M., Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco, 2007

En la actualidad el comportamiento de numerosas enfermedades está determinado en gran medida por las conductas y actitudes individuales hacia el auto cuidado de la salud, al mismo tiempo estas conductas están reguladas por patrones culturales y de tradición popular, así como por el significado que el individuo le otorgue a la enfermedad. En el período del embarazo la existencia de ciertas creencias y mitos populares en relación con la salud bucal influyen en las actitudes que asumen las gestantes hacia el proceso salud- enfermedad. La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública.

Estos objetivos son llevados a cabo a través de intervenciones dirigidas hacia el conjunto de la comunidad, ya sea mediante estrategias educativas que pueden ser transmitidas a través de los medios de comunicación, como con la participación de agentes de salud que deben desarrollar potencialidades que los capaciten para ejercer liderazgo social en la prevención de la enfermedad y promoción de salud u otros enfoques de tipo comunitario.

Para promover comportamientos saludables debemos tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información científica hace falta para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos.

Las actitudes, comportamientos y valores, transmitidos a través de la televisión, radio, prensa escrita, etc. y reafirmados por los agentes sanitarios influyen en el valor que la salud tiene para los individuos, en los comportamientos saludables que estos exhiben, en el incremento de su motivación hacia el autocuidado y en su autorresponsabilidad con respecto

a la salud. También es común encontrar situaciones en que la población identifica causas, síntomas, los ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, pero sus comportamientos y prácticas no se corresponden con ese conocimiento.^{1,2}

Aunque los factores biológicos son esenciales para la aparición de varias enfermedades en la población, el comportamiento endémico de muchas de las mismas, demuestra la influencia de patrones culturales y de tradición popular que regulan los estilos de vidas personales y colectivos, así como el nivel socio-económico y educacional de la población.

Debido a estos criterios fuertemente arraigados en la población, las embarazadas han aprendido a aceptar todas aquellas alteraciones que indiscutiblemente pueden surgir en la cavidad bucal, considerándolas como un fenómeno "normal e inevitable" en esta etapa de la mujer, todo lo cual determina las conductas en relación a la demanda de los servicios estomatológicos por parte de las gestantes.⁴⁵

2.2.3 CONOCIMIENTO Y ACTITUD

La mayoría de autores concuerdan en definir al conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento.

⁴⁵ Almarales Sierra, Caridad y Llerandi Abril, Yuliette, Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev. Vubana Estomatol v.45 n.2 Ciudad de la Habana, 2008

Estos cambios se pueden observar en la conducta de individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumenten nuevos conocimientos.

La salud es un proceso integral en el cual el odontólogo juega un papel de importancia desde las perspectivas tanto clínica como preventiva y estética.

La capacidad del odontólogo, en su práctica diaria debe tener el conocimiento e incluir el manejo de las alteraciones fisiológicas, no patológicas como es el caso de las mujeres embarazadas, infantes (lactantes) o pacientes geriátricos, así como reconocer la posibilidad de provocar una morbilidad relacionada al manejo dental.

En esta etapa considerada como prueba de esfuerzo metabólico, debe ser conocida por los profesionales de salud bucal, cada vez es más frecuente la visita para paciente embarazada al consultorio dental. Aunque el embarazo es considerado un suceso normal, puede coexistir en el ciertas condiciones que ameriten un análisis especial, como los embarazos de alto riesgo los cuales deben de ser perfectamente comprendidos para tener la seguridad que el tratamiento y los fármacos que prescribimos utilicemos resulten inocuos o bien ocasionen el mínimo daño esperado a la paciente gestante y al producto o a ambos.

La paciente embarazada presenta al dentista un esquema particular para manejar sus problemas. El tratamiento dental debe de ser aplicado a la madre sin afectar al feto. Aun cuando el proveer el tratamiento dental de rutina a las pacientes embarazadas es generalmente seguro, se debe

reconocer que el llevar a cabo tratamientos dentales envuelve algunos elementos potenciales dañinos.⁴⁶

El personal odontológico deberá desarrollar un proceso de captación, registro, tratamiento y transferencia oportuna de las gestantes que viven en el área de influencia del servicio o que contactan al mismo por cualquier causa. El proceso abarca un conjunto de acciones médico–odontológicas tendientes a proteger y rehabilitar la salud bucal durante la etapa del embarazo y postparto. El mismo comprende desde la captación oportuna de la embarazada, pasando por su rehabilitación odontológica, hasta concluir en el programa de mantenimiento preventivo bucal.⁴⁷

En el caso de la gestante se debe señalar que salvo la consulta de emergencia, la atención odontológica electiva deberá ser programada en el segundo trimestre de embarazo. En todo caso, tanto la consulta odontológica de la gestante no debe implicar una asignación de un horario específico para desarrollarla. Sólo se refiere a una actividad clínica que será cumplida en forma oportuna y periódica en el momento en que el usuario contacte al servicio estimulado profesionalmente o en forma voluntaria aprovechando de esta forma, las oportunidades potencialmente perdidas en la atención odontológica.

