



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**T E S I S**

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL  
MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA GESTANTE CON  
LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, EN  
CIRUJANOS DENTISTAS DE LA PROVINCIA  
MARISCAL NIETO - MOQUEGUA 2023.**

**PRESENTADO POR  
DAVID ADOLFO CALIZAYA PACHO**

**ASESOR  
DR. C.D. MANUEL JESUS MENDOZA CASILLAS**

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

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2023**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>PORTADA.....</b>	<b>i</b>
<b>PÁGINA DE JURADO.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>iv</b>
<b>INDICE DE CONTENIDO.....</b>	<b>v</b>
<b>INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	4
1.2. Definición del Problema.....	7
1.3. Objetivos de la Investigación.....	8
1.4. Justificación e importancia de la investigación.....	9
1.5. Variables (operacionalización).....	10
1.6. Hipótesis de la investigación.....	13
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	14
2.2. Bases teóricas.....	16
2.3. Marco conceptual.....	42
<b>CAPITULO III: METODO.....</b>	<b>44</b>
3.1. Tipo de investigación.....	44
3.2. Diseño de investigación.....	44
3.3. Población.....	44
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	47
<b>CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
4.1. Presentación de resultados por variables.....	50
4.2. Contrastación de hipótesis.....	62
4.3. Discusión de resultados.....	66
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>70</b>

5.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones.....	71
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>79</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Características de la población de estudio .....	50
<b>Tabla 2</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sexo en los cirujanos dentistas.....	53
<b>Tabla 3</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el grupo etario en los cirujanos dentistas. ....	54
<b>Tabla 4</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los años de ejercicio profesional en los cirujanos dentistas.....	56
<b>Tabla 5</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la universidad de procedencia en los cirujanos dentistas.....	57
<b>Tabla 6</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sector laboral en los cirujanos dentistas. ....	59
<b>Tabla 7</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la especialidad en los cirujanos dentistas. ....	61

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Características de la población de estudio.....	52
<b>Figura 2</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sexo en los cirujanos dentistas.....	54
<b>Figura 3</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el grupo etario en los cirujanos dentistas.....	55
<b>Figura 4</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los años de ejercicio profesional en los cirujanos dentistas.....	57
<b>Figura 5</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la universidad de procedencia en los cirujanos dentistas. ....	58
<b>Figura 6</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sector laboral en los cirujanos dentistas. ....	60
<b>Figura 7</b> Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la especialidad en los cirujanos dentistas. ....	62

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto. Para realizar el análisis de la investigación se aplicó metodología de tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico, y un diseño no experimental, aseguenciado de asociación en el nivel relacional. La población de estudio estuvo conformada por 82 cirujanos dentistas según los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta, para la variable nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante se utilizó como instrumento un cuestionario validado de 15 preguntas.

Con la información procesada se evidenció que, de los cirujanos dentistas evaluados, existe una distribución casi equitativa entre el nivel de conocimiento bueno 47.56% y regular 48.78%, el 3.66% tiene un conocimiento deficiente; de un total de 49 cirujanos dentistas, el sexo femenino presentó un nivel de conocimiento bueno 48.98%; de un total de 23 cirujanos dentistas, los mayores de 40 años presentaron un nivel de conocimiento bueno 56.52%; de un total de 35 con ejercicio profesional de 6-10 años 51.43% y 23 con 11 años a más 56.52%, presentaron un nivel de conocimiento bueno; de un total de 77 de universidad privada presentaron un nivel de conocimiento bueno y regular con el mismo porcentaje 48.05%, de un total de 11 del sector laboral estatal presentaron un nivel de conocimiento bueno 72.70%, y las especialidades que presentaron un nivel de conocimiento bueno con un total de 8 cirujanos dentistas en Ortodoncia 62.50% y 4 en Odontopediatría 75.0%, respectivamente.

Se concluye en este estudio que los cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto tienen un nivel de conocimiento regular sobre el manejo odontológico de la gestante. Asimismo, no se encontró relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos de los cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto.

**Palabras Claves:** Salud bucodental, Atención Odontológica y Conocimiento

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the level of knowledge of dental management of pregnant women and sociodemographic factors in dental surgeons from the Mariscal Nieto province. To carry out the research analysis, observational, transversal, prospective and analytical methodology was applied, and a non-experimental design, sequenced from association at the relational level. The study population was made up of 82 dental surgeons according to the inclusion and exclusion criteria. The data collection technique used was the survey; for the variable level of knowledge of the pregnant woman's dental management, a validated questionnaire of 15 questions was used as an instrument.

With the processed information, it was evident that, of the dental surgeons evaluated, there is an almost equal distribution between the level of good knowledge 47.56% and regular 48.78%, 3.66% have poor knowledge; Of a total of 49 female dental surgeons, 48.98% had a good level of knowledge; Of a total of 23 dental surgeons over 40 years of age, 56.52% presented a good level of knowledge; Of a total of 35 with professional practice of 6-10 years 51.43% and 23 with 11 years or more 56.52%, presented a good level of knowledge; of a total of 77 from the private university presented a good and regular level of knowledge with the same percentage 48.05%, of a total of 11 from the state labor sector presented a good level of knowledge 72.70%, and the specialties that presented a level of knowledge good with a total of 8 dental surgeons in Orthodontics 62.50% and 4 in Pediatric Dentistry 75.0%, respectively.

It is concluded in this study that dental surgeons in the Mariscal Nieto province have a regular level of knowledge about the dental management of pregnant women. Likewise, no relationship was found between the level of knowledge of the pregnant woman's dental management with the sociodemographic factors of the dental surgeons of the Mariscal Nieto province.

**Keywords:** Oral Health, Dental Care and Knowledge

## INTRODUCCIÓN

La etapa gestacional va acompañada de cambios hormonales que pueden exponer a la gestante al riesgo de padecer patologías bucodentales, repercutiendo tanto a la madre como al feto. Principalmente son la caries, gingivitis y periodontitis. Los cirujanos dentistas juegan un papel importante para brindar la prevención y el tratamiento necesario, pero a veces no suelen considerar en cuenta estos aspectos. La presente investigación se enfoca en saber la problemática actual en el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante en los cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto. Asimismo, saber la relación que tiene con los factores sociodemográficos; sexo, grupo etario, años de ejercicio profesional, universidad de procedencia, sector laboral, y especialidad.

Se tiene como objetivo mejorar la atención de la gestante, promoviendo la salud bucodental y la educación. Se busca identificar áreas de mejora en la formación y cuidado para elevar el conocimiento y las prácticas de los profesionales en Moquegua, garantizando una atención efectiva y de calidad.

Esta investigación llegó a ser viable, porque contamos con la disponibilidad de la población de estudio, tiempo, materiales y tuvimos los conocimientos y medios económicos necesarios para poder ejecutarlo.

La tesis consta de cinco capítulos. En el primer capítulo, denominado el problema de investigación contiene la descripción de la realidad problemática, definición del problema, los objetivos, justificación e importancia, operacionalización de variables y la hipótesis de la investigación. En el segundo capítulo, aborda el marco teórico, antecedentes investigativos, bases teóricas y marco conceptual. En el tercer capítulo, denominado método, que estudia el tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de datos. En el cuarto capítulo denominado presentación y análisis de los resultados, se presentan los resultados por variables, contrastación de hipótesis y la discusión de resultados. En el quinto capítulo aborda las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente, se incluye las referencias bibliográficas consultadas y citadas, así como los anexos correspondientes.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Descripción de la Realidad Problemática**

Durante la etapa gestacional, la mujer experimenta diversos cambios hormonales y temporales que afectan varios órganos y repercuten en la cavidad bucodental, provocando muchas alteraciones, así como exacerbando patologías preexistentes (1). En este sentido, con mayor frecuencia se presenta la caries, gingivitis, periodontitis, agrandamiento gingival, granuloma gravídico, alteraciones del pH y segregación salival (2). Los cambios hormonales y fisiológicos provocan vasodilatación gingival, y si la higiene no es adecuada, se acumula más biofilm y cálculo dental, lo que conlleva al sangrado, provocando así molestias (3). Además, es el factor predisponente para el desarrollo de estas patologías, siendo exacerbado con las náuseas y vómitos matutinos, acompañado con una técnica de cepillado incorrecta. Asimismo, el régimen alimenticio juega un papel importante (4). Numerosas muertes perinatales han sido reportadas globalmente estos últimos años, siendo responsable el nacimiento prematuro, con aproximadamente 6 millones (1). Alrededor de 15 millones de neonatos prematuros nacen cada año globalmente, con una prevalencia del 5-9% en Europa, 12% en los Estados Unidos y cerca del 15% en los países en desarrollo (5).

Toda gestante es considerada un grupo poblacional de alta vulnerabilidad en la aparición de patologías bucodentales, y como cirujanos dentistas debemos tenerlo muy en cuenta. Actividades preventivas dirigidas a la promoción de la salud, resultan esenciales para asegurar la salud gestacional (6)

Es frecuente que, en esta etapa gestacional, muchas mujeres desconozcan la importancia del cuidado bucodental, así como presentar miedo de atenderse en la consulta (7). Además, que el 50% de ellas no acuden a su control y tratamiento (8). Existen dentistas que no atienden o postergan el tratamiento, ya sea por miedo o desconocimiento (7).

En 2015, la Dirección de Salud IV Lima Este, reportó datos estadísticos que muestran 2862 gestantes mayores de 18 años y 197 de 12-17 años asistieron a consulta; 22438 mayores de 18 años y 1700 de 12-17 años pasaron exámenes odontológicos. Sin embargo, se registró una baja cantidad de tratamientos preventivos o recuperativos en ellas (9).

La presencia de patología periodontal, puede funcionar como un foco infeccioso que promueve la liberación de ciertas proteínas como las citoquinas y la producción aumentada de prostaglandinas, lo cual puede inducir contracciones del útero y aumentar la probabilidad de parto prematuro y bajo peso al nacer (BPN) (10). Los cambios hormonales favorecen el crecimiento de microorganismos patógenos como *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis* y *Fusobacterium nucleatum*, que al atravesar la barrera placentaria aumentan el riesgo de complicaciones como parto prematuro, preeclampsia y muerte fetal (3). Esta patología infecciosa produce una inflamación sistémica que afecta la salud en general (11). Puede elevar la probabilidad de padecer preeclampsia (12). A su vez, producir patologías cardiovasculares, por ello se resalta la importancia en actividades preventivas y de control (11).

Globalmente, más de 20 millones de neonatos se ven afectados por bajo peso al nacer (inferior a 2.500 kg) cada año. La tasa de incidencia de este problema es de aproximadamente el 14,6%, siendo el 91% en países con ingresos deficientes, principalmente en el sur de Asia y países del África subsahariana. La preeclampsia afecta al 5-8% de las mujeres en etapa gestacional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es la tercera patología responsable de 76,000 muertes maternas anuales, lo que equivale al 16% de la tasa global (5).

La mayoría de mujeres pueden padecer gingivitis, no obstante, la etapa gestacional no provoca directamente la patología periodontal, pero puede

agravarla debido a factores como cambios hormonales y falta de educación. Por ello es importante cuidar la salud bucodental (13). La OMS ha reportado que las patologías bucodentales en general están provocando un impacto significativo en la población mundial, afectando a alrededor de 3500 millones de personas. Se estima que 2000 millones de personas tienen caries permanentes. (14).

La gingivitis, afecta en un 70-90% globalmente, mientras que la patología periodontal del 30-80% y ocurre con mayor frecuencia durante el segundo trimestre gestacional. En esta etapa, el riesgo de periodontitis aumenta en proporción de 1 de cada 5 gestantes, siendo esta patología inflamatoria y a su vez perjudicando los tejidos de inserción (3). La patología gingival y periodontal, en Latinoamérica afecta al 75% y 30% de las gestantes, respectivamente. La prevalencia de caries fue menor en Chile con un 37.6% y un índice de caries, pérdidas y obturaciones dentales (CPOD) de 4,79. El 2011 en Cuba fue 80.95% y en 2015 disminuyó a 62.7%, con CPOD promedio de 2.5. En Colombia 82.8% y CPOD de 6.69, mientras que en Brasil 84.9% y CPOD de 4.09. Lesiones hiperplásicas, como el granuloma gravídico, se desarrollan en respuesta al biofilm, cálculo dental y cambios hormonales, afectando durante el tercer mes gestacional en adelante. Su tasa de prevalencia es de hasta el 5%, representando el 35% de todas las lesiones gingivales (4).

En el ámbito nacional, las cifras de caries y patologías bucodentales en la población en general son alarmantes, llegando a un índice del 90.4% en caries dental y un 85% en patologías periodontales, según los últimos datos del 2019, difundidos por el Ministerio de Salud (MINSA) (15). Los trastornos bucodentales en la población en general tienen un impacto financiero considerable, con pérdidas anuales que superan los 2 mil millones de Nuevos Soles. Dada su alta prevalencia y cronicidad, estas patologías son la segunda causa más común de atención en consultorios externos de establecimientos de salud. (16).

Según investigaciones, en el centro de salud San Francisco-Tacna las gestantes padecen de gingivitis en distintos trimestres en un 100% (17). En Juliaca, el 59.4% de las gestantes en el primer trimestre fueron diagnosticadas con

gingivitis durante su control prenatal en un Centro de Salud, solo una minoría tenía periodontitis 3.4% y la mayoría eran jóvenes (18).

Es de suma importancia que la gestante goce de buena salud para afrontar sin complicaciones los cambios fisiológicos. Los cirujanos dentistas también deben conocer estos cambios y estar atentos a los signos y síntomas de complicaciones, ya que pueden ser los primeros en detectar problemas durante la consulta (19). La etapa gestacional es propicia para orientar, aconsejar y educar sobre salud bucodental a las futuras madres. De hecho, ellas están listas para cambiar su comportamiento y actitudes, por su bienestar (6).

Una buena salud oral y general contribuye a que la madre tenga un hijo sano, buena autoestima y desarrollo normal en sus labores del día a día. Es fundamental tener las competencias imprescindibles, para brindar una atención óptima a la gestante desde que ingresa a la consulta.

La problemática de salud bucodental materna a nivel nacional e internacional se extrapola a los diferentes niveles de atención en Moquegua. Los profesionales cirujanos dentistas tienen una responsabilidad clave en la fase preventiva, recuperativa y de mantenimiento de la salud bucodental, y es preocupante que no se conozca el nivel de conocimiento del manejo odontológico de pacientes gestantes. Debido a que los cambios fisiológicos pueden afectar la salud bucodental, es fundamental que estén capacitados para brindar una atención adecuada en la consulta, así como prevenir complicaciones. Por ello, el objetivo de la presente investigación, es establecer la relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023. Se busca determinar si existen vínculos entre el conocimiento de esta área con los factores sociodemográficos, como el sexo, grupo etario, años de ejercicio profesional, universidad de procedencia, sector laboral, y especialidad.

## **1.2. Definición del Problema**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023?

### **1.3. Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sexo, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.
- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el grupo etario, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.
- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los años de ejercicio profesional, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.
- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la universidad de procedencia, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.
- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sector laboral, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.
- Determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la especialidad, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.

#### **1.4. Justificación e importancia de la investigación**

El propósito de la presente investigación es mejorar la atención odontológica de las mujeres gestantes, al proporcionar los conocimientos sobre su manejo en los cirujanos dentistas y futuros colegas. Esta investigación determinó la relación del nivel de conocimientos del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos en cirujanos dentistas, según la revisión de antecedentes no se realizaron estudios a nivel local, pero si contamos con estudios similares de nivel nacional e internacional. Se aporta conocimientos y se puede conocer que tan capacitados están, así como contribuir a la elaboración de una Guía de Práctica Clínica en atención odontológica especializada para las mujeres gestantes por trimestre por parte del MINSA. Con los resultados obtenidos, se refuerza y reafirma los conocimientos de los cirujanos dentistas asegurando una atención de calidad basada en evidencia científica. Se aborda un problema de salud pública, ya que al mejorar el manejo odontológico contribuye a la salud bucodental y general de la gestante, teniendo un impacto positivo en la población.

A pesar de la situación actual, llegó a ser factible, porque disponemos de recursos necesarios, disponibilidad de las unidades de estudio y conocimientos necesarios para ejecutarlo. Es de interés personal para optar el título profesional de cirujano dentista. La realización de este estudio abre puertas para futuros proyectos de investigación, fomentando el avance en la investigación científica y mejorando la atención sanitaria.

