

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE PACIENTES
GESTANTES, ENTRE LOS ALUMNOS DE VII Y IX SEMESTRE DE
CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.C.S.M.,
AREQUIPA 2017.**

Tesis presentada por la Bachiller

ALEJANDRA JULEMY TAYA MÁRQUEZ

Para optar el Título Profesional de

CIRUJANO DENTISTA.

Asesor: Dr. Alberto Armando Alvarado Aco

AREQUIPA – PERÚ
2017

A Dios por darme el regalo de la vida y darme las fuerzas suficientes para seguir adelante en los momentos de adversidad.

A mi hijo, mi tesorito, por llenar mis días de amor, alegría y ser mi mayor motivación e inspiración.

A mi querido y recordado padre porque gracias a él soy lo que soy, siempre me alentó para lograr mis metas, me brindó su apoyo y aunque ya no se encuentra presente, siempre vivirá en mi corazón.

A mi madre y hermano por darme el invaluable ejemplo de integridad, sacrificio y trabajo, además de darme su confianza y apoyo incondicional en todo momento.

A mi esposo por brindarme su apoyo y confianza en los momentos más difíciles.

A la Dra. Serey Portilla por su gran ayuda, tiempo y paciencia en la elaboración del presente trabajo.

Al Dr. Elmer Pacheco, al Dr. Alberto Alvarado y a la Dra. Patricia Valdivia por brindarme su apoyo y sus conocimientos.

A todos mis amigos que colaboraron en la ejecución del presente trabajo.

A todos los alumnos que participaron en el desarrollo del presente trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	10
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. Determinación del problema	11
1.2. Enunciado.....	12
1.3. Descripción del problema	12
1.4. Justificación	13
2. OBJETIVOS.....	15
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1. Conceptos básicos	16
3.1.1 Definición de embarazo	16
3.1.2 Consideraciones para la atención estomatológica sistemática e integral durante el embarazo	18
a. Prevención primaria	18
b. Diagnóstico	21
c. Manejo de la ansiedad.....	23
d. Farmacología perinatal	27
e. Uso de anestésicos locales	31
f. Indicación de radiografías.....	33
g. Tratamiento odontológico	34
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	44
4. HIPÓTESIS.....	45

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO TEÓRICO	46
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	47
1.1. Técnica	47
1.2. Instrumentos	48
1.3. Materiales	49
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	49
2.1. Ubicación espacial	49
2.2. Ubicación Temporal	49
2.3. Unidades de estudio	49
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.1. Organización	51
3.2. Recursos	51
3.3. Prueba piloto	51
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS	52
4.1. Plan de Procesamiento	52
4.2. Plan de Análisis	53
CAPITULO III	54
RESULTADOS	54
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	74
HEMEROGRAFÍA	75
INFORMATOGRAFÍA	77
ANEXOS	79

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue contrastar el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, entre los alumnos del VII y IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. de Arequipa.

Se elaboró y validó una encuesta sobre los conocimientos que un odontólogo general debe conocer acerca del tema, el universo estuvo conformado por 262 alumnos en total, de los cuales solo 214 reunieron los criterios de inclusión, siendo 107 para cada grupo.

Para el procesamiento de los resultados se realizó la captura de datos en Excel (Microsoft Office), se determinaron frecuencias de respuestas correctas; posteriormente el porcentaje de certeza por pregunta y semestre académico; se realizaron análisis de los datos obtenidos en SPSS versión 23; las diferencias entre grupos fueron determinadas a través del estadístico Ji cuadrado con un nivel de significancia < 0.05 .

Se observó que el mejor nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes lo tienen los alumnos del IX semestre de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. obteniendo un mayor porcentaje en el parámetro Bueno 32,7 %, a diferencia de los alumnos del VII semestre de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. quienes obtuvieron un mayor porcentaje en el parámetro Regular 44.9%, existiendo diferencias estadísticamente significativas. Se observó además que el conocimiento de los alumnos sobre el manejo de pacientes gestantes varió dependiendo del tema.

Palabras Claves: nivel de conocimiento, gestantes, alumnos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to compare the level of knowledge in the management of pregnant patients among the students of the 4th and 5th year of clinical practice at the Faculty of Dentistry of the U.C.S.M. Of Arequipa.

A survey on the knowledge that a general dentist should know about the subject was prepared and validated, the sample consisted of 214 students in total, 107 for each group.

For the processing of the results, the data was captured in Excel (Microsoft Office); correct response frequencies were determined; Then the percentage of certainty per question and academic year; Analysis of the data obtained in SPSS version 23 was performed; The differences between groups were determined through the chi-square statistic with a level of significance $<.05$.

It was observed that the best level of knowledge in the management of pregnant patients is the 5th year students of the dental clinic of the Faculty of Dentistry of the U.C.S.M. Obtaining a greater percentage in the parameter Good 32.7%, unlike the students of the fourth year of the dental clinic of the Faculty of Dentistry of the U.C.S.M. Who obtained a greater percentage in the parameter Regular 28.0%, existing statistically significant differences. It was also observed that the students' knowledge about the management of pregnant patients varied depending on the subject.

Key words: level of knowledge, pregnant women, students.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una condición fisiológica que dura un periodo de tiempo, en el cual hay muchos cambios progresivos y simultáneos en el organismo de una mujer, los cuales pueden dar origen a una mayor susceptibilidad de caries y enfermedad periodontal.

Los cambios hormonales, salivales, microbiológicos e inmunológicos, constituyeron factores que aumentan el riesgo de padecer estas enfermedades. Los cambios en la saliva contribuyen con el aumento de la caries durante el embarazo. Entre los factores más estudiados con relación a riesgos de gingivitis y periodontitis en las embarazadas, se encuentran: los cambios vasculares, pues la progesterona produce dilatación de los capilares y trae consigo la gingivitis del embarazo, que se caracteriza por edema, eritema, aumento del exudado gingival y de la permeabilidad

Existen además variaciones en la síntesis de prostaglandinas, supresión de la respuesta celular y ocurren cambios celulares debido a que la progesterona estimula a las células endoteliales y disminuye la producción de colágeno. Por su lado los estrógenos disminuyen la queratinización del epitelio gingival y la polimerización de la capa basal, todo esto conduce a la disminución de la barrera epitelial y por tanto a una mayor respuesta inflamatoria a los irritantes de la placa. También ocurren cambios microbiológicos, ya que existe relación directa entre el aumento de progesterona y estrógenos, con el de *Prevotella intermedia* sobre otras especies, así como cambios inmunológicos, debido a que la respuesta inmune de tipo celular disminuye, al igual que el número de linfocitos T.¹

La atención estomatológica a las gestantes se hace imprescindible por estos cambios que pueden acelerar la progresión de enfermedades orales iniciales o ya establecidas, por ello son de prioridad en la Atención Estomatológica Integral,

¹ RODRÍGUEZ LEZCANO, Ailet, León Valle, Mirtha, Arada Otero, Arelys, & Martínez Ramos, Michel. (2013). Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(5), 51-63.

es importante mantener a la gestante siempre sana, así como prevenir alteraciones en ella y en el futuro bebé.