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín “*actitudo*”. De acuerdo a la RAE, la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: del cuerpo de una persona (cuando transmite algo

⁴⁶ Neyra Casas, Ulrich . Atención dental em pacientes embarazadas. 2008. Disponible en: www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/.../SaludOralEmbarazadas

⁴⁷ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Manual de Implantación del Modelo de Atención Integral Ambulatoria. Caracas, junio del 2001

de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) o de un animal (cuando logra concertar atención por alguna cuestión).

Tres ejemplos con este término: *“No me gusta la actitud que está teniendo Manuel con los empleados”, “Si sigues con esa actitud, quedarás afuera del equipo”, “La actitud del leopardo demostraba que el animal no estaba dispuesto a dejarse atrapar con facilidad”*.

La actitud también ha sido definida como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de n sujeto ante determinados acontecimientos.

Por lo tanto, la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.

Por eso, la psicología social se encarga de estudiar las actitudes de los seres humanos para predecir posibles conductas. Cuando se observan las actitudes de un individuo, es factible prever su modo de accionar.

Las actitudes cumplen con diversas funciones en la vida social. Puede darse el caso de alguien que adopta una actitud defensiva, de esta manera, se predisponga de una forma particular entre las interacciones. La actitud también puede orientarse a la adaptación, en un intento por minimizar los conflictos.

Existen varios tipos de actitudes:

- **Una actitud desinteresada** es la que lleva a una persona tener presente a otra no como un medio para conseguir algo, sino como un fin para alcanzar un beneficio propio. Para conseguirla hacen falta cuatro cualidades: disponibilidad, apertura, aceptación y solicitud.

- **La actitud manipuladora** es la que ejerce una persona para alcanzar un fin personal y tiene en cuenta al otro como un medio, otorgándole la atención suficiente para conseguir su objetivo.
- **Actitud interesada** es causada por una situación de indigencia. Una persona se ve privada de algo que necesita y busca por todos los medios recuperar o conseguir satisfacer sus necesidades. Los demás, son también un recurso que puede ayudarla a salir de esa situación de desamparo.
- **Una actitud integradora** es la que tiene una persona que busca no sólo su beneficio sino también el de quienes lo rodean. Se basa en una estrecha comunicación entre dos personas cuyo objetivo es la unificación y la integración

Cuando hablamos de actitud queremos decir que es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser¹ define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra fish, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto

definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -.
- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Para explicar la relación entre actitud y conducta, Fishbein y Ajzen, (1980, citado en Rodríguez) han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, ha sido llamada Teoría de la acción razonada.

La psicología social distingue un estudio de la estructura intra-aptitudinal de la actitud, para identificar la estructura interna, de un estudio de la estructura inter-aptitudinal, para buscar diferencias y similitudes entre mapas donde confluyen más actitudes.⁴⁸

2.2.3.1 Escalas de Medición- Likert

Es una escala de actitudes, no interesa propiamente la opinión o el conjunto de palabras que expresa la persona. Lo que en realidad es importante es la actitud de quién opina.

La escala de medición de actitudes analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados.

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenida en cada ítem.

Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta:

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa.

⁴⁸ Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. México: Trillas.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 HIPÓTESIS

Trabajo observacional que no necesita hipótesis

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Categorización	Escala de medición
Nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la paciente gestante	Mitos y creencias	Tto. está indicado	Ordinal
		Embarazo causa pérdidas dentarias	
	Adaptación de la fisiología femenina	Embarazo causa descalcificación de los dientes	Ordinal
		1° trimestre	Ordinal
		2° trimestre	
	3° trimestre		
Patología bucal	Caries- cándida	Ordinal	
	Periodontopatías		
	Herpes		
Empleo de	Cándida- herpes	Ordinal	
	Anestésicos locales		
	Antimicrobianos	Ordinal	

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA 2012”

	medicamentos	AINES	
	Tratamiento odontológico	Curaciones Extracciones Radiografías Endodoncia Prótesis Fija Prótesis Removible Cirugía periodontal	
Actitud	Test de Likert	Negativa Positiva	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

El presente trabajo es un estudio de tipo Prospectivo analítico.

Es prospectivo porque el estudio fue en un momento dado y se analizó el resultado en un futuro.

Es analítico porque se analizó las variables de estudio y su relación entre ellas.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en los diferentes consultorios privados que hay en el cercado de la ciudad de Tacna, es decir a odontólogos que tengan consultorio dental en el centro de la ciudad de Tacna.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

De los 430 odontólogos colegiados que trabajan en el centro de la ciudad (fuente: COP), la población estuvo conformada por una muestra a conveniencia de 100 odontólogos que trabajan en el centro de la ciudad de Tacna en el año 2012.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Odontólogos colegiados por el Colegio odontológico del Perú.
- Odontólogos de ambos sexos.
- Odontólogos entre 23- 55 años

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Odontólogos colegiados entre 56 años a más
- Odontólogos transeúntes