### 1.5. Variables (operacionalización).

Variables	Dimensiones	Indicadores	Valor final: unid/categ	Escala
Nivel de conocimiento del manejo odontológico en gestantes	Adaptación de la fisiología femenina durante la gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Periodo de menor riesgo de complicaciones</li> <li>- pH salival durante la gestación</li> <li>- Parámetro normal de presión arterial durante el 2do y 3er trimestre</li> </ul>	<p>Bueno (11 a 15 puntos)</p> <p>Regular (6 a 10 puntos)</p> <p>Deficiente (0 a 5 puntos)</p>	Ordinal
	Patologías durante la gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades bucales más susceptibles</li> <li>- El embarazo no causa descalcificación dental</li> <li>- Actividad cariogénica</li> </ul>		
	Uso de fármacos durante la gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicación de anestésico local</li> <li>- Tipo de anestésico local</li> <li>- Antimicrobianos indicados en gestantes</li> <li>- Analgésicos indicados en gestantes</li> </ul>		
	Consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicación de tratamiento odontológico</li> <li>- Indicación de radiografías</li> <li>- Manejo de ansiedad</li> <li>- Posición del sillón dental</li> <li>- Indicación de endodoncia</li> </ul>		

Factores sociodemográficos de los Cirujanos Dentistas	Sexo	Rasgos físicos y biológicos distintivos de hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>	Nominal
	Grupo etario	Grupo conformado por individuos de edad similar o cercana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor o igual a 40 años</li> <li>- Mayor de 40 años</li> </ul>	Ordinal
	Años de ejercicio profesional	Experiencia profesional del odontólogo en ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 - 5 años</li> <li>- 6 - 10 años</li> <li>- 11 a más años</li> </ul>	Ordinal
	Universidad de procedencia	Universidad donde se realizaron los estudios de pregrado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privada</li> <li>- Nacional</li> </ul>	Nominal
	Sector laboral	Opciones de trabajo remunerado para odontólogos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privada</li> <li>- Estatal</li> <li>- Ambos</li> </ul>	Nominal
	Especialidad	Especialización en una rama específica de la Odontología con conocimientos y competencias adquiridas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna</li> <li>- Cirugía Bucal y Maxilofacial.</li> <li>- Endodoncia.</li> <li>- Medicina y Patología Estomatológica.</li> <li>- Odontopediatría.</li> <li>- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.</li> </ul>	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Periodoncia e Implantología.</li><li>- Radiología Bucal y Maxilofacial.</li><li>- Rehabilitación Oral.</li><li>- Salud Pública Estomatológica.</li><li>- Salud Familiar y Comunitaria en Odontología.</li><li>- Odontología Forense.</li><li>- Estomatología de Pacientes Especiales.</li><li>- Odontología Restauradora y Estética.</li><li>- Odontogeriatría.</li><li>- Auditoría Odontológica.</li><li>- Administración y Gestión en Estomatología.</li><li>- Implantología Oral Integral.</li></ul>	
--	--	--	---	--

### **1.6.Hipótesis de la investigación.**

Dado que los cambios fisiológicos durante la gestación pueden afectar la salud bucodental de las gestantes, y que los factores sociodemográficos de los cirujanos dentistas pueden influir en su nivel de conocimiento del manejo odontológico, es probable que exista una relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto - Moquegua 2023.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

##### **Antecedentes nacionales**

**Flores E. (2023).** “Factores asociados al conocimiento sobre manejo farmacológico de la gestante en estudiantes de odontología peruanos: un análisis de regresión logística”.

La presente investigación evaluó los factores asociados al conocimiento del manejo farmacológico de la gestante en estudiantes de odontología de la Universidad Privada San Juan Bautista con sede en la capital y provincia, se evaluó a 312 estudiantes mediante un cuestionario de 10 preguntas cerradas donde concluimos que el nivel regular de conocimientos 55.13% fue predominante (20).

**Carapi M. (2022).** “Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre el manejo odontológico de pacientes embarazadas en consultorios de Arequipa, 2022”.

La presente investigación describió el nivel de conocimiento que tienen los cirujanos dentistas de consultorios particulares en Arequipa, sobre el manejo odontológico de pacientes gestantes. Se aplicó una encuesta a 70 odontólogos habilitados en los meses de marzo a junio del 2022, y se encontró que el 52.9% tiene un nivel regular de conocimientos de forma predominante (21).

**Toro H. (2022).** “Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región

### **Lambayeque”.**

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de odontólogos sobre el manejo odontológico de gestantes y su muestra fue de 130 odontólogos, donde les aplico una encuesta virtual, dando como resultados con un nivel de conocimiento regular 56.92% (22).

**Roncero K. (2021). “Nivel de conocimiento y factores sociodemográficos en estudiantes de estomatología de una universidad privada, sobre el manejo estomatológico de pacientes gestantes, Lima - Perú, 2021”.**

La presente investigación analizó la relación entre el nivel de conocimiento y factores sociodemográficos sobre el manejo estomatológico de pacientes gestantes, en estudiantes de estomatología de una universidad privada de Lima. Se utilizó un cuestionario y se evaluó a 136 estudiantes, dando como resultado un conocimiento bueno 65,4%. El factor sociodemográfico que se asoció significativamente fue el ciclo académico (23).

**Guevara L. (2019). “Relación del nivel de competencias sobre el manejo odontológico de pacientes gestantes y los factores sociodemográficos en estudiantes del 4° y 5° año de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, filial Tacna – 2017”.**

El objetivo del estudio es determinar la relación entre el nivel de competencias en el manejo odontológico de pacientes gestantes y los factores sociodemográficos de los estudiantes. De los 53 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, más de la mitad 51% poseen un nivel alto de competencia. El análisis mostró que la edad, sexo, otros estudios con la práctica odontológica están relacionados con el nivel de competencia, mientras que el año de estudios y el trabajo actual no lo están. La mayoría de los estudiantes son mujeres de 20 a 25 años que cursan el cuarto año, ellos trabajan y estudian (24).

### **Antecedentes internacionales**

**Pereira W. Brasil (2021). “Análisis del conocimiento de los cirujanos dentistas y estudiantes de odontología de la macroregión de Araguaíate sobre la terapia medicamentosa, las condiciones sistémicas de las mujeres embarazadas y lactantes”.**

En la siguiente investigación se evaluó el grado de conocimiento en estudiantes y cirujanos dentistas sobre la atención a la gestante, se aplicó una encuesta mediante un cuestionario virtual a 81 estudiantes y 23 cirujanos, el 56.7% tuvo un conocimiento satisfactorio (25).

**Aboalshamat K. Arabia Saudita (2020). “Tratamiento de endodoncia en el embarazo: conocimientos, actitudes y prácticas de dentistas y pasantes en Jeddah, Arabia Saudita”.**

En la siguiente investigación se evaluó el grado de conocimientos, actitudes, prácticas en cirujanos dentistas del tratamiento de endodoncia durante la gestación, para ello se aplicó un cuestionario a 450 pasantes y cirujanos dentistas, el 86,4% de los participantes reconoció la importancia del tratamiento de endodoncia para las pacientes gestantes, siendo el nivel de conocimiento bueno (26).

**Razban M. Suiza (2020). “Conocimientos y prácticas del cuidado de la salud bucal durante el embarazo: una encuesta entre dentistas suizos”.**

El presente estudio evaluó el conocimiento y prácticas de cirujanos dentistas suizos sobre el cuidado bucal en la gestación, para ello se aplicó una encuesta a 200 cirujanos dentistas, donde se obtuvo como resultado un conocimiento necesario para brindar atención bucodental a la gestante (27).

**Ramírez P. Paraguay (2020). “Conocimiento de los alumnos del cuarto y quinto año de la facultad de odontología Santo Tomas de Aquino UNCA sobre el manejo odontológico de las gestantes año 2019”.**

El objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento de los alumnos del cuarto y quinto año del manejo de la embarazada en la Facultad de Odontología Santo Tomas de Aquino. Se aplicó una encuesta a 71 alumnos donde se obtuvo un nivel de conocimiento regular 50% del manejo odontológico de la gestante (28).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Conocimiento**

Tomando en cuenta enfoque de la filosofía del conocimiento, la creación de ideas, conceptos o desarrollos es un proceso mental que ocurre en la mente del individuo a través del uso de habilidades cognitivas. Según Sierra, la

generación, concepción o nacimiento de una idea es un proceso mental impulsado por cuatro factores que posibilitan el surgimiento de una idea. Además de ser acumulativa y útil, la transmisión. Peirce, también hay cuatro formas de llegar a ella, construyendo conocimientos a través de la persistencia, autoridad, y ciencia. Cada uno tiene sus propias características y similitudes. Se puede suponer que únicamente a través del método científico es la manera de crear conocimiento (29).

#### **2.2.1.1 Teoría del conocimiento**

Es responsable del importante estudio del desarrollo, los métodos y los resultados del conocimiento humano en general, y es fundamental para comprender cómo las personas definen y aplican el conocimiento en el día a día y en colectividad generalmente. Esto es especialmente cierto hoy en día, en un mundo en constante evolución y avance de la ciencia. La teoría cognitiva es un tema complejo y rico que involucra muchos campos diferentes del conocimiento, como la filosofía, las ciencias naturales, la psicología y la pedagogía. Por lo tanto, esta teoría es una enseñanza importante para comprender la naturaleza del conocimiento humano y cómo ese conocimiento se desarrolla, prueba y aplica en la sociedad (30).

#### **2.2.1.2 Tipos de conocimiento**

La manera en que se percibe y procesa la información influye en el conocimiento de la persona. Por lo tanto, el conocimiento derivado de las vivencias se conoce como vulgar, mientras que el conocimiento mental se le llama conocimiento lógico. Aquellas son maneras legítimas de aprender y adquirir conocimiento. El conocimiento se ajusta al medio de percepción y se puede obtener tanto a través de la experiencia como de la mente, siendo los dos enfoques correctos para el aprendizaje (30).

##### **2.2.1.2.1 Conocimiento empírico**

Al principio, al observar la naturaleza, una persona comienza a definirse en tiempo real, a partir del conocimiento que le brinda sus experiencias emocionales orientadas a través de su curiosidad. Todos los individuos mantienen en común ello ya que conviven en las mismas condiciones (30).

#### **2.2.1.2.2 Conocimiento filosófico**

Mientras el ser humano va progresando busca comprender el porqué de todo lo que sucede en su ambiente vivencial, cuestionándose toda verdad concebida durante su empirismo. Ellos denominaron como filosofía a esta manera reciente de aprender (30).

#### **2.2.1.2.3 El conocimiento científico**

El ser humano continúa desarrollándose y entiende mejor su posición a través de la investigación donde se dará a conocer y comprobar todo lo que acontece en su entorno (30).

### **2.2.2. Gestación**

Es una etapa particular y relevante en la vida de la mujer, con numerosas modificaciones anatómicas, fisiológicas y hormonales que tienen la posibilidad de repercutir su salud bucodental. Esto incluye cambios del sistema digestivo, renales y urinarios, respiratorio, entre otros y genera mayor riesgo de padecer infecciones bucodentales. Son cambios comunes para las gestantes, debiendo ser consideradas y manejadas por el cirujano dentista al brindar el tratamiento (8).

#### **2.2.2.1. Fisiología durante la gestación**

Durante la etapa gestacional la mujer experimenta diversos cambios fisiológicos y psicológicos, adecuándose para el desarrollo fetal. A su vez, pueden ser graduales y estar influenciados por varios factores, como la edad y el estado físico de la mujer. Estos cambios predisponen a una mayor exigencia en el cuerpo de la mujer, lo cual puede derivar en problemas de salud cuando existen patologías previas o se está propensa a padecer ciertas condiciones, tales como preeclampsia, diabetes gestacional e insuficiencia cardíaca (19).

Durante la etapa gestacional, se presentan dos formas principales de hipertensión que son frecuentes. Una de ellas es la hipertensión gestacional (HTA), que se manifiesta en la segunda mitad del embarazo en mujeres que inicialmente tenían una presión arterial normal. En aproximadamente el 70% de los casos, tiende a normalizarse en el post parto (10 días después). La otra forma es la hipertensión crónica preexistente, la cual no guarda relación con la gestación y continua incluso en el puerperio (31).

#### **2.2.2.1.1 Cambios en el sistema digestivo**

Es común experimentar náuseas y vómitos debido a hormonas como la gonadotropina coriónica humana (GCH), estrógenos y progesterona. Estos síntomas pueden remitir en la semana 20, a veces suelen persistir hacia el final de la etapa gestacional y conforme continua se irán manifestando modificaciones funcionales del sistema gastrointestinal provocado por la expansión uterina, dando como resultado reflujo gastroesofágico, acidez estomacal, náuseas y vómitos. Adicionalmente, estos efectos hormonales tienen la probabilidad de generar estreñimiento y distensión abdominal, agravados por el régimen alimenticio y sedentarismo (19).

Se presentan náuseas y vómitos porque el feto al crecer presiona el estómago, las citas por la mañana se debe evitar si presenta hiperémesis gravídica. Al no poder contener el reflujo los ácidos estomacales suben al esófago, conllevando también a la modificación del pH salival, la cual es un factor de riesgo para la gingivitis, generando sabor metálico y dificultad para deglutir los alimentos (8).

#### **2.2.2.1.2 Cambios renales y urinarios**

Uno de los cambios más importantes es la reducción de la resistencia en la red vascular periférica, debido a los cambios hormonales. Esto provoca un descenso de la presión sanguínea arterial media, e incremento significativo de sodio, repercutiendo en una hipervolemia. Así mismo, los riñones aumentan su tamaño y su flujo de sangre, lo que aumenta la tasa de filtración de los riñones (TFG). Como resultado, disminuye el nivel de creatinina y urea sanguínea. Tener glucosa y proteínas en la orina en esta etapa es normal, lo importante es monitorear su cantidad, ya que si incrementa se traduce en diabetes ó preeclamsia. También, puede ocurrir edema leve en las extremidades inferiores debido a la extravasación de líquido en los capilares (19). Además, durante el principio de esta etapa, la TFG sube en más del 50%, provocando la precipitación de la excreción farmacológica, por la cual debemos adecuar la dosis (8).

#### **2.2.2.1.3 Cambios en el sistema respiratorio**

La mujer experimenta ajustes respiratorios desde las primeras semanas. La

nariz, la garganta y la laringe se dilatan, lo que puede provocar sangrado nasal leve. A medida que el útero crece, el diafragma se eleva y reduce la capacidad pulmonar. Pero, debido a que el tórax también se expande, la capacidad de inhalación se mantiene sin cambios. La frecuencia respiratoria aumenta ligeramente y se respira más oxígeno, lo que puede llevar a una hiperventilación y a una alcalosis respiratoria compensada leve (19). Conforme el feto aumenta de tamaño empuja el diafragma hacia arriba provocando modificaciones ventilatorias. También provoca disnea, que empeora en decúbito supino. Ante situaciones de estrés es posible que disminuya el oxígeno fetal al bajar el flujo de la arteria uterina, por eso es fundamental tener a la paciente calmada durante la atención odontológica (8).

#### **2.2.2.1.4 Cambios del sistema hematológico**

La cantidad de hierro necesaria varía a lo largo de los trimestres. En el primer trimestre, los requerimientos disminuyen debido a la falta de menstruación, pero luego aumentan gradualmente para satisfacer las necesidades de producción de eritrocitos y crecimiento placentario y fetal. Sin embargo, la hemoglobina disminuye debido a la hemodilución, siendo oportuno garantizar un consumo suficiente de hierro como medida preventiva para la anemia por déficit ferroso. Adicionalmente, existen cambios en la variabilidad de células sanguíneas, incluyendo un aumento en el recuento total de leucocitos, una disminución relativa en los linfocitos y un aumento en los monocitos. También, se observa una trombocitopenia leve y un aumento en el tamaño de las plaquetas. El sistema hemostático va modificándose para preparar el cuerpo para el parto (19).

La trombocitopenia gestacional leve, el aumento de glóbulos blancos, hematíes y factores de la coagulación puede producir un mayor riesgo de desarrollar tromboembolismo. Aumentar hematíes súbitamente producirá una anemia fisiológica de la gestación, como mecanismo de defensa para la madre (8).

#### **2.2.2.1.5 Cambios en el sistema cardiovascular**

El sistema cardiovascular experimenta cambios significativos para

garantizar una circulación y perfusión placentaria óptima. Se traduce en el incremento de la volemia, débito cardíaco y una disminución de las resistencias vasculares periféricas. Se observan cambios en la exploración física cardiovascular, como taquicardia sinusal leve y edema periférico. Además, la tensión arterial media reduce gradualmente en las primeras semanas de la etapa gestacional 16-20 debido a la disminución de las resistencias vasculares periféricas, pero luego comienza a aumentar nuevamente. En etapas avanzadas puede ocurrir el síndrome de hipotensión supina gestacional, que se resuelve rápidamente al cambiar la posición de la madre (decúbito lateral izquierdo) (19).

#### **2.2.2.1.6 Cambios en el sistema endocrino**

El eje hipotalámico-hipofisario desempeña un papel importante en dar soporte gestacional para satisfacer sus demandas metabólicas. La placenta libera hormonas que estimulan la producción de hormonas liberadoras de la hipófisis. El tamaño hipofisario se incrementa para la secreción de prolactina, preparando las glándulas mamarias para dar de lactar al neonato (19). Existen niveles elevados de cortisol, lo que dificulta el diagnóstico de trastornos asociados a esta hormona. Los niveles de hormonas tiroideas aumentan, pero el tamaño de esta glándula no sufre modificación. Debido a la disminución relativa de yodo asociado a la etapa gestacional, se recomienda aumentar su consumo en el régimen alimenticio (19). El aumento de hormonas femeninas y GCH provocan la gran parte de cambios fisiológicos, el 45% de gestantes no sintetiza la cantidad necesaria de insulina pudiendo así conllevar a desarrollar diabetes gestacional (32).