Los odontólogos, debemos garantizar una adecuada atención preventiva y curativa, en este sentido, es importante que el profesional sustente la atención de toda gestante en el conocimiento de los cambios fisiológicos y de la patología oral asociada con el embarazo.

El presente trabajo tiene como finalidad conocer y contrastar el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, entre los alumnos de VII y IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. de Arequipa, aspectos que servirán de referente para establecer mejoras en la formación profesional que aseguren una atención de calidad a la comunidad.

Con tal objeto la tesis consta de 3 capítulos. En el Capítulo I, referido al Planteamiento Teórico, se incluye el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional, consistente en la técnica, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la investigación consistentes en procesamiento y análisis estadístico de la información a través de tablas, interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente, se incluye la Bibliografía, Hemerografía e Informatografía consultadas y citadas, así como los Anexos correspondientes.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

La capacitación del profesional odontólogo para su práctica cotidiana debe incluir el conocimiento e identificación de las enfermedades bucales más frecuentes, la forma de diagnosticarlas y manejarlas, así como la capacidad de reconocer a los pacientes con alto riesgo de presentar complicaciones relacionadas con la práctica dental, con la finalidad de asumir actitudes y realizar actividades que permitan el desenvolvimiento de un manejo y tratamientos seguros, evitando hasta donde sea posible situaciones de urgencia dentro de la consulta.

El embarazo es un estado fisiológico especial, temporal, que no implican un estado patológico en la vida de una mujer, sin embargo, el organismo reacciona de manera distinta ante situaciones como el tratamiento médico y la administración de fármacos y por tanto van a influir de manera directa sobre el plan de tratamiento odontológico.

El embarazo está caracterizado por un desequilibrio hormonal, el cual va a producir cambios significativos a nivel sistémico, y por ende a nivel estomatológico, estos cambios van a condicionar nuestro plan de tratamiento, es por este motivo que el odontólogo debe estar preparado y capacitado para el manejo adecuado de dichas pacientes.

1.2. Enunciado

Nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, entre los alumnos de VII y IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017.

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área de conocimiento

- a. **Área General** : Ciencias de la salud.
- b. **Área Específica** : Odontología.
- c. **Especialidad** : Odontología Especial
- d. **Línea** : Atención de la embarazada

1.3.2. Análisis y operacionalización de variables

VARIABLE ÚNICA	INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la ansiedad • Farmacología Perinatal • Uso de Anestesia Dental • Indicación de Rx. • Tratamiento Odontológico 	<p>Muy bueno (18 – 20 puntos)</p> <p>Bueno (15 -17 puntos)</p> <p>Regular (11- 14 puntos)</p> <p>Malo (0 – 10 puntos)</p>

1.3.3. Interrogantes básicas

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, de los alumnos de VII semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017?.
- b. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, de los alumnos de IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017?.
- c. ¿Cuál es el mejor nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, entre los alumnos de VII y IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017?.

1.3.4. Taxonomía de la investigación

Nivel de Dificultad	TIPO DE ESTUDIO					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	N° de mediciones de variables	N° de muestra	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativa	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Comparativo	De campo	Comparativo	Contrastativo

1.4. Justificación

a. Originalidad

El presente trabajo de investigación posee originalidad específica, por cuanto no existen trabajos de investigaciones que tengan la misma temática, las mismas unidades de estudio ni tampoco que se haya realizado en la población estudiada.

b. Relevancia

Este estudio se justifica desde el punto de vista científico porque ofrece un aporte sobre el nivel de conocimiento en cuanto al manejo de gestantes, de los alumnos de la clínica odontológica, al determinar esta asociación, se podrá implementar, reafirmar y reforzar medidas específicas que mejoren así la calidad de atención.

c. Factibilidad

En cuanto a la facilidad del estudio, puede considerarse un hecho por cuanto se dispone de unidades de estudio, recursos económicos, tiempo, asesoría y disponibilidad de un diseño para orientar la investigación.

d. Motivación

Existe motivación personal de incrementar conocimientos al respecto y es de mi interés obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

e. Contribución Académica

Esta investigación podrá ser utilizada como contribución académica para que los resultados obtenidos sirvan como aporte para mejorar la atención en clínica.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, de los alumnos de VII semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017.
- 2.2. Determinar el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, de los alumnos de IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017.
- 2.3. Determinar el mejor nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, entre los alumnos de VII y IX semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M., Arequipa 2017.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1 Definición de embarazo

La definición legal del embarazo según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocisto a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma.

El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo.²

Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, la duración promedio del embarazo humano es de 280 días (40 semanas). El periodo de gravidez se divide en trimestres, los cuales son: primer trimestre, desde la concepción hasta la semana 13.5; segundo trimestre, de la semana 13.6 a la 27; tercer trimestre, de la semana 27.1 al final de la gestación.

Existen signos y síntomas característicos de cada etapa: primer trimestre, suspensión de menstruación, náuseas, vómitos, sensación de hormigueo y aumento en las glándulas mamarias y cambios del útero; segundo trimestre: percepción de movimientos fetales, contracciones uterinas, palpación e identificación del feto, ruidos cardiacos fetales y cambios dérmicos; tercer trimestre: amenorrea continua, contracciones uterinas más apreciables, aumento de molestias pélvicas y menos compresión del abdomen.³

² Menéndez Guerrero G E, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2012 Sep; 38(3): p 333.

³ GARCÍA, O. M. F., & MEDRANO, M. G. C. Atención odontológica en la mujer embarazada. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 2010 2(2), p.80

El embarazo es una etapa maravillosa en la vida de toda mujer, está acompañado de una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que las convierten en pacientes especiales.

La cavidad bucal no es ajena a estos cambios y se requiere de determinados cuidados estomatológicos para prevenir enfermedades bucales en la gestante.

Se plantea que del 50 al 80 % de las embarazadas sufren de vómitos durante el primer trimestre y esta condición, aunque en menor frecuencia, se puede mantener durante todo el embarazo. Lo ideal en estos casos, es que la gestante ingiera alimentos ricos en hidratos de carbono complejos como el pan de grano entero, vegetales con almidón y alimentos ricos en fibra, estos ayudan a mantener un nivel adecuado de azúcar (glucosa) en la sangre, dan una sensación de saciedad y alivian el malestar. Es favorable ingerir menor cantidad de alimentos en intervalos de tiempo más cortos. Debemos considerar los vómitos como un aspecto negativo para la salud bucal ya que la sensación de estos puede influir en el cepillado dental.

Podemos entonces llegar a la conclusión que una paciente que presente más de cinco vómitos diarios y que además no sea persistente en el cepillado, puede estar predispuesta a un aumento de desarrollo o aparición de caries dental durante el embarazo. Consideramos de mayor riesgo que la paciente incremente la frecuencia de la ingestión de alimentos azucarados.⁴

⁴ BASTARRECHEA Milián M, Gispert Abreu E, García Triana B, Ventura Hernández M, Nasco Hidalgo N. Considerations for integral and systematic stomatologic care during pregnancy according to risk. p. 428

3.1.2 Consideraciones para la atención estomatológica sistemática e integral durante el embarazo

La salud odontológica integral de la embarazada consiste en una atención odontológica realizada por un cirujano dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.

