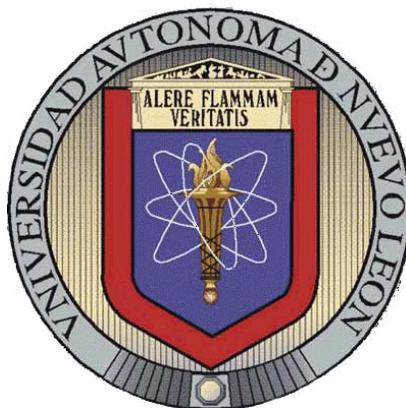


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN SOBRE  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA  
INSTITUCIÓN PRIVADA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN”**

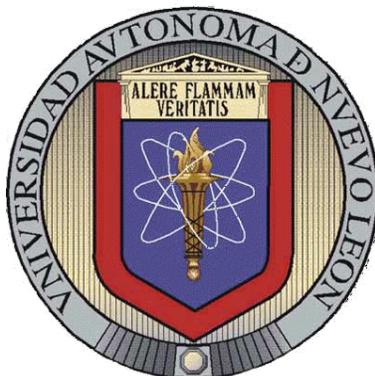
**POR**

**CD. ESPERANZA DÍAZ ZAPATA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO PARCIAL  
DE MAestrÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**DICIEMBRE, 2020**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN SOBRE  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA  
INSTITUCIÓN PRIVADA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN.”**

**POR  
CD. ESPERANZA DÍAZ ZAPATA**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. MIGUEL ÁNGEL QUIROGA GARCÍA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**DICIEMBRE, 2020**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN SOBRE  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA  
INSTITUCIÓN PRIVADA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN.

Aprobación de Tesis

---

Dr. Miguel Ángel Quiroga García

Presidente

---

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Secretario

---

PhD. María Natividad Ávila Ortiz

Vocal

---

Dra. en C. Blanca Edelia González Martínez

Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado



## COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN”** presentada por **“ESPERANZA DÍAZ ZAPATA”**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a 2 de diciembre del 2020.

---

Dr. En C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Presidente

---

Dr. Miguel Ángel Quiroga García

Secretario

---

PhD. María Natividad Ávila Ortiz

Vocal



**Dra. en C BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**  
**SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA UANL**  
**P R E S E N T E:**

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN”** presentada por **Esperanza Díaz Zapata**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envió un cordial saludo.

Atentamente  
“Alere Flammam Veritatis”  
Monterrey, Nuevo León a 2 de diciembre del 2020

---

Dr. Miguel Ángel Quiroga García  
**Director de Tesis**

---

Dr. En C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña  
**Co-Director de Tesis**

## Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, por otorgarme beca para realizar los estudios de Maestría en Ciencias en Salud Pública y lograr mi superación profesional.

Al Dr. Miguel Ángel Quiroga García, por sus palabras de aliento, confianza, tiempo, apoyo, paciencia y compromiso.

A la Dra. Med. Georgina Mayela Nuñez Rocha por su apoyo incondicional durante los dos años de estudio.

A la Ph.D. Ana María Salinas Martínez por el apoyo que me brindó durante la maestría, por su tiempo, paciencia, comprensión, compromiso y profesionalismo.

Al Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña por su enseñanza, paciencia y su apoyo durante mi formación.

Al Mph. Luis Gerardo Gómez Guzmán director de la institución de salud donde realicé la investigación, por brindarme su confianza y abrirme las puertas de tan distinguida institución.

A mis compañeros David Meizoso Salas, Leslie Daniela Hernández González y Aída Gámez Martínez con quienes compartí muchos momentos difíciles, de alegría, diversión, reflexión y aprendizaje.

A cada uno de los maestros que colocaron su granito de arena para participar en mi formación.

## Dedicatoria

Agradezco a Dios y a la Santísima Virgen, principalmente, por su inmenso amor y permitirme la vida, la salud y el entusiasmo para terminar con satisfacción mis estudios de maestría.

A mi familia, por su amor, comprensión y tolerancia en los momentos difíciles, por su apoyo incondicional, al impulsar mi ser a crecer, al brindar el consejo sabio, oportuno en los momentos más precisos, quienes me alientan y me dan la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

A mis hermanos Ernestina y Fernando quienes me motivan a esforzarme por ser mejor, trascender firmemente en mis metas y objetivos, que fueron la fuerza y energía que necesitaba para poder continuar.

A mis padres, Ernestina y Fernando, maestros de profesión y ejemplo de vida, quienes han dedicado parte de su vida a impulsarme en el camino del bien. Porque me han enseñado a ser fuerte, capaz y de quien aprendí a no dejarme vencer ante problemas por más difíciles que parezcan.

A mi sobrino Reynaldo, por su sonrisa y sincero cariño, quien me otorgó la fuerza para salir adelante en momentos difíciles durante el camino.

A todos ellos les dedico con mucho amor mi trabajo y mi vida.

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>Capítulo 1</b>	
1. ANTECEDENTES	<b>Pág.</b>
1.1. Introducción	<b>11</b>
1.2. Marco teórico conceptual	<b>12</b>
1.3. Estudios relacionados	<b>30</b>
1.4. Planteamiento del problema	<b>37</b>
1.5. Justificación	<b>38</b>
<b>Capítulo 2</b>	
2. Hipótesis	<b>39</b>
<b>Capítulo 3</b>	
3. OBJETIVOS	
3.1. Objetivo general	<b>40</b>
3.2. Objetivos específicos	<b>40</b>
<b>Capítulo 4</b>	
4. METODOLOGÍA	<b>41</b>
4.1. Diseño del estudio	<b>41</b>
4.2. Universo del estudio	<b>41</b>
4.3. Población de estudio	<b>41</b>
4.4. Criterios de selección	<b>41</b>
4.4.1. Criterios de inclusión	
4.4.2. Criterios de exclusión	
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA	<b>42</b>
4.5. Técnica muestral	<b>42</b>
4.6. Variables	<b>43</b>

4.7. Instrumentos de medición	45
4.8. Procedimientos	
4.9. Plan de análisis	
4.10. Consideraciones éticas y bioseguridad	46
<b>Capítulo 5</b>	
<b>5. RESULTADOS</b>	
5.1. Perfil sociodemográfico	48
5.2. Tablas de categorías, nivel de conocimientos, creencias y percepción de salud oral.	
<b>Capítulo 6</b>	57
6.1. DISCUSIONES	
<b>Capítulo 7</b>	59
7.1. CONCLUSIONES	
<b>8.- REFERENCIAS</b>	
ANEXO A. Cuestionario/Cédula de colección de datos	
ANEXO B. Carta de consentimiento informado	71

## RESUMEN

CD. Esperanza Díaz Zapata

Fecha de graduación: diciembre 2020

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Universidad Autónoma de Nuevo León

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Programa Interfacultades

Título del Estudio: NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN.

Número de páginas: 71

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito del estudio fue, determinar el nivel de conocimientos, creencias, percepciones, así como su relación con edad y trimestre de gestación, sobre prevención de enfermedades orales en un grupo de embarazadas.

Se realizó en eventos de una institución privada, en horario matutino y vespertino, de los meses correspondientes al proyecto, con autorización y permisos previos otorgados por el director de la institución.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se incluyeron, finalmente, 150 embarazadas. Todas aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria.

Se incluyeron mayores de 18 años de edad, con consentimiento informado. Excluyéndose futuras madres que fueran odontólogas de profesión y se eliminaron aquellas mujeres que no llenaron los cuestionarios completamente.

Estadísticamente, el nivel de conocimientos sobre salud oral de pacientes embarazadas, se presenta regular con un porcentaje de 82%. El 67% de embarazadas, predominó con un nivel de creencias regular y por último se muestra una percepción negativa del 71%.

En cuanto a la relación entre nivel de conocimientos, creencias y percepciones sobre cuidado de salud bucal con edad y trimestre. Hubo relación del nivel de percepciones negativas con las embarazadas de mayor edad (25 a 39 años) con 41% (Valor  $\chi^2$ : 7.430 Valor p: .024). Y en cuanto al trimestre de embarazo, fue el 3er. trimestre el mayormente asociado con nivel de conocimientos regulares del 37% (Valor  $\chi^2$ : 4.795 Valor p: .309). El proceso estadístico permitió establecer las diferencias entre los trimestres, el nivel de conocimientos, creencias y percepciones.

**Contribuciones y Conclusiones:** Promover y verificar la atención dental para que no solo se quede como una decisión propia. Logrando aplicar los diferentes programas de control de embarazo y así transmitir mediante temas de salud bucal la importancia de la prevención de enfermedades orales.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS** \_\_\_\_\_

## **CAPÍTULO 1**

### **1. ANTECEDENTES**

#### **1.1. INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto de investigación se refiere a la identificación del nivel de conocimiento, creencias y percepción sobre salud oral en embarazadas de una institución privada de Monterrey, Nuevo León. Las madres gestantes se convierten en un elemento muy importante para lograr la prevención y el buen estado de salud en los futuros recién nacidos.

Es sumamente importante lograr la concientización y educación de las gestantes en el cuidado de la salud oral de sus futuros hijos y se debe tener en cuenta que, al nacer los bebés, no tienen microorganismos en la boca, los adquieren, generalmente de parte de la madre, con prácticas como el besarlos en la boca, probar su cuchara de comida, etc.

Esta es la puerta de entrada de microorganismos, a partir de ahí se establecen y se multiplican dentro de la boca del niño. Al erupcionar la dentición decidua estos mismos microorganismos forman la placa dentobacteriana que es un factor de riesgo biológico muy importante para el desarrollo de enfermedades, por este motivo, quienes estén en íntimo contacto con los niños, no deben tener caries ni enfermedades gingivales o periodontales.

Es así que la prevención y concientización del cuidado de salud oral se deben iniciar desde el embarazo para motivar y educar, evitando problemas posteriores, esto es posible con una adecuada educación a la madre sobre prevención temprana de caries, conocimientos de enfermedades periodontales, conocimientos de higiene y cuidado oral, además de identificar los factores de riesgo para el bebé en cuanto a salud oral se refiere. Por tanto, el objetivo fue; determinar el nivel de conocimientos, creencias y percepción sobre prevención de enfermedades orales en un grupo de mujeres embarazadas que acuden a una institución privada de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

## **1.2. MARCO TEÓRICO**

### **FISIOLOGÍA DE LA PACIENTE EMBARAZADA**

Durante el embarazo, se producen ciertos cambios y/o alteraciones en el organismo. En primer lugar, las modificaciones endocrinas que van a determinar casi todas las modificaciones sistémicas subsiguientes.

Estos cambios en el primer trimestre generan respuestas consideradas como síntomas, tales como alteraciones en el apetito, náuseas, vómitos, fatiga, sensación de cansancio, sueño, etc. El segundo trimestre, se caracteriza por un periodo de relativo confort, es decir, la paciente generalmente se siente bien, aumenta sus actividades, mejora su estado general evidentemente, mientras que en el último trimestre puede presentarse fatiga, cierta incomodidad, una seudopoliuria que consiste en la necesidad de miccionar frecuentemente porque el feto presiona de manera indirecta a la vejiga (Young y Striffler, 2017).

En el sistema cardiovascular se va a observar un ligero descenso de la tensión arterial, sobre todo diastólica, aumenta el volumen sanguíneo un 40-55%, el gasto cardiaco lo hace en un 30%, mientras que el volumen de hematíes sólo aumenta en un 20%. Hay que destacar que, en la mayoría de mujeres gestantes de la población, se detecta una anemia que puede volverse crónica debido a la baja ingesta de alimentos que contengan hierro.