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. (VER ANEXO)

a. Cuestionario de conocimientos

Se utilizó un cuestionario, el cual fue una encuesta utilizada por Virginia Soto y colaboradores para medir el nivel de conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de Odontología en México, dicha encuesta fue calibrada por el juicio de expertos y sometida a una prueba piloto. La estructura del cuestionario constó de 32 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), divididas en 5 grupos, cada grupo corresponde a uno de los temas que el odontólogo debe conocer sobre el manejo odontológico de la paciente gestante y que están planteados en los objetivos del estudio: Mitos y creencias, Adaptación de la fisiología femenina, Empleo de medicamentos, Patología bucal y Tratamiento odontológico. Cada pregunta tendrá alternativas de respuesta, de las cuales sólo una será correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera:

- Respuesta correcta: 1 punto
 - Respuesta incorrecta: 0 puntos
- Haciendo un total de 32 puntos.

b. Test de Actitud

Se utilizó un test que fue diseñado en base a otras investigaciones, para medir las actitudes de los odontólogos hacia la atención odontológica a gestantes.

Se elaboró un listado de 31 ítems, cada uno con sus respectivas alternativas de respuesta y la escala respectivamente explicada.

Así mismo se hizo uso de la escala tipo Lickert para identificar dichas actitudes.

CAPÍTULO V
PROCEDIMIENTOS DE
ANÁLISIS DE DATOS.

5.1 Análisis de datos

En primer lugar se empezó a hacer contacto con los cirujanos dentistas que laboran en el cercado de Tacna.

Posteriormente se informó a cada uno de ellos el procedimiento que se iba a realizar, es decir el cuestionario y el test adjuntos.

En el lapso de no más de 3 semanas se fueron aplicando ambos, en los diferentes consultorios del cercado de Tacna.

No se obtuvo ninguna negación de los odontólogos a cuestionar.

Con la información recabada se creó una base de datos en físico y luego digital.

Seguidamente se elaboró tablas de contingencia con valores absolutos y relativos. La tamización de las variables se hizo explorando cada registro informático del investigador.

Se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio: Programa de Word; como procesador de texto, Programa Excel; para capturar la de base de datos y diseño de tablas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

Se contrastaron las variables cuantitativas y cualitativas, utilizando el valor p significativo, p: menor a 0.05 con un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE SEXO SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA, 2012

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupo etáreo	< 30 años	31	64.6%	25	48.1%	56	56.0%
	30 - 39	13	27.1%	19	36.5%	32	32.0%
	> 40	4	8.3%	8	15.4%	12	12.0%
	Total	48	100.0%	52	100.0%	100	100.0%

Fuente: Cuestionario de datos del autor, 2012.

En la siguiente tabla se observa que:

Del total de varones, el 48.1 % tiene menos de 30 años, el 36.5 % entre 30 y 39 años, seguido del 15.4 % que son mayores a 40 años.

Del total de mujeres el 64.6% tiene menos de 30 años, seguido del 27.1% de 30 a 39 años y un porcentaje menor de 8.3% con mayores de 40 años.

TABLA N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS SOBRE ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA, 2012

Calificación	Muy mal	N	67
		%	67.0%
	Regular	N	30
		%	30.0%
	Bueno	N	3
		%	3.0%
Total	N	100	
	%	100.0%	
Calificación	Media		9.76
	Máximo		15.63
	Mínimo		2.50

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a gestantes del estudio de Soto, 2011

De la siguiente tabla se puede observar:

El 67 % de la población tiene una calificación de “Muy mal”, seguido de un 30% que esta “Regular” y solamente el 3 % tiene una calificación de “Bueno”.

Donde el promedio de la calificación es de 9.76, el puntaje máximo siendo 15.63 y el mínimo de 2.50.

TABLA N° 03

RELACIÓN DE EDAD CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS SOBRE ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA, 2012

		Grupo etáreo								p:
		< 30 años		30 - 39		> 40		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Calificación	Muy mal	37	55.2%	22	32.8%	8	11.9%	67	100.0%	0.649
	Regular	16	53.3%	10	33.3%	4	13.3%	30	100.0%	
	Bueno	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	56	56.0%	32	32.0%	12	12.0%	100	100.0%	

Fuente: Cuestionario de datos del autor, 2012.

Cuando se ha contrastado la calificación con la edad se puede observar:

De aquellos que estuvieron muy mal el 55.2 % tenía menos de 30 años, seguido de 32.8% entre 30 y 39 años y el 11.9 % mayores de 40 años.

De aquellos que tuvieron una calificación “Regular” el porcentaje fue de 53.3 % en menores de 30 años, seguido de 30 a 39 años con el 33.3.% y el 13.3% mayores de 40 años.

De aquellos que estuvieron una calificación de “Bueno” el 100 % tiene menos de 30 años.

Así no encontrándose diferencia significativa.

TABLA N° 04

**ACTITUDES HACIA LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES,
EN ODONTOLOGOS DEL CERCADO DE TACNA, 2012**

		n	%
Actitud	actitud negativa	12	12.0%
	actitud indiferente	38	38.0%
	actitud positiva	50	50.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Cuestionario de datos del autor, 2012.

De la siguiente tabla se puede observar:

El 50 % tienen una “Actitud positiva”, el 38% del total tienen una “Actitud inidiferente” y el 12% tienen una “Actitud negativa”.