La promoción de hábitos saludables es una de las medidas que más puede contribuir a la esperanza y calidad de vida de la embarazada.

a. Prevención primaria

Para prevenir el desarrollo de caries y enfermedad periodontal en la mujer embarazada se deben llevar a cabo varios pasos como protocolo de atención, con la finalidad de evaluar el riesgo de caries a partir del análisis de los factores de riesgo, según el análisis, la atención primaria estaría enfocada a:

- Asesoramiento de una dieta saludable con baja frecuencia de consumo de productos cariogénicos, para asegurar una adecuada nutrición del feto y controlar el riesgo de caries.
- Control de placa, principal factor local asociado a la gingivitis durante el embarazo, de esta manera se mantendrá la salud periodontal en la mujer embarazada.
- Indicar el uso diario de pasta fluorurada de 1500 ppm en cada cepillado.
- En mujeres con alto riesgo de caries se debe usar barniz de flúor o enjuagatorios fluorurados como parte de un plan integral de prevención en salud bucal.

Cuando la mujer sufra náuseas o vómitos durante el inicio del embarazo se recomienda el uso diario de enjuagatorio de NaF para

favorecer la remineralización del diente y controlar la sensibilidad dentaria asociada⁵.

a.1. Prevención primaria de caries en la embarazada

El periodo perinatal constituye una oportunidad no solo para recuperar la salud bucal de la mujer, sino que también para educarla en el autocuidado y en el cuidado de la salud bucal de su hijo. Las intervenciones tempranas apoyadas por los distintos integrantes del equipo de salud encargado de acompañar a la mujer durante este periodo son esenciales para lograr una buena salud bucal en la madre y su hijo. El objetivo de un programa preventivo en la mujer debe incluir el establecimiento de un ambiente oral saludable y lograr un nivel óptimo de higiene bucal.

a.2. Tratamiento químico para disminuir la carga bacteriana cariogénica

Los cuidados de salud bucal durante el embarazo buscan reducir los niveles de streptococcus mutans (SM) en la madre y disminuir la transmisión bacteriana hacia el niño. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) destaca la efectividad del uso diario de enjuagatorios de fluoruro de sodio (0,05%) y clorhexidina (0,12%) a partir del sexto mes de embarazo para disminuir la carga bacteriana en la mujer.

El uso intensivo de clorhexidina junto con las acciones clínicas dirigidas a restaurar los dientes afectados por caries y extraer aquellos con lesiones extensas y mal pronóstico, ha sido descrito como una estrategia efectiva para disminuir la carga bacteriana en la mujer y prevenir la transmisión de bacterias cariogénicas hacia el hijo.

⁵ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.28

a.3. Efectividad del uso de fluoruros tópicos en la prevención y control de caries

Los fluoruros pueden minimizar la pérdida de la superficie del cristal de hidroxiapatita y favorecer la remineralización por inclusión de cristales de calcio y fosfatos. Cuando la remineralización se produce en presencia de fluoruros, el cristal reconstituido es más ácido resistente que el esmalte original. Además, el fluoruro puede inhibir el metabolismo bacteriano, ya que interfiere con la maquinaria enzimática del metabolismo de los carbohidratos. Los programas preventivos basados en el uso de fluoruros deben dirigirse a aquellos individuos considerados de alto riesgo cariogénico. Las opciones de tratamiento disponibles en base a fluoruros tópicos corresponden a la aplicación profesional de geles y barnices y al uso de pastas dentales y colutorios.⁶

El uso de fluoruros tópicos depende del riesgo de caries de cada persona.

En mujeres embarazadas, el uso de pasta fluorurada y enjuague con colutorio libre de alcohol que contenga 0,05% de fluoruro de sodio (uso 1 vez al día) ó 0,02% de fluoruro de sodio (uso 2 veces al día) ha sido sugerido para reducir los niveles de placa (biofilm) y ayudar a promover la remineralización del esmalte.⁷

El uso de fluoruros favorece la remineralización del diente y en casos de erosión del esmalte a consecuencia de la acidificación del medio bucal producto de las náuseas o vómitos durante el inicio del embarazo puede contribuir a minimizar la pérdida de tejido y a controlar la sensibilidad dentaria. Por lo tanto, el uso de enjuagatorios de NaF o gel fluorurado durante el embarazo puede

⁶ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.24

⁷ American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care 2011. p.141

contrarrestar la desmineralización del esmalte producida por la acidificación del medio bucal y contribuir a controlar la sensibilidad dentinaria asociada.⁸

a.4. Uso de chicle con xilitol⁹

El xilitol es un azúcar natural no fermentable utilizado para endulzar los alimentos. La mayoría de las bacterias orales no lo metabolizan, lo que se asocia a una reducción de los niveles de *S. mutans* en el biofilm y saliva. No se han registrado efectos adversos durante el embarazo que sugieran la contraindicación de su consumo durante este periodo.

El uso diario de xilitol mediante chicles o mentas durante el embarazo y los primeros dos años de vida del hijo/a ha mostrado reducir la transmisión de bacterias de la madre al hijo y disminuir el riesgo de caries en el niño. La cantidad de xilitol recomendada es de 5 a 6 gramos al día; la frecuencia de consumo recomendada varía desde 2 hasta 5 veces al día y cada pieza de chicle debe masticarse por 5 minutos para tener un efecto terapéutico.

b. Diagnóstico

b.1. Diagnóstico de Caries

El diagnóstico de caries debe realizarse luego de una acuciosa limpieza de las superficies de los dientes, secando la saliva para facilitar el diagnóstico de caries a través de un examen visual. El examen puede apoyarse en algunas medidas como profilaxis, uso de seda dental y transiluminación.¹⁰

⁸ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.26

⁹ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.26

¹⁰ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013.p.30

Diagnóstico de Enfermedades Periodontales¹¹

El diagnóstico periodontal debe basarse en los siguientes criterios:

- Presencia o ausencia de signos inflamatorios clínicos.
- Profundidad al sondaje.
- Extensión y patrón de pérdida de inserción clínica y hueso.
- Historia médica y dental del paciente.
- Presencia o ausencia de otros síntomas como dolor, úlceras presencia de placa y cálculo. Por lo tanto, el examen de salud bucal de la mujer embarazada debe incluir la evaluación de los tejidos periodontales y el sondaje de boca completa.

Se sugieren los siguientes registros del estado de salud de los tejidos periodontales:

- Estado gingival (color, forma, consistencia, sangrado, textura)
- Nivel de inserción clínica
- Sangrado al sondaje
- Movilidad dentaria
- Lesión de furca
- Control de placa
- Diagnóstico periodontal

El registro del control de placa a través de un indicador que cuantifique la presencia de placa o biofilm permite identificar las áreas con mayor acumulación de placa y corregir las prácticas de higiene bucal del paciente. La medición periódica del indicador permite evaluar las medidas adoptadas.

La gingivitis inducida por biofilm se define como la inflamación de la encía, en ausencia de pérdida de inserción clínica. Su diagnóstico se basa en la identificación clínica de los signos de inflamación,

¹¹ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013.p.31

siendo los más frecuentes la coloración rojiza, el sangrado marginal y el edema del tejido.