Durante las últimas etapas de la gestación, puede producirse el "síndrome de la hipotensión" en supino, manifestado por un súbito descenso de la tensión arterial, bradicardia, sudoración, náuseas, debilidad, disnea.

Al examen de la sangre, entonces, se puede verificar la anemia tipo ferropénica ya mencionada, así como una leucocitosis conocida como "leucocitosis

fisiológica", varios factores de la coagulación están aumentados, especialmente el fibrinógeno.

Asimismo, los cambios ventilatorios van a determinar una mayor velocidad de respiración (taquipnea) y disnea que se incrementa con la posición en supino.

Las gestantes generalmente experimentan un incremento del apetito, pero no siempre reciben una dieta balanceada que asegure una buena nutrición sin comprometer su estado físico, porque generalmente consumen muchos carbohidratos en sus diversas presentaciones dando lugar al incremento significativo del peso corporal y por otro lado, la ingesta de azúcar da lugar a la aparición de lesiones cariosas o al agravamiento de las ya existentes.

Es importante recordar que durante el primer trimestre el feto es susceptible a sufrir malformaciones sobre todo en las primeras 8 semanas, por ser la etapa de organogénesis. Pasado este periodo se ha completado la formación de los diferentes órganos y sistemas, por lo que las malformaciones son menos frecuentes.

Normalmente la gestación debe transcurrir sin mayores complicaciones, siempre y cuando se realice el control debido a la gestante, pero a veces se pueden presentar alteraciones en la glucosa dando lugar a la diabetes gestacional, hipertensión que puede derivar en preeclampsia, lo que se puede evitar con la dieta y un cambio en el estilo de vida de la paciente (Chuqui huaccha, 2018).

Los conocimientos de los cambios fisiológicos relacionados con la paciente obstétrica constituyen elemento de gran valor para el manejo adecuado de

estas, para lo cual es necesario un amplio entendimiento e interpretación de los factores mencionados anteriormente (Chuqui huaccha, 2018).

### **HIGIENE ORAL EN EMBARAZADAS**

Según investigaciones recientes, las enfermedades dentales son las más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes ausentes y mal oclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica diaria de medidas preventivas y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad (Garbero, 2015).

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glucoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de las mismas (Minsa, 2013).

### **EDUCACIÓN DE LAS PACIENTES**

Tipos de dentición. El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.

**Dentición Decidua:** Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores.

En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares.

El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo cumpla los siete años.

**Dentición Permanente:** Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, que son un total de 32, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.

**Empleo de fármacos:** Los fármacos administrados a una mujer gestante pueden pasar la placenta y ser tóxicos para el feto o tener un efecto teratógeno.

**Anestésicos locales:** Se pueden usar siempre, salvo alergias específicas. En ciertos casos se debe utilizar mepivacaína sin vasoconstrictor para evitar problemas circulatorios placentarios.

**Analgésicos:** El paracetamol es uno de los analgésicos más usados en el embarazo, con efecto analgésico, antipirético y una baja actividad antiinflamatoria.

No existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para la madre como para el feto con la administración de este medicamento, así será el analgésico de elección en la consulta.

No se ha de olvidar, no obstante que pasa la barrera placentaria, y que su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal.

**Antibióticos:** Las penicilinas y derivados (como amoxicilina) son los antibióticos de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas ligeras moderadas, y sólo están contraindicadas en casos de hipersensibilidad.

No existen estudios bien controlados en mujeres embarazadas, por lo que su utilización será solo en caso de ser claramente necesaria.

**Radiografías dentales:** En principio las radiografías dentales están contraindicadas, especialmente durante el primer trimestre, cuando el feto en desarrollo es particularmente susceptible a los efectos de la radiación. Sin embargo, en caso que se requiera tratamiento odontoestomatológico, será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. Una de las principales ayudas en el caso de la mujer embarazada es el delantal de protección, ya que se ha demostrado que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal (Chuqui huaccha, 2018).

### **PLACA DENTAL**

Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias.

Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal.

Las encías enrojecidas, inflamadas o que sangren pueden ser las primeras señales de una gingivitis. Si la enfermedad es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar pueden comenzar a destruirse y eventualmente se pierden los dientes.

La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo.

Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se

calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro (Benites, 2014).

### **CEPILLADO DENTAL**

El cepillado dental representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca.

El objetivo principal del cepillado es eliminar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encías, buscando la forma de impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas de los dientes e inflamen las encías.

La placa es muy difícil de ver y no se puede remover enjuagando la boca, la mejor manera de remover la placa es usar un cepillo y seda dental regularmente (Minsa, 2013).

### **HILO DENTAL**

Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente, existen diferentes presentaciones, cinta, hilo, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.

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

Se deben utilizar aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms.

Se pasa el hilo con los dedos pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén para no lacerar la encía interproximal, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes (Benites, 2014).

### **CARIES DENTAL**

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (Matas, 2018).

### **ENFERMEDAD PERIODONTAL**

Las enfermedades gingivales y periodontales datan de épocas muy remotas y están catalogadas en la actualidad entre las afecciones más comunes del género humano; constituyen el segundo problema de salud bucal a escala mundial y son infecciones bacterianas graves que destruyen las encías y los tejidos que rodean la boca.

Para su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival. De igual manera debe hacerse un sondaje, evaluar si existe gingivorragia, y movilidad. El tratamiento y prevención de esta patología debe ser realizado para evitar así complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento (Newman y Cols., 1993).

## **CARIES DENTAL EN EMBARAZADAS**

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; la creencia prevalece en el sentido de que esta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que, a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes.

El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida.

Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio.

En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar que los requerimientos de este elemento están aumentados en el 33% en comparación con mujeres no gestantes (Matas, 2017).

## **ALTERACIONES PERIODONTALES EN EMBARAZADAS**

Es muy común que sangren las encías y se produzca gingivitis, tanto que se le conoce como la “gingivitis del embarazo”. En el caso particular de las embarazadas esta entidad clínica se encuentra entre las de mayor incidencia y produce las mismas manifestaciones que en el resto de la población.

El principal factor de riesgo asociado al estado periodontal ha sido la dieta cariogénica, con un 79.4%. Resulta oportuno señalar que el organismo femenino durante este estado produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones para facilitar el parto.

Se ha planteado que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos de alimentos, y que la placa dentobacteriana se deposite entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de la primera.

Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo estadísticamente significativo para el nacimiento pretérmino, hecho esta hace pocos años desconocidos.

Es conocido que la respuesta del huésped a la infección periodontal resulta en la producción de mediadores inflamatorios que incluyen citoquinas y prostaglandinas. Por otro lado, el rol de las prostaglandinas en la regulación de la fisiología normal del parto ha sido bien documentado.

Así las infecciones maternas durante el embarazo provocan una translocación de productos bacterianos y mediadores inflamatorios, de esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad (González y Cols., 2017).

### **HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, PREVENCIÓN EN EMBARAZADAS Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

El embarazo constituye un proceso natural y sublime en la vida de una mujer, etapa que está acompañada de una serie de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos que las convierten en pacientes especiales que demandan cuidados especiales sobre todo cuando necesitan tratamiento en cualquiera de las especialidades. Estos cambios se manifiestan también en la cavidad oral que plantean determinados cuidados estomatológicos en la gestante para prevenir enfermedades bucales, siendo la más frecuente la enfermedad periodontal que afecta del 35% al 100% de las embarazadas.

La población tiene, desde sus creencias y mitos, respuesta a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Tiene una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes.

Por otro lado, muchas mujeres creen que el calcio es tomado de sus dientes durante la gestación y ésta es la razón de la aparición de las caries, sin embargo, si el feto necesita calcio, éste será provisto a través de la dieta, o del calcio removible de la madre (huesos).

Por otro lado, existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado (Chuqui huaccha, 2018).

El esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo del calcio. La caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos sobre el esmalte dentario y no de repetidos embarazos (Chuqui huaccha, 2018).

### **MANIFESTACIONES ORALES DURANTE EL EMBARAZO**

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 (Bouza y Cols., 2016).

Entre los factores de riesgo para su aparición se encuentran la mala o insuficiente higiene bucal, la dieta, los hábitos alimentarios desorganizados, las modificaciones hormonales, modificaciones de la respuesta inmunológica, entre otros.

Especial atención se debe brindar a la denominada gingivitis del embarazo, que aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, siendo el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, lo cual, unido a otros factores predisponen a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa dentobacteriana la cual se considera el factor local más importante. También se le atribuye a la concentración de progesterona en la circulación materna causa suficiente para que disminuya la respuesta inmune, así como la respuesta inflamatoria contra la placa, dando como resultado una exacerbación de la gingivitis, el Granuloma Piógeno, relacionado con modificaciones de la morfología dentaria ya sea por caries, fractura o por cálculo dentario.

Alteraciones de tejidos blandos: extraoralmente se encuentra con frecuencia labios secos y fisurados; con queilitis angular, en términos generales la mucosa oral de la gestante se muestra reseca y fisurada lo que conlleva con frecuencia a sobreinfección por herpes o por cándida. La mucosa orofaríngea se muestra congestiva, hay sialorrea y olor desagradable.

Otra manifestación de enfermedad en la boca es la presencia de caries, de diferentes grados y muchos dientes obturados y ausentes.

La caries tiene como razón la deficiente higiene que difícilmente practica la gestante cuando tal práctica le produce náuseas, la hiperacidez salival por el vómito frecuente, y la acumulación de saliva que la mujer presente para evitar las náuseas.

A todo esto, se suman las creencias sobre la inevitable pérdida de dientes en cada embarazo, el desconocimiento de muchos colegas sobre la factibilidad de realizar tratamientos odontológicos, las dificultades económicas y la falta de motivación por parte del personal de salud y de la familia (Bouza y Cols., 2016).

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

El conocimiento de la historia médica es indispensable en la clasificación y tratamiento de la paciente. En primer lugar, debe considerarse el tratamiento preventivo que consistirá en optimizar la higiene oral de la paciente, mediante el control de la placa bacteriana, mejorar la técnica de cepillado dental, reforzar el uso del hilo dental y mejorar la dieta.

Se sugiere la administración de flúor basado en evidencias científicas, una de las cuales refiere que la administración en comprimidos de 2.2 ml de fluoruro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, protege de la caries dental a los hijos hasta los 10 años de edad.

Para realizar tratamientos dentales propiamente dichos, se recomienda esperar por lo menos el segundo trimestre, tratando de eliminar los problemas potenciales y las enfermedades activas. Las reconstrucciones extensas será mejor dejarlas para el término del embarazo.

Uno de los problemas que tiene que afrontar el odontólogo es frente a la necesidad de tomar radiografías, es recomendable evitarlas, pero si fuera estrictamente necesario, a partir del segundo trimestre, con la protección debida a la paciente mediante el delantal de plomo.

Asimismo, es preciso evitar la administración de fármacos salvo en casos sumamente necesarios ya que éstos pueden cruzar la placenta y dar lugar a resultados teratogénicos para el feto (Peña y Nolasco, 2013).

En cuanto a este punto existen normas e indicaciones de ciertos fármacos que pueden administrarse con relativa seguridad sólo si el caso lo amerite de manera fehaciente.

En el caso de que la gestante presente focos infecciosos es necesario desfocalizar a la paciente, con el propósito de evitar diseminaciones a nivel de otros órganos que compliquen el cuadro preexistente, evitarle a la madre la deglución de toxinas, la dificultad de alimentarse normalmente y, por consiguiente, asegurarle salud y nutrición adecuada.