#### **2.2.2.1.7 Cambios metabólicos**

Existen cambios importantes en el metabolismo, durante el inicio de la etapa gestacional, la madre está en un estado anabólico por la cual predomina una acumulación de tejido adiposo y mayor receptividad a la insulina. Sin embargo, en etapas avanzadas, pasa a un estado catabólico, donde la resistencia a la insulina se ha incrementado súbitamente, así como niveles de glucosa y ácidos grasos libres. Por diversos procesos, los niveles de glucosa en ayunas se mantienen normales a pesar de la resistencia a la

insulina (19).

Se necesita incrementar la ingesta de proteínas y existe un incremento en los niveles de colesterol y triglicéridos. La madre utiliza su grasa almacenada como principal fuente de energía y su glucosa es la principal fuente de energía fetal. La lipólisis libera ácidos grasos que la madre puede usar como energía y el hígado produce cetonas, donde estas últimas pueden ser utilizadas por el feto a través de la placenta (19).

#### **2.2.2.1.8 Cambios en el sistema inmune**

El sistema inmunológico sufre alteraciones significativas y oportunas para el desarrollo y finalización gestacional. Se incluyen una fase inflamatoria endometrial que posibilita la implantación y formación placentaria, un estado antiinflamatorio en el segundo trimestre y en el tercer trimestre una fase inflamatoria mediada por la respuesta de los linfocitos, crucial para el inicio y avance del trabajo de parto. Es importante destacar que estos cambios no son uniformes y están estrechamente regulados y la isoimmunización materno-fetal, la preeclampsia, el parto prematuro e incluso el aborto espontáneo son algunas de las graves complicaciones que pueden presentarse si no se controlan adecuadamente estos cambios (19).

La gestante es vulnerable a los focos infecciosos y corre riesgo por su progresión rápida. Todo ello es provocado porque la quimiotaxis y células de defensas están en niveles bajos y solo se regularizan al tercer mes después del parto (32).

#### **2.2.2.1.9 Cambios orofaciales**

Es capaz de llegar a experimentar muchos cambios en su salud bucodental, tales como: gingivitis, hiperplasia gingival y granuloma gravídico. No obstante, esto se puede prevenir o reducir con una buena higiene y el cuidado adecuado. Se cree que, debido a los picos elevados de estrógeno, pueden presentar una mayor susceptibilidad a patologías. Agregado a esto, cambios de la mucosa, proliferación celular y composición salival pueden aumentar el riesgo de caries. Pueden experimentar cambios en la pigmentación facial, como melasma (máscara gestacional), que suele desaparecer en el puerperio (33). Se ha reportado el riesgo de parto

prematureo y BPN, asociado a la patología periodontal. La baja segregación salival y reflujo gastrointestinal provoca que la cavidad bucodental sea un medio ácido. También, un régimen alimenticio alto en azúcar, agregado a una ineficiente higiene pueden subir exorbitantemente el riesgo de caries en la etapa gestacional (10).

### **2.2.2.2 Patologías durante la gestación**

La progesterona juega un papel importante para la preparación endometrial y la disminución de la respuesta inmunológica. A pesar de sus beneficios, esta hormona también puede tener efectos adversos, incluyendo un mayor riesgo de patologías cardiovasculares, migrañas, depresión y gingivitis. Un aumento de microbios anaerobios, citoquinas inflamatorias y disminución de la capacidad fagocítica de los leucocitos, son los mecanismos detrás de estos efectos y el estrógeno también produce efectos análogos (4).

La preeclampsia es una condición que se presenta en mujeres gestantes, y se caracteriza por la presencia de edema, hipertensión arterial con la presencia de proteínas en la orina. Los síntomas más comunes incluyen dolor de cabeza, edema en extremidades superiores y rostro. La presión arterial alta después de la semana 20 con un intervalo de 4 horas (140/90) y la presencia de proteínas en la orina mayor a 300mg son los principales criterios diagnósticos. (34).

La diabetes gestacional es una condición que se produce durante la etapa gestacional, provocando niveles altos de azúcar en la sangre debido a la resistencia a la insulina. Suele aparecer en el segundo trimestre y puede durar hasta el tercer trimestre. Los factores de riesgo incluyen la obesidad y los cambios hormonales. La diabetes gestacional generalmente desaparece después del parto. (35).

La diabetes se puede clasificar en pregestacional y gestacional. En la diabetes pregestacional, la glucemia basal se encuentra entre  $\geq 92$  mg/dL y  $< 126$  mg/dL. En cambio, para diagnosticar diabetes gestacional se deben cumplir ciertos criterios como la presencia de una glucemia en ayunas  $>126$  mg/Dl, HbA1c  $> 6,5\%$  y una glucemia plasmática  $>200$  mg/ dL. Para confirmar el diagnóstico de diabetes gestacional se necesitan dos criterios diagnósticos confirmatorios, de los cuales los primeros dos son los más importantes. (35).

## **Patología oral**

### **2.2.2.2.1 Enfermedad periodontal**

Los niveles hormonales cambian y los estrógenos pueden disminuir la capacidad gingival para protegerse contra la inflamación. Esto, junto con una higiene oral deficiente, puede aumentar el riesgo de gingivitis y periodontitis. Los cambios en el sistema inmunológico también pueden contribuir a una mayor respuesta inflamatoria a los irritantes del biofilm (4). Los cambios durante la etapa gestacional con la higiene deficiente favorecen a que la gingivitis avance progresivamente más rápido, es de gran importancia establecer medidas para prevenir y tratar problemas periodontales. Entre sus signos clínicos se presenta una encía inflamada, color rojo oscuro y con fácil sangrado, por la misma vascularización que esta alterada (36).

La periodontitis es una infección crónica en la cual se presenta una gran colonización de bacterias del tipo anaerobio en el tejido de inserción dentaria, presentándose de forma grave, con sangramiento, pudiendo afectar al feto y la placenta (4). Debido a ello algunos autores indican su íntima asociación con el alto riesgo de parto prematuro. Influyen varios factores como la mala higiene, patologías sistémicas y diabetes gestacional. Está relacionada con la preeclampsia por encima de 140/90mm Hg a partir de la semana 20 (37).

El aumento de hormonas sexuales femeninas es el factor responsable de los cambios en el tejido periodontal, debido al biofilm estos cambios inflamatorios hacen que el periodonto se vuelva más vulnerable. Los altos niveles de hormonas sexuales femeninas conllevan a la vascularización del tejido periodontal, traduciendo esto en un mayor riesgo de sangrado gingival (38). Cuando la gestante presenta biofilm dental y una respuesta agravada, como encías edematosas, hiperémicas y sangrado fácil, podemos diagnosticarla con gingivitis gestacional y tiene una prevalencia de 35-100% en las gestantes, puede revertirse eliminando el factor responsable. La periodontitis de la gestante puede influir en el crecimiento y desarrollo fetal debido a los mediadores liberados por los tejidos del foco infeccioso,

pudiendo así los microorganismos llegar a la barrera placentaria (38).

#### **2.2.2.2.2 Granuloma gravídico**

Es una tumoración presente en el segundo o tercer trimestre, de crecimiento veloz y no mayor a dos centímetros de tamaño, se suele presentar en zonas de inflamación prolongada debido a patología gingival, irritaciones y traumatismos. La patogenia de la lesión está asociada con el aumento hormonal estimulando un incremento local en la producción de factores angiogénicos dando así el crecimiento de la vascularización (8).

Es indolora, la lesión es sésil o pediculada, solo si perturba la oclusión o hay sangrado excesivo se puede evaluar la extirpación teniendo en cuenta el riesgo de recidiva, la mejor opción es esperar hasta después del parto donde gradualmente se irá desapareciendo, la extirpación es idónea si lo amerita (8).

#### **2.2.2.2.3 Erosión dental**

La alteración más frecuente es la hiperémesis gravídica que cursa progresivamente con náuseas, vómitos en 0.3-2% de gestantes conllevando a la perimilólisis y niveles de pH bajos. El enjuague precoz con una pequeña porción de NaHCO<sub>3</sub> disuelto en un recipiente personal después del vómito neutraliza sus efectos en el esmalte. El cepillado se posterga, y se aconseja la topificación de flúor barniz (8).

#### **2.2.2.2.4 Caries dental**

La disminución del pH salival se considera una de las principales responsables de la patología cariosa, aunque este problema es multifactorial. Las náuseas y el aumento de la acidez salival, pueden provocar el crecimiento bacteriano y acumulo de biofilm. La poca ó nula higiene bucodental puede contribuir a este problema también (4). Sus factores predisponentes son una mala higiene, régimen alimenticio alto en carbohidratos, cambios de la segregación salival. Las caries no tratadas pueden empeorarse durante y después de la etapa gestacional (8). Al final de esta etapa se encuentran los más altos niveles de Lactobacilos y *Streptococcus mutans* (10).

#### **2.2.2.2.5 Movilidad dental**

La hormona relaxina se excreta para relajar las articulaciones y facilitar el parto, puede afectar el ligamento periodontal y provocar una ligera movilidad que facilita la acumulación de biofilm e inflamación de los tejidos blandos. Es importante señalar que esta movilidad no provoca pérdida de inserción y desaparece después del parto (4). Está asociada a la inflamación periodontal de los tejidos de soporte y cambios minerales de la lámina dura. Los dientes más móviles durante el último mes son los incisivos superiores (39).

#### **2.2.2.2.6 Halitosis**

Son bastantes factores que conllevan al mal aliento, como el tabaquismo, la pobre higiene bucal y sustancias psicotrópicas (39). Entre algunas otras condiciones están los cambios hormonales, patología periodontal, caries, xerostomía, candidiasis oral, lesiones de la mucosa oral (penfigoide gestacional), vómitos, hiperémesis gravídica, reflujo gastroesofágico, cambios en el régimen alimenticio, diabetes gestacional (39).

#### **2.2.2.3 Farmacología durante la gestación**

La placenta permite que nutrientes, fármacos y sustancias tóxicas pasen al feto, y la forma en que los fármacos se mueven hacia los tejidos fetales depende de factores, como su solubilidad en lípidos y su peso molecular. Los cambios fisiológicos durante la etapa gestacional pueden afectar cómo se absorben, distribuyen, metabolizan y excretan los fármacos. Además, la distribución se ve perjudicada debido al incremento del volumen plasmático y la adherencia a proteínas. En cuanto al metabolismo, la progesterona característica gestacional puede aumentar la biotransformación, disminuyendo su vida media farmacológica y su acción en el cuerpo. La excreción puede aumentar debido al mayor flujo plasmático renal y la filtración glomerular (40).

Los defectos congénitos producidos por fármacos y sustancias químicas representan el 1% de los casos. Para establecer el origen, se deben considerar tres criterios: el defecto debe ser producido completamente por la droga, la droga debe atravesar la placenta y afectar directamente el desarrollo fetal, y la exposición debe ocurrir durante un período importante del desarrollo fetal, que

puede ser preimplantacional, durante la organogénesis o en el período fetal. El período más susceptible a sufrir efectos teratogénicos es la organogénesis (semana 2-8), y las alteraciones producen incompatibilidad con el desarrollo vital del feto. En el período fetal (semana 9 en adelante), las alteraciones pueden ser menos graves pero aún pueden afectar su crecimiento y desarrollo (40).

Para el cirujano dentista es muy importante saber la teratogenicidad de los fármacos prescritos (39). Debemos tener en cuenta los riesgos y beneficios antes de hacer una prescripción. Es imprescindible determinar la teratogenicidad del fármaco (39). Recordar que no hay antibióticos que pertenezcan a la categoría A (41). Algunas sustancias tienen la capacidad de provocar anomalías fetales en la etapa embrionaria temprana, lo que se conoce como efecto teratógeno. Entre estas sustancias se incluyen el alcohol, el tabaco, la cocaína, la talidomida, la warfarina, las tetraciclinas, la fenitoína y el ácido valproico (42). La administración de alimentos y medicamentos (FDA) clasifica los fármacos proporcionando las pautas exactas para una adecuada prescripción (40). **(Anexo 06)**

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) generalmente son seguros en dosis mínimas y solo cuando la sintomatología se exacerbe, 6-8 semanas antes del parto se suspende (41). Si se usa en las últimas semanas de gestación esta se prolonga con riesgo de hemorragia post parto, anemia. En el feto principalmente, el cierre prematuro de ductos arterioso, insuficiencia renal, bajo volumen del líquido amniótico (41).

Durante el primer trimestre ciertos AINES pueden provocar el aborto espontáneo (41). En el desarrollo de defectos congénitos en cavidad bucodental, ciertos factores como el exceso de fármacos, genética, estrés, déficit dietético, consanguinidad de la pareja influyen significativamente. El ácido fólico reduce en un 30% la predisposición de estas anomalías (41).

#### **2.2.2.3.1 Antibióticos y otros fármacos**

Las penicilinas y sus derivados (categoría B), así como las combinaciones con inhibidores de betalactamasas, han demostrado un historial de seguridad sólido. La penicilina original y las aminopenicilinas, como la ampicilina y la amoxicilina, son las que tienen más datos de seguridad. La eritromicina

(categoría B) es una alternativa segura, mientras que las cefalosporinas (categoría B) pueden ser utilizadas para infecciones leves o moderadas. Las tetraciclinas (categoría D) están contraindicadas, mientras que el uso de metronidazol (categoría B) debe ser limitado solo al segundo y tercer trimestre. La vancomicina (categoría B) se considera segura en el transcurso del segundo y tercer trimestre gestacional, para tratar infecciones graves por grampositivos, se recomienda precaución en el primer trimestre debido a la falta de datos sobre su seguridad en este período (39).

#### **2.2.2.3.2 Analgésicos**

Se aconseja no recetar AINES e inhibidores de la ciclooxigenasa (COX2) en la última etapa gestacional ya que está comprobado que se prolonga el trabajo de parto debido a la falta de contracciones (39). Su empleo en el primer trimestre ocasiona que los recién nacidos puedan experimentar defectos en el tabique cardíaco (42). La aspirina C/D inhibidora de la COX-1 entre sus riesgos está el aborto espontáneo, retraso en el parto, anemia, cierre prematuro del conducto arterioso del corazón (39). Su empleo no es aconsejable debido a la posibilidad de sufrir hemorragia después del parto (42). Se ha comprobado que el uso del paracetamol es el más seguro durante la gestación, y solo debe prescribirse lo justo y necesario (39).

#### **2.2.2.3.3 Antifúngicos**

Los agentes tópicos como nistatina (categoría C) y clotrimazol (categoría B) para tratar infecciones fúngicas superficiales son seguros y efectivos, aunque se debe tener precaución con el uso de nistatina debido a un posible aumento del riesgo de hipospadias en fetos expuestos. El uso de agentes antimicóticos sistémicos como griseofulvina y ketoconazol (categoría C) debe evitarse debido a su asociación con defectos congénitos. El fluconazol (categoría C) en dosis mayores a 300 mg se considera teratogénico y está contraindicado durante toda la etapa gestacional, pero una dosis única baja puede considerarse después del primer trimestre. La anfotericina B (categoría B) es la alternativa más efectiva para tratar afecciones infecciosas micóticas profundas (39).

#### **2.2.2.3.4 Antivirales**

El uso de aciclovir y valaciclovir (categoría B) por vía oral es seguro y no se asocia con un mayor riesgo de defectos congénitos importantes. Sin embargo, hay datos limitados sobre la seguridad del famciclovir (categoría B), por lo que no se recomienda como primera opción para tratar el Virus del Herpes Simple (VHS) durante la etapa gestacional. Por otro lado, las preparaciones antivirales tópicas de aciclovir y penciclovir (categoría B) son seguras. Aunque los datos de seguridad tienen limitaciones, son reconfortantes porque permiten la terapia en la infección por VHS sin comprometer la salud fetal (39).

#### **2.2.2.3.5 Opioides**

El uso de codeína (categoría C) durante la etapa gestacional es motivo de preocupación, debido a la asociación significativa con defectos de nacimiento y posibles efectos adversos en la madre durante el parto. Aunque la evidencia de teratogenicidad en animales no es concluyente, los estudios epidemiológicos sugieren un riesgo. La codeína junto al paracetamol tiene una clasificación FDA de categoría C, y se debe tener precaución para administrarla en la última etapa gestacional. Además, asociados con su utilización se reportaron casos de síndrome de abstinencia en neonatos (39). Un estudio indica que el uso terapéutico de algunos opiodes durante el primer trimestre se asocia con ciertos defectos congénitos que repercuten en la morbimortalidad fetal (43).

Con el uso de hidrocodona (categoría C) y oxicodona (categoría B) se demostró que el uso de estos opioides con paracetamol aumenta el riesgo de parto prematuro y retardo del crecimiento fetal. Mientras que la oxicodona (categoría B), se indica seguro su uso y se ha identificado un riesgo de defectos congénitos importantes asociados con la exposición a estos opioides. Por lo tanto, se debe tener precaución al prescribir hidrocodona y oxicodona (39).