Durante el embarazo, los signos de inflamación de la encía pueden estar exacerbados. La periodontitis se caracteriza por la pérdida de inserción clínica debido a la destrucción del ligamento periodontal y del hueso de soporte. Su diagnóstico considera los signos de inflamación y la pérdida de inserción determinada a través del sondaje del surco gingival y examen radiográfico. La evaluación periódica permite determinar si la enfermedad está estable o en progresión.

c. Manejo de la ansiedad

En las mujeres embarazadas, la atención odontológica es una fuente de ansiedad, en algunos casos esto significa una barrera para acudir al tratamiento odontológico. Por lo tanto la atención odontológica debe realizarse en una posición cómoda para la mujer, permitiendo los cambios frecuentes de posición. La mujer debe estar en posición recostada, ligeramente inclinada hacia la izquierda y con la cabeza más elevada que los pies.

Las urgencias odontológicas, referidas al manejo de la infección y dolor, deben resolverse al momento de producirse.

c.1. Consideraciones especiales en la atención de la embarazada

El embarazo, parto y puerperio constituyen períodos sensibles en la vida de las mujeres, estos aspectos implican grandes cambios, tanto fisiológicas, psicológicas y sociales.

El estrés es una reacción fisiológica a la percepción de una amenaza, es decir, a un estímulo que pone en peligro la homeostasis y del cual la persona se da cuenta. El estrés en el

embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final: temor por ella misma y por el hijo o hija, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina. Además, una gestación suele conllevar pequeñas molestias que originan tensión. Por esto, es recomendable que cuando la mujer sea sometida a una atención odontológica, que per se genera tensión, reciba apoyo psicológico por parte del odontólogo(a) para facilitar su manejo clínico y mejor aporte.¹²

Dado lo anterior, y considerando las particulares características emocionales de las gestantes, es necesario lograr un adecuado soporte afectivo y un manejo cuidadoso de la comunicación que permita ofrecer un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos de la gestante, su cooperación y compromiso con las metas que con ella se determinen. Debe lograrse un adecuado control de los estímulos que generan miedo y ansiedad, haciendo conocidas y familiares las rutinas del tratamiento mediante exposiciones graduales y generando confianza y seguridad en la relación con el paciente. El uso de técnicas psicológicas orientadas al cambio conductual han demostrado ser útiles para el manejo de la ansiedad en la consulta odontológica.¹³

Una práctica necesaria para disminuir la ansiedad de la mujer embarazada en la consulta odontológica consiste en indagar previo a la atención clínica sobre las inquietudes o temores que ella pueda tener sobre la atención y tranquilizarla, destacando que la atención,

¹² Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.34

¹³ AARTMAN IH, de Jongh A, Makkes PC, Hoogstraten J. Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables. p.471.

incluyendo el uso de radiografías, anestesia local y analgésicos, es segura para ella y su hijo.¹⁴

Considerando los cambios que sufre la mujer embarazada en su cuerpo se deben planificar sesiones breves de atención, privilegiando la comodidad de la mujer en posición semi-inclinada y conforme avanza el tiempo de atención se debe permitir los cambios de posición.

Durante la atención odontológica de la embarazada es importante la posición de la paciente; por ello, las posiciones del sillón varían dependiendo el trimestre del embarazo. En el primero, es recomendable colocarlo a 165, en el segundo 150 y en el tercer trimestre a 135 grados de inclinación¹⁵.

La posición en la que se recuesta la mujer en el sillón puede contribuir a disminuir la ansiedad asociada a la atención. Durante el tercer trimestre de embarazo, cuando la gestante se tiende sobre la espalda, el útero puede presionar los grandes vasos, particularmente la vena cava inferior e impedir el retorno venoso hacia el corazón. Esto puede causar el “síndrome hipotensivo postural” que se manifiesta como un descenso brusco de la presión arterial con náuseas, mareo y desvanecimiento.¹⁶

Esta situación puede prevenirse colocando una almohada pequeña bajo la cadera derecha de la mujer o recostando la mujer sobre su lado izquierdo, de modo de desplazar el útero para que no comprima la vena cava. Además, las alteraciones en el tono del esfínter esofágico y en el vaciamiento gástrico aumentan los episodios de reflujo gástrico y el consiguiente riesgo de aspiración

¹⁴ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.34

¹⁵ GARCÍA, O. M. F., & Medrano, M. G. C. (2010). Atención odontológica en la mujer embarazada. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 2(2), pag.81

¹⁶ Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for dental care during pregnancy. *J. Midwifery Womens Health*. abril de 2011;56(2): p.112

durante la atención. Para prevenirlo, es importante que la mujer se mantenga en una posición semisentada. Por lo tanto, la posición más adecuada para la atención de la embarazada en el sillón debe considerar lo siguiente: La cabeza de la mujer debe estar más elevada que sus pies La mujer debe estar en posición recostada, si lo tolera, y puede cambiar con frecuencia de posición La mujer debe estar ligeramente inclinada hacia la izquierda con la ayuda de un cojín ubicado bajo la cadera derecha para evitar mareos o náuseas debido a la hipotensión. La atención de urgencia está indicada durante todo el embarazo, ya que la postergación de la atención de un cuadro infeccioso o doloroso puede generar mayores riesgos para la mujer y su hijo. Se debe conocer la condición de la mujer y los cuidados especiales que requiere, incluyendo el momento más adecuado para la atención odontológica y los medicamentos permitidos.¹⁷

Las características de las distintas etapas del embarazo y del desarrollo fetal determinan las prestaciones más adecuadas a desarrollar en cada periodo:¹⁸

- Durante el primer trimestre (desde la concepción hasta la semana 14) se recomienda realizar solo atención de urgencia, considerando que es un periodo crítico del desarrollo fetal (organogénesis). Los cuidados preventivos deben iniciarse lo antes posible, incluyendo el refuerzo de los hábitos de higiene bucal y consejería dietética.
- El segundo trimestre (desde la semana 14 a 28) es el periodo más seguro para realizar la atención dental. Las radiografías intraorales pueden realizarse, tomando todas las medidas

¹⁷ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.35

¹⁸ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.36

necesarias para minimizar la exposición a la radiación de la paciente. Las prestaciones electivas postergadas en el primer trimestre pueden realizarse en esta etapa. Se debe reforzar las medidas de higiene bucal y alimentación saludable.

- Durante el tercer trimestre (desde la semana 29 hasta el parto) la mujer siente mayor malestar por el aumento de peso, lo que puede dificultar la atención en el sillón. Se deben preferir las sesiones cortas y permitir los cambios frecuentes de posición para prevenir el síndrome hipotensivo postural. La postergación del tratamiento hasta después del parto puede ser problemática, porque en ese periodo la mujer concentrará toda su atención en el recién nacido. Es importante reforzar las medidas de higiene en el hogar y en la clínica (profilaxis dental). Se recomienda entregar todas las prestaciones definidas en el plan de tratamiento antes del parto, priorizando el tratamiento de caries no tratadas. Las reconstrucciones extensas y cirugías complejas pueden postergarse hasta después del parto.

d. Farmacología perinatal

La FDA (Food and Drugs Administration) ha establecido 5 categorías (A, B, C, D y X) para indicar el potencial teratogénico de una sustancia. Este formato fue anunciado originalmente en el Boletín Farmacológico de la FDA de Septiembre de 1979.