Si coadyuva a conservar la salud, la madre puede tener un embarazo placentero, un hijo en buenas condiciones de peso, adecuada edad gestacional y buena adaptación neonatal (ChuquiHuaccha, 2018).

### **CONSECUENCIAS POSTERIORES DE INFECCIONES ORALES EN FUTUROS RECIÉN NACIDOS**

El estilo de vida tiene gran impacto en el cambio de actitudes, comportamientos, aspectos culturales y el acceso a la atención dental, pueden influir en la aceptación del tratamiento odontológico.

Los determinantes sociales, la percepción salud oral, hábitos higiene oral, hacen vulnerable a la embarazada a desarrollar focos de infección, que, de no ser detectados o eliminados oportunamente, pueden afectar su estado de salud general, así como el desarrollo y crecimiento fetal (Martínez, Quiroga y Aguiar, 2017).

Hay que dar una orientación a los padres sobre alimentos apropiados, que además de nutritivos, sean adecuados para la salud dental. Los alimentos que se comen con los dedos, primeramente, frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatina, galletas sin sal, ni queso, son aceptables y hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución, que le permitan ingerir estos nuevos alimentos. Deben evitarse los que contengan alto porcentaje de carbohidratos, se adhieren a los dientes o son de disolución lenta.

Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas para que el niño lo acepte mejor.

Recordemos la cariogenicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa, pero, aunque en menor escala también lo son la glucosa, la fructosa, maltosa, almidón, etc., nutrientes naturales del streptococcus mutans que se encuentra presente en la boca del lactante desde la aparición del primer diente, siendo la mamá o el resto del entorno, los responsables de esta infección temprana. (Cameron y Widmer, 2010)

La presencia de estreptococos y lactobacilos en la cavidad oral de niños muy pequeños ha sido demostrada en diferentes estudios microbiológicos reportados en la literatura, siendo generalmente transmitidos de la madre a su niño mediante la saliva materna, a través de besos, de utensilios o por los dedos del infante que van de la boca de la madre a la suya, considerando la saliva como el principal vehículo de transmisibilidad. La colonización primaria del streptococcus mutans llamada también primo infección o ventana de infectividad se produce cuando la flora bucal materna se transfiere al hijo. Li – Y encontró que el genotipo de los streptococcus mutans de los infantes son idénticos a los de su madre. De hecho, ningún padre inoculara adrede su flora bucal al hijo, lo hace simplemente por desconocimiento. La falta de conocimiento es un factor de riesgo que se debe tratar de volver a remediar (Del Carpio, 2018).

## **ACTITUDES, VALORES Y CREENCIAS DURANTE EL EMBARAZO**

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

**Valor:** Se define según Thomas y Znaniecki como un proceso de la conciencia individual que determina la actividad real o posible del individuo en el mundo social.

**Creencia:** es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real. (C.A.B.A., 2017)

**Actitud:** Según Eagly y Chaiken se expresa mediante la evaluación de una entidad u objeto concreta, con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud. Se concibe como algo que media entre los aspectos del ambiente externo (estímulos) y las reacciones de las personas (respuestas evaluativas manifiestas) (Silverstone, 2012).

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE SALUD EN EMBARAZADAS**

El estado de salud de una población es consecuencia de la interacción de múltiples determinantes de carácter individual, familiar y social, cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones (Higachida, 2001).

El modelo de conocimiento-acción, es un punto medular para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar los servicios en la población, este modelo interpreta mediante conocimientos, experiencias, creencias, valores y la forma en que el individuo ha generado el mensaje, finalmente el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida adoptar una conducta determinada (Lárez y Henríquez, 2015).

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias (Quinteros, 2018).

### **CREENCIAS DE ALIMENTACIÓN EN RELACIÓN A LA SALUD ORAL EN EL EMBARAZO**

Se han asociado al embarazo la enfermedad periodontal y el daño al esmalte relacionados con el vómito, inadecuada alimentación, higiene oral deficiente que aumenta la inflamación gingival y promueve el proceso carioso (Martínez, Quiroga, Aguilar, 2017).

Existen destacables estudios donde resaltan que las creencias sobre salud oral es el reflejo de una buena alimentación y nutrición, proveemos a nuestros dientes los minerales y vitaminas necesarias para una buena salud, previniendo la caries dental (Quinteros, 2018).

Los hidratos de carbono de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (*Streptococcus mutans*) formando una matriz pegajosa que facilita la adhesión de los microorganismos a la superficie del diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del diente (Stifanom, 2018).

Los carbohidratos asociados con la presencia de caries son:

- **Lactosa:** Disacárido de glucosa y galactosa.
- **Sacarosa:** O el azúcar común, es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa considerado como el más cariogénico de la dieta humana, siendo un producto fácil de metabolizar para los microorganismos. (Cuenca y Baca, 2013)

El nivel de colonización del *Streptococcus mutans* está altamente relacionado con los niveles altos de sacarosa.

- **Fructosa:** O denominada también azúcar natural de las frutas. Es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte, se ingesta al consumir frutas (Katz, Mc. Donald y Stookey, 2009).

Un buen número de mujeres cree que el calcio es tomado de sus dientes durante la gestación y esta es la razón de la aparición de la caries; sin embargo, está demostrado que el esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo (Asmat, 2019).

La sacarosa, lactosa y otros disacáridos poseen bajo peso molecular, en consecuencia, son solubles en saliva, propiedad que les permite fácil difusión dentro de la placa, por lo tanto, biodisponibles para ser metabolizados a productos finales, como el ácido láctico, por los microorganismos acidúricos presentes en la cavidad oral del niño (Woodall y Cols., 2004). Es importante recordar que la caída del pH a un nivel crítico es inmediata después de la ingesta de sacarosa, pero esta misma puede tomar horas después de la ingesta de almidones, pero esto no quiere decir que los almidones no sean tan cariogénicos, puesto que la amilasa que se encuentra en la saliva es capaz de desdoblar el almidón en glucosa (Mc. Donald, 1995).

La caries dental recién nacidos se atribuye a la presencia de factores de riesgo, tales como hábitos de lactancia, dieta cariogénica, higiene bucal inadecuada y transmisión bacteriana de la madre al niño, entre otros (Mc. Donald, 1995).

Los hábitos alimentarios inadecuados resultan importantes en el desarrollo de la caries dental y cumplen un papel principal en la aparición de caries en los primeros años de vida. Los ácidos producidos en la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental (Harris y García, 2005).

La caries aparece debido al consumo de cualquier carbohidrato fermentable, esto incluye a la leche con o sin azúcar, agua azucarada, jugos de frutas, gaseosas y el uso de endulzantes adicionales como la miel (Hiremath, 2008).

La dieta del infante debería contener tan poca azúcar como fuera posible. Desafortunadamente, los azúcares y los dulces son usados usualmente por los padres y por los amigos como regalos, como algo bonito o bueno. Un gran porcentaje de madres suelen agregar azúcar a los biberones.

Las razones expuestas por las madres para añadir azúcar a los alimentos de los niños son diversas; para dar sabor, porque resulta agradable para el niño o por consejo de otras personas (Escobar, 2018).

La introducción del azúcar en la dieta de los niños resulta importante por dos razones. Primero, por el considerable riesgo de caries dental en la dentición primaria y segundo, porque es el momento cuando los hábitos pueden influir en conductas futuras están siendo formados (Mc. Donald, 1995).

### **1.3. ESTUDIOS RELACIONADOS**

Las madres desempeñan un papel crucial en la transferencia y demostración de los hábitos de salud a sus hijos, por lo que las mujeres embarazadas deben ser un grupo objetivo para la educación sobre salud bucal, especialmente en un país como México, donde el crecimiento de la población va en ascenso.

La educación del paciente es una prioridad, convirtiéndose en un aspecto importante la enseñanza y seguimiento de adecuadas técnicas de higiene durante todo el embarazo. Las mujeres embarazadas deben crear conciencia de que la atención dental durante el embarazo es segura tanto para la madre como para el niño (Ramírez y Cols., 2016).

Con el fin de promover la salud, es necesario que las futuras madres sean conscientes de las enfermedades bucales, para así adoptar comportamientos de salud adecuados. Se ha documentado que las mujeres embarazadas son más propensas a buscar atención dental si su ginecólogo y/o persona encargada del cuidado prenatal se lo recomienda, mucho más que las propias sugerencias hechas por un odontólogo (Gambhir y Cols., 2015).

Durante el periodo de gestación en la mujer, la falta de higiene oral o inadecuados cuidados bucales pueden producir la supresión del sistema inmunológico conllevando a la aparición de diversas enfermedades como gingivitis, periodontitis, lesiones benignas como tumores del embarazo y el aumento de la susceptibilidad a infecciones orales (Radha y Sood, 2013).

Un estudio realizado en Ecuador denominado: “Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15-19 años de edad en el centro de salud “La Magdalena” de la ciudad de Quito” cuyo objetivo fue determinar el nivel cognoscitivo en medidas preventivas para la salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes, utilizó una encuesta con 11 preguntas cerradas, mutuamente excluyentes a un total de 60 mujeres, evaluando el nivel de conocimiento sobre medidas interoceptivas para control de enfermedades bucales tanto para la madre, como para el bebé (Naranjo, 2016).

Los resultados obtenidos fueron analizados utilizando una escala cualitativa y el apoyo de ANOVA, los cuales determinaron que la mayoría de las participantes presentaban un nivel de conocimiento regular respecto a las normas de prevención en salud bucal.

Se concluyó, que las gestantes encuestadas no brindan una adecuada importancia ni a su salud estomatognática, ni a la del bebé, mismo que debería ser protegido desde edades tempranas (Chávez, 2016).

Por su parte Cordero Aguilar M. y Cols. Realizaron un estudio en España al que denominaron: “Nivel de conocimiento sobre salud oral de pacientes gestantes” cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimientos de la salud bucal de las embarazadas; El universo estuvo conformado por 8.600 mujeres gestantes que acudieron al Hospital Virgen de las Nieves en Granada, España, en el periodo 2016-2017. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se incluyeron, finalmente, 50 gestantes. Se excluyeron las participantes que se negaron a participar. Para el análisis de los datos utilizaron el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19. La muestra estuvo constituida por 50 gestantes, en las que el grado de escolaridad predominante fue el de estudios secundarios. El grupo de edad mayor fue el de 31-35 años. La mayoría de las embarazadas se encontraban en el segundo trimestre de gestación. Se concluyó que: A menor edad de las mujeres, predomina un nivel deficiente de conocimientos.

También hubo diferencias para las semanas de gestación, pues tienen mayor conocimiento las mujeres con más semanas de gestación.

El 64% de la muestra presentó un nivel regular. Solamente el 10%, obtuvo una correcta valoración (Aguilar y Cols., 2018).

Gambhir y Cols. en base a varias investigaciones realizadas en la India, donde su objetivo fue evaluar el conocimiento y la conciencia acerca de las mujeres embarazadas en la India se demostró que el conocimiento y la conciencia de las mujeres embarazadas con respecto a la salud oral eran deficientes, se incluyeron estudios relevantes de corte transversal para su evaluación, 7 estudios de un total de 255 y la mayoría de las mujeres desconocían las posibles consecuencias de descuidar la higiene bucal durante el embarazo.