#### **2.2.2.3.6 Corticosteroides y descongestionantes**

Se deben usar corticosteroides como betametasona (categoría C), dexametasona (categoría C), prednisona (categoría C) y prednisolona

(categoría C) con precaución durante la etapa gestacional y solo después de evaluar el riesgo/beneficio para el feto. No deben administrarse durante el primer trimestre, porque existe una posible asociación entre los corticosteroides y la fisura del labio o paladar. Alrededor del 25% de las mujeres gestantes usa descongestionantes como la pseudoefedrina (categoría B), para la sinusitis odontogénica, aunque se deben evitar siempre que sea posible debido a los posibles riesgos fetales, como la gastrosquisis, la atresia del intestino delgado y la microsomía hemifacial (39).

#### **2.2.2.3.7 Ansiolíticos**

Las benzodiazepinas (categoría C y D) son los ansiolíticos más utilizados en sedación oral, y están contraindicadas en la etapa gestacional. Se ha demostrado que su prescripción puede aumentar el riesgo de paladar hendido, disfunción del sistema nervioso central y defectos congénitos. Aunque el clordiazepóxido se considera más seguros que otras benzodiazepinas, se recomienda evaluar cuidadosamente el riesgo/beneficio y prescribir la dosis más baja posible durante el primer trimestre, para evitar cualquier riesgo potencial (39). El midazolam (categoría C), lorazepam (categoría D) y triazolam (categoría X), no deben ser administradas debido a su alta capacidad teratógena. (42).

#### **2.2.2.3.8 Óxido nitroso**

Se usa en analgesia y anestesia general, en gestantes el empleo fue muy controversial debido a los efectos adversos. La exposición al óxido nitroso siendo de corto tiempo no da mayores problemas en riesgo fetal, pero debemos tomar precauciones para evitar efectos no deseados. El uso se limita ante momentos de altos niveles de ansiedad (42). También, debido al dolor, y miedo significativo se les puede administrar de forma segura con personal médico capacitado (44). Se aconseja la concentración al 50% de N<sub>2</sub>O con oxígeno como máximo en procedimientos odontológicos no electivos. El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) indica que la concentración debe estar entre 25ppm-45mg por m<sup>3</sup> (39).

#### **2.2.2.3.9 Descongestionantes**

Particularmente, se utiliza por vía oral pseudoefedrina (categoría B) y fenilefrina (categoría C) como tratamiento de comunicaciones bucosinusales y sinusitis de origen odontogénico, la prescripción se limita en el primer trimestre por la probabilidad que el feto presente fisura de la pared abdominal, atrofia del intestino delgado y microsomía hemifacial. Además, los descongestionantes inhalados como la oximetazolina y la fenilefrina (Categoría C), están considerados seguros. Sin embargo, investigaciones en gestantes fumadoras demostraron que exponer con oximetazolina durante el segundo trimestre puede desencadenar alteraciones del sistema colector renal del feto (39).

#### **2.2.2.4.0 Anestésicos locales**

Es fundamental utilizar anestesia local efectiva para el tratamiento dental, así como también es importante tener en cuenta los cambios fisiológicos (aumento de progesterona), pueden afectar la sensibilidad de los nervios a los anestésicos locales, y tener en cuenta la mayor vulnerabilidad fetal al tipo de anestesia. Viéndolo así, se recomienda el uso de lidocaína 2% y se sugiere que la anestesia tópica sea con una mezcla de lidocaína y prilocaína, ya que es una opción más segura que la benzocaína. Es preferible utilizar anestésicos locales que tengan un historial sólido de efectos adversos de baja incidencia como primera opción. En particular, se ha demostrado seguro el uso de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100000. Sin embargo, anestésicos locales como articaína, bupivacaína y Mepivacaína (categoría C), están asociados al riesgo de bradicardia fetal (42).

El empleo de epinefrina es importante ya que genera vasoconstricción, al unirse al anestésico brinda hemostasia, retarda su absorción. El tiempo de anestesia dura mucho más y hay baja toxicidad vía sistémica. Por esa razón es ideal la lidocaína al 2% con epinefrina 1:100000 (8).

Cabe señalar que el efecto de un determinado fármaco sobre el feto depende de una serie de factores, como el tipo de agente antimicrobiano, la dosis, el trimestre y la duración del tratamiento. Por lo tanto, es extremadamente importante considerar la etapa gestacional en todas las mujeres en edad fértil

antes de comenzar el tratamiento, y prescribir el fármaco solo si lo amerita. Es necesario combatir la autoprescripción y los hábitos tóxicos, ningún fármaco debe considerarse inocuo, elegir más seguros y conocidos. Siempre se debe evaluar el riesgo/beneficio. Además, se debe usar la dosis efectiva más baja para minimizar el posible riesgo fetal (45). (**Anexo 07**)

#### **2.2.2.4 Pautas a seguir para el tratamiento odontológico de la gestante**

La falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental del paciente, la comunicación insuficiente entre proveedores de atención médica y odontológica, y la indecisión de algunos cirujanos dentistas a tratarlas son factores que contribuyen a la falta de atención gestacional. Existen cuatro categorías diferentes de tratamiento que sirven para abordar los desafíos del manejo odontológico durante la etapa gestacional (10).

- a) **Tratamiento de emergencia:** alto riesgo para la vida e implica atención de forma inmediata. Incluye por ejemplo hemorragias severas bucales, complicaciones de la celulitis, traumatismos maxilofaciales (10).
- b) **Tratamiento urgente:** la paciente manifiesta sintomatología que le imposibilita hacer sus quehaceres diarios, debemos manejarlo oportunamente y estos pueden ser pulpitis irreversible con sintomatología, abscesos, síndrome del diente fisurado (10).
- c) **Tratamiento necesario:** todos los hallazgos encontrados en el examen bucodental y que ayudara a mejorar la salud como dolor mínimo de algún diente con fractura, dientes afectados por periodontitis crónica, pulpitis irreversible sin sintomatología (10).
- d) **Tratamiento electivo:** procedimientos necesarios por hacer, pero pueden posponerse como la cirugía estética, carillas estéticas, blanqueamiento (10).

Es de suma relevancia en esta etapa el énfasis de la salud bucodental, mediante la prevención, evaluación, tratamientos oportunos y educación de todo lo necesario (46). Para ello debemos realizar una buena anamnesis, verificando la historia clínica, antecedentes médicos y dietéticos, inclusive saber si fuma, toma alcohol o usa narcóticos. Se le examina mediante el odontograma, periodontograma y el índice de riesgo de caries/patología periodontal (46).

Si es necesario, consultar con el médico de la paciente para consideraciones médicas durante la etapa gestacional (39). En esta etapa, están predispuestas a infectarse con patologías contagiosas de los infantes, por ello se debe evitar que estén mucho tiempo con ellos en sala de espera (41). Si lo requiere se tomará radiografías para así poder diagnosticar adecuadamente (46). Está afirmado que la terapia endodóntica es ideal en el tratamiento de la gestante, los irrigantes y materiales de obturación no repercuten en el feto (39). Se recomienda evitar procedimientos extensos, la colocación de aparatología fija y removible. Es mejor posponerlo hasta el puerperio, para no poner en riesgo a la madre y el neonato (10).

Las urgencias bucales deben ser tratadas conjuntamente con el médico y cirujano dentista (45). Debemos motivar a la gestante para que acuda a su cita y resaltar lo importante del cuidado preventivo en la salud bucodental, como también el diagnóstico y tratamiento necesario (45). Acudir a la cita puede desencadenar mucho estrés en la gestante, para disminuir esta situación se recomienda un trato amable, terapias cortas y manejo adecuado del dolor (45).

El feto solo obtiene el calcio de la alimentación, si hay déficit lo obtendrá del líquido extracelular. En tanto el órgano dentario no sufre modificación (47). La atención en distintos niveles de atención se dará acorde al estado de salud (48). En el segundo trimestre se indica de manera segura todo tratamiento odontológico, que consta de la semana 14 a 27 de gestación (39).

#### **2.2.2.4.1 La atención odontológica**

Se puede realizar en cualquier etapa siguiendo las siguientes precauciones:

- Correcta y minuciosa anamnesis donde se evalué el estado bucal y salud general, con consentimiento informado de la gestante.
- El odontólogo debe instruir y orientar al paciente con la técnica adecuada y bien hecha de higiene oral, así como la asesoría nutricional para ella y el neonato.
- La atención debe ser en la mañana ó tarde, dependiendo el horario donde la gestante sienta menos náuseas.
- Se debe dar seguimiento a los signos vitales durante la atención si

fuera necesario.

- La atención odontológica será acorde al trimestre gestacional (38).

#### **2.2.2.4.2 Primer trimestre (concepción a semana 13)**

No es una etapa oportuna para iniciar tratamientos, la organogénesis esta activa con peligro a teratogenicidad. Suben las probabilidades de sufrir un aborto (48). Si sucede un aborto espontáneo corremos riesgo de que nos inculpen por mala praxis, y aquello se puede evitar (2).

El objetivo es brindar información sobre los cambios bucales durante la etapa gestacional y cómo prevenirlos. Es necesario eliminar infecciones, dolor dental, y reducir la colonización de bacterias que provocan patologías bucodentales. Debe asegurarse que la posición en la unidad dental sea normal (supino) (49).

#### **Recomendaciones: (Anexo 08)**

- Enfatizar la importancia de una buena higiene oral y control del biofilm, educar sobre los cambios orales y fisiológicos.
- Limitar el tratamiento dental a la profilaxis periodontal y los tratamientos de emergencia únicamente.
- Se evita procedimientos electivos.
- Realizar radiografías de forma selectiva y solo cuando sean necesarias (10).
- Se puede utilizar clorhexidina (49).

#### **2.2.2.4.3 Segundo trimestre (semana 14 a 27)**

La organogénesis se completa, tales tratamientos electivos se realizan con confianza durante el segundo trimestre hasta mediados del tercer trimestre. Menor riesgo de presentar nauseas o regurgitaciones. Se debe seguir instruyendo la higiene bucal y hábitos dietéticos (50).

El objetivo es brindar tratamiento para la patología cariosa y periodontal, mientras la paciente se encuentra en una posición parcialmente inclinada en el sillón dental, preferiblemente entre las semanas 14 y 20 (49).

#### **Recomendaciones: (Anexo 08)**

- Proporcionar instrucciones para mantener una buena higiene bucal y controlar el biofilm.

- Los procedimientos de raspado, pulido y curetaje se deben realizar en casos de presentar cálculo por biofilm acumulado.
- Es importante controlar las patologías bucodentales activas como la caries dental, gingivitis, periodontitis e infecciones.
- La atención dental electiva, como endodoncias, extracciones y restauraciones, se puede realizar de manera segura, tomando las precauciones necesarias.
- Estar pendiente de la adecuada posición de la gestante (semi-inclinada).
- Realizar radiografías de forma selectiva y solo cuando sean necesarias (10).
- No se debe utilizar empastes de amalgama, ni realizar blanqueamientos.
- Ideal que todo procedimiento sea con aislamiento absoluto, y las sesiones deben ser de corta duración (49).

#### **2.2.2.4.4 Tercer trimestre (semana 28 hasta el parto)**

Tratamientos electivos se evitan de la mitad del tercer trimestre en adelante, debido al elevado riesgo de síndrome de hipotensión supina (se adopta otra posición en el sillón dental) y la incontinencia urinaria (50). Las citas deben ser breves, procedimientos complejos se deben postergar, preferentemente se deben eliminar caries activas y remanentes radiculares (50).

Durante el tercer trimestre, solo se brinda atención de urgencia debido a la condición gestacional. Si retrasa el tratamiento (por ser postergable), será hasta después del parto. El propósito de este período es eliminar la infección y tratar el dolor dental. La posición es sentada (49).

#### **Recomendaciones: (Anexo 08)**

- Proporcionar instrucciones para mantener una buena higiene bucodental y controlar el biofilm.
- Los procedimientos de raspado, pulido y curetaje se deben realizar en casos de acumulación de biofilm y cálculo dental.
- Es importante controlar las patologías bucodentales activas como la caries dental, gingivitis, periodontitis e infecciones.

- Realizar radiografías de forma selectiva y solo cuando sean necesarias.
- Procedimientos dentales electivos son seguros, pero se debe evitar durante la segunda mitad del tercer trimestre (10).
- Estar pendiente de la adecuada posición de la gestante
- Si se va realizar tratamientos deben ser de urgencia
- Se deberá colocar una almohada en la cadera lateral derecha
- Las sesiones deben ser breves (49).



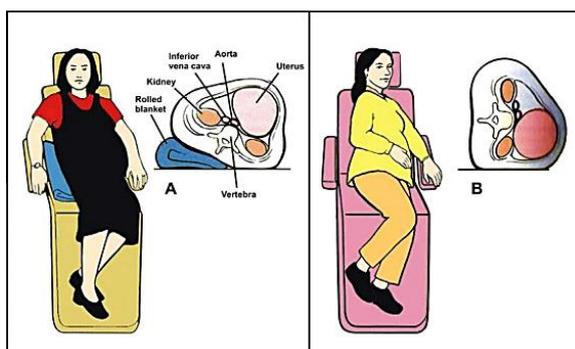
*Figura 1. Sillón a 165° aproximadamente. Figura 2. Sillón a 150° aproximadamente. Figura 3. Posición semisentada sillón a 135° aproximadamente.*

*Figuras 1, 2 y 3. Posiciones del sillón dental en los diferentes trimestres del embarazo.*

**Figura 1** Posiciones por trimestres son de 165°, segundo 150° y tercero 135° (51).

#### **2.2.2.4.5 Posición de la paciente gestante**

Es imprescindible que este correctamente posicionada y segura, acorde al trimestre gestacional. Tomar en cuenta estos parámetros nos ayudara a prevenir complicaciones (48). En alrededor del 15-20%, se produce una disminución en la presión arterial, conocida como síndrome de hipotensión postural. Clínicamente se puede manifestar con mareos, debilidad, escalofríos, taquicardia, náuseas, síncope debido a la presión fetal contra la vena cava inferior (52). En la última etapa gestacional, se sugiere que la paciente adopte una posición semi-inclinada de 5 a 15° hacia la izquierda y que se utilice un soporte debajo de la cadera derecha, como un cojín o almohada (39). La finalidad es elevar 10-12cm para que así la gestante permanezca en posición decúbito lateral izquierdo (53). **(Figura 2)**



**Figura 2** Posición adecuada de la gestante (48)

#### **2.2.2.4.6 Materiales de restauración**

Los materiales dentales a base de resina, como las resinas compuestas, son una opción popular para las restauraciones debido a sus beneficios estéticos y su seguridad, en comparación con las aleaciones de mercurio. Estos materiales están hechos de resinas orgánicas y otros componentes, como solventes y rellenos inorgánicos. Aunque algunas resinas contienen Bis-GMA, un compuesto que contiene Bisfenol A (BPA) y otros monómeros (39). Respecto al BPA, hasta el momento no se ha evidenciado que sea perjudicial en la etapa gestacional y no presenta ningún riesgo (49).

La FDA realizó un metaanálisis de 200 investigaciones y determina segura y eficiente a las resinas compuestas y demás materiales (36). El uso de empastes de amalgama está prohibido. Los agentes blanqueadores están contraindicados en el blanqueamiento dental debido a que facilitan la liberación de mercurio de las amalgamas (49). El ionómero vítreo al liberar flúor inhibe la infección por caries secundaria (48). Se aconseja el uso de aislamiento absoluto y aspiración (49).

#### **2.2.2.4.7 Imagenología**

La exposición a los rayos X puede tener efectos adversos en las células fetales, resultando en abortos, defectos congénitos y problemas de salud mental. Por lo tanto, es importante tomar precauciones para minimizar la exposición fetal durante la realización de radiografías dentales, como el uso de delantales plomados, haces de radiación colimados y de cono largo, y películas de alta velocidad. La tomografía computarizada (TC) podría ser

útil para localizar infecciones internas, su dosis de radiación es mayor que las radiografías simples. La resonancia magnética (IRM) posiblemente sea una alternativa segura ya que no utiliza radiación ionizante, pero aún se desconocen los efectos de los fuertes campos magnéticos en la exposición fetal (2).

Es seguro realizar una radiografía dental durante la etapa gestacional si se toman las precauciones necesarias. Según el American College of Radiology (ACR), no representan un riesgo significativo de radiación para el feto y estudios recientes han demostrado que la radiación ionizante en dosis menores a 5 rad no aumenta el riesgo de complicaciones (42). Solo las requeridas por el paciente y a juicio clínico del operador. Se realizan con la debida protección, como el collarín tiroideo y delantal de plomo (50).

#### **2.2.2.4.8 La prevención**

- Dar la importancia de la técnica de cepillado y uso de aditamentos como método preventivo de biofilm bacteriano.
- La prescripción de agentes fluorados se evalúa si la gestante obtiene de otros medios.
- El cálculo dental se debe remover, eliminar focos infecciosos y deben cambiarse las restauraciones en mal estado
- Se debe monitorizar el régimen alimenticio y evitar alimentos cariogénicos (41).

#### **2.2.2.4.9 Cuidados orales en la etapa gestacional**

Las visitas deben ser por lo menos dos veces al año, cada seis meses y si hay muchas molestias (52).