Definiciones FDA de las categorías de riesgo en el embarazo:

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

Categoría	Descripción
A	Sin riesgo fetal; seguridad comprobada del uso durante embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo. ¹⁹

d.1. Uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroidales (AINE)

Tienen como mecanismo común la inhibición de la síntesis de prostaglandinas que participan en la respuesta inflamatoria, pero también en el proceso de parto. Sus efectos adversos durante el embarazo se relacionan con la prolongación del parto e hipertensión pulmonar fetal. Debido a esto, se recomienda evitar el uso de AINE durante el embarazo, incluida la aspirina, especialmente durante el primer y tercer trimestre.²⁰

En caso de dolor, considerar el uso de paracetamol (acetaminofen) en dosis no mayor a 4g/día, por 2 ó 3 días. Su uso genera menos irritación gástrica y no se ha asociado a hemorragias, aunque en altas dosis puede causar toxicidad hepática.²¹

¹⁹ Gómez CJF y col. **Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica.** 158. Revisión bibliográfica. Vol. LVI, No. 4. Julio-Agosto 1999. p. 160.

²⁰ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.48

²¹ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.52

d.2. Uso de antibióticos²²

Las consecuencias de no tratar una infección activa durante el embarazo implican un mayor riesgo para la salud de la madre y el hijo que el uso de los principales antibióticos indicados para las infecciones odontológicas.

La mayoría de los antibióticos no están asociados a daño severo en el feto cuando se usan adecuadamente en las dosis necesarias. Sin embargo, ningún medicamento puede considerarse completamente seguro durante el embarazo.

Al momento de indicar el uso de un antibiótico se deben considerar los siguientes aspectos:

- Evaluar los riesgos y beneficios de indicar un antibiótico durante el embarazo, seleccionar el antibiótico que tenga la mayor tolerancia comprobada.
- Preferir los antibióticos que llevan tiempo en el mercado y tienen evidencia empírica disponible.
- Dar prioridad a los antibióticos que no han sido asociados a riesgos para la madre o el feto.
- Supervisar el tratamiento y ajustar las dosis según necesidad.
- Preferir monoterapias en lugar de combinación de terapias.
- Dar prioridad a la terapia oral, cuando sea posible.

²² Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.49

- Considerar la permeabilidad de la placenta y el mecanismo de eliminación del antibiótico.

Categorías farmacológicas de riesgo fetal de antibióticos (según la FDA).²³

Fármaco	Categoría
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Tetraciclinas	D
Eritromicina	B
Clindamicina	B
Metronidazol	B
Estreptomina	D
Trimetoprima-sulfametoxazol	C

Las penicilinas son antibióticos de primera línea durante el embarazo, el único problema terapéutico asociado al uso de penicilinas durante el embarazo es la alergia a la penicilina. Junto con las penicilinas, las cefalosporinas constituyen la primera línea de antibióticos durante el embarazo. No se han reportado efectos teratogénos y alteraciones en el desarrollo infantil. Se debe dar prioridad a las cefalosporinas de uso más frecuente.²⁴

Cuando existan antecedentes de alergia a penicilinas, los macrólidos son una alternativa durante el embarazo. Su espectro de acción incluye predominantemente a los cocos grampositivos. La

²³ Gómez CJF y col. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. 158. Revisión bibliográfica. Vol. LVI, No. 4. Julio-Agosto 1999. p.161

²⁴ Mylonas I. Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration. Arch. Gynecol. Obstet. enero de 2011; p.7

eritromicina es considerada segura durante el embarazo; sin embargo, la eritromicina estolato tiene potencial hepatotóxico. Los derivados de la eritromicina como azitromicina, claritromicina y roxitromicina deben usarse con precaución debido a la falta de evidencia sobre los potenciales efectos adversos.²⁵

e. Uso de anestésicos locales ²⁶

El uso de anestésicos tópicos y locales durante los procedimientos odontológicos no se ha asociado con un aumento del riesgo de eventos médicos adversos o resultados adversos del embarazo. La lidocaína es el anestésico local más utilizado para los procedimientos odontológicos, aunque no el único. Pertenece al grupo amida que tienen acción media o larga y efecto tópico. Su mecanismo de acción consiste en estabilizar la membrana neuronal por la inhibición del flujo iónico requerido para la iniciación y conducción de impulsos. La dosis máxima de lidocaína es de 5 mg/kg y si se combina con vasoconstrictor aumenta a 7 mg/kg.

El uso de lidocaína se considera seguro durante el embarazo y periodo de lactancia, siendo las dosis máximas recomendadas muy bajas para alcanzar concentraciones significativas en el feto. Sin embargo, se requiere la aplicación de técnicas adecuadas de anestesia que consideren una correcta posición de la aguja, dosis ajustadas y la aspiración para evitar la inyección intravascular con el propósito de disminuir el riesgo de efectos adversos en la mujer embarazada. La epinefrina es el principal vasoconstrictor utilizado en combinación con lidocaína. Su acción mejora el efecto anestésico de la lidocaína y disminuye la dosis necesaria al reducir

²⁵ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.50

²⁶ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.47- 48

la velocidad de absorción y los niveles máximos sanguíneos, aumentando la intensidad y duración del efecto anestésico.

Existe un riesgo potencial de generar vasoconstricción en la arteria uterina que puede provocar disminución del flujo sanguíneo fetal cuando ocurre una inyección intravascular accidental de anestésico con vasoconstrictor. Sin embargo, al realizar técnicas anestésicas adecuadas que utilicen lidocaína con epinefrina en dosis habituales, los niveles de vasoconstrictor que se alcanzan en el útero parecen ser no significativos. Por lo tanto, no hay contraindicación para el uso de anestésico local con vasoconstrictor en dosis adecuada para la mujer embarazada, siempre que se tomen las precauciones para evitar la inyección intravascular. Las preparaciones de anestésico con vasoconstrictor pueden incluir preservantes y antioxidantes que pueden generar reacciones alérgicas en algunos pacientes. Es importante indagar sobre los antecedentes médicos y reacciones alergias previas del paciente antes de administrar anestésicos locales.

Entre los anestésicos con enlace amida, la bupivacaína tiene el menor nivel plasmático en la sangre fetal por su gran unión a las proteínas plasmáticas de la sangre materna, lo que da por resultado que el hígado fetal realice un mínimo de trabajo en metabolizar este agente. Sin embargo, la lidocaína es probablemente el anestésico más utilizado en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental.²⁷

²⁷ Gómez CJF y col. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. 158. Revisión bibliográfica. Vol. LVI, No. 4. Julio-Agosto 1999,p.162

f. Indicación de radiografías ²⁸

El uso de radiografías orales para el diagnóstico de patologías bucales debe ser indicado luego de evaluar los riesgos y beneficios para la mujer y su hijo en desarrollo.

Las radiografías orales no están contraindicadas durante el embarazo y deben ser consideradas solo si es necesario para lograr un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento.

La exposición fetal estimada durante una toma de radiografía intraoral equivale a 0,0001 rad, siendo la dosis segura de radiación ionizante aceptada durante el embarazo de 5 rad. El riesgo teratogénico de la exposición durante el examen radiográfico intraoral es 1000 veces menor que el riesgo natural de aborto espontáneo o malformación. La dosis absorbida por las gónadas durante una exposición típica de radiografía dental es equivalente a 1 hora de exposición a radiación natural ambiental.