Se mostró que el conocimiento y la conciencia de las mujeres embarazadas con respecto a la salud oral eran deficientes. La mayoría de las mujeres desconocían las posibles consecuencias de descuidar la higiene bucal durante esta etapa (Gambhir y Cols., 2015). El 50% tenía conocimiento deficiente. El 61.5% de las mujeres embarazadas tenían caries y el 52.6% tenía gingivitis (Minsa y Cols., 2013).

En Malawi, una población de África subsahariana se realizó una investigación donde el objetivo fue demostrar que las infecciones maternas están asociadas con restricciones en el crecimiento intrauterino y partos pre-término. Las infecciones dentales son comunes en lugares con pocos recursos, pero se desconoce su contribución a resultados adversos en el embarazo. Estudiaron la epidemiología de la patología periapical entre mujeres embarazadas y su asociación con el crecimiento fetal y la duración del embarazo en una población rural. Utilizaron una metodología transversal sobre la asociación entre infecciones dentales con patología periapical de la madre y los resultados del embarazo.

Evaluaron la salud oral de forma clínica y radiológica entre mujeres con un parto reciente, de las cuales se conocía la duración del embarazo y peso al nacer, la talla y el perímetro craneal de sus hijos.

En el área de estudio, la infección periapical estaba asociada con una menor duración del embarazo y retraso en el crecimiento uterino; las intervenciones dirigidas a este factor de riesgo podrían mejorar los resultados del parto en lugares con pocos recursos (Harjunmaa y Cols., 2015).

Estudios	Lugar	Fecha	Autores	Propósito	Resultados
1. Evaluación del nivel de conocimientos sobre salud oral en embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer, Zacatecas México.	Zacatecas, México	2016	Toscano, Anaya, y Cols.	Evaluar el nivel de conocimientos sobre salud oral en un grupo de mujeres embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer, Zacatecas, México.	58% de las encuestadas tiene un nivel regular de conocimientos sobre salud oral. Respecto a medidas preventivas 44% tiene un conocimiento regular.  Existe una urgente necesidad de educar y motivar a las mujeres embarazadas en materia de salud oral a través de diversas intervenciones de promoción de la salud.
2. Nivel de conocimiento sobre salud oral de pacientes gestantes.	Granada, España	2018	Aguilar, Rivero, y Cols.	Describir el nivel de conocimientos de la salud bucal de las embarazadas.	El grado de escolaridad que predominó en la muestra correspondió a los estudios secundarios.  El nivel de conocimiento regular prevaleció (64%) en los 3 trimestres.

<p>3. Oral health knowledge and awareness among pregnant women in India.</p>	<p><i>India</i></p>	<p>2015</p>	<p><i>Gambhir Ramandeep, Nirola Ashutosh y Cols.</i></p>	<p>Evaluar el conocimiento y la conciencia acerca de la salud bucal entre las mujeres embarazadas en la India.</p>	<p>Según las necesidades percibidas del estado de salud bucodental, el 66% dijo que era bueno.</p> <p>La totalidad de las embarazadas, entre 41 y 45 años, mostraron unos conocimientos regulares.</p> <p>Se mostró que el conocimiento y la conciencia de las mujeres embarazadas con respecto a la salud oral eran deficientes. La mayoría de las mujeres desconocían las posibles consecuencias de descuidar la higiene bucal durante esta etapa.</p> <p>El 61.5% de las mujeres embarazadas tenían caries y el 52.6% tenía gingivitis. El 50% tenía conocimiento deficiente (Mital, 2013).</p>
--	---------------------	-------------	--	--	--

<p>4. Conocimientos, creencias y percepción de embarazadas sobre enfermedades orales.</p>	<p><i>México</i></p>	<p><i>2017</i></p>	<p><i>Carlos, Luengo y Cols.</i></p>	<p>Determinar el nivel de conocimientos, creencias y percepción de un grupo de embarazadas en Guanajuato.</p>	<p>Se encuestaron más de 500 embarazadas la edad media fue de <math>22.8 \pm 2.1</math> años los límites oscilaron entre 20 años y 43 años. El 80.7% tenían conocimiento regular, 13.3% bueno y 6% deficiente.</p> <p>Conforme a las creencias 87.6% opinaron que las madres son quienes deben buscar atención odontológica tanto para ellas como sus futuros hijos 67.3% cree que los dientes deben durar toda la vida, 51.8% creen que es igual de importante cuidar la dentición temporal que la permanente y el 72.7% cree que la caries tiene que ver con la alimentación.</p> <p>En cuanto a la percepción 51.2% se ubicaron en un conocimiento regular, 29.4% para la categoría bueno, 13.7% para malo y solo 5.7% se consideró excelente.</p>
---	----------------------	--------------------	--------------------------------------	---	---

En México, existe limitada información acerca de salud oral en embarazadas, un estudio realizado en la ciudad de Zacatecas arrojó como resultados que el 58% de las encuestadas tenían un nivel regular de conocimientos sobre salud oral y solo el 44% coincidían en esta misma clasificación con respecto a las medidas odontológicas preventivas; en este estudio se concluyó que existe una urgente necesidad de educar y motivar a las mujeres embarazadas en materia de salud oral (Toscano y Cols., 2016). Así mismo un estudio realizado en Guanajuato, México que incluyó más de 500 embarazadas afirmó que el 80.7% tenía un conocimiento regular, el 13.3% caía en la categoría de bueno y el 6% restante se consideró deficiente; para las creencias el 87.6% coincidieron en opinar que las madres son quienes deben buscar atención odontológica, tanto para ellas como para sus futuros hijos; así mismo el 67.3% mencionó que los dientes deben durar toda la vida, solo el 52% refirieron que la importancia del cuidado dental era igual si se trataba de dientes permanentes o temporales; el 72.7% coincidieron en que la caries tenía que ver con la alimentación y en cuanto a percepción el 51.2% se ubicaron en la categoría de regular, el 29.4% en la categoría de bueno, el 13.7% para el rubro de malo y solo el 5.7% se consideró excelente (Aguilar y Cols., 2018).

En Monterrey no se encontraron estudios en mujeres embarazadas (Bastarrechea y Cols., 2018).

En la ciudad de Granada España durante el año 2018 Aguilar Cordero y colaboradores realizaron un estudio en donde el 64% de las embarazadas entrevistadas contaba con un conocimiento regular, en cuanto a su percepción el 66% consideró su estado de salud como bueno (Aguilar y Cols., 2018). Por otro lado, en el año 2015 se realizó un estudio en la India, en donde se mostró que el conocimiento y la conciencia de las mujeres embarazadas con respecto a salud oral eran deficientes, la mayoría de las mujeres desconocían las consecuencias del descuido de la higiene bucal durante el embarazo, el 61.5% presentaban caries y el 52.6% problemas periodontales (Gambhir y Cols., 2015)

En la actualidad la mujer embarazada asocia como una situación 'normal' las alteraciones en la boca, como inflamación de la encía o la aparición de caries, 50% de mujeres embarazadas sufren un deterioro en su salud periodontal (Fonseca y Cols., 2019).

#### **1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La institución privada es considerada, un sitio adecuado para desarrollar programas de prevención de enfermedades orales porque las mujeres embarazadas según estudios relacionados a ésta investigación mencionan que el 50% de las mujeres, presentan un deterioro en su salud oral durante el embarazo. Entre las causas se encuentra el nivel de conocimientos, las creencias y las percepciones de salud oral, además de la edad y el trimestre del embarazo en el que se encuentran. Sin embargo, se desconoce esta información en mujeres embarazadas de Monterrey, Nuevo León.

La trascendencia de este problema es el efecto de estas variables en la salud oral de la mujer embarazada y su hijo. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta, ¿Cuál es el nivel de conocimientos, creencias y percepción, sobre prevención de enfermedades orales en embarazadas en una institución de Monterrey, Nuevo León?

## **1.5. JUSTIFICACIÓN**

Se han realizado investigaciones en diferentes partes del mundo para saber el nivel de conocimientos, creencias y percepción de prevención de enfermedad orales en embarazadas, los resultados no han sido del todo satisfactorios ya que alrededor del 58% de las embarazadas no tienen noción de las medidas preventivas básicas en ellas y sus futuros hijos.

Es por esto que la trascendencia del trabajo fue determinar cuál es el nivel en que las embarazadas están al tanto de su salud oral, para implementar estrategias y prevenir enfermedades en la misma, lo cual permitirá un manejo más adecuado de la salud en embarazadas.

## CAPÍTULO 2

### 2. HIPÓTESIS

**Ha1.** El 90% de embarazadas, poseen un nivel bueno de conocimientos sobre prevención de enfermedades orales.

**Ha2.** 40% de la población estudiada presenta un nivel de creencias positivo sobre la prevención de enfermedades orales durante el embarazo.

**Ha3.** El 50% de embarazadas evaluadas presenta un nivel de percepción positivo sobre prevención de su salud bucal.

## **CAPÍTULO 3**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar el nivel de conocimientos, creencias y percepciones sobre prevención de enfermedades orales en un grupo de embarazadas, que acuden a una Institución privada de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los conocimientos, creencias y percepción sobre el cuidado de salud bucal en embarazadas según grupo de edad y trimestre de gestación.
- Establecer la relación entre nivel de conocimientos, creencias y percepciones sobre cuidado de salud bucal con edad y trimestre de gestación.

## **CAPÍTULO 4**

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1. DISEÑO DE ESTUDIO:**

Transversal.

#### **4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Mujeres embarazadas.

#### **4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Embarazadas mayores 18 años de una institución privada en Monterrey durante el período junio a noviembre del 2019.

#### **4.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

##### **Inclusión:**

- Cuenten con consentimiento informado.

##### **Exclusión:**

- Profesión odontólogas.

##### **Eliminación**

- Cuestionarios incompletos.

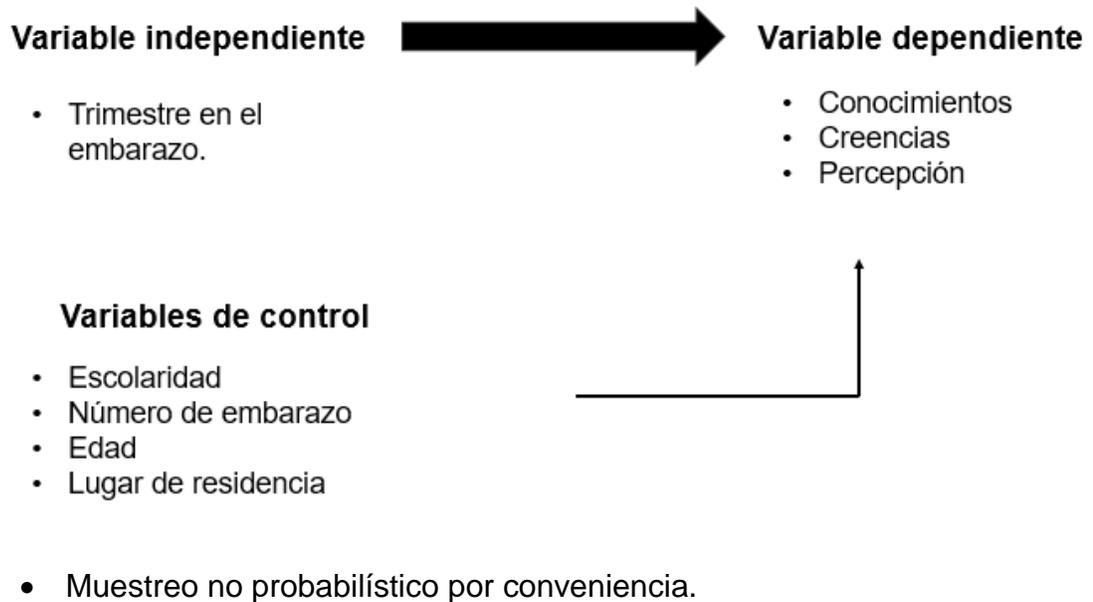
## 4.5. TÉCNICA MUESTRAL

### TAMAÑO DE MUESTRA

Cálculo de tamaño de muestra para estimar una proporción infinita donde  $Z=1.96$ ,  $P=$  Proporción a estimar de 0.90 de gestantes sobre conocimiento de salud oral (hipótesis 1), Margen de error de 0.05;  $n= 150$

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

El resultado es de 150 mujeres.