TABLA N° 05

**RELACIÓN DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DEL
ODONTÓLOGO EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES
DEL CERCADO DE TACNA, 2012**

		Actitud							
		actitud negativa		actitud indiferente		actitud positiva		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Calificación	Muy mal	9	13.4%	23	34.3%	35	52.2%	67	100.0%
	Regular	3	10.0%	13	43.3%	14	46.7%	30	100.0%
	Bueno	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%
	Total	12	12.0%	38	38.0%	50	50.0%	100	100.0%

Fuente: Cuestionario de datos del autor, 2012.

Al contrastar esta actitud con la calificación se puede observar:

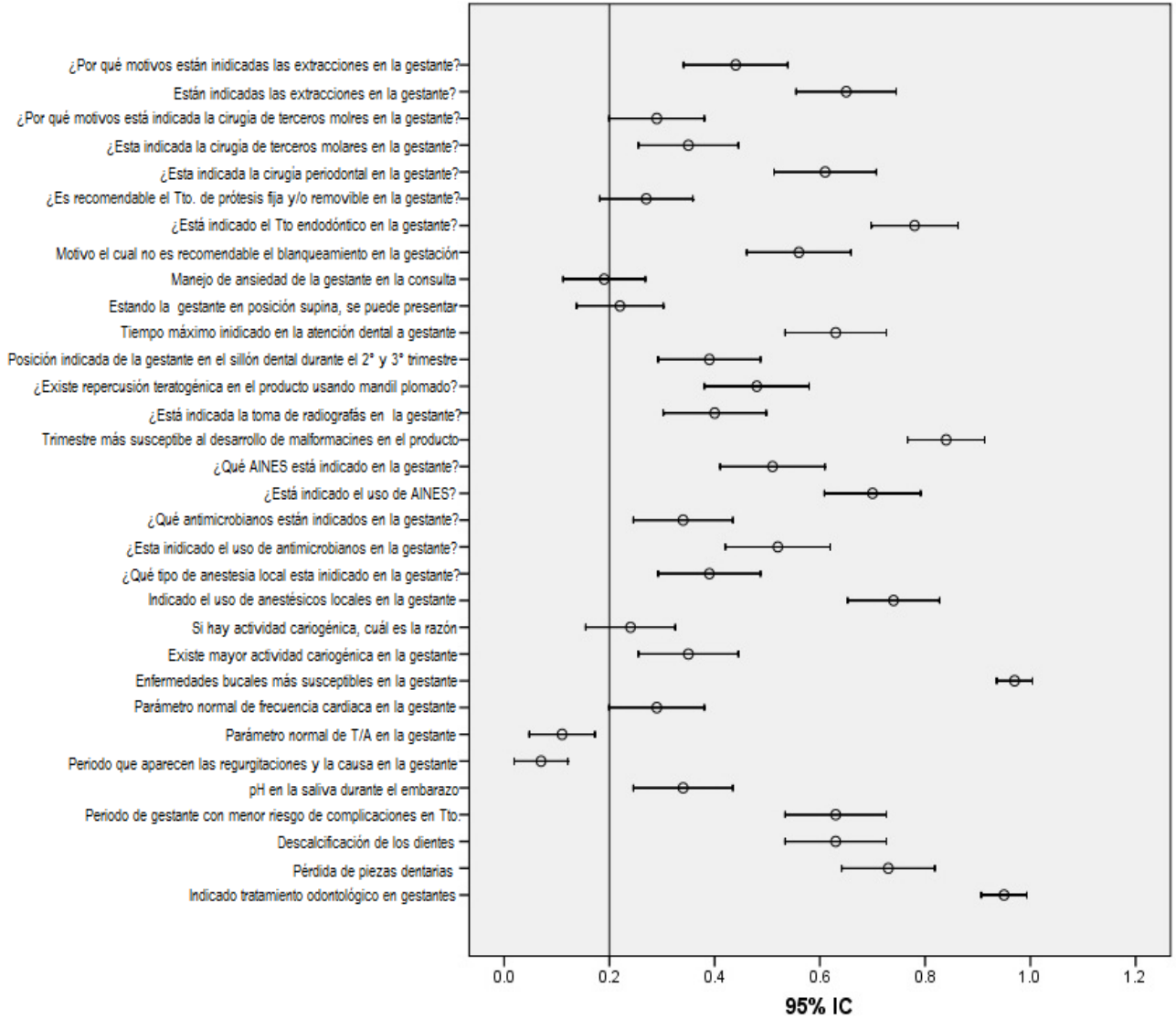
Del grupo que tiene una calificación “Muy mal” el 52.2% presenta una actitud positiva. Seguido del 34.3% con una actitud indiferente y el 13.4% con una actitud negativa.

Del grupo que tiene una calificación “Regular” el 46.7% presenta una actitud positiva, seguido del 43.3% con una actitud indiferente y el 10% con una actitud negativa.

Del grupo que tiene una calificación “Buena” el 33.3% presenta una actitud positiva, seguido del 66.7% con una actitud indiferente.