Durante la toma de radiografías intraorales se deben aplicar todas las medidas necesarias para minimizar la exposición a la radiación de la mujer embarazada. Estas medidas son:

- El uso de delantal y protector tiroideo plomados, estos protectores deben tener una equivalencia en plomo de al menos 0.25 mm de plomo.
- La optimización de la técnica radiográfica (películas de alta velocidad y colimador) reduce la exposición del paciente.

Se debe evitar la repetición de radiografías. Se debe indicar la técnica que implique la menor dosis de radiación posible, siendo las radiografías periapicales y bitewing las que cumplen esta condición.

²⁸ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. P 30

Las series de boca completa, radiografías panorámicas y cefalogramas deben posponerse hasta el periodo postparto. Durante la toma de radiografías panorámicas, debido a las características del examen y al mayor tiempo de exposición, la región uterina recibe una dosis mayor de radiación comparado con la toma de radiografías periapicales.

f.1. Manejo de caries en la embarazada

De las patologías que afectan a la cavidad bucal, la caries dental se presenta como la de mayor prevalencia en la población general, constituyendo un problema relevante dentro del ámbito de la Salud Pública debido a las consecuencias e impacto en la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad, así como a los importantes gastos resultantes de su tratamiento.²⁹

La caries dental constituye una enfermedad crónica mediada por bacterias cuyo signo principal es la presencia de una lesión de caries que puede estar cavitada o no en la superficie dental. El proceso se caracteriza por la desmineralización del esmalte, pudiendo posteriormente resultar en exposición dentinaria y daño al tejido pulpar. Este proceso es iniciado en el biofilm oral, el cual se adhiere a las superficies dentales expuestas a cantidades adecuadas de agua y nutrientes para su desarrollo.³⁰

Por lo tanto, es muy importante distinguir entre el control de la enfermedad de caries versus el tratamiento operatorio (o no operatorio) de las lesiones de caries. El control de la enfermedad de caries se debe realizar mediante el control de los factores de riesgo individuales, cuyo desequilibrio se manifiesta en lesiones de caries. Considerar que se puede controlar la enfermedad obturando

²⁹ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p 37

³⁰ Gurenlian JR. The role of dental plaque biofilm in oral health. J. Dent. Hyg. 2007;81(5):p.4

lesiones es un error, ya que si no se modifican los factores de riesgo de la enfermedad ésta se mantiene y seguirá manifestándose con nuevas lesiones. Modificar los factores de riesgo es la única vía para lograr una salud oral estable y duradera en el tiempo.³¹

- **Tratamiento conservador de caries** ³²

La odontología mínimamente invasiva considera el manejo no quirúrgico de las lesiones de caries incipientes no cavitadas y el uso efectivo de intervenciones conservadoras para las lesiones dentinarias con el propósito de preservar la mayor cantidad de tejido. En el caso de lesiones en esmalte en dientes permanentes, las estrategias descritas incluyen el uso de agentes remineralizantes y la infiltración con resinas fluidas. El diagnóstico precoz de caries de esmalte es importante, pues su progresión puede detenerse e incluso revertirse en un estadio temprano, mediante terapia de remineralización, sumada a un control óptimo de placa bacteriana y control de los azúcares de la dieta.

El manejo de caries debe apuntar al control de la enfermedad, ser conservador y mínimamente invasivo, limitando la preparación cavitaria a la extensión de la caries, tanto en superficie como en profundidad, para preservar la mayor cantidad de tejido dentario.

La remoción parcial o ultraconservadora del tejido afectado por caries reduce el riesgo de exposición pulpar esta remoción parcial de la caries es preferible a la remoción completa en la lesión profunda en embarazadas. El tratamiento de caries contribuye a reducir la carga bacteriana cariogénica en la mujer

³¹ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p 37

³² Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p 38 - 39

embarazada, lo que a su vez disminuye las probabilidades de transmisión bacteriana hacia su hijo.

La aplicación de sellantes de resina está indicada para detener la progresión de lesiones oclusales dentinarias no cavitadas, es necesario mantener un control periódico de la paciente que permita reparar el sellante o reemplazarlo si se ha perdido, ya que la efectividad depende de su retención. Si durante el seguimiento se detectan signos de progresión de la lesión, es necesario realizar intervenciones más invasivas.

En el caso de lesiones cavitadas, se sugiere el uso de diseños cavitarios mínimos para preservar la estructura dentaria. Las restauraciones preventivas consisten en la remoción de áreas discretas de tejido dentario cariado y su restauración con resinas compuestas más sellante de resina en los surcos adyacentes.

- **Material de obturación**

La presencia de caries no tratadas durante el embarazo implica un riesgo para la salud de la madre y su hijo. El odontólogo debe definir con la gestante la mejor alternativa de tratamiento, considerando los riesgos y beneficios asociados a los diferentes materiales de obturación.³³

Al momento de seleccionar el material, es importante considerar que no existe el material restaurador ideal. Todas las restauraciones son susceptibles a la recurrencia de caries, fallas del material y deficiencias técnicas. Por lo tanto, la decisión sobre el material de restauración debe considerar la mejor alternativa para el manejo de caries en la paciente, evaluando

³³ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p 39

las propiedades mecánicas y estéticas del material, junto con la dieta, edad y nivel de higiene bucal de la paciente.³⁴

La amalgama dental es un material de obturación considerado seguro y efectivo. Hasta el momento, no existe evidencia que demuestre que el mercurio liberado desde las restauraciones de amalgama de la madre genere efectos adversos en el feto. El vapor de mercurio se libera principalmente durante la aplicación y el reemplazo de las restauraciones de amalgama, pudiendo ser absorbido por el torrente sanguíneo y eventualmente atravesar la barrera placentaria. Sin embargo, los niveles registrados no son suficientes para causar daño.³⁵

El uso de productos blanqueadores que contiene peróxido de hidrógeno puede favorecer la liberación de vapores de mercurio de las amalgamas dentales y debe evitarse durante el embarazo. La gama de materiales de aplicación directa alternativos a la amalgama incluye desde las resinas compuestas y cementos de vidrio ionómero, hasta los compómeros, constituyendo un grupo heterogéneo de materiales en cuanto a sus propiedades mecánicas e indicaciones clínicas. Los cementos de vidrio ionómero presentan ventajas como la adhesión química a la estructura dentaria y la liberación de iones de flúor. Sin embargo, sus propiedades mecánicas no responden bien en áreas sometidas a presiones masticatorias (baja resistencia a la flexión y a la abrasión). Las resinas compuestas para restauraciones en el sector posterior presentan mejores propiedades mecánicas, aunque generan contracción de polimerización que puede

³⁴ Murray PE, Windsor LJ, Smyth TW, Hafez AA, Cox CF. Analysis of pulpal reactions to restorative procedures, materials, pulp capping, and future therapies. Crit. Rev. Oral Biol. Med. Off. Publ. Am. Assoc. Oral Biol. 2002;13(6): p. 511.