## 4.6. VARIABLES

Cuadro No. 1: Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la información	Fuente de información
Conocimientos	Dependiente	Obtención de datos del entendimiento, inteligencia y razón natural que tenga el sujeto.	<p>Escala de 20 ítems con opción de respuesta vs no (1= respuesta correcta, 0= respuesta incorrecta) Se categorizará de la siguiente forma:</p> <p>Nivel bueno: 14 a 20 puntos.</p> <p>Nivel regular: 7 a 13 puntos.</p> <p>Nivel malo: 0 a 6 puntos.</p>	<p>Continua</p> <p>Ordinal</p>	Cuestionario
Creencias	Dependiente	El significado de creencias es, el firme asentamiento y conformidad con algo.	<p>20 ítems con opción de respuesta en escala de Likert (5= Totalmente en desacuerdo)</p> <p>Las respuestas totalmente de acuerdo y de acuerdo = 1 creencia positiva; no sabe, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo = creencia negativa.</p> <p>A más alto puntaje, mayor es la creencia positiva; Creencia positiva alta: 14 a 20 puntos.</p> <p>Creencia positiva regulares: 7 a 13 puntos.</p> <p>Creencia positiva baja: 0 a 6 puntos.</p>	<p>Continua</p> <p>Ordinal</p>	Cuestionario
Percepción	Dependiente	Es la sensación interior que resulta	5 ítems con tres opciones de	Continua	Cuestionario

		de una impresión material hecha en nuestros sentidos.	<p>respuesta (sí, no, no sabe).</p> <p>Ítems 1,4 y 5  respuesta no= 1 punto; ítems 2 y 3, la respuesta sí= 1 punto</p> <p>A más alto puntaje, mayor es la percepción positiva;  4+ = sí percepción positiva y - 4 = no percepción positiva.</p>	Nominal	
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Años cumplidos al día de la encuesta.	Continua	Cuestionario
Escolaridad	Control	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado completo de estudio Se identificará con las siguientes categorías: <b>Primaria incompleta</b> <b>Primaria completa</b> <b>Secundaria incompleta</b> <b>Secundaria completa</b> <b>Técnico</b> <b>Preparatoria</b> <b>Profesional</b> <b>Posgrado</b>	Ordinal	Cuestionario
Lugar de residencia	Control	Lugar en que se reside.	Municipio de residencia actual (área metropolitana, otro)	Nominal	Cuestionario
Paridad	Independiente	Número de veces que ha habido embarazo.	Número de veces que ha habido embarazo.	Continua	Cuestionario

#### 4.7. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento de validación está compuesto por cuatro secciones distintas cada una de las cuales fue diseñada y validada por autores diferentes según la categoría de conocimientos, creencias y percepción; así mismo la cuarta sección describe el perfil sociodemográfico de la población en estudio:

- 1) Cuestionario de conocimientos sobre prevención de enfermedades orales; (Minaya, 2012). Diseñado y validado en la Universidad de Granada, España.
- 2) Escala de creencias respecto a salud oral (Beliefs scale) (Garrido, Espinoza y Romo, 2010) Diseñado y validado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
- 3) Cuestionario de percepción en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo (Fuentes y Cols., 2017). Diseñado y validado en la Facultad de Medicina. Temuco, Chile.
- 4) Perfil sociodemográfico (edad, lugar de residencia y nivel de estudios); y perfil reproductivo (trimestre, número de hijos)

Estas secciones tendrán de una a cinco opciones de respuesta, siendo solo una de ellas correcta. Se otorgará 1 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos cuando la respuesta era incorrecta; alcanzando un total de 20 puntos.

El cuestionario está diseñado para realizarse a manera de cuestionario autoadministrable. (Anexo A)

Para agrupar el puntaje se aplicará la Escala de Estaninos, (Morales, 2006). Clasificándolo en tres categorías: 1ª categoría, 0 a 6 puntos (deficiente y negativo); 2ª categoría, 7 a 13 puntos (regular); 3ª categoría, 14 a 20 puntos (bueno y positivo) en el total de variables.

#### **4.8. PROCEDIMIENTOS**

Se ubicó la institución donde se llevarían a cabo las encuestas, después del permiso otorgado por el director encargado del hospital privado, prosiguiendo con la realización y levantamiento del instrumento de medición, previamente diseñado en un total de 150 pacientes en diferentes períodos de embarazo que acudieron a consulta en el servicio de salud. Lo primero que se realizó fue la presentación y explicación del objetivo del estudio, se leyó el consentimiento informado a cada mujer y quienes aceptaron la participación, lo firmaron antes de la aplicación de la encuesta.

Se vaciaron los resultados en una hoja de recolección de datos en Excel diseñada exclusivamente para este fin. Se descartaron los cuestionarios que no estaban llenos conforme a lo solicitado o que estuvieran fuera de los criterios de inclusión. Se realizaron las pruebas estadísticas, así como los resultados y se analizaron para posteriormente exponerlos en tablas y gráficas.

#### **4.9. PLAN DE ANÁLISIS**

La estadística descriptiva se llevó a cabo mediante el programa de SPSS, realizando la comparación de conocimientos, creencias y percepciones sobre el cuidado de salud bucal, por grupo de edad y trimestre de gestación, se analizó mediante pruebas de asociación. El nivel de conocimientos, creencias y percepción, con la edad y trimestre de embarazo, se realizó mediante pruebas de diferencias de proporciones, Chi cuadrada y así con sus respectivas prevalencias se probaron hipótesis.

#### **4.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y BIOSEGURIDAD**

Se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona, la participación fue voluntaria, en un

momento oportuno. El estudio se consideró con ausencia de daño ya que no se realizaron procedimientos específicos. La selección de los sujetos de estudio fue imparcial, es decir, sin sesgo social, racial, sexual y/o cultural.

En relación con el Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII el estudio se realizó por profesionales de la salud con conocimientos y experiencias para cuidar la integridad de los participantes en el estudio, se contó con el consentimiento informado en mayores de edad donde se les proporcionó una explicación clara de la forma en que se realizaría la investigación. (Anexo B)

Conforme al Artículo 21, fracciones 1, VI, VII y VIII, cada uno de los participantes conocieron el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas generadas respecto al procedimiento como es la aplicación de los instrumentos, se informó que el estudio no implica daño alguno y que se tendría la libertad de suspenderlo cuando se considerara necesario mediante la aclaración de que no se ocasionaría perjuicio alguno en caso de que decidiera no participar; se garantizó la privacidad, dado que en ningún momento los participantes fueron identificados por su nombre y no se hicieron públicas sus respuestas.

## CAPÍTULO 5

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

De un total de 150 encuestadas, el rango de 25 a 29 años fue el más alto, con un porcentaje de 37%, en promedio cursaban el 5to. mes de embarazo con una media de 2 meses el grado de escolaridad predominante, fue el de estudios profesionales (**Tabla 1**).

Variable	
<b>Edad (Años)</b>	
18 a 19	10%
20 a 24	32%
25 a 29	37%
30 a 34	15%
35 a 39	6%
<b>Mes de embarazo</b>	Media 5 ± 2 meses
<b>Escolaridad</b>	
Hasta Secundaria completa	27%
Técnico	7%
Preparatoria	28%
Profesional	34%
Posgrado	4%

En la tabla 1, se conjuntó el 3% de mujeres con primaria completa.

*Tabla 1. Encuesta directa*



politana en un 65% **(Figura 1)**.

*Figura 1. Encuesta directa*

Sin dejar de puntualizar que a pesar de ser una institución privada se encontró un 3% que contaban con estudios de primaria completa, siendo significativo que 2 de ellas mayores de 18 años, acudían a la institución por su segundo embarazo **(Figura 2)**.



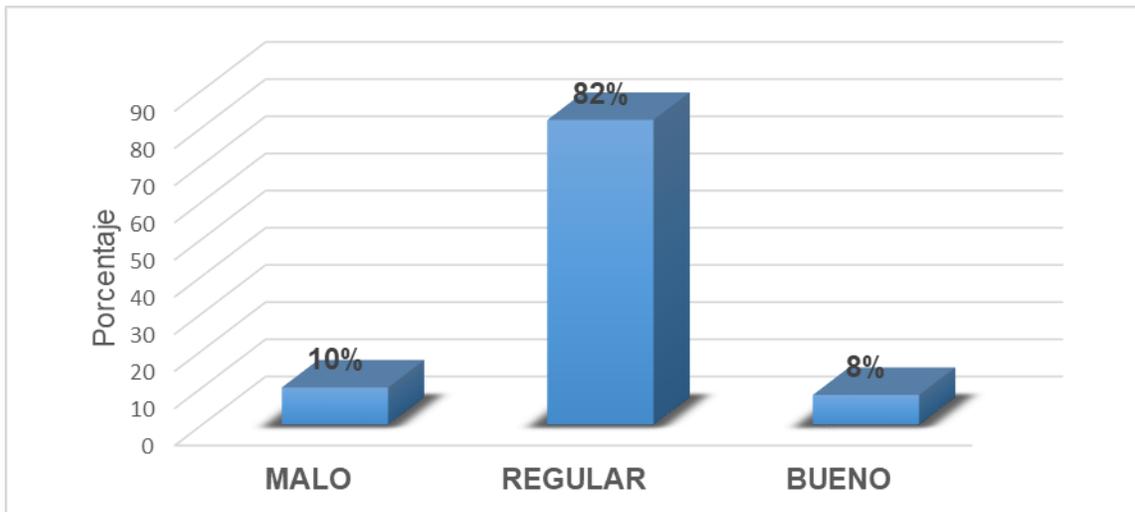
*Figura 2. Encuesta directa*

### 5.3. RESULTADOS: CONOCIMIENTOS CREENCIAS Y PERCEPCIÓN

En base al objetivo general y estableciendo punto de cohorte en la parte inferior de las gráficas.

En la mayor parte de la población encuestada, predominó un nivel regular de conocimientos con un 82% (123), sobre el periodo más correcto para recibir atención odontológica, así como la edad que consideran ideal para llevar a sus hijos al dentista, no sabían lo que era enfermedad periodontal ni consideraban la alimentación importante durante el embarazo (**Figura 3**).

#### CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES (n =150)

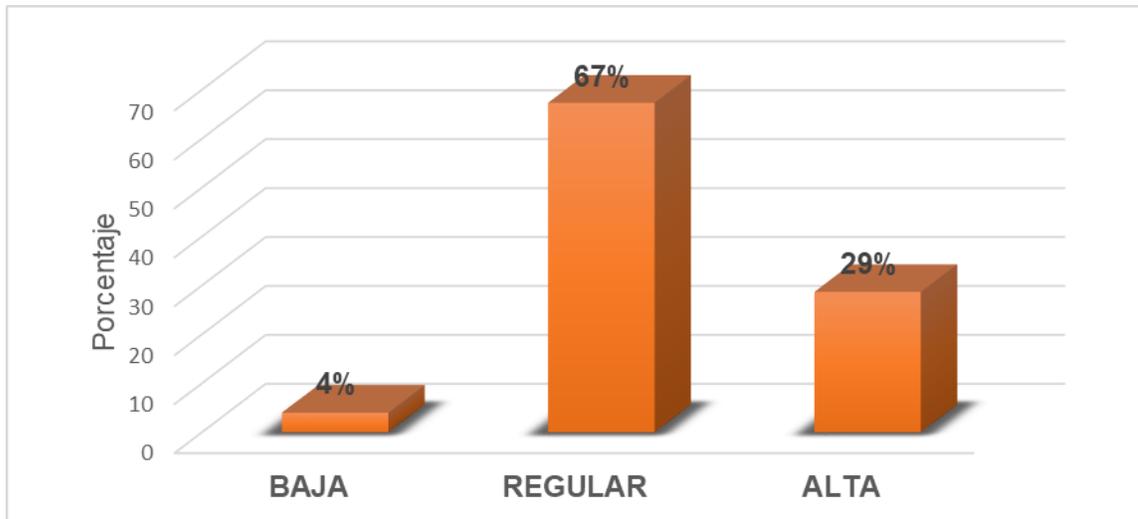


Malo 0-6 puntos, Regular 7-13 puntos y Bueno 14-20 puntos

Figura 3. Encuesta propia

El mayor porcentaje de mujeres encuestadas presentó un nivel regular de creencias con un 67% (100), de acuerdo a la prevención de enfermedades orales, uso de hilo dental, dentición hasta el envejecimiento y el momento más oportuno para llevar a su recién nacido con algún odontólogo (**Figura 4**).

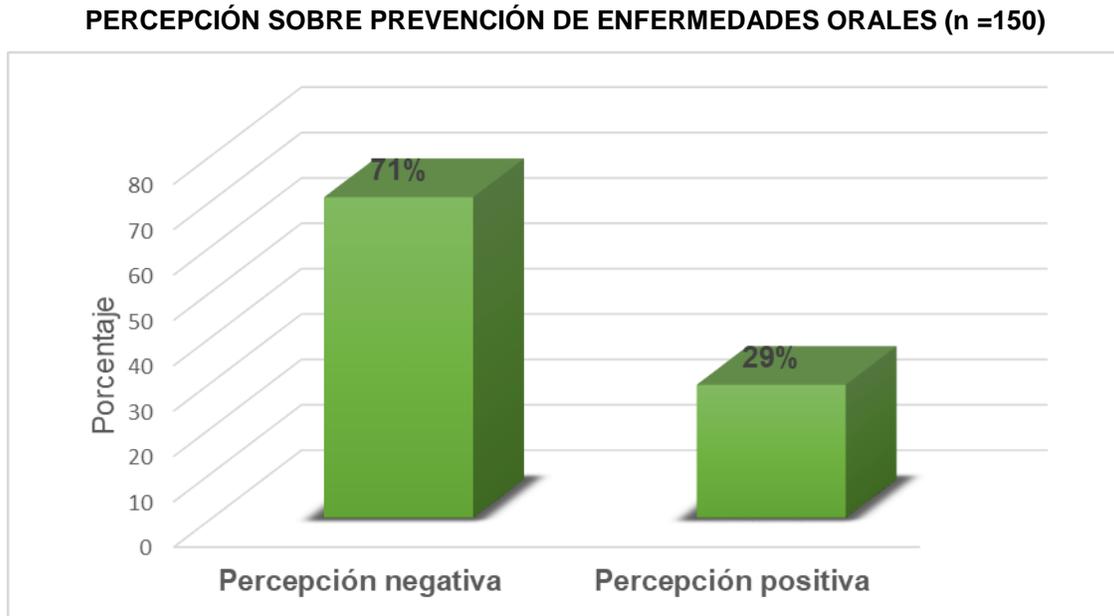
**CREENCIAS SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES (n =150)**



Malo 0-6 puntos, Regular 7-13 puntos y Bueno 14-20 puntos

*Figura 4. Encuesta propia*

La mayoría de las mujeres embarazadas contaron con una percepción negativa del 71% (106) hacía la prevención de enfermedades orales, la mayoría percibieron que la caries y la enfermedad periodontal, son normales durante el embarazo (**Figura 5**).



*Figura 5. Encuesta propia*

En base a los objetivos específicos, las pruebas de  $\chi^2$  y p se realizaron de acuerdo a cada variable de manera individual.

Entre más edad, mayor se presentó conocimientos regulares, con un 51%. Hubo relación con la hipótesis de estudio y se encontró un valor significativo de p (**Tabla 2**).

### CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES ORALES SEGÚN EDAD

Edad (años)			
	18 a 24	de 25 a 39	Total
<b>MALO - BUENO</b>	17 (11%)	10 (7%)	27 (18%)
<b>REGULAR</b>	46 (31%)	77 (51%)	123 (82%)
<b>Total</b>	<b>63 (42%)</b>	<b>87 (58%)</b>	<b>150 (100%)</b>

VALOR Chi<sup>2</sup>: 7.430

VALOR p: .024

Tabla 2. Elaboración propia

A mayor edad, mayor se presentó creencias de bajas a regulares, con un 50%. hubo relación con la hipótesis de estudio y se encontró un valor significativo de p (**Tabla 3**).

### CREENCIAS SOBRE ENFERMEDADES ORALES SEGÚN EDAD

Edad (años)			
	18 a 24	25 a 39	Total
<b>BAJA-REGULAR</b>	31 (21%)	75 (50%)	107 (71%)
<b>ALTA</b>	31 (21%)	12 (8%)	43 (29%)
<b>Total</b>	<b>63 (42%)</b>	<b>87 (58%)</b>	<b>150 (100%)</b>

VALOR Chi<sup>2</sup>: 24.743

VALOR p: .0001

Tabla 3. Elaboración propia

En su mayoría (41%) las embarazadas de 25 a 39 años entraron en la categoría de percepción negativa, según la **Tabla 4**. Más sin embargo no hubo relación con la hipótesis de estudio ni fue significativo el valor de p.

**PERCEPCIÓN SOBRE ENFERMEDADES ORALES SEGÚN EDAD**

	Edad (años)		
	18 a 24	25 a 39	Total
<b>Percepción negativa</b>	44 (29%)	62 (41%)	106 (71%)
<b>Percepción positiva</b>	19 (13%)	25 (17%)	44 (29%)
<b>Total</b>	<b>63 (42%)</b>	<b>87 (58%)</b>	<b>150 (100%)</b>

VALOR Chi<sup>2</sup>: .036

VALOR p: .850

*Tabla 4. Elaboración propia*

La **Tabla 5** muestra conocimientos regulares (37%) en el tercer trimestre de embarazo. Existiendo una relación mayor a 4 en cuanto a la hipótesis nula y no siendo significativo el valor de p (.309).

**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES ORALES SEGÚN TRIMESTRE**

	Trimestre de embarazo			
	1ero.	2do.	3ero.	Total
<b>MALO-BUENO</b>	6 (4%)	13 (9%)	8 (5%)	27 (18%)
<b>REGULAR</b>	26 (17%)	41 (27%)	56 (37%)	123 (82%)
<b>Total</b>	<b>32 (21%)</b>	<b>54 (36%)</b>	<b>64 (43%)</b>	<b>150 (100%)</b>

VALOR Chi<sup>2</sup>: 4.795

VALOR p: .309

*Tabla 5. Elaboración propia*

A mayor trimestre, mayor se presentó creencias de regulares, con un 25%. Hubo relación con la hipótesis de estudio y se encontró un valor significativo de p. (**Tabla 6**)

**CREENCIAS SOBRE ENFERMEDADES ORALES SEGÚN TRIMESTRE**

<b>Trimestre de embarazo</b>				
	<b>1ero.</b>	<b>2do.</b>	<b>3ero.</b>	<b>Total</b>
<b>BAJA- ALTA</b>	5 (3%)	19 (13%)	24 (16%)	49 (33%)
<b>REGULAR</b>	27 (18%)	35 (23%)	38 (25%)	101 (67%)
<b>Total</b>	<b>32 (21%)</b>	<b>54 (36%)</b>	<b>62 (41%)</b>	<b>150 (100%)</b>

**VALOR Chi<sup>2</sup>: 10.230**

**VALOR p: .037**

*Tabla 6. Elaboración propia*

En su mayoría (26%) las embarazadas del 3er. trimestre entraron en la categoría de percepción negativa, según la **Tabla 7**. Hubo relación con la hipótesis de estudio y fue significativo el valor de p.

<b>Trimestre de embarazo</b>				
	<b>1ero.</b>	<b>2do.</b>	<b>3ero.</b>	<b>Total</b>
<b>Percepción negativa</b>	27 (18%)	40 (27%)	39 (26%)	106 (71%)
<b>Percepción positiva</b>	5 (3%)	14 (9%)	26 (17%)	44 (29%)
<b>Total</b>	<b>32 (21%)</b>	<b>54 (36%)</b>	<b>65 (43%)</b>	<b>150 (100%)</b>

**PERCEPCIÓN SOBRE ENFERMEDADES ORALES SEGÚN TRIMESTRE**

**VALOR Chi<sup>2</sup>: 8.613**

**VALOR p: .013**

*Tabla 7. Elaboración propia*

## Pruebas de hipótesis

Las pruebas de  $\chi^2$  y  $p$  se realizaron de acuerdo a las variables de manera conjunta.

HIPÓTESIS	PREVALENCIA	PRUEBA DE DIFERENCIA DE PROPORCIONES	Ho
<b>Ha1.</b> El 90% de embarazadas, poseen un nivel bueno de conocimientos sobre prevención de enfermedades orales.	<b>12%</b>	<b><math>p &lt; 0.05</math></b>	<b>Se acepta</b>
<b>Ha2.</b> 40% de la población estudiada presenta un nivel de creencias positivo sobre la prevención de enfermedades orales durante el embarazo.	<b>43%</b>	<b><math>p &gt; 0.05</math></b>	<b>Se rechaza</b>
<b>Ha3.</b> El 50% de embarazadas evaluadas presenta un nivel de percepción positivo sobre prevención de su salud bucal.	<b>44%</b>	<b><math>p &lt; 0.05</math></b>	<b>Se acepta</b>

**Hipótesis 1.** Significativa – **Hipótesis 2.** No fue significativa. **Hipótesis 3.** Es significativa.

## CAPÍTULO 6

### 6.1. DISCUSIÓN

**El conocimiento de salud oral** en embarazadas de una institución privada en Monterrey Nuevo León, han mostrado resultados regulares según el análisis expuesto anteriormente, siendo que el 80% (más de la mitad de la población estudiada) no conoce en su totalidad sobre los cuidados en higiene oral, en concordancia con La India, donde integran las actividades de promoción de salud bucal en sus visitas ginecológicas; En España (Aguilar, et. al, 2018) Perú (Vílchez, 2018) y Cuba están muy interesados en participar en la educación de la salud oral en pacientes embarazadas; lo que demostraron estas investigaciones es que es necesario una capacitación a las embarazadas sobre los cuidados en los futuros bebés en cuanto a higiene oral se refiere (González, 2002).

En el 2018 se publicó un artículo en Zacatecas México el cual planteaba evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en un grupo de embarazadas mexicanas, en esta investigación predominó un nivel de conocimientos del 58% comparada con el presente estudio en el que se encontró un 82%, categorizando ambas investigaciones en un nivel regular. Las instituciones en México les falta aplicar los programas implementados en la promoción de salud oral en embarazadas (Toscano et al. 2018).