GRÁFICO N° 01

PREGUNTAS DEL TEST DE CONOCIMIENTO A ODONTÓLOGOS
SOBRE ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO
DE TACNA, 2012



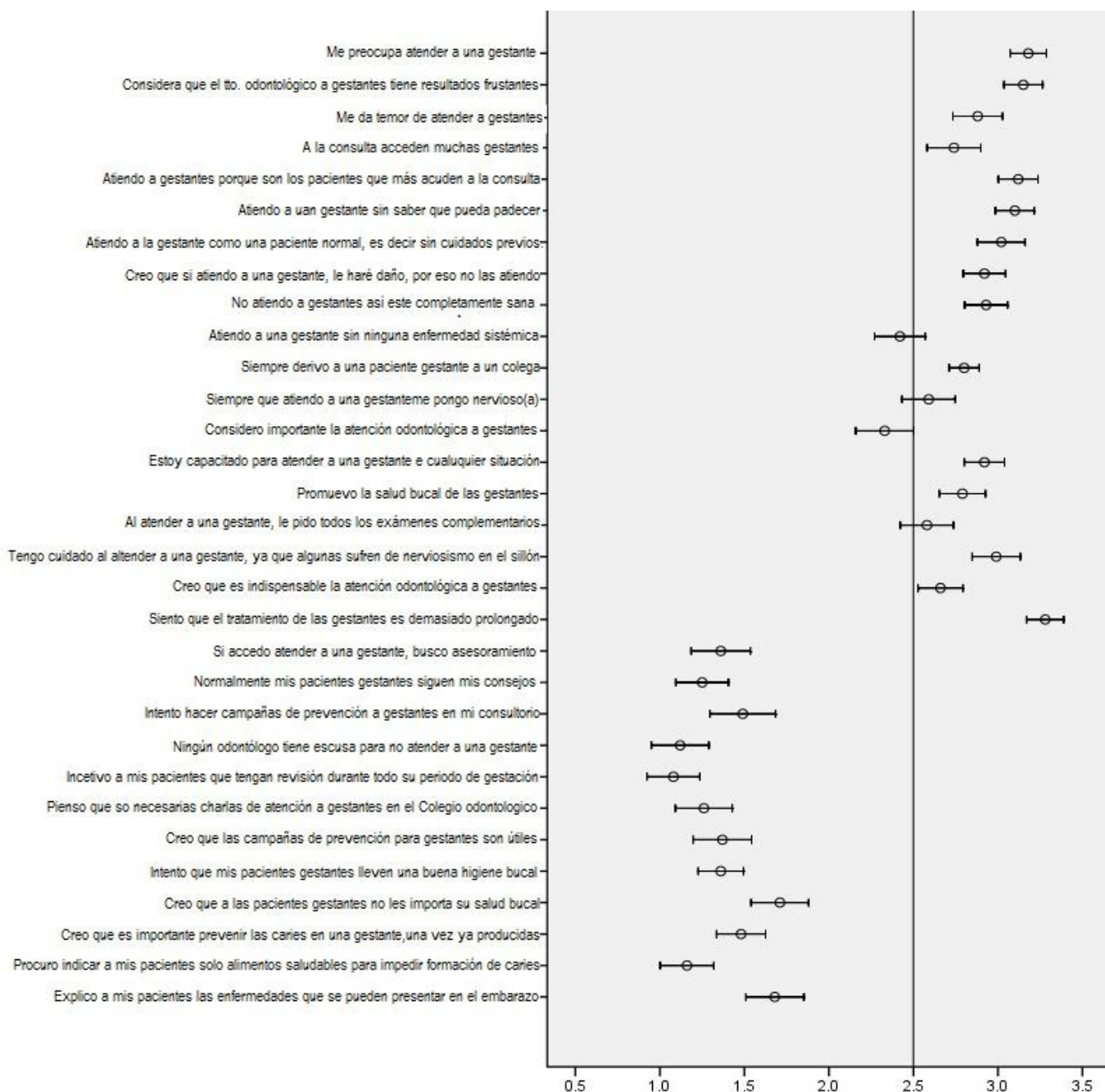
Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre atención a gestantes del estudio de Soto, 2011

En este gráfico nos indica los ítems con menor promedio, los cuales son:

1. Desconocen si está indicado la cirugía de los terceros molares.
2. Desconocen si es recomendable el Tto. de prótesis fija y/o removible en la gestante.
3. Manejo de ansiedad de la gestante en la consulta odontológica.
4. Desconocen que se puede presentar cuando la paciente gestante se encuentra en posición supina en el sillón dental.
5. Desconocen la razón de la actividad cariogénica en la gestante.
6. Desconocen el parámetro normal de la frecuencia cardiaca en la gestante.
7. Desconocen el parámetro normal de la tensión (presión) arterial en la gestante.
8. Desconocen el pH en la saliva en la paciente gestante.

GRÁFICO N° 02

TEST DE ACTITUD A ODONTÓLOGOS SOBRE ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA, 2012



Fuente: Cuestionario de datos del autor, 2012.