Las reglas para una salud óptima en casa son las siguientes:

- Cepillado bucal con pasta fluorada 1200 ppm después de cada comida por 2 minutos, uso de hilo dental o cepillo interdental por las noches.
- Caso sea necesario, considerar la posibilidad de utilizar un cepillo de dientes eléctrico con sistema de control de presión y tecnología de rotación oscilante.
- Complementariamente utilizar enjuague bucal fluorado sin alcohol,

no olvidar enjuagarse antes de acostarse.

- Si clínicamente observamos espacios o dientes faltantes se les debe enseñar a usar cepillos interdetales.
- Masticar chicle sin azúcar con xilitol de 10 a 15 minutos después de las comidas minimizará la cantidad de bacterias cariogénicas y estimulará la segregación salival, incluir en el régimen alimenticio pequeñas porciones de frutas, verduras, yogur y queso a lo largo del día.
- Lleve un régimen alimenticio saludable con baja ingesta de azúcares agregados.
- Se recomienda beber agua y leche desnatada en vez de beber refrescos carbonatados.
- En caso de vómitos, se indicará enjuagarse (diluir en una taza con agua 1 cucharadita de bicarbonato), ayuda a neutralizar los efectos del ácido estomacal en el esmalte dental, y dejar pasar media hora para cepillarse (49).
- Para prevenir las náuseas, se recomienda cepillarse los dientes al menos dos veces al día con un cepillo pequeño y de cerdas suaves.
- Cambie su cepillo cada 3 meses.
- Para una salud periodontal óptima se indicará la clorhexidina sin alcohol (52).

#### **2.2.2.5.0 Técnicas de higiene oral**

El cepillado es esencial para la prevención de patologías bucodentales, donde se consigue eliminar el biofilm supragingival y subgingival, tinciones y restos alimenticios. Esta acción lo realiza el paciente ó cuidadores si lo requiere. Para conseguir el éxito, se basa en tres aspectos del comportamiento: cognitivo, procedimental y actitudinal, que incluye el conocimiento de la etiología cariosa y periodontal, la inclusión motriz y la constante motivación para que se vuelva un hábito de comportamiento. Cepillarse durante dos minutos, dos veces al día es importante para obtener una óptima salud bucodental, se recomienda sostener el cepillo como un lápiz para evitar dañar los tejidos periodontales. Es aconsejable optar por

cepillos de dientes con cabeza pequeña, recta y plana con penachos suaves. La técnica de Bass es indicada para pacientes que padecen maloclusiones y patología periodontal (54).

- **Técnica de Bass**

Para aplicar esta técnica de higiene, implica inclinar el cepillo a 45 grados hacia las encías, permitiendo que las cerdas se introduzcan en el espacio subgingival 0.5mm. Se hacen movimientos oscilantes cortos, finalizando con un movimiento de barrido hacia oclusal. En grupo de 2 a 3 dientes por 10 segundos aproximadamente (55). Colocar el cepillo sobre las caras oclusales y realizar un movimiento suave de adelante hacia atrás, finalizando con la higiene lingual (56).

- **Técnica de Bass modificada**

Se recomienda para pacientes con o sin patología periodontal, maloclusión o excesiva profundidad al sondaje, para ello posicionamos el cepillo en un ángulo de 45° en dirección apical, tocando los dientes y las encías delicadamente. Se hacen movimientos oscilantes cortos, luego un movimiento de barrido hacia oclusal, finalizando con la higiene de las caras oclusales y la lengua (54).

- **Técnica de Charters**

Indicada para pacientes con ó sin patología periodontal y diversas afecciones, como recesión gingival, lesiones cervicales no cariosas, pérdida de tejido interdental, espacios interdentes, paciente con aparatología ortodóncica fija, pilares de rehabilitación y posterior a una cirugía periodontal. Las cerdas se colocan en el margen gingival, creando un ángulo de 45° con el diente y mirando hacia el borde incisal u oclusal, delicadamente realizar movimientos apicocoronales vibratorios rotatorios (54).

- **Cepillado dental eléctrico**

Es posible optar por un cepillo eléctrico oscilante/rotatorio para lograr una buena higiene bucal, se coloca correctamente el cepillo cerca de la línea de las encías y sobre los dientes, para que los

penachos puedan penetrar en el espacio interdental (no aplicar más presión). Indicada para pacientes con diversas condiciones especiales, aparatología ortodóncica fija, trastornos motores, baja motivación u adherencia al cepillado tradicional, hospitalizados, etc. Se debe seguir una rutina de cepillado por cada cuadrante de aproximadamente 30 segundos (54).

- **Hilo dental**

Es importante utilizarlo en todos los dientes; para comenzar con la higiene se secciona hilo dental de 40 a 50 cm de largo, enrollar alrededor del dedo medio de una mano, y una pequeña cantidad en el dedo medio de la otra mano. Con los dedos pulgar e índices deslizar el hilo dental entre los dientes, se debe hacer en un movimiento de zigzag, curvar el hilo alrededor del diente y retirar suavemente hacia oclusal. Además, es importante desenrollar una parte limpia del hilo dental al pasar de un diente a otro (55).

- **Cepillo interproximal**

Al emplear el cepillo interdental, se busca que los filamentos toquen solamente los dientes, para ello se considera elegir un tamaño idóneo. Luego, retiramos de dentro hacia afuera sin hacer movimientos rotatorios. Para dientes posteriores, doblar el cuello del cepillo para formar el ángulo (56). Enjuagar antes de pasar al siguiente espacio interdental. Dependiendo de la calidad y de su uso, es importante cambiarlo a la semana, cuando las cerdas estén desgastadas o el metal debilitado (57).

- **Limpiador lingual**

Primero, se debe sujetar el limpiador lingual por el mango y utilizar la superficie activa para limpiar la parte central de la lengua. Después, se debe sacar la lengua, ubicar el limpiador en la parte más posterior posible, acto seguido desplazar hacia la parte más anterior. Luego, lavamos el limpiador y se continúa limpiando los bordes laterales linguales, lavándolo después de cada remoción. Finalmente, enjuagar la boca (56). El limpiador tiene una larga vida

útil de hasta un año, siempre que se mantengan limpios, secos y en un estuche para evitar la contaminación. Para sustituirlo debe estar distorsionado, doblado o fracturado (58).

### **2.3. Marco conceptual.**

**Gestación:** Periodo a partir de la implantación del cigoto hasta el nacimiento, la gestación dura en promedio 280 días (59).

**Síncope:** Es una pérdida repentina y breve de la conciencia, puede presentar extremidades con baja temperatura, bradicardia, contracciones involuntarias y respiraciones superficiales (60).

**Ansiedad:** Es una respuesta mental frente a estímulos problema de forma premonitoria, algunas personas son más perceptibles y tienen mayor ansiedad. Cuando hay ansiedad dental puede presentarse aumento de la frecuencia cardiaca, sequedad oral, hiperhidrosis palmar y una percepción de vacío ventral (61).

**Hábitos saludables:** Son los comportamientos que consideramos propios en nuestro día a día, influyendo de buena manera en nuestra salud y confort general (62).

**Teratógenos:** Es la alteración permanente del desarrollo, función embrionaria provocado por algún agente (63).

**Barrera placentaria:** Son las paredes que impiden la unión de sangre materna y fetal (64).

**Aborto espontáneo:** Se considera una muerte fetal no inducida, este suceso se da antes de la 20va semana de gestación (65).

**Estrógenos:** El estrógeno es una hormona sexual esteroidea que asegura el desarrollo del órgano sexual de la mujer, manifestación de características del sexo y la regularización del ciclo menstrual (66).

**Progesterona:** Hormona sexual de la mujer producida por ovarios, placenta, glándulas suprarrenales, hígado con función relevante para el ciclo menstrual y la gestación (67).

**Hiperémesis gravídica:** Son las náuseas ó vómitos constantes y enérgicos durante la segunda y duodécima semana que remiten hacia mediados de la etapa gestacional, si no es tratada a tiempo conduce a la deshidratación y otras

complicaciones. Se manifiestan en ayunas y remiten durante el día (68).

**Perimilólisis (erosión dental):** Es la pérdida gradual de la capa del esmalte y dentina, mediado por distintos orígenes etiológicos, durante la gestación está provocada por regurgitaciones y es común en la hiperémesis gravídica (69).

**Bicarbonato de sodio:** Es un antiácido que neutraliza la regurgitación ácida e indigestión (70).

El  $\text{NaHCO}_3$  equilibra el ph salival, posee efecto antibacteriano sobre la microbiota oral destruyendo las bacterias patógenas de la caries dental (71).

**Periodo de organogénesis:** Es una organización de procesos y cambios del periodo embrionario, dando como resultado una masa amorfa celular que se convierte en un órgano desarrollado (68).

Se da desde la segunda y octava semana, es más probable que el feto sea afectado por los efectos teratógenos, ocasionando deformidades importantes en su formación (40).

**Trabajo de parto:** Son las contracciones consecutivas que se intensifican gradualmente con la finalidad de conseguir la dilatación y afinación del cuello uterino y así poder expulsar el feto (72).

**Xilitol:** Es un alcohol que inhibe el crecimiento bacteriano en el flujo salival y biofilm, de esta manera mejora la segregación salival, también tiene otros beneficios como evitar la desmineralización ácida del esmalte y prevenir las patologías periodontales (73).

## **CAPITULO III: METODO**

### **3.1. Tipo de investigación.**

Observacional, debido a que no se realizó ninguna manipulación de la variable de estudio, sino que se centró únicamente en su descripción y observación. Transversal, porque se aplicó y recolecto datos de la encuesta en un momento único. Prospectivo, ya que la información y datos fueron tomados posterior a la aplicación del instrumento. Analítico, se determinó la relación existente entre las variables.

### **3.2. Diseño de investigación.**

La presente investigación se enmarca en un diseño no experimental, ya que no se realizó una manipulación directa de la variable de estudio y aseguado de asociación, buscando establecer la relación entre dos variables en un momento específico. En el nivel Relacional.

### **3.3. Población.**

La población de estudio estuvo conformada por 102 Cirujanos Dentistas de la provincia Mariscal Nieto, que de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se consideró a 82 participantes. No siendo necesario realizar un muestreo.

### **Criterios de inclusión**

- Cirujanos dentistas colegiados y habilitados hasta el mes de abril del año 2023, en el Colegio Odontológico del Perú (COP) - Región Moquegua.
- Cirujanos dentistas que acepten voluntariamente su participación en el consentimiento informado. (**Anexo 02**)
- Cirujanos dentistas que laboren en la Provincia Mariscal Nieto – Moquegua.
- Cirujanos dentistas de ambos sexos.

### **Criterios de exclusión**

- Cirujanos dentistas que llenen de forma incompleta el cuestionario.
- Cirujanos dentistas no habilitados en el COP – de la provincia Mariscal Nieto, región Moquegua.
- Cirujanos dentistas que no deseen participar de la investigación.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

La técnica empleada fue la encuesta, para la toma de los datos se empleó el instrumento cuestionario del manejo odontológico en gestantes elaborado por Toro H (22), reestructurado y validado para cuantificar el nivel de conocimiento de cirujanos dentistas. (**Anexo 03**)

#### **1) Diseño del cuestionario**

El cuestionario consta de 15 preguntas dividido en 4 dimensiones (**Anexo 03**)

- Nivel de conocimiento sobre la fisiología femenina durante la gestación (3 preguntas)
- Nivel de conocimiento sobre las patologías durante la gestación (3 preguntas)
- Nivel de conocimiento sobre el manejo de fármacos durante la gestación (4 preguntas)
- Nivel de conocimiento sobre el tratamiento odontológico durante la gestación (5 preguntas)

#### **2) Calificación y puntaje**

Cada pregunta del cuestionario tiene varias opciones de respuesta, y solamente una de ellas es la correcta. Si el participante selecciona la

respuesta correcta, se otorga un punto. En caso de seleccionar una respuesta incorrecta, no se otorga ningún punto. Al finalizar el cuestionario, se sumó los puntos obtenidos en cada pregunta para obtener una puntuación total máxima de 15 puntos.

- Bueno: de 11 a 15 puntos
- Regular: de 6 a 10 puntos
- Deficiente: de 0 a 5 puntos

Basándonos en los valores establecidos, podemos ordenar los puntajes de la siguiente manera:

Adaptación de la fisiología femenina durante la gestación

- Bueno: 3 puntos
- Regular: 2 puntos
- Deficiente: 0 a 1 puntos

Patologías durante la gestación

- Bueno: 3 puntos
- Regular: 2 puntos
- Deficiente: 0 a 1 puntos

Uso de fármacos durante la gestación

- Bueno: 4 puntos
- Regular: 2 a 3 puntos
- Deficiente: 0 a 1 puntos

Consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes

- Bueno: 4 a 5 puntos
- Regular: 2 a 3 puntos
- Deficiente: 0 a 1 puntos

### 3) Validez

A través del juicio de expertos especializados, Toro H (22) validó su instrumento. (**Anexo 4**)

Es de fuente confiable ya que contamos con buena información, existe recursos humanos suficientes para la aplicación de la investigación, debido a su naturaleza no se provocó daño al objeto de estudio. La investigación nos permitió determinar la relación entre el nivel de conocimiento del

manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, en cirujanos dentistas.

#### **4) Confiabilidad**

La investigación es confiable porque se basó en el Alfa de Cronbach 0.745 de una prueba experimental con 20 cirujanos dentistas que cumplían con los criterios de elegibilidad (22). (**Anexo 5**)

#### **5) Procedimientos y estrategias**

Para llevar a cabo esta investigación, se procedió a solicitar a la decana del COP - región Moquegua un listado de los cirujanos dentistas, que se encuentren colegiados, habilitados y laborando en la Provincia Mariscal Nieto, para así planificar la recolección de datos. Después de tener la información de cada participante se seleccionó según los criterios de elegibilidad establecidos previamente, se compartió el enlace del cuestionario de google Forms a través de plataformas de comunicación, como WhatsApp y correo electrónico, se les invitó amablemente a participar en el estudio. Se les proporcionó una explicación detallada de cómo acceder al enlace y se les pidió que revisen y acepten el consentimiento informado antes de continuar con el cuestionario. El cuestionario constó de 15 preguntas de opción múltiple, donde seleccionaron la opción correcta para cada una. Además, que la información personal de cada participante fue anónima y confidencial, indicaron su sexo, edad, años de ejercicio profesional, universidad de procedencia (privada, nacional), sector laboral (privada, estatal, ambos), y especialidad. Es importante destacar que todas las preguntas fueron obligatorias, asegurando así que se responda cada una de ellas. Al finalizar, se expresó nuestro sincero agradecimiento a los participantes por su valiosa contribución al estudio.

### **3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Después de recolectar la información estadística, los datos del cuestionario de Google Forms se transfirieron a Excel para su codificación y posteriormente se utilizó el software estadístico SPSS versión 26 para realizar el análisis descriptivo. En este análisis se calcularon las frecuencias absolutas y relativas con sus porcentajes, los cuales se presentan en tablas de resultados, de esta

manera proporcionando información para realizar pruebas estadísticas y obtener el resultado final. Para la estadística inferencial y contrastación de hipótesis se procedió a asociar las variables de estudio, la cual se llevó a cabo mediante la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, asumiendo una significancia de p-valor menor a 0.05. Una vez concluido el análisis, se llevó a cabo la discusión e interpretación de los resultados, y se elaboró las conclusiones correspondientes.