En la investigación presentada, las mujeres consideran importante recibir atención odontológica a diferencia de Bolivia mencionando que generalmente, **las creencias** están arraigadas en las embarazadas de que no deben recibir atención odontológica por el efecto dañino que puede ocasionar el empleo de materiales dentales al feto obteniendo resultados diferentes (Veliz, 2018).

Considerando el manejo de **percepciones en embarazadas** sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo, un 71% de mujeres obtuvieron una percepción negativa en la importancia de la atención dental en esta etapa. Resultados similares presentan (Arias, 2017).

Similar al estudio antes presentado, en una de las revistas de salud pública de Valencia, España, presentaron porcentajes similares en cuanto a la importante influencia del tercer trimestre de embarazo con los niveles de conocimientos, creencias y percepción de salud oral (Nakdali, 2019).

En el 2019 se publicó un artículo el cual planteaba que las madres pertenecientes al grupo de edad de más de 30 años parecían visitar al consultorio dental con un 46% teniendo mejores respuestas. Contrarrestando con un 41% en el presente estudio, de acuerdo a las 3 diferentes categorías (Ranjaan, 2019).

Las embarazadas no tienen los **conocimientos, creencias y percepción** necesarias para enseñarles a sus futuros hijos una completa atención en el cuidado de salud oral, no hay investigaciones suficientes que presenten la significancia como en la presente investigación de la relación entre edad y trimestre de embarazo.

## CAPÍTULO 7

### 7.1. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se puede concluir que:

- El nivel de conocimientos de las embarazadas que acudieron a la institución privada hubo una prevalencia menor, muy por debajo de lo esperado. La mayoría de las mujeres tienen otras prioridades antes de las intervenciones odontológicas hacia ella y su futuro bebé.
- Con respecto al nivel de creencias, se corroboró una equivalencia y se observó una relación del nivel de percepciones negativas con las embarazadas de mayor edad.
- La percepción de salud oral a nivel preventivo realizadas por las embarazadas fueron regulares, siendo necesario priorizar puntos básicos que en la actualidad de tengan rezagados, siendo necesario que se promueva y verifique la atención dental para que no solo se quede como una decisión propia. Logrando aplicar los diferentes programas de control de embarazo y así transmitir mediante temas de salud bucal la importancia de la prevención de enfermedades orales.

## 8. REFERENCIAS

1. Aguilar, M., Rivero, T., Lasserrot, A., Nuñez, A., Gil, J., Sánchez, M., et al. (2018). Nivel de conocimiento sobre salud oral de pacientes gestantes. *Journal of dental Research*, 3(3), 190-201.
2. Arias, C., Orozco, F. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo, de mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayor. *Odonto investigación*, 1(3), 1-17.
3. Asmat, A., Alvarado, G. (2019). Creencias populares sobre la salud oral de embarazadas atendidas en dos hospitales peruanos. *Journal International Odontoesmat*, 13(4), 486-492.
4. Bastarrechea, M., Fernández, L., Martínez, T. (2018). La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de Salud Moncada. *Revista Cubana Estomatológica* 46(4), 59-68.
5. Benites, M. (13 de febrero del 2018) *Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia Toluca*, Recuperado el 2 de marzo del 2020: <https://core.ac.uk/download/pdf/55531453.pdf>
6. Bouza, M., Martínez A, J. y Carmenate, Y. (2016). El embarazo y la salud bucal. *Revista Médica Electrón.* 38(4), 628-634.
7. C.A.B.A- República Argentina. Definiciones y Conceptos. (17 de octubre del 2019). *Dirección de Estadística e información en Salud*. Recuperado 13 de marzo del 2020: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/definiciones-y-conceptos/>
8. Cameron, A., Widmer, R., Manual de Odontología Pediátrica. Editorial: Elsevier España. 3ª Edición. 2010.
9. Carlos, L., Luengo J., Toscano, I., Luévano, A., Anaya, M. (2017). Conocimientos, creencias y percepción de embarazadas sobre enfermedades orales. *Acta Universitaria*, 27(2), 46-52.
10. Chuqui huaccha, V., (13 de diciembre del 2018). *Manejo odontológico de la paciente gestante*. Recuperado el 13 de marzo del 2020: <http://dentalw.com/papers/general/gestante.html>
11. Cuenca, E., Baca, P. (2013) *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Editorial: Elsevier Masson. 4ª Edición.
12. Del Carpio, M., (2 de junio 2018). *Factores de riesgo de caries dental en bebés*. Recuperado el 13 de marzo del 2020: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40\\_2\\_03/est01203.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est01203.htm)
13. Escobar, F. *Odontología Pediátrica*. (2018) Editorial: AMOLCA. 2ª Edición.
14. Fuentes, R., Venegas, O., Alarcón, AM., Bustos, L., Prieto, R., Rico, R. (2009) Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo, *Avances en Estomatología* 25(3), 147-154.

15. Gambhir, N., Tarun, G., Tegbir, S., Samir, A. (2015). Oral health knowledge and awareness among pregnant women in india, *Journal of Indian Society of Periodontology* 19(6), 612-617.
16. Garbero I. (2015) Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Revista Acta Odontológica Venezuela*, 43(2), 25-31.
17. Garrido, C., Espinoza, I., Romo, F., (2010). Traducción al español y validación del cuestionario de creencias de salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Revista Española de Salud Pública*. 84(4), 407-414.
18. González, X., Cardentey García, J., y Porras Mijans, O. (2017). Manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal en gestantes de un área de salud en Pinar del Río. *MEDISAN*, 21(12), 6063-6071.
19. Harjunmaa, U., Järnstedt, J., Alho, L., Dewey, K.G., Cheung, Y.B., Deitchler, M., Ahorn, P. (2015) Association between maternal dental periapical infections and pregnancy outcomes: results from a cross-sectional study in Malawi. *Tropical Medicine e International Health*, 20(11), 1549-1558.
20. Higachida, B., Odontología Preventiva. (2001). Editorial: McGraw-Hill 4ª Edición.
21. Hiremath, S., Textbook of preventive and community dentistry. (2008). Editorial: Jaypee Brothers Medical Publishers. 2ª Edición.
22. Katz, S., Mc. Donald, J., Stookey, G., Preventive Dentistry in Action. (2019). Editorial: Médica Panamericana. 1ª Edición.
23. Lárez, L., Benavides, Y., Henríquez, Y. y Moreno, S. (2015). Lesiones bucales vistas en la embarazada. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana*. 65 (1) 1-17.
24. Matas, J., 3 de noviembre del 2018 *Caries dental, enfermedad y prevención*. Recuperado el 14 de marzo del 2020:  
<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti1.pdf>.
25. Mc Donald, R., Odontología pediátrica y del adolescente. (1995). Editorial: Panamericana 5ª Edición.
26. Martínez, V., Quiroga, M., Aguiar, E. (2017). Determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del hospital civil de Tepic. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 6(1), 17-22.
27. Minaya, S. (2012). Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud La Florida del Distrito Chimbote, provincia del Santa departamento de Ancash. [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.
28. Minsa. *Situación de la salud bucal en el Perú. Lima: Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de salud Bucal*. (2013). Recuperado en marzo 2020 de:  
[https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
29. Morales, P., *Guía para construir Escala de Actitudes*. (septiembre 2019) Recuperada en marzo 2020:  
<http://blog.uca.edu.ni/kurbina/files/2011/06/Guiaparaconstruirescalasdeactitudes1.pdf>
30. Naranjo, S. (2016). Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15-19 años de edad en el centro de salud "La Magdalena" de la ciudad de Quito, Ecuador. [Tesis Bachiller] UCE (Universidad Central de Ecuador).

31. Nakdali, T., Sanz, J., Forner, L. (2019). Oral Health Knowledge and Related Factors among Pregnant Women Attending to a Primary Care Center in Spain. *International Journal Of Public Health*. 16, 1-14.
32. Newman, M., Takei, H., Kkikkevold, P., y Carranza F. Periodontología Clínica. (1995). Editorial: Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA 10ma. Edición.
33. Peña, N., Nolasco, A. (2013). Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes multigestas puesto salud la Florida, *Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud*, 1 (1), 139 – 146.
34. Toscano, I.L., Anaya, M., Carlos, L.E., López, L.G., Márquez, S.S., et al. (2016). Evaluación del nivel de conocimientos sobre salud oral en embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer, Zacatecas-México *Journal of Dentistry* 1 (3), 83–85.
35. Quinteros, L., *Nutrición, Dieta y Salud Bucal*. (2018). Recuperado en marzo del 2020: <http://www.vivirsalud.com/2009/02/22/nutricion-y-salud-dental>.
36. Radha, G., Sood, P. (2013). Oral care during pregnancy: Dentists knowledge, attitude and behavior in treating pregnant patients at dental clinics of Bengaluru, India. *Journal of Pierre Fauchard Academy (Indian Section)* 27, 135-141.
37. Ranjaan, R., Kundu A. (2019). Factors associated with dental visit and barriers to the utilization of dental services among tribal pregnant women in Khurda district, Bhubaneswar: A cross-sectional study. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 23, 562-568.
38. Ramírez, A., González, M., de la Rosa, G., Hernández, C. (2016). Prevención y control de infección en estomatología. Editorial: CONASIDA. 1º Edición.
39. Silverstone, L., Preventive Dentistry. Editorial: Update Books Ltd. (2012). 1º Edición. Berlín, Alemania.
40. Stifanom., *Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral*. (noviembre 2018). Recuperado el 7 de abril del 2020: [http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Nutricion\\_prevenccion.pdf](http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Nutricion_prevenccion.pdf).
41. Servicio de epidemiología (Xunta de Galicia) (2016). EPIDAT (Versión 3.1) [Software].
42. Toscano, I.L., Anaya, M., Carlos, L.E., López, L.G., Márquez, S.S. (2016). Evaluación del nivel de conocimientos sobre salud oral en embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer, Zacatecas-México *Journal of Dentistry* 1 (3), 83–85.
43. Young, W., Striffler, D., The dentist, his practice, and his community. (2017). Editorial: Dentistry in Public Health. Reino Unido. 1ª Edición.
44. Veliz, Vaca, V. (2018). Factores que influyen en la inasistencia de las mujeres embarazadas a la atención odontológica durante los controles prenatales en seis centros de salud de primer nivel en Cercado, Cochabamba, Bolivia. *Gaceta Médica Bolivia*; 41(1), 20-23.
45. Woodall, I., Dafoe, B., Stutsman, N., Weed, L., Yankell, S., Odontología Preventiva. (2004). Editorial: Interamericana. Registro núm. 736.

# ANEXO A

## ANEXO A. Cuestionarios de medición de conocimientos, creencias y percepción sobre salud bucal



FOLIO: \_\_\_\_\_

### Universidad Autónoma de Nuevo León

### Maestría en Ciencias en Salud Pública

**“Nivel de conocimientos, creencias y percepción sobre prevención de enfermedades orales en embarazadas de una institución en Monterrey, Nuevo León”**

#### Introducción. -

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación, los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre salud bucal en embarazadas, por lo que se solicita su participación respondiendo cada pregunta de manera objetiva y veraz.

#### I. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Esta parte del cuestionario contiene 20 preguntas. Para contestar cada una de ellas usted deberá marcar con una (X) la selección de la respuesta que considere más adecuada.