En este gráfico nos indica las actitudes en las que más fallan los odontólogos, las cuales son:

1. Atiendo a una gestante sin ninguna enfermedad sistémica.
2. Siempre derivo a una paciente gestante a un colega.
3. Siempre que atienden a una gestante se ponen nerviosos.
4. Considero importante la atención odontológica a pacientes gestantes.
5. Estoy capacitado para atender a una paciente gestante en cualquier situación.
6. Promuevo la salud bucal de la gestante
7. Al atender a una gestante le pido todos los exámenes complementarios
8. Creo que es indispensable la atención odontológica a las gestantes.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación nos indicaron que el nivel de conocimiento en atención dental a gestantes de los odontólogos que laboran en el cercado de Tacna es malo con un 67%, ya que en nuestro estudio del 100% de entrevistados, el 67% tuvo un nivel de conocimientos “Muy mal”, “Regular” un 30% y “Bueno” un 3%, por otro lado la actitud hacia la atención a gestante fue 12% “Negativa”, un 38% “Indiferente” y un 50 % “Positiva”.

Virginia Soto Sánchez en el año 2002 evaluó los conocimientos de los alumnos del último año de la carrera de odontología sobre el manejo de la paciente embarazada, en el comprobó que el conocimiento era deficiente, llegando a la conclusión que en los programas de estudio de la carrera de odontología independientemente si el sistema es modular o tradicional, en las materias de medicina estomatológica, patología bucal, crecimiento y desarrollo prenatal, embriología, farmacología, propedéutica entre otras, es tratado el manejo de la gestante, sin embargo la escasa oportunidad en la práctica clínica en este tipo de pacientes genera que los conocimientos teóricos adquiridos en el aula, no se pongan en práctica y al paso del tiempo se olviden.

Queda claro que existen deficiencias en el nivel de conocimiento de los odontólogos con respecto a la atención odontológica de la paciente gestante tanto en el presente trabajo como en el estudio realizado por Soto en México pero en diferentes rubros.

Por otro lado la actitud hacia la atención a gestante en el presente trabajo nos indica que un 12% es “Negativa”, un 38% “Indiferente” y un 50 % “Positiva”, sin embargo si tienen un 50 % de actitud positiva porque no

toman interés en conocer mejor las características que representan a una paciente gestante, para así poder prestarles una mejor atención odontológica.

Huebner, C; y colaboradores en el año 2007, realizaron una encuesta a 1.604 dentistas generales en Oregon. En donde preguntaron a los odontólogos acerca de sus actitudes, creencias y prácticas relativas a la atención dental para pacientes gestantes. Los autores compararon las respuestas con las directrices de 2006 de un Estado de Nueva York Departamento de Salud panel de expertos. Sus resultados fueron que la mayoría de los encuestados estuvo de acuerdo que el tratamiento dental debe ser parte del cuidado prenatal. Dos tercios de los encuestados estaban interesados en recibir formación odontológica en relación con la atención de pacientes embarazadas. Las comparaciones de auto-reporte de los conocimientos y la práctica de las directrices citadas reveló varios puntos de diferencia, el más grande considerado la obtención de radiografías de boca completa, proporcionando el óxido nitroso, la administración de acción prolongada inyecciones de anestésicos y el uso de medicamentos para el dolor. Estos autores llegaron a la conclusión de que los dentistas necesitan la educación específica para proporcionar hasta a la fecha la atención preventiva y curativa a las pacientes embarazadas.

Así mismo, JY Lee y col. En el año 2007 realizaron un estudio para examinar los factores de los dentistas en la atención a las gestantes y también conocer la medida en que proporcionan atención odontológica integral; en donde se obtuvieron como resultados que, perciben una falta de demanda de atención a gestantes, así mismo los odontólogos de sexo masculino tenían un grado de conocimiento bajo en atención odontológica a gestantes. Por lo tanto una vez esto nos indica que se necesita un reforzamiento en el conocimiento de atención estomatológica integral a la paciente gestante.

CONCLUSIONES

PRIMERO

De las características generales de los 100 odontólogos encuestados, el nivel de conocimiento es muy bajo.

En cuanto a la actitud de los odontólogos del cercado de Tacna fue: 12% “Negativa”, un 38% “Indiferente” y un 50 % “Positiva”.

En cuanto al nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos del cercado de Tacna no se encontró ninguna relación, ya que p : mayor a 0.05

SEGUNDO

Del 100% de odontólogos encuestados, el 67% tuvo un nivel de conocimientos “Muy malo”, “Regular” un 30% y “Bueno” un 3%,

TERCERO

De las características generales de los 100 odontólogos encuestados acerca sobre su nivel de conocimiento sobre los mitos y creencias durante la gestación se identificó que tienen buen conocimiento.