**CAPITULO IV**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### 4.1. Presentación de resultados por variables

**Tabla 1**

*Características de la población de estudio*

<b>CARACTERÍSTICAS</b>		<b>N = 82</b>	<b>%100</b>
Sexo	Femenino	49	59.76
	Masculino	33	40.24
Grupo etario	Menor o Igual 40	59	71.95
	Mayor de 40	23	28.05
Años de ejercicio profesional	1 a 5 años	24	29.27
	6 a 10 años	35	42.68
	11 a más años	23	28.05
Universidad de procedencia	Privada	77	93.90
	Nacional	5	6.10
Sector laboral	Privada	56	68.30
	Estatad	11	13.40
	Ambos	15	18.30
Especialidad	Ortodoncia	8	9.76
	Rehabilitación	7	8.54
	Odontopediatría	4	4.88
	Periodoncia	3	3.66
	Salud Pública	3	3.66
	Administración Gestión	2	2.44
	Endodoncia	1	1.22
	Patología	1	1.22
	Odontología Forense	1	1.22
	Estética	1	1.22
	Auditoría	1	1.22
	Ninguno	50	60.98

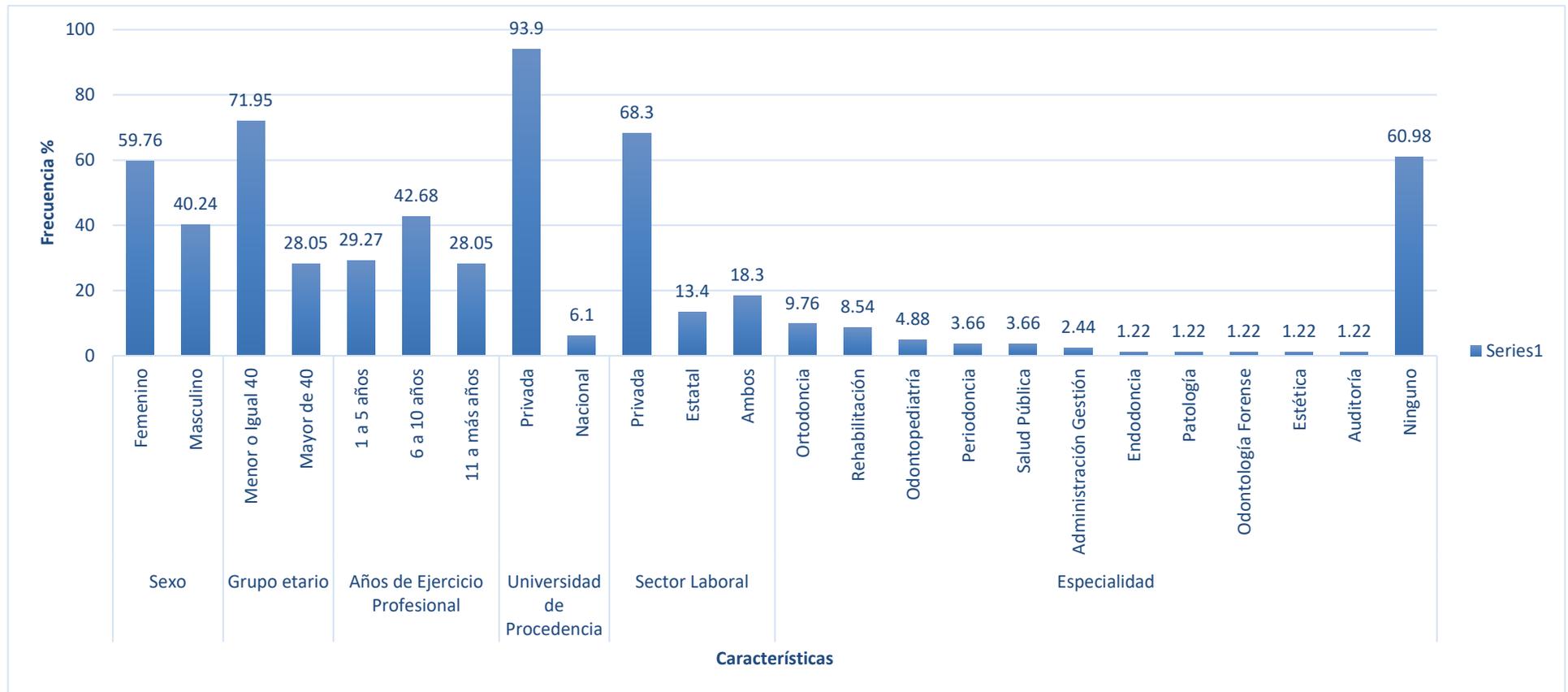
*Fuente: elaboración propia*

En la tabla 1 se observa las características de la población de estudio donde de los 82 cirujanos dentistas estudiados la mayoría 59.76% son de sexo femenino, en cuanto al grupo etario los menores o iguales a 40 años prevalecen alcanzando un 71.95%. En cuanto a los años de ejercicio profesional que vienen desarrollando la mayor parte estudiada se encuentra entre los 6 a 10 años con un 42.68%. Respecto a la universidad donde realizaron sus estudios,

casi la totalidad 93.90% lo hicieron en una universidad privada y el 68.30% viene laborando en el sector privado. Respecto a la especialidad que tienen los cirujanos dentistas estudiados, la mayoría 60.98% no tiene especialidad, el 9.76% son de Ortodoncia y 8.54% de Rehabilitación, con un 4.88% Odontopediatría, seguidos por Periodoncia y Salud Publica ambos con 3.66%.

**Figura 1**

*Características de la población de estudio*



*Fuente: elaboración propia*

**Tabla 2**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sexo en los cirujanos dentistas.*

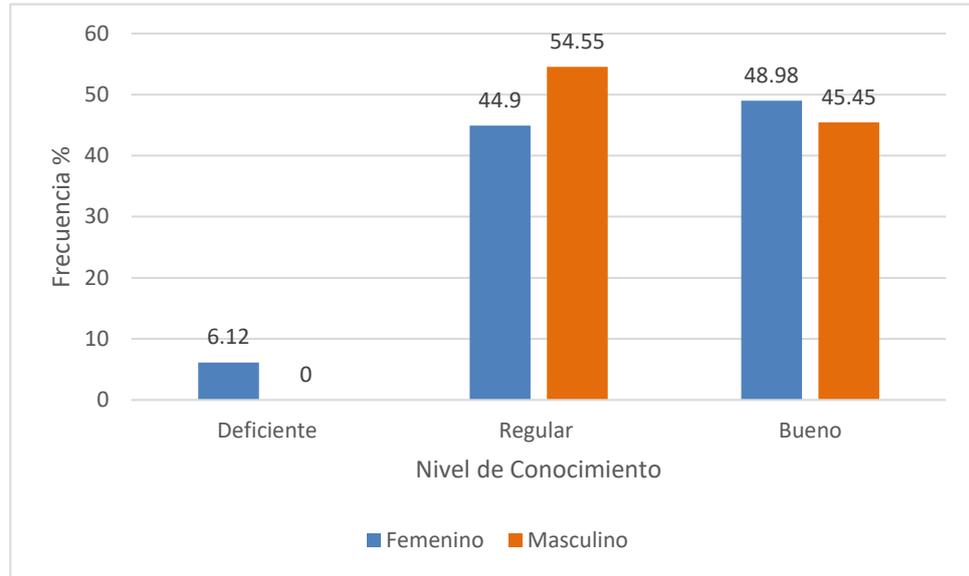
Sexo	Nivel de Conocimiento	Deficiente	Regular	Bueno	Total
		N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Femenino		3 (6.12)	22 (44.90)	24 (48.98)	49 (100.0)
Masculino		0	18 (54.55)	15 (45.45)	33 (100.0)
Total		3 (3.66)	40 (48.78)	39 (47.56)	82 (100.0)
Chi2 de Pearson 2.448		p valor : 0.294			

**Fuente:** elaboración propia

En la tabla 2 se observa el nivel conocimiento según el sexo, son 82 cirujanos dentistas estudiados, donde prevalece el nivel de conocimiento regular con 48.78% seguido del conocimiento bueno con un 47.56%, solo 3 cirujanos dentistas, registraron un nivel de conocimiento deficiente 3.66%. En relación al nivel de conocimiento según el sexo, se observa que en el sexo femenino la frecuencia más alta se registra en el conocimiento bueno con un 48.98%, mientras que en el sexo masculino su mayor frecuencia se da en el nivel de conocimiento regular con un 54.55%. Para el contraste de hipótesis aplicamos la prueba estadística de Chi2 de Pearson obteniendo un p valor de 0.294 el cual no es estadísticamente significativo por lo que se afirma que el nivel de conocimiento del cirujano dentista en el manejo odontológico de la gestante es independiente al sexo.

**Figura 2**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sexo en los cirujanos dentistas*



*Fuente: elaboración propia*

**Tabla 3**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el grupo etario en los cirujanos dentistas.*

Nivel de Conocimiento	Deficiente	Regular	Bueno	Total
Grupo etario	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Menor o Igual a 40	3 (5.08)	30 (50.85)	26 (44.07)	59 (100.0)
Mayor de 40	0	10 (43.48)	13 (56.52)	23 (100.0)
Total	3 (3.66)	40 (48.78)	39 (47.56)	82 (100.0)

Chi2 de Pearson 1.893

p valor: 0.388

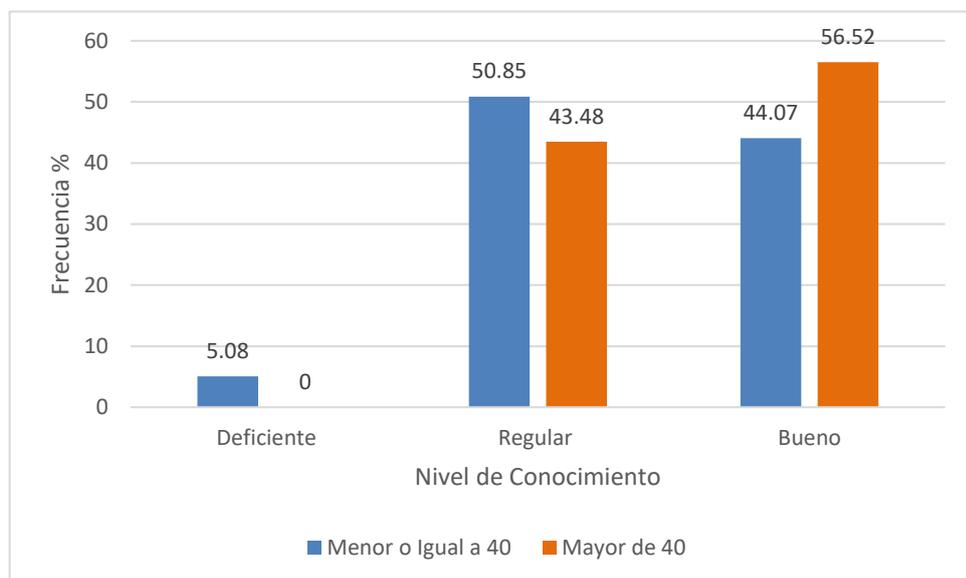
*Fuente: elaboración propia*

En la tabla 3 se observa el nivel conocimiento según el grupo etario de los 82 cirujanos dentistas estudiados, donde prevalece el nivel de conocimiento

regular con 48.78% seguido del conocimiento bueno con un 47.56%, solo 3 cirujanos dentistas, registraron un nivel de conocimiento deficiente 3.66%. En relación al nivel de conocimiento según el grupo etario, se observa que los 23 cirujanos dentistas cuya edad es mayor de 40 años la frecuencia más alta se registra en el conocimiento bueno con un 56.52%, mientras que en los 59 que tienen edades menores o igual a 40 su mayor frecuencia se da en el nivel de conocimiento regular con un 50.85%. Para el contraste de hipótesis aplicamos la prueba estadística de Chi<sup>2</sup> de Pearson obteniendo un p valor de 0.388 el cual no es significativo por lo que se afirma que el nivel de conocimiento del cirujano dentista en el manejo odontológico de la gestante es independiente al grupo etario.

### Figura 3

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el grupo etario en los cirujanos dentistas.*



**Fuente:** elaboración propia

**Tabla 4**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los años de ejercicio profesional en los cirujanos dentistas.*

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Total</b>
<b>Ejercicio Profesional</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>
1 a 5 años	2 (8.33)	14 (58.33)	8 (33.33)	24 (100.0)
6 a 10 años	1 (2.86)	16 (45.71)	18 (51.43)	35 (100.0)
11 a mas	0	10 (43.48)	13 (56.52)	23 (100.0)
<b>Total</b>	<b>3 (3.66)</b>	<b>40 (48.78)</b>	<b>39 (47.56)</b>	<b>82 (100.0)</b>

Chi2 de Pearson: 4.505

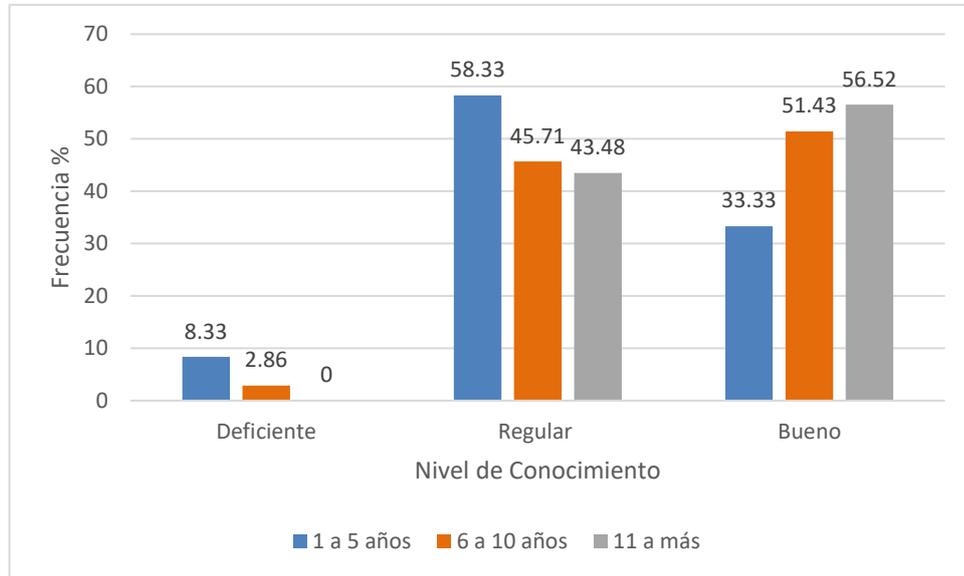
p valor: 0.348

**Fuente:** elaboración propia

En la tabla 4 se observa el nivel conocimiento según los años de ejercicio profesional de los 82 cirujanos dentistas estudiados, donde prevalece el nivel de conocimiento regular con 48.78% seguido del conocimiento bueno con un 47.56%, solo 3 cirujanos dentistas, registraron un nivel de conocimiento deficiente 3.66%. En relación al nivel de conocimiento según los años de ejercicio profesional, se observa que los 24 cirujanos dentistas que laboran de 1 a 5 años, la frecuencia más alta se registra en el conocimiento regular con un 58.33%, mientras que en los 35 que laboran de 6 a 10 años su mayor frecuencia se da en el nivel de conocimiento bueno con un 51.43%. En los cirujanos dentistas que laboran de 11 años a más la mayor frecuencia se registra en el nivel de conocimiento bueno con 56.52%. Para el contraste de hipótesis aplicamos la prueba estadística de Chi2 de Pearson obteniendo un p valor de 0.348 el cual no es significativo por lo que se afirma que el nivel de conocimiento del cirujano dentista en el manejo odontológico de la gestante es independiente a los años de ejercicio profesional.

**Figura 4**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los años de ejercicio profesional en los cirujanos dentistas.*



*Fuente: elaboración propia*

**Tabla 5**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la universidad de procedencia en los cirujanos dentistas.*

Nivel de Conocimiento	Deficiente	Regular	Bueno	Total
Universidad de Procedencia	N° ( %)	N° ( %)	N° ( %)	N° ( %)
Privada	3 (3.90)	37 (48.05)	37 (48.05)	77 (100.0)
Nacional	0	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100.0)
Total	3 (3.66)	40 (48.78)	39 (47.56)	82 (100.0)

Chi2 de Pearson: 0.396

p valor: 0.820

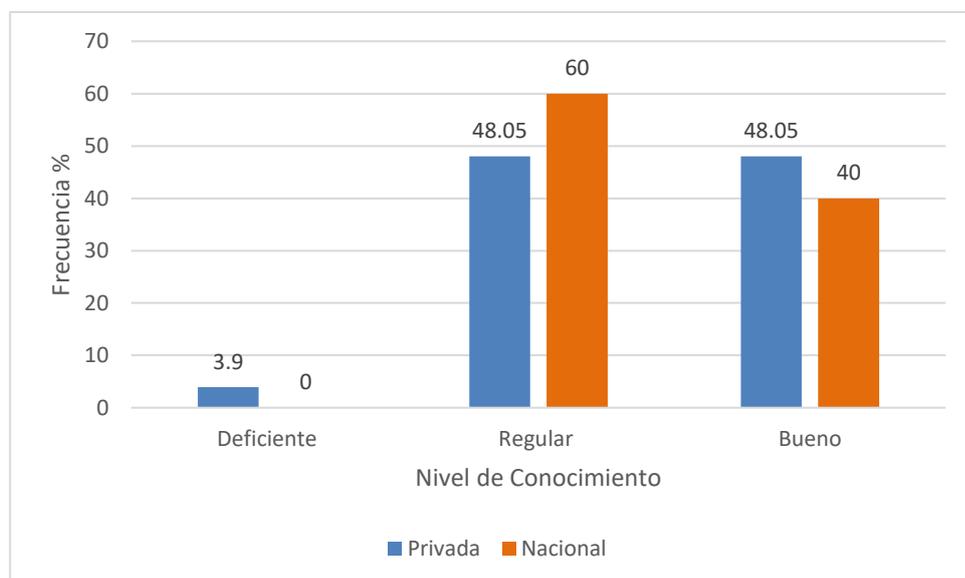
*Fuente: elaboración propia*

En la tabla 5 se observa el nivel conocimiento según la universidad de procedencia de los 82 cirujanos dentistas estudiados, donde prevalece el nivel de conocimiento regular con 48.78% seguido del conocimiento bueno con un

47.56%, solo 3 cirujanos dentistas, registraron un nivel de conocimiento deficiente 3.66%. En relación al nivel de conocimiento según la universidad de procedencia, se observa que los 77 cirujanos dentistas que estudiaron en universidad privada la frecuencia más alta se registra en ambos, conocimiento bueno y regular con un 48.05%, mientras que en los 5 que tienen provienen de universidad nacional su mayor frecuencia se da en el nivel de conocimiento regular con un 60.0%. y bueno un 40.0%. Para el contraste de hipótesis aplicamos la prueba estadística de Chi2 de Pearson obteniendo un p valor de 0.820 el cual no es significativo por lo que se afirma que el nivel de conocimiento del cirujano dentista en el manejo odontológico de la gestante es independiente a la universidad de procedencia.