Preguntas	Opciones de respuesta	Variabes
1. ¿Considera usted que la pasta, el cepillo dental y el flúor son medidas preventivas en salud bucal?	1. Si    2. No    3. No sé	CON_1SB
2. ¿Es recomendable cepillar los dientes después de cada comida?	1. Si    2. No    3. No sé	CON_2SB

<b>3.</b> ¿La alimentación llevada durante el embarazo retrasa la erupción de los dientes de su hijo?	<b>1.</b> Si <b>2.</b> No <b>3.</b> No sé	CON_3SB
<b>4.</b> ¿Considera al flúor importante para la dentición de su futuro hijo?	<b>1.</b> Si <b>2.</b> No <b>3.</b> No sé	CON_4SB
<b>5.</b> ¿Se deben lavar las encías de su hijo antes de que le salgan sus dientes?	<b>1.</b> Si <b>2.</b> No <b>3.</b> No sé	CON_5SB
<b>6.</b> ¿A qué edad considera que debe llevar por primera vez a su hijo al dentista?	<b>a)</b> Al erupcionar el primer diente <b>b)</b> Al nacer <b>c)</b> Cuando le duela algún diente <b>d)</b> Cuando le salgan todos sus dientes <b>e)</b> No sé	CON_6SB
<b>7.</b> La placa dentobacteriana es:	<b>a)</b> Resto de dulces y comida <b>b)</b> Manchas blanquecinas en los dientes <b>c)</b> Restos de alimentos y microorganismos <b>d)</b> No sé	CON_7SB
<b>8.</b> La caries del biberón es:	<b>a)</b> La caries causada por dulces <b>b)</b> La caries que afecta los dientes de adelante en los niños. <b>c)</b> La caries por falta de aseo <b>d)</b> No sé	CON_8SB
<b>9.</b> ¿Considera Ud. a la caries una enfermedad contagiosa?	<b>1.</b> Si <b>2.</b> No <b>3.</b> No sé	CON_9SB
<b>10.</b> Considera cierto que “por cada embarazo se pierde un diente”	<b>1.</b> Si <b>2.</b> No <b>3.</b> No sé	CON_10SB
<b>11.</b> La gingivitis es:	<b>a)</b> El dolor del diente <b>b)</b> La enfermedad de las encías <b>c)</b> Inflamación del labio <b>d)</b> No sé	CON_11SB
<b>12.</b> La enfermedad periodontal es:	<b>a)</b> Heridas en la boca <b>b)</b> La que afecta a los tejidos de soporte del diente <b>c)</b> La pigmentación de los dientes <b>d)</b> No sé	CON_12SB

<p><b>13.</b> Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo pueden provocar daño a los dientes de sus hijos.</p>	<p><b>1.</b> Si    <b>2.</b> No    <b>3.</b> No sé</p>	<p>CON_13SB</p>
<p><b>14.</b> ¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales sin protección contra rayos X durante su embarazo afectará a su hijo?</p>	<p><b>1.</b> Si    <b>2.</b> No    <b>3.</b> No sé</p>	<p>CON_14SB</p>
<p><b>15.</b> ¿Considera Ud. que el uso de anestesia dental afectará su embarazo?</p>	<p><b>1.</b> Si    <b>2.</b> No    <b>3.</b> No sé</p>	<p>CON_15SB</p>
<p><b>16.</b> ¿En qué periodo de embarazo se puede recibir atención odontológica segura?</p>	<p><b>a)</b> Entre el 1er. y 3er. Mes  <b>b)</b> Entre el 3er. y 6to. Mes  <b>c)</b> Entre el 6to. y 9no. Mes</p>	<p>CON_16SB</p>
<p><b>17.</b> ¿Cuándo empiezan a formarse los dientes de su hijo?</p>	<p><b>a)</b> A las 6 semanas de embarazo  <b>b)</b> A los 6 meses de embarazo  <b>c)</b> A los 6 meses de nacido  <b>d)</b> No sé</p>	<p>CON_17SB</p>
<p><b>18.</b> ¿Cuántos tipos de dentición tendrá su hijo?</p>	<p><b>a)</b> 1    <b>b)</b> 2    <b>c)</b> 3    <b>d)</b> No sé</p>	<p>CON_18SB</p>
<p><b>19.</b> ¿Cuántos dientes de leche tendrá su hijo?</p>	<p><b>a)</b> 10    <b>b)</b> 20    <b>c)</b> 24    <b>d)</b> No sé</p>	<p>CON_19SB</p>
<p><b>20.</b> ¿Cuándo erupcionan los dientes de su bebé?</p>	<p><b>a)</b> 3 meses de nacido  <b>b)</b> 6 meses de nacido  <b>c)</b> Al año de nacido  <b>d)</b> No sé</p>	<p>CON_20SB</p>

## II. ESCALA DE CRRENCIAS RESPECTO A ENFERMEDADES ORALES

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 20 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger solo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marqué con una (X) dentro del recuadro correspondiente. Considerando **Totalmente de acuerdo (1)**, **De acuerdo (2)**, **No sabe (3)**, **En desacuerdo (4)**, **Totalmente en desacuerdo (5)**

Preguntas		1	2	3	4	5	Variables
1	Creo que son los mismos pacientes quienes avisan cuando necesitan ayuda en su cuidado de salud oral.						CRE_1SB
2	Creo que si cepillo los dientes y uso el hilo dental debo esperar menos problemas dentales.						CRE_2SB
3	Creo que se cómo se pueden tratar las diferentes enfermedades de la cavidad bucal y las encías.						CRE_3SB
4	Creo que los productos con flúor son los más adecuados para los niños.						CRE_4SB
5	Creo que los dientes deberían durar toda la vida.						CRE_5SB
6	Creo que solo los dentistas pueden prevenir las caries y las enfermedades en las encías.						CRE_6SB
7	Creo que la caries dental puede prevenirse.						CRE_7SB
8	Creo que si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillado y el uso del hilo dental, no ayudará.						CRE_8SB

<b>9</b>	Creo que se cómo usar hilo dental correctamente.							<b>CRE_9SB</b>
<b>10</b>	Creo que si las encías sangran cuando uso hilo dental, por lo general significa que debo dejar de usarla.							<b>CRE_10SB</b>
<b>11</b>	Creo que usar el hilo dental puede ayudar a prevenir las enfermedades de las encías.							<b>CRE_11SB</b>
<b>12</b>	Creo que una vez que la enfermedad de las encías se ha iniciado, es casi imposible detenerla							<b>CRE_12SB</b>
<b>13</b>	Creo que se cómo evitar la candidiasis oral (algodoncillo).							<b>CRE_13SB</b>
<b>14</b>	Creo que perder los dientes es parte del envejecimiento normal.							<b>CRE_14SB</b>
<b>15</b>	Creo que aunque se realice un buen cuidado de los dientes, estos se van a caer a medida que se envejezca.							<b>CRE_15SB</b>
<b>16</b>	Creo que no es necesario atender a mi hijo cuando nazca porque son “dientes de leche”.							<b>CRE_16SB</b>
<b>17</b>	Creo que puedo eliminar en forma satisfactoria a través del cepillado la mayoría de sarro para ayudar a prevenir las caries y las enfermedades de las encías.							<b>CRE_17SB</b>
<b>18</b>	Creo que cuando crezca mi hijo un método de cepillado es tan bueno como cualquier otro.							<b>CRE_18SB</b>
<b>19</b>	Creo que no es importante atender la salud bucal a mi hijo recién nacido.							<b>CRE_19SB</b>
<b>20</b>	Creo que mi hijo mientras no aparezcan dientes no es importante llevarlo con el dentista.							<b>CRE_20SB</b>

### III. PERCEPCIÓN ACERCA DE ENFERMEDADES ORALES

La presente encuesta busca identificar las ideas que usted posee en relación a la salud bucal durante el embarazo. Solicitamos su colaboración contestando las siguientes preguntas.

Preguntas	Opciones de respuesta	Variables
1. Hay personas que piensan que las embarazadas deberían ir al dentista  ¿Está usted de acuerdo con esa opinión?	1. Si    2. No    3. No sé	PER_1SB
2. ¿El embarazo produce caries (picaduras)?	1. Si    2. No    3. No sé	PER_2SB
3. ¿Piensa usted que el embarazo puede producir que se le caigan o se aflojen los dientes?	1. Si    2. No    3. No sé	PER_3SB
4. ¿Considera normal el hecho de que las encías sangren durante el embarazo?	1. Si    2. No    3. A veces	PER_4SB
5. ¿Tiene miedo ir al dentista?	1. Si    2. No    3. A veces	PER_5SB

#### IV. Datos generales

1.Edad	2.Mes de embarazo	3.Lugar de Residencia	4. Escolaridad	5.Número de embarazo
18+	0			1
20-24	1		Primaria incompleta ( )	2
25-29	2	1. Monterrey	Primaria completa ( )	3
30-34	3	2. Guadalupe		4
35-39	4	3. Apodaca	Secundaria incompleta ( )	5
40-44	5	4. San Nicolás	) Secundaria completa ( )	6
45-49	6	5. Escobedo		7
50 - +	7	6. Santa	Técnico ( )	8
	8	7. San Pedro	Preparatoria ( )	9
	9	8. Otro	Profesional ( )	10 o +
			Posgrado ( )	

Gracias por su colaboración



# ANEXO B

## **ANEXO B. Carta de consentimiento informado**

Título: Nivel de conocimientos, creencias y percepción sobre prevención de enfermedades orales en embarazadas de una institución privada en Monterrey, Nuevo León.

PROPÓSITO. Se me ha invitado a participar en este proyecto, el propósito de éste es determinar el nivel de conocimientos, creencias y percepción sobre prevención de enfermedades orales en embarazadas.

QUÉ IMPLICA EL ESTUDIO. Entiendo que tendré que responder un cuestionario que consta de 3 apartados y ser lo más sincero posible en mis respuestas.

CONFIDENCIALIDAD. Entiendo que todas las respuestas se guardarán en privado y estricto anonimato. Ninguna información que me identifique será incluida en reportes o publicaciones. Unos meses después de haber concluido el estudio, todos los cuestionarios e información serán destruidos.

RIESGOS. No existen riesgos por participar en este estudio, pues es una investigación documental.

BENEFICIOS. Las participantes pueden beneficiarse al participar, pues usted conocerá sobre el nivel de conocimientos, creencias y percepción de su estado de salud oral y en caso necesario, se le ofrecerían orientación sobre la necesidad de acudir a consulta con su dentista para mejorar su salud.

RENUNCIA/RETIRO. Entiendo que mi participación es voluntaria y en caso de que se decida no participar o retirarse, no afectará los servicios que recibiremos en cualquier institución relacionada con el proyecto.

CONCLUSIÓN: He leído y entendido la forma de consentimiento. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy de acuerdo en participar en este programa. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con sus archivos de investigación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección, Calle y núm. \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¡Muchas Gracias!**

## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Esperanza Díaz Zapata  
Candidata para el Grado de  
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Tesis: NIVEL DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PERCEPCIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES EN EMBARAZADAS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 10 de septiembre de 1993, hija de Fernando Díaz Garza\* y Ernestina Zapata de los Santos\*.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido de Cirujano Dentista en el año 2016 más un año de servicio social.

Experiencia Profesional: Realizó su servicio social en la Facultad de Odontología UANL en el departamento de Integral (Periodo 2016-2017) y ha contribuido con el apoyo a diferentes doctores en clases teóricas y prácticas. Desde entonces, ha ejercido su profesión como odontóloga en consulta privada.