CUARTO

De las características generales de los 100 odontólogos encuestados acerca sobre el empleo de medicamentos durante la gestación se identificó que tienen un conocimiento intermedio.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer los conocimientos sobre atención odontológica a gestantes.
- Fortalecer especialmente en conocimientos de los signos vitales en una paciente gestante, ya que indicaron que no tienen ningún conocimiento por ser las respuestas mal contestadas en más del 50 % de los encuestados.
- Fortalecer asimismo en conocimientos en el manejo de ansiedad y atención en el sillón dental de la paciente gestante, ya que también indicaron que no tienen ningún conocimiento por ser las respuestas mal contestadas en más del 50 % de los encuestados.
- La Escuela realice capacitaciones extracurriculares reforzando el conocimiento en atención odontológica de la paciente gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. LA TORRE GÁLVEZ, María. Gestantes primerizas y conocimiento del cuidado de salud bucal en el Hospital nacional Hipólito Unanue. Tesis-Bachiller UPSM.2001.
2. ARIAS ARCE, Carlos. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud Oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima de dic.95 a en 96. Tesis-Bachiller. UNFV.2000.
3. GONZALES ALIAGA, Roberto. Educación de la madre y el estado de salud de las Iras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años. Lima-Perú. Tesis-Bachiller. UNMSM.2000.
4. BRASIL, F Y COL. El conocimiento de la anatomía topográfica de los estudiantes en la práctica del examen físico: Análisis cuantitativo. Rev. Chil. Ant. 20(3):275-280,2002.
5. TIRELLI, M. Conocimientos, las actitudes y las practicas de los médicos, ginecólogos y obstetras en relación con la salud bucal y el tratamiento odontológico de pacientes embarazadas.2004.
6. CONTRERAS N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima-Perú. Tesis Especialidad en Odontopedatría.UPCH.2003.
7. CUNNINGHAM, F, LEVENO, K. Obstetricia de Williams. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 22° Edición, 2006, México.
8. MONGRUT SA. Tratado de Obstetricia. 4° Edición. 2000. Lima - Perú.
9. GONZÁLES M, MONTES L, JIMÉNEZ G. Cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes. Perinatol Reprod Hum 2001;15:195-201.

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA 2012”

10. FREDERIKSEN M. Physiologic changes in pregnancy and their effect on drug disposition. Seminars in erinatology. Vol 25. No 3 (June), 2001: pp 120-123.
11. MORET Y. Y COL. Manifestaciones bucales de la Diabetes Mellitus Gestacional. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Acta odontol. venez v.40 n.2 Caracas jun. 2002
12. ROSE, L; KAYE, D. Medicina Interna en Odontología. Tomo II. Editorial Salvat. 1997. España. pp 1375-1427.
13. SAN MARTIN C, HAMPEL H, VILLANUEVA J. Manejo Odontológico del Paciente Hipertenso. Revista Dental de Chile 2001; 92 (2): 34 - 40.
14. MISRACHI, CLARA, Y COL. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas Chilenas e inmigrantes Peruanas. Rev. Perú. med. exp. salud publica v.26 n.4 Lima oct./dic. 2009.
15. SOTO, VIRGINIA; Y COL. Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada. Revista ADM 2002; LIX (6):197-201

ANEXOS

CUESTIONARIO

El objetivo del presente cuestionario es conocer el criterio del odontólogo en el manejo clínico de la mujer embarazada fisiológicamente sana.

Sexo	
Edad	

Favor de elegir la respuesta correcta encerrándola en un círculo.

Mitos y creencias

1. ¿Está indicado el tratamiento odontológico en la paciente embarazada?

SI NO

2. ¿Es el embarazo causa de pérdida de piezas dentarias?

SI NO

3. ¿Es el embarazo causa de descalcificación de los dientes?

SI NO

Adaptación de fisiología femenina

4. Periodo del embarazo en el que la gestante presenta el menor riesgo de complicaciones en el tratamiento odontológico:

a) 1° trimestre b) 2° trimestre c) 3° trimestre

5. ¿El pH en la saliva durante el embarazo?

a) Aumenta b) Disminuye c) No se altera

6. Las regurgitaciones en la paciente gestante ocurren en el.... del embarazo y la causa es....

- a) 1° trimestre – Por aumento de estrógenos.
- b) 2° trimestre – Por aumento de volumen del vientre.
- c) 3° trimestre – Por aumento de progesterona

7. ¿Cuál es el parámetro normal de la T/A en la paciente gestante durante el 2º y 3er trimestre?

- A) 120/80 B) 130/90 C) 110/70 D) 160/100

8. ¿Cuál es el parámetro normal de la frecuencia cardíaca en la paciente gestante?

- A) 60-80 x min. B) 110-120 x min.
C) 40-50 x min. D) 70-100 x min.

Patología bucal

9. ¿A qué, enfermedades bucales son más susceptibles las mujeres embarazadas?

- A) Caries - Cándida B) Periodontopatias – caries
C) Herpes – periodontopatias D) Cándida – Herpes

10. ¿Considera que, existe mayor actividad cariogénica en la mujer gestante?

- SI NO

11. Si su respuesta es afirmativa ¿Cuál es la razón?

- A) Desbalances alimenticios B) Aumento de progesterona
C) Higiene bucal pobre D) Todas correctas
E) Ninguna correcta

Empleo de medicamentos

13. ¿Está indicado el uso de anestésicos locales en la paciente gestante?

- SI NO

14. Si su respuesta es afirmativa ¿Qué tipo de anestésico local está indicado en la paciente embarazada fisiológicamente sana?