**Figura 5**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la universidad de procedencia en los cirujanos dentistas.*



**Fuente:** elaboración propia

**Tabla 6**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sector laboral en los cirujanos dentistas.*

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Total</b>
<b>Sector Laboral</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>
Privado	1 (1.79)	30 (53.57)	25 (44.64)	56 (100.0)
Estatad	0	3 (27.3)	8 (72.7)	11 (100.0)
Ambos	2 (13.33)	7 (46.67)	6 (40.00)	15 (100.0)
Total	3 (3.66)	40 (48.78)	39 (47.56)	82 (100.0)

Chi2 de Pearson: 7.843

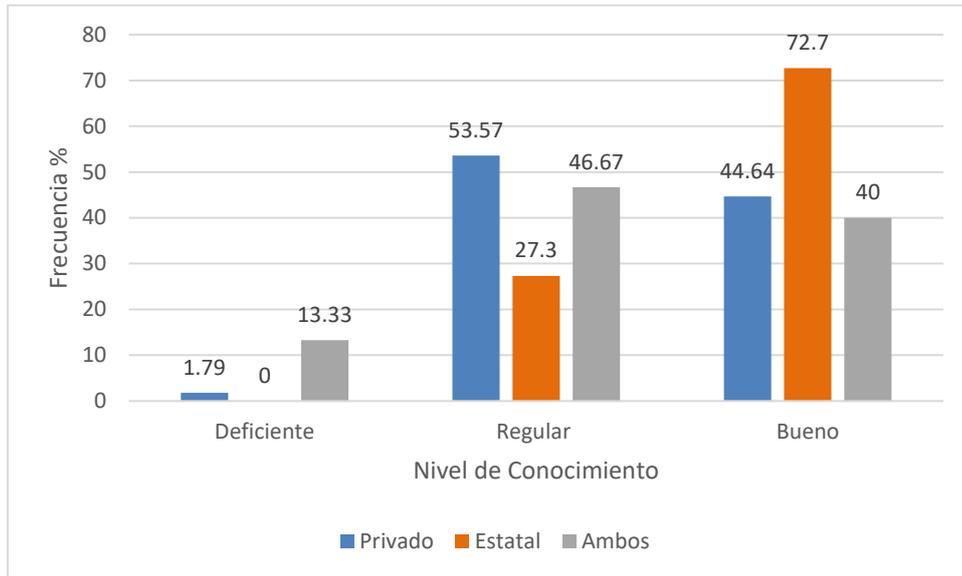
p valor: 0.098

***Fuente:*** elaboración propia

En la tabla 6 se observa el nivel conocimiento según el sector laboral de los 82 cirujanos dentistas estudiados, donde prevalece el nivel de conocimiento regular con 48.78% seguido del conocimiento bueno con un 47.56%, solo 3 cirujanos dentistas, registraron un nivel de conocimiento deficiente 3.66%. En relación al nivel de conocimiento según el lugar donde labora, se observa que los 56 cirujanos dentistas que laboran en el sector privado, la frecuencia más alta se registra en el conocimiento regular con un 53.57%, mientras que en los 11 que tienen laboran en el sector estatal su mayor frecuencia se da en el nivel de conocimiento bueno con un 72.70%. En los cirujanos dentistas que laboran tanto en el sector privado y estatal las frecuencias mayores se registran en el nivel de conocimiento regular con 46.67% y bueno con 40.0%. Para el contraste de hipótesis aplicamos la prueba estadística de Chi2 de Pearson obteniendo un p valor de 0.098 el cual no es significativo por lo que se afirmar que el nivel de conocimiento del cirujano dentista en el manejo odontológico de la gestante es independiente al sector donde labora.

**Figura 6**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sector laboral en los cirujanos dentistas*



***Fuente:*** elaboración propia

**Tabla 7**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la especialidad en los cirujanos dentistas.*

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Total</b>
<b>Especialidad</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>	<b>N° ( %)</b>
Ninguno	3 (6.00)	25 (50.00)	22 (44.00)	50 (100.0)
Ortodoncia	0	3 (37.50)	5 (62.50)	8 (100.0)
Rehabilitación	0	5 (71.43)	2 (28.57)	7 (100.0)
Odontopediatría	0	1 (25.00)	3 (75.00)	4 (100.0)
Periodoncia	0	2 (66.67)	1 (33.33)	3 (100.0)
Salud Pública	0	2 (66.67)	1 (33.33)	3 (100.0)
Administración Gestión	0	0	2 (100.0)	2 (100.0)
Endodoncia	0	0	1(100.0)	1(100.0)
Patología	0	0	1 (100.0)	1 (100.0)
Odontología Forense	0	1 (100.0)	0	1 (100.0)
Estética	0	1 (100.0)	0	1 (100.0)
Auditoría	0	0	1 (100.0)	1 (100.0)
<b>Total</b>	<b>3 (3.66)</b>	<b>40 (48.78)</b>	<b>39 (47.56)</b>	<b>82 (100.0)</b>

Chi2 de Pearson: 13.022

p valor: 0.933

**Fuente:** elaboración propia

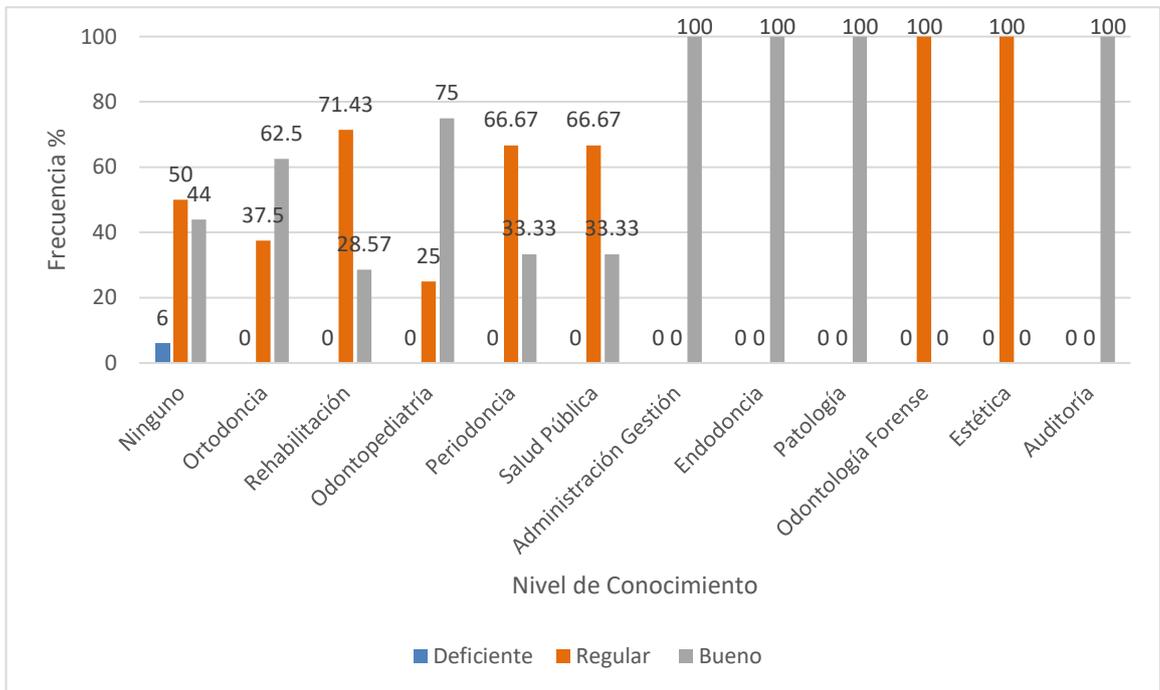
En la tabla 7 se observa el nivel conocimiento según la especialidad de los 82 cirujanos dentistas estudiados, donde prevalece el nivel de conocimiento regular con 48.78% seguido del conocimiento bueno con un 47.56%, solo 3 cirujanos dentistas, registraron un nivel de conocimiento deficiente 3.66%. En relación al nivel de conocimiento según la especialidad, se observa que de los 82 estudiados solo 32 tienen especialidad 39.02% y 50 son odontólogos generales 60.98%. Y el nivel de conocimiento bueno se da en las especialidades de Ortodoncia con 62.50% y Odontopediatría con 75.0%. El conocimiento regular se da en las especialidades de Rehabilitación con

71.43%, Periodoncia y Salud Publica ambas con 66.67%.

Para el contraste de hipótesis aplicamos la prueba estadística de Chi2 de Pearson obteniendo un p valor de 0.933 el cual no es significativo por lo que se afirma que el nivel de conocimiento del cirujano dentista en el manejo odontológico de la gestante es independiente a especialidad que tienen.

**Figura 7**

*Relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la especialidad en los cirujanos dentistas.*



*Fuente: elaboración propia*

#### 4.2. Contratación de hipótesis

**Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 2 se relaciona el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sexo de los cirujanos dentistas. Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas.**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sexo de los cirujanos dentistas.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sexo de los cirujanos dentistas.

**El nivel de significancia** para el presente estudio fue el 5%.

**La prueba estadística** que se usó para relacionar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sexo de los cirujanos dentistas fue la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson.

**Resultados:** Valor de p: 0.294 que es mayor a 0.05 por lo tanto No es significativo.

Con una probabilidad de error mayor al 5.0% no podemos afirmar que Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sexo de los cirujanos dentistas

**Interpretación:** El nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la gestante y el sexo de los cirujanos dentistas estudiados son independientes.

**Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 3 se relaciona el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el grupo etario de los cirujanos dentistas. Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas.**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el grupo etario de los cirujanos dentistas.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el grupo etario de los cirujanos dentistas.

**El nivel de significancia** para el presente estudio fue el 5%.

**La prueba estadística** que se usó para relacionar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el grupo etario de los cirujanos dentistas fue la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson.

**Resultados:** Valor de p: 0.388 que es mayor a 0.05 por lo tanto No es significativo.

Con una probabilidad de error mayor al 5.0% no podemos afirmar que Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el grupo etario de los cirujanos dentistas

**Interpretación:** El nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la gestante y el grupo etario de los cirujanos dentistas estudiados son independientes.

**Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 4 se relaciona el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y con los años de**

**ejercicio profesional de los cirujanos dentistas. Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas.**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y los años de ejercicio profesional de los cirujanos dentistas.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y los años de ejercicio profesional de los cirujanos dentistas.

**El nivel de significancia** para el presente estudio fue el 5%.

**La prueba estadística** que se usó para relacionar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y los años de ejercicio profesional de los cirujanos dentistas fue la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson.

**Resultados:** Valor de p: 0.348 que es mayor a 0.05 por lo tanto No es significativo.

Con una probabilidad de error mayor al 5.0% no podemos afirmar que Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y los años de ejercicio profesional de los cirujanos dentistas

**Interpretación:** El nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la gestante y los años de ejercicio profesional de los cirujanos dentistas estudiados son independientes.

**Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 5 se relaciona el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la universidad de procedencia de los cirujanos dentistas. Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas.**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la universidad de procedencia de los cirujanos dentistas.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la universidad de procedencia de los cirujanos dentistas.

**El nivel de significancia** para el presente estudio fue el 5%.

**La prueba estadística** que se usó para relacionar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el tipo de universidad de los cirujanos dentistas fue la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson.

**Resultados:** Valor de p: 0.820 que es mayor a 0.05 por lo tanto No es significativo.

Con una probabilidad de error mayor al 5.0% no podemos afirmar que Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la universidad de procedencia de los cirujanos dentistas

**Interpretación:** El nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la gestante y la universidad de procedencia de los cirujanos dentistas estudiados son independientes.

**Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 6 se relaciona el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con el sector laboral de los cirujanos dentistas. Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas.**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sector laboral de los cirujanos dentistas.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sector laboral de los cirujanos dentistas.

**El nivel de significancia** para el presente estudio fue el 5%.

**La prueba estadística** que se usó para relacionar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sector laboral de los cirujanos dentistas fue la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson.

**Resultados:** Valor de p: 0.098 que es mayor a 0.05 por lo tanto No es significativo.

Con una probabilidad de error mayor al 5.0% no podemos afirmar que Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y el sector laboral de los cirujanos dentistas

**Interpretación:** El nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la gestante y el sector laboral de los cirujanos dentistas estudiados son independientes.

**Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 7 se relaciona el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con la especialidad de los cirujanos dentistas. Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas.**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la especialidad de los cirujanos dentistas.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la especialidad de los cirujanos dentistas.

**El nivel de significancia** para el presente estudio fue el 5%.

**La prueba estadística** que se usó para relacionar el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la especialidad de los cirujanos dentistas fue la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson.

**Resultados:** Valor de p: 0.933 que es mayor a 0.05 por lo tanto No es significativo.

Con una probabilidad de error mayor al 5.0% no podemos afirmar que Existe relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y la especialidad de los cirujanos dentistas

**Interpretación:** El nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la gestante y la especialidad de los cirujanos dentistas estudiados son independientes.

#### **4.3. Discusión de resultados**

En el ámbito odontológico, el cuidado bucodental durante la etapa gestacional es de suma importancia porque su estado patológico repercute tanto a la madre como al feto. La discusión de los resultados de la presente investigación se centra en el análisis de la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos de los cirujanos dentistas. A medida que la sociedad y el entorno de los cirujanos dentistas está en constante evolución, se comprende como estos factores pueden afectar el conocimiento del manejo odontológico durante la gestación, debido a ello debemos centrarnos en brindar una atención de calidad. Al analizar esta relación, buscamos obtener un panorama completo de cómo abordar la atención odontológica especializada y así contribuir su mejora en el futuro.

No existen investigaciones sobre este tema en el cual se analice la relación del nivel de conocimientos del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos en cirujanos dentistas, pero si las hay como para poder realizar una adecuada discusión en esta investigación.

En la presente investigación se buscó determinar la relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto – Moquegua 2023, no encontrándose relación con ninguno de los factores

estudiados, como el sexo (p:0.294), grupo etario (p:0.388), años de ejercicio profesional (p:0.348), universidad de procedencia (p:0.820), sector laboral (p:0.098), ni con la especialidad (p:0.993). Flores E. (20) en su investigación obtuvo como factores influyentes significativos a la edad (p:0.016), año de estudio (p:0.001) y lugar de procedencia (p:0.042), sin encontrar relación con el sexo (p:0.673), estado civil (p:0.301) y zona de residencia (p:0.209). Ronceros K. (23) solo encontró relación como factor influyente al ciclo académico (p:0.000), no encontrando relación con el género (p:0.902), grupo etario (p:0.617), ocupación (p:0.298) y estado civil (p:0.336). Guevara L. (24) encontró como factores dependientes al sexo, edad, práctica odontológica y otros estudios; e independiente al año de estudios y trabajo actual.

En el presente estudio con 82 cirujanos dentistas encuestados sobre el manejo odontológico de la gestante se evidenció una distribución casi equitativa entre el nivel de conocimiento regular 48.78% y el conocimiento bueno 47.56%, lo cual sugiere un nivel aceptable de conocimientos en términos generales. Las siguientes investigaciones como la de Flores E. (20), reportaron resultados similares, donde hubo un nivel de conocimientos regular 55.13% en estudiantes de odontología sobre el manejo farmacológico en gestantes. Carapi M. (21) comparte similitudes con el 52,9 % presentando un nivel de conocimientos regular. Toro H. (22). predominó el nivel de conocimiento regular 56.92%. Ramírez P. (28) el 71% de los alumnos tuvieron conocimiento regular predominantemente, sobre el manejo odontológico de las gestantes.

Pereira W. (25) difiere con los resultados de la presente investigación, ya que el 56,7% de los cirujanos dentistas y académicos tienen un nivel de conocimiento satisfactorio. También, Ronceros K. (23) evidenció que, los estudiantes de odontología evaluados el 65.4% tiene un nivel de conocimiento bueno. Guevara L. (24) indica en su estudio que el nivel de competencias alcanzado en más de la mitad de los estudiantes investigados es alto 51%. Asimismo, el estudio de Aboalshamat K. (26) indica que los pasantes dentales y dentistas en Arabia Saudita tienen niveles justos de conocimientos, donde el 86.4% de los participantes reconoció la importancia del tratamiento de endodoncia para las pacientes embarazadas. Razbana M. (27) indica en su

estudio que los dentistas suizos en la práctica privada tienen el conocimiento para brindar atención dental a las mujeres embarazadas.

De acuerdo con los factores sociodemográficos, el nivel de conocimiento en función al sexo, el sexo femenino obtuvo un nivel de conocimiento bueno 48.98% comparado al sexo masculino con un conocimiento regular 54.55%. El estudio de Ronceros K. (23) guarda similitud porque el sexo femenino 65.7% y masculino 64,5% tienen un nivel de conocimiento bueno. Flores E. (20) encontró que el sexo femenino 35.3% y masculino 19.9% tienen un nivel de conocimiento regular. En el estudio de Toro H. (22) el sexo femenino 51.7% y masculino 61.1%, tienen el nivel de conocimiento regular. En el estudio de Guevara L. (24) en el sexo masculino tiene un nivel alto de competencias 78% y el sexo femenino un nivel medio 53%.