³⁵ American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care; 2011 p. 142.

provocar la fractura del material o incluso del diente, favoreciendo la filtración marginal de la restauración. Otra indicación del uso de cemento de vidrio ionómero que ha dado resultados positivos es su uso como material temporal de obturación en terapias de estabilización del medio bucal.³⁶

f.2. Patología pulpar en la embarazada³⁷

En caries dentinarias profundas es importante tomar todas las medidas para proteger la vitalidad de la pulpa. Durante la preparación cavitaria, el desenlace no deseado tiene relación con la exposición pulpar durante el procedimiento de excavación del tejido afectado o el daño pulpar en este acto. Los principales factores asociados al daño pulpar son el grosor de la dentina remanente, la preparación cavitaria sin uso de refrigerante y el material restaurador. En general, cavidades más pequeñas o conservadoras producen menor daño pulpar.

- **Patología pulpar reversible**

En dientes vitales asintomáticos con lesiones de caries profundas, el recubrimiento pulpar directo o indirecto permite mantener la vitalidad pulpar y recuperar su funcionalidad normal.

a) Protección pulpar indirecta

Es el recubrimiento de la delgada capa de dentina remanente luego de una preparación cavitaria en una lesión de caries profunda. El diente debe estar asintomático y la pulpa vital.

La duración de la restauración y la frecuencia de complicaciones varían dependiendo si la pulpa se encuentra

³⁶ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.40

³⁷ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p.42 - 45

expuesta o no expuesta al momento de la restauración. El pronóstico de la restauración es mejor si no hay exposición pulpar, por lo que deben tomarse las medidas para evitarla durante la preparación cavitaria.

b) Protección pulpar directa

Es el recubrimiento directo del tejido pulpar expuesto accidentalmente como consecuencia del procedimiento operatorio o de un trauma. El diente debe tener pulpa vital y estar asintomático.

El recubrimiento directo está indicado en dientes sin síntomas previos, con buen pronóstico y en pacientes jóvenes con buen estado de salud. La exposición pulpar debe ser mínima, reciente y sin tejido carioso alrededor, con buena respuesta pulpar a los estímulos y mínima hemorragia.

El material de elección para el recubrimiento directo debe ser aquel que permita un correcto sellado de la pulpa expuesta y evite la filtración bacteriana.

La infiltración bacteriana de la pulpa genera necrosis pulpar. Cuando esto ocurre es necesario realizar tratamiento de endodoncia en el diente afectado. Si luego de un recubrimiento pulpar (directo o indirecto) aparece sintomatología dolorosa espontánea y/o mantenida en el tiempo, se debe indicar la endodoncia del diente sintomático.

- **Patología pulpar irreversible**

El diagnóstico preciso es la piedra angular de la endodoncia. Para ello, la sintomatología del paciente y la historia de las agresiones sufridas por la pieza dentaria son fundamentales. La historia de dolor que relata el paciente ayuda a determinar el

estado de la pulpa del diente afectado y el plan de tratamiento más adecuado.

La pulpitis irreversible se caracteriza por un dolor agudo e intenso que genera con frecuencia una consulta de urgencia.

El tratamiento de la patología pulpar irreversible busca recuperar la función del diente afectado, considerándose exitoso aquel tratamiento en el que no persisten síntomas y signos clínicos, sumado a la ausencia de evidencia radiográfica de compromiso periapical.

Desde otra perspectiva, la decisión clínica debe considerar factores relacionados con el paciente (estado de salud general y bucal, percepciones sobre el tratamiento); factores relacionados con el diente y tejidos periodontales (condición periodontal y pulpar del diente, color del diente, cantidad y calidad del hueso, características de los tejidos blandos); y factores relacionados con el tratamiento (complejidad del tratamiento, resultados esperados, procedimientos adicionales).

f.3. Terapias periodontales en la embarazada

La terapia no quirúrgica es la primera línea de tratamiento de la periodontitis en la práctica general. El propósito final de la terapia es restaurar y mantener la salud, confort, función y estética de los dientes durante toda la vida de la paciente, interrumpiendo la destrucción progresiva del periodonto causada por la inflamación. Se busca detener la pérdida de inserción y dejar sacos cuya profundidad y contornos sean manejables para el cuidado personal. Esto se logra mediante destartraje y pulido radicular, junto con la instrucción de higiene oral y monitoreo periódico del control de la placa bacteriana supragingival. Tradicionalmente, la terapia periodontal convencional implica el destartraje y pulido radicular

realizado en sesiones por cuadrantes o sextantes, siendo finalizada en 4 a 6 semanas.³⁸

El tratamiento de desinfección bucal total consiste en realizar el raspado y pulido radicular en 2 sesiones en un lapso de 24 horas. Además de la terapia mecánica, se realiza la desinfección de los sitios periodontales y extra periodontales (dorso de lengua, zona faríngea, cavidad oral) con clorhexidina al 0,12% y se instruye al paciente para continuar con colutorios de clorhexidina al 0,12% dos veces al día.³⁹

Enfermedad periodontal ⁴⁰

La terapia periodontal se basa en el desbridamiento mecánico del biofilm, así como en la eliminación de factores irritantes locales. Dada la naturaleza infecciosa de la enfermedad, el uso de antibióticos sistémicos ha sido propuesto como parte de la terapia periodontal en grupo específicos de pacientes. La Academia Americana de Periodoncia plantea que la antibioterapia sistémica puede ser indicada en pacientes que no responden a la terapia mecánica convencional, con formas agudas de infección periodontal (gingivitis/ periodontitis úlcero-necrótica), abscesos periodontales con compromiso sistémico, pacientes con periodontitis agresivas o médicamente comprometidos.

Debido a la multiplicidad de microorganismos patogénicos involucrados en las enfermedades periodontales, el uso de una combinación de antibióticos puede ser necesario. El diagnóstico

³⁸ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. P 46

³⁹ BOLLEN CM, Vandekerckhove BN, Papaioannou W, Van Eldere J, Quirynen M. Full- versus partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections. p.1251.

⁴⁰ Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago Chile: MINSAL, 2013. p. 50

microbiológico puede facilitar la selección de la terapia antibiótica más efectiva para cada persona.

Las terapias antibióticas usadas con mayor frecuencia en la población general incluyen el uso de metronidazol, clindamicina, tetraciclinas, ciprofloxacino, azitromicina y combinación de metronidazol y amoxicilina o ciprofloxacino.

Sin embargo, en mujeres embarazadas, la indicación de estos antibióticos debe ser analizada en base a los siguientes antecedentes.

Metronidazol es un antibiótico con acción sobre las bacterias anaerobias y con frecuencia se indican en combinación con otros antibióticos. Estudios en animales sugieren un potencial efecto mutagénico y carcinogénico que no ha sido comprobado en estudios en humanos. Por lo tanto, el uso de metronidazol durante el embarazo está permitido cuando su indicación está justificada por las características de la infección. Los antibióticos del grupo lincosaminas (lincomicina y clindamicina) tienen acción sobre las bacterias gram-positivas, pero también sobre las bacterias anaerobias. No se han descrito efectos teratógenos, pero existe el riesgo de causar colitis pseudomembranosa luego de varias semanas de uso (prevalencia de 2-10%).

Las quinolonas (por ejemplo, ciprofloxacino, norfloxacino) no están indicadas en mujeres embarazadas por el potencial daño al tejido articular. Estudios en animales con dosis superiores a las terapéuticas han mostrado el desarrollo de artropatías y alteración en el desarrollo de la osificación, aunque estudios en humanos no han confirmado esta asociación.⁴¹

⁴¹ Mylonas I. Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration. Arch. Gynecol. Obstet. enero de 2011;283(1):p. 14.

Ciprofloxacino ha sido utilizado en el tratamiento de enfermedad periodontal asociada a *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, pero su uso no se recomienda durante el embarazo.⁴²

Las tetraciclinas son antibióticos de amplio espectro que pueden atravesar la barrera placentaria y acumularse en los huesos y dientes en formación. Además, pueden causar daño en hígado y riñones de la madre. Por lo tanto, su uso no se recomienda después de las 5 semanas de gestación.⁴³



⁴² Mylonas I. Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration. Arch. Gynecol. Obstet. enero de 2011;283(1):p. 14.. 13

⁴³ Mylonas I. Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration. Arch. Gynecol. Obstet. enero de 2011;283(1):p. 14.. 12

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes Nacionales

- a. **Título:** NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO EN GESTANTES, DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, EN EL AÑO 2015.

Autor: Castro Rubio, Jhon Bruce.

Resumen:

Encontró que el 67.8% de estudiantes presenta un nivel de conocimiento regular, el 26.4% presenta un nivel de conocimiento malo y el 5.8% un nivel elevado. Al evaluar la relación entre el año de estudio se evidenció que, a mayor año de estudio, menor el nivel de conocimiento siendo mínima la cantidad de alumnos en esta condición. La mayor cantidad de alumnos se ubicó en un nivel de conocimiento regular.

3.2.2. Antecedentes Internacionales

- a. **Título:** CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DEL ÚLTIMO AÑO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, EN EL MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA, MEXICO 2002.

Autores: Virginia Soto Sánchez, Rosa María Díaz Romero, Miguel Peña Torres, Mauricio Bastien Gutiérrez, Efrén Pérez Romero

Resumen:

El propósito de este trabajo fue evaluar los conocimientos de los alumnos que cursan el último año de la carrera de odontología sobre el manejo de la paciente embarazada. Los criterios de inclusión fueron, alumnos que cursaban el último año de la carrera en 3 Universidades de la ciudad de México. Se realizó un estudio transversal descriptivo, se elaboró y validó una encuesta sobre los conocimientos que un odontólogo general debe conocer acerca del tema. Participaron 132 alumnos cuyo rendimiento en conceptos de fisiología y farmacología en general fue deficiente. Vale la pena reflexionar en la necesidad de retroalimentar los conceptos teóricos en la práctica clínica, ya que la demanda de servicios de este tipo de pacientes es baja.

4. HIPÓTESIS

Dado que, los alumnos que cursan el último año tienen una retroalimentación de los conocimientos adquiridos por la exigencia de atención de pacientes especiales:

Es probable que, el Nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes, de los alumnos de IX semestre sea mejor que el de los alumnos del VII semestre de clínica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

1.1.1. Precisión de la técnica

Se utilizó la técnica de cuestionario.

1.1.2. Esquematización

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento	Cuestionario	Encuesta

1.1.3. Descripción de la técnica

- Se coordinó con la Universidad Católica Santa María para emitir los permisos para la realización del proyecto de investigación.
- Se determinó el número de alumnos a evaluar según los criterios de inclusión y exclusión
- Se procedió a repartir las encuestas de 15 preguntas a los alumnos del VII y IX semestre, los cuales colaboraron al responder el cuestionario. Esta técnica sirvió para obtener información de la variable.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento documental

a. Precisión del Instrumento

Se utilizó un solo instrumento documental, la encuesta, cuyas preguntas llevaron implícitas todas las variables para alcanzar los objetivos. Se elaboró un cuestionario de 15 preguntas con respuestas cerradas sobre temas de manejo odontológico de gestantes.

El puntaje fue de 0 a 20; para el análisis de los datos se hizo uso de la prueba de Ji cuadrado.

La corroboración adicional resulta al aplicar una escala de calificación según el Ministerio de Educación:

- AD (muy bueno) 18 - 20 puntos,
- A (bueno) 15 -17 puntos,
- B (regular) 11 - 14 puntos y
- C (malo) 0 - 10 puntos.

b. Estructura del Instrumento

VARIABLE	INDICADORES
Nivel de conocimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de la ansiedad 2. Farmacología Perinatal 3. Uso de Anestesia Dental 4. Indicación de Rx. 5. Tratamiento Odontológico

1.2.2. Instrumentos mecánicos

- Computadora
- Impresora

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Hojas de papel
- Folder
- Cámara fotográfica

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Ámbito General

Universidad Católica de Santa María

2.1.2. Ámbito Específico

Clínica de la Facultad de Odontología

2.2. Ubicación Temporal

La presente investigación se realizó en el año 2017

2.3. Unidades de estudio

a. Universo

Se tomó la totalidad de alumnos del VII y IX semestre de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

b. Criterios para la selección

b.1 Universo Cualitativo

b.1.1 Criterios de Inclusión

- Alumnos del VII y IX semestre de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María con matrícula regular.
- Alumnos del VII y IX semestre de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María con asistencia regular.

b.1.2 Criterios de Exclusión

- Alumnos que no aceptaron ser evaluados.

b.2 Universo Cuantitativo

Criterios de selección	Nº	
	4º	5º
Total de alumnos	138	124
Cumplen con criterios de inclusión	138	124
No cumplen con criterios de inclusión	31	14
Total de alumnos que cumplen los criterios de inclusión.	107	107

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se coordinó con la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María
- Se procedió a repartir las encuestas a los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María y la evaluación de las mismas.

3.2. Recursos

a. Recursos Humanos

a.1 Investigadora : Alejandra Julemy Taya Márquez.

a.2 Asesor : Alberto Armando Alvarado Aco.

b. Recursos Físicos

Biblioteca de Universidad Católica de Santa María

c. Recursos Económicos

Propios de la investigadora

d. Recursos Institucionales

Universidad Católica de santa María

3.3. Prueba piloto

a. Tipo de prueba: Incluyente

b. Muestra piloto: 5% del universo.

c. Recolección piloto: Administración preliminar de la encuesta y evaluación.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento

a. Tipo de procesamiento:

El ordenamiento de los datos fue electrónico mediante el uso del programa SPPS (programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado)

b. Operaciones del procesamiento

b.1 Clasificación

Una vez aplicada la encuesta, los datos obtenidos fueron ordenados en una matriz de sistematización.

b.2 Codificación

Se codificaron los resultados.

b.3 Recuento

Fue de tipo computarizado y matriz de conteo.

b.4 Tabulación

Se utilizó cuadros numéricos de doble entrada.

b.5 Graficación

El tipo de grafico que se utilizó fue el grafico de barras comparativas.

4.2. Plan de Análisis

a. Tipo de análisis

El análisis se hizo mediante el cálculo de frecuencias, porcentaje, media, desviación estándar, valor mínimo y máximo

b. Tratamiento estadístico

VARIABLE	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALAS DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA
Nivel de conocimiento	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencias Absolutas ▪ Frecuencias Relativas 	χ^2



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA SEGÚN SEMESTRE DE ESTUDIO