- A) Prilocaina B) Mepivacaina
C) Lidocaína D) Procaina

15. ¿Está indicado el uso de antimicrobianos en la paciente embarazada?

SI NO

16. Si su respuesta es afirmativa ¿Qué antimicrobiano está indicado?

- A) Tetraciclina B) Penicilinas
C) Amikacina y gentamicina D) Trimetroprim con sulfametoxazol

17. ¿Está indicado el uso de AINES en la paciente gestante?

SI NO

18. Si su respuesta es afirmativa ¿Qué AINES está indicado?

- A) Ac. Acetilsalicílico B) Paracetamol
C) Metamizol D) Naproxeno

19. ¿Cuál es el trimestre más susceptible al desarrollo de malformaciones en el producto?

- A) Primer trimestre B) Tercer trimestre
C) Segundo trimestre D) Todas correctas

Tratamiento odontológico

20. ¿Está indicada la toma de radiografías?

SI NO

21. ¿Existe repercusión teratogénica en el producto por el proceso germinativo acelerado en el que éste se encuentra a causa de una toma seriada de radiografías periapicales (usando mandil plomado)?

SI NO

22. ¿En el sillón dental qué posición está indicada en especial durante el 2° y 3er trimestre?

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA 2012”

- A) Posición supina B) Sentada
C) Ligeramente reclinada D) Supina sobre su costado izquierdo

23. ¿Cuál es el tiempo máximo indicado que debe permanecer la paciente embarazada en el sillón dental durante el 2° y 3er trimestre?

- A) 30 min. B) 2 hrs.
C) 60 min. D) 4 hrs.

24. Debido a la compresión del útero sobre la vena cava inferior en la mujer embarazada en posición supina se puede presentar:

- A) Choque anafiláctico B) Convulsiones
C) Taquicardia e hipotensión D) Pérdida de la conciencia

25. ¿Como se maneja la ansiedad de la paciente gestante en el consultorio dental?

- A) Benzodicepinas B) Citas cortas C) No tratarla
D) Técnicas poco traumáticas y buenos procedimientos anestésicos.

26. ¿Cuál es el motivo por el cual no es recomendable realizar tratamiento de blanqueamiento durante el embarazo?

- A) Aún no se ha demostrado el poder carcinogénico tanto en la madre como en el producto.
B) Puede producir alteraciones en la dentición del bebé.
C) El peróxido de hidrógeno en concentraciones elevadas puede producir muerte Fetal.

27. ¿Está indicado el tratamiento endodóntico en la paciente gestante fisiológicamente sana?

SI

NO

28. ¿Es recomendable el tratamiento de prótesis fija y/o removible en la paciente gestante fisiológicamente sana?

SI

NO

29. ¿Está indicada la cirugía periodontal en la paciente gestante fisiológicamente sana?

SI

NO

30. ¿Está indicada la cirugía de terceros molares en paciente embarazada fisiológicamente sana?

SI

NO

31. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué motivos?

A) Malposición - pericoronitis

B) Pericoronitis - proceso infeccioso

C) Proceso infeccioso – malposición

D) No funcional – pericoronitis

32. ¿Están indicadas las extracciones en paciente embarazada?

SI

NO

33. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué motivos?

A) Absceso - Resto radicular

B) Resto radicular - movilidad

C) Movilidad – Protésicamente indispensable

D) Protésicamente indispensable – absceso

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA 2012”

Cuestionario
Favor de elegir la respuesta que crea conveniente

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Temor en la atención dental:					
• Me preocupa atender a una gestante					
• Considera que el tratamiento odontológico a gestantes tiene resultados frustrantes					
• Me da temor de atender a pacientes gestantes.					
• A la consulta acceden muchas gestantes.					
• Atiendo a gestantes porque son los pacientes que más vienen a la consulta					
Preocupación por la salud de la gestante:					
• Considero importante la atención Odontológica a gestantes.					
• Estoy capacitado para atender a una gestante en cualquier situación					
• Promuevo la salud bucal de las gestantes.					
• Al atender a una gestante le pido todos los exámenes complementarios correspondientes					
Motivación:					
• Normalmente mis pacientes gestantes siguen mis consejos					
• Intento hacer campañas de prevención a gestantes en mi consultorio					
• Ningún odontólogo tiene excusa para no atender a una paciente gestante.					
• Incentivo a mis pacientes gestantes para que tengan revisión durante su periodo de gestación.					
Educación dental					
• Pienso que son necesarias charlas de atención a gestantes en el colegio odontológico.					
• Creo que las campañas de prevención para gestantes son útiles.					
• Intento que mi pacientes gestantes lleven una buena higiene bucal.					
• Creo que a las gestantes no les importa mucho su salud bucal.					

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DENTAL A GESTANTES DEL CERCADO DE TACNA 2012”

Prevención de enfermedades bucales					
• Creo que es más importante prevenir las caries en una gestante que tratarlas, una vez se han producido.					
• Procuero indicar a mis pacientes gestantes solo alimentos saludables (frutas y vegetales) para impedir formación de caries.					
• Explico a mis pacientes gestantes las enfermedades que se puedan presentar en este periodo, para que no se alarmen.					