En el factor grupo etario el nivel de conocimiento bueno 56.52% predomina en > 40 años. Ronceros K. (23) en el grupo etario de 18 a 24 años predomina el conocimiento bueno 68.7%. Guevara L. (24) los estudiantes de 20 a 25 años, presentan un nivel alto de competencias 57%. Flores E. (20) encontró en ambos grupos etarios < 24, ≥ 24 un nivel conocimiento regular de 29.8% y 25.3%, respectivamente.

En función a los años de ejercicio profesional, cirujanos dentistas con 6 a 10 51.43% y 11 años a más 56.52%, obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. El estudio de Toro H. (22) comparte similitudes con los cirujanos dentistas de más de 15 años de ejercicio profesional, con un nivel de conocimiento bueno 72.7%.

Asimismo, respecto a la universidad de procedencia casi la totalidad es de universidad privada con un nivel de conocimiento coincidente bueno y regular 48.05% respecto a los que estudiaron en una universidad nacional donde prevalece el conocimiento regular 60.0%. En contraste, Toro H. (22) halló que cirujanos dentistas de universidad privada tienen un nivel de conocimiento regular 57.7% y los de universidad pública el 57.1% tienen un buen nivel de conocimiento.

Respecto al sector laboral, el sector privado registra un nivel de conocimiento regular 53.57% respecto al sector estatal con un nivel de conocimiento bueno

72.70%, y los que laboran en ambos sectores laborales presentan un nivel de conocimientos regular con un 46.67%. Tiene mucha similitud con el estudio de Toro H. (22) en el sector privado el 56.6% presenta un conocimiento regular, en el sector estatal el 50% tanto para nivel de conocimiento regular como buen nivel de conocimiento, y en ambos sectores laborales prevalece el conocimiento regular con un 64%.

En la especialidad, prevalece el nivel de conocimiento bueno en las especialidades de Odontopediatría 75.0% y Ortodoncia 62.50%, por último, los odontólogos generales tienen un nivel de conocimiento regular 50.00%.

Aunque este estudio no encontró relación del nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante con los factores sociodemográficos, mostró tendencias y similitudes con estudios anteriores. Los resultados muestran la importancia de la educación continua y la sensibilización odontológica, especialmente en la atención materna, para brindar una atención de calidad en esta etapa gestacional que es crucial en la vida de las mujeres.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

1. No se encontró relación entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de la gestante y los factores sociodemográficos en cirujanos dentistas de la provincia Mariscal Nieto – Moquegua 2023.
2. El nivel del conocimiento en los cirujanos dentistas sobre el manejo odontológico de gestantes fue regular 48.78%.
3. Los cirujanos dentistas de sexo femenino tuvieron un nivel de conocimiento bueno 48.98%.
4. Los cirujanos dentistas mayores de 40 años presentaron un buen nivel de conocimiento 47.56%.
5. Los cirujanos dentistas con ejercicio profesional de 6-10 años 51.43% y más de 11 años 56.52%, presentaron un nivel de conocimiento bueno.
6. Los cirujanos dentistas graduados de universidades privadas demostraron un conocimiento bueno y regular de 48.05%.
7. Los cirujanos dentistas que trabajan en el sector estatal presentaron un conocimiento bueno 72.70%.
8. Finalmente, presentaron un nivel de conocimiento bueno los cirujanos dentistas especialistas en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 62.50% y Odontopediatría 75.0%. Por otro lado, los odontólogos generales mostraron un nivel de conocimiento regular 50.00%.

## **5.2. Recomendaciones**

1. Al Ministerio de Salud la elaboración de una Guía de Práctica Clínica en Atención Odontológica Especializada para las mujeres gestantes por trimestre.
2. Al Colegio Odontológico del Perú – Región Moquegua, desarrollar e implementar capacitaciones, para que los odontólogos puedan actualizar sus conocimientos en esta área y así puedan brindar una atención de calidad a pacientes de este grupo poblacional vulnerable.
3. Resulta esencial tener una mayor responsabilidad y sensibilidad en el cuidado de la gestante, la desactualización de conocimientos podría llevar a cometer errores perjudiciales en el manejo. Teniendo un desenlace fatal como complicaciones y daños, lo cual debemos evitar a toda costa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Villalta F, Pesántez S, González J, Ochoa A, Piedra C, Reinoso J. Embarazo y enfermedad periodontal: Revisión de la literatura. *Res Soc Dev.* 2022;11(17):1-9.
2. Alfaro A, Castejón I, Magán R, Alfaro M. Embarazo y salud oral. *Rev Clín Med Fam.* 2018; 11(3):144-153.
3. Cuya R, Chávez A, Flores S, Párraga M, Quinto R, Tafur O. Enfermedad periodontal asociada al embarazo. *Rev Cient Odontol (Lima).* 2019; 7 (1): 132-139.
4. González G, Revelo A, Chiriboga I, Aldas J, Armas A, et al. Patologías orales en la mujer gestante. Revisión de la literatura. *Odont Sanmarq.* 2018; 21(3):215- 221.
5. Nannan M, Xiaoping L, Ying J, et al. Periodontal disease in pregnancy and adverse pregnancy outcomes: Progress in related mechanisms and management strategies. *Front Med.* 2022; 9:1-13.
6. Aguilar M, Rivero T, Mur N, Rodríguez R, Moraleda M, Fernández L, Sánchez A, et al. Conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas. Revisión sistemática. *JONNPR.* 2018;3(3):202-214.
7. Bernardi C, Viapiana Masieiro A, Bertan de Oliveira J. Atención odontológica a la gestante: conocimiento y práctica de los odontólogos públicos y su papel en la red cigüeña. *Arq Odontol.* 2019; 55:1-11.
8. Lara A, Santiago C. Manejo odontológico de mujeres embarazadas. *Arch Inv mat inf.* 2016; 8(3):105-112.
9. Tolentino R. Salud bucal y calidad de vida en gestantes del Centro de Salud Cooperativa Universal febrero-julio 2016. *Horiz méd.* 2017; 17(4):35-41.
10. Thakur DV, Thakur DR, Kaur DM, Dr. Jasleen K, Kumar DA, Viridi DD, et al. Pregnancy & oral health and dental management in pregnant patient. *J of current med res and opinion.* 2020; 3(11):724-731.
11. Morón M. La periodontitis y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Promoción de la salud cardiovascular desde el consultorio dental. *Rev Colomb Cardiol.* 2021; 28(5):464-472.
12. Britos M, Sin C, Ortega S. Relación entre la Enfermedad periodontal y complicaciones en el Embarazo. *Odont Vit.* 2022; (36):23-33.

13. Saadaoui, M., Singh, P., & Al Khodor, S. (2021). Oral microbiome and pregnancy: A bidirectional relationship. *J Reprod Immunol.* 2021; 145(103293):1-9.
14. OMS. Salud Bucodental. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
15. MINSA. El 90.4% de los peruanos tiene caries dental. [Online].; 2019. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental>.
16. Ministerio de Salud. Programa presupuestal 0018 enfermedades no transmisibles. In.; 2019. p. 5.
17. Jara Apolinario L. Variaciones de la gingivitis en gestantes entre el primero y segundo trimestre que acuden al Centro De Salud San Francisco En El Periodo Octubre – Diciembre – 2016 [tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017. 69 p.
18. Ccapayque Ccoharity J, Huanca Pacoricona W. Prevalencia de la enfermedad periodontal en gestantes que acuden al centro de salud Guadalupe, Juliaca 2021 [tesis de pregrado]. Piura: Universidad César Vallejo; 2022. 67 p.
19. Carrillo P, García A, Soto M, Rodríguez G, Pérez J, Martínez D, et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev de la Fac de Med, UNAM.* 2021; 64(1):39-48.
20. Flores E, Córdova N, Ladera C, López C, Echavarría A, Cornejo A, et al. Factors associated with knowledge about pharmacological management of pregnant women in Peruvian dental students: a logistic regression analysis. *BMC med educ.* 2023; 23(1):89.
21. Carapi Salas M. Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre el manejo odontológico de pacientes embarazadas en consultorios de Arequipa, 2022 [tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Continental; 2022. 59 p.
22. Toro Díaz H. Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque [tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad San Martín de Porres; 2022. 122 p.
23. Ronceros Dueñas K. Nivel de conocimiento y factores sociodemográficos en estudiantes de estomatología de una universidad privada, sobre el manejo

- estomatológico de pacientes gestantes, Lima - Perú, 2021 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. 59 p.
24. Guevara Callire L. Relación del nivel de competencias sobre el manejo odontológico de pacientes gestantes y los factores sociodemográficos en estudiantes del 4° y 5° año de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, filial Tacna – 2017 [tesis de maestría]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019. 84 p.
  25. Pereira W, de Sousa F, Lessio M. Análise do grau de conhecimentos dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia da macrorregião de Araguaína sobre a terapêutica medicamentosa, as condições sistêmicas das gestantes e lactantes. *F Bus and Tech J.* 2021; 1(26):298-314.
  26. Aboalshamat K, Abdulrahman , Alowadi , Al-Mutairy , Fairak , Alraithi N. Endodontic Treatment in Pregnancy: Knowledge, Attitudes, and Practices of Dentists and Interns in Jeddah, Saudi Arabia. *The open dent j.* 2020; 14(1):211-218.
  27. Razban M, Giannopoulou C. Knowledge and practices of oral health care during pregnancy: A survey among Swiss dentists. *O health & prev dent.* 2020; 18(1): 447- 454.
  28. Ramirez Morel P. Conocimiento de los alumnos del cuarto y quinto año de la facultad de odontología Santo Tomas de Aquino UNCA sobre el manejo odontológico de las gestantes año 2019 [tesis de pregrado]. Coronel Oviedo-Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú; 2020. 65 p.
  29. Epistemología y Metodología. [Online]. Available from: <https://editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074383188.pdf>.
  30. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An. Fac. med.* 2009; 70(3):217-224.
  31. Culquimboz Gómez E. Nivel de conocimiento sobre el manejo estomatológico de la gestante, estudiantes de la escuela profesional de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas - 2018 [tesis de pregrado]. Chachapoyas - Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza; 2018. 84 p.
  32. Curiel A, Dorta D. Abordaje clínico odontológico de la mujer embarazada.

- Revisión de la literatura. OD CIENT. 2019; 20(1):59-72.
33. Kurien S, Kattimani V, Sriram R, Sriram S, Rao V, Bhupathi A, Bodduru R, Patil N. Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health*. 2013; 5(1):88-97.
  34. Cáceres A, Garcés D, Carpio C. Asociación de riesgo entre periodontitis y preeclampsia. una revisión sistemática retrospectiva. *Res Soc and Develop*. 2021; 10(10):1-12.
  35. Hernández R, Hernández V. Control preconcepcional y diabetes gestacional. revisión sistemática y estado del arte. *Bioc*. 2020; 15(1):41-55.
  36. Favero V, Bacci C, Volpato A, Bandiera M, Favero L, Zanette G. Pregnancy and dentistry: A literature review on risk management during dental surgical procedures. *Dent j*. 2021; 9(4):46.
  37. Santana L, de Melo B, Sales M, Marques T, de Melo BM, Silva R. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre atendimento odontológico em gestantes. *Res, Soc and Dev*. 2021; 10(1):1-10.
  38. de Barros A, Guerra A. O manejo do Cirurgião-Dentista durante o período gestacional: uma revisão de literatura. *EACAD*. 2022; 3(1):193-199.
  39. Skouteris C. *Dental management of the pregnant patient*. 1ra ed. Nueva Jersey: Editorial Wiley; 2018. 180 p.
  40. Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. *Hor méd*. 2018; 18(2):71-79.
  41. Chacón P, Kanashiro C. Salud bucal en el embarazo. *Rev Odont Ped*. 2014; 13(2):138-148.
  42. Reinoso J, Villalta F, Robalino B, Reinoso M. Manejo odontológico en mujeres embarazadas: Revisión de la literatura. *Res, Soc and Dev*. 2023; 12(2):1- 11
  43. Broussard C, Rasmussen S, Reefhuis J, Friedman J, Jann M, Riehle T. Maternal treatment with opioid analgesics and risk for birth defects. *Am j of obs and gyn*. 2011; 204(4):314.e1-314.e11.
  44. Neuman G, Koren G. Safety of procedural sedation in pregnancy. *JOGC*. 2013; 35(2):168-173.
  45. Duarte A. El embarazo y la práctica odontológica: Generalidades. *Rev Cient Odont*. 2011; 7(2):70-74.

46. Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. 2012. Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center.
47. Pérez A, Betancourt M, Espeso N, Miranda M, González B. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Rev Cub Estomatol*. 2011; 48(2):104-112.
48. Naseem M, Khurshid Z, Khan H, Niazi F, Zohaib S, Zafar M. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. *The S J for Dent Res*. 2016; 7(2):138-146.
49. Calvo J. Guía práctica. Salud Oral y Embarazo [Internet]. CONSEJO DENTISTAS Organización Colegial de Dentistas de España. 2021 [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://saludoralyembarazo.es/wpcontent/uploads/2021/06/SALUD-ORAL-Y-EMBARAZO-web.pdf>
50. Asociacion Latinoamericana de Odontopediatria. Guía de Salud Bucal en Gestantes para el Equipo Multidisciplinario. [Revistaodontopediatria.org](http://Revistaodontopediatria.org).
51. Fernández O, Chávez M. Atención odontológica en la mujer embarazada. *Arch de inv mat inf*. 2010; 2(2):80-84.
52. Steinberg B, Hilton I, Lida H. Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin of North Ame*. 2013; 57(2):195-210.
53. Hernández P. Manejo odontológico de la paciente embarazada. *Rev méd de la Univ de Cost R*. 2014; 7(2):12-25.
54. Contador R, Morales A, Motzfeld R, Chvets R, Van Treek P, et al. Alfabetización en higiene oral [Internet]. *Uchile.cl*. 2022 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/188100/Alfabetizacion-enhigiene-oral.pdf?sequence=3>
55. Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Orientación Técnica Para la Educación en Salud Bucal de la Embarazada [Internet]. Chile: *Minsal.cl*. 2013 [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wpcontent/uploads/2015/05/Orientaci%](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2015/05/Orientaci%)

- C3%B3n-T%C3%A9cnica-para-laEducaci%C3%B3n-en-Salud-Bucal-en-la-Embarazada.pdf
56. De los Santos M. Manual de Técnicas de Higiene Oral [Internet]. www.uv.mx. [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-deHiegiene-Oral.pdf>
  57. Asquino N, Villarnobo F. Cepillos interdentales, de la teoría a la práctica. Revisión de literatura e indicaciones clínicas. *Odont.* 2019;21(33):46-53.
  58. Tu dentista responde: higiene de la lengua y raspadores linguales [Internet]. Consejodontistas.es. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://consejodontistas.es/docs/attachments/tu-dentista-responde/HigieneLengua-Raspadores-Linguales-Plantilla.pdf>
  59. Clínica Universidad de Navarra. Embarazo. [Online]. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/embarazo>.
  60. Thompson AD, Shea MJ. Síncope. [Online].; 2022. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornoscvasculares/s%C3%ADntomas-de-las-enfermedadescardiovasculares/s%C3%ADncope>.
  61. García M, Díaz R, Sevilla J, Santos J, Pérez E, Ocaña F. Efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad generada durante la atención dental, en las mujeres embarazadas en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. *Rev ADM.* 2004; 61(2):59-64.
  62. Salud NAVARRA. HÁBITOS DE VIDA. [Online]. Available from: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/Afrontar+la+depresion/habitos+de+vida/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/Afrontar+la+depresion/habitos+de+vida/).
  63. Morgan F, Quevedo E, Báez J, López G, Gutiérrez G, Morgan V. Teratología y farmacoterapia durante el embarazo y lactancia. *Rev Med UAS.* 2016; 6(1):22-43.
  64. Purizaca M. La Placenta y la Barrera Placentaria. *Rev Per de Gin y Obs.* 2008; 54(4):270-278.
  65. Bouquet R. Aborto espontáneo. *Lib Rev Per de Psic.* 2012; 18(1):53-58.
  66. Reproducción Asistida ORG. [Online]. Available from:

- <https://www.reproduccionasistida.org/estrogenos/>.
67. Reproducción Asistida ORG. Hormona progesterona: funciones, valores normales y medicamentos. [Online].; 2022. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/progesterona/>.
  68. Minsal.cl. [Online]. 2013. Available from: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wpcontent/uploads/2014/12/Atenci%C3%B3n-Odontol%C3%B3gica-IntegralEmbarazada.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2014/12/Atenci%C3%B3n-Odontol%C3%B3gica-IntegralEmbarazada.pdf).
  69. Tortolini P. Sensibilidad dentaria. Av en Odont. 2003; 19(5):233-237.
  70. Medline Plus. Bicarbonato de sodio. [Online].; 2023. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682001-es.html>.
  71. Huacasi V, Jinéz W, Durand E, Gerónimo N, Sucari W, Quiliche Jean. Efectos del colutorio de bicarbonato de sodio sobre el pH salival y la microflora oral. Rev Viv. 2021; 4(11):253-261.
  72. Stanford Medicine Children's Health. Trabajo de parto. [Online].; 2023. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>.
  73. Panesso E, Calle M, Meneses E. Salud bucal y xilitol: usos y posibilidades en caries y enfermedad periodontal en poblaciones "PEPE". Rev Univ. salud. 2012; 14(2):205-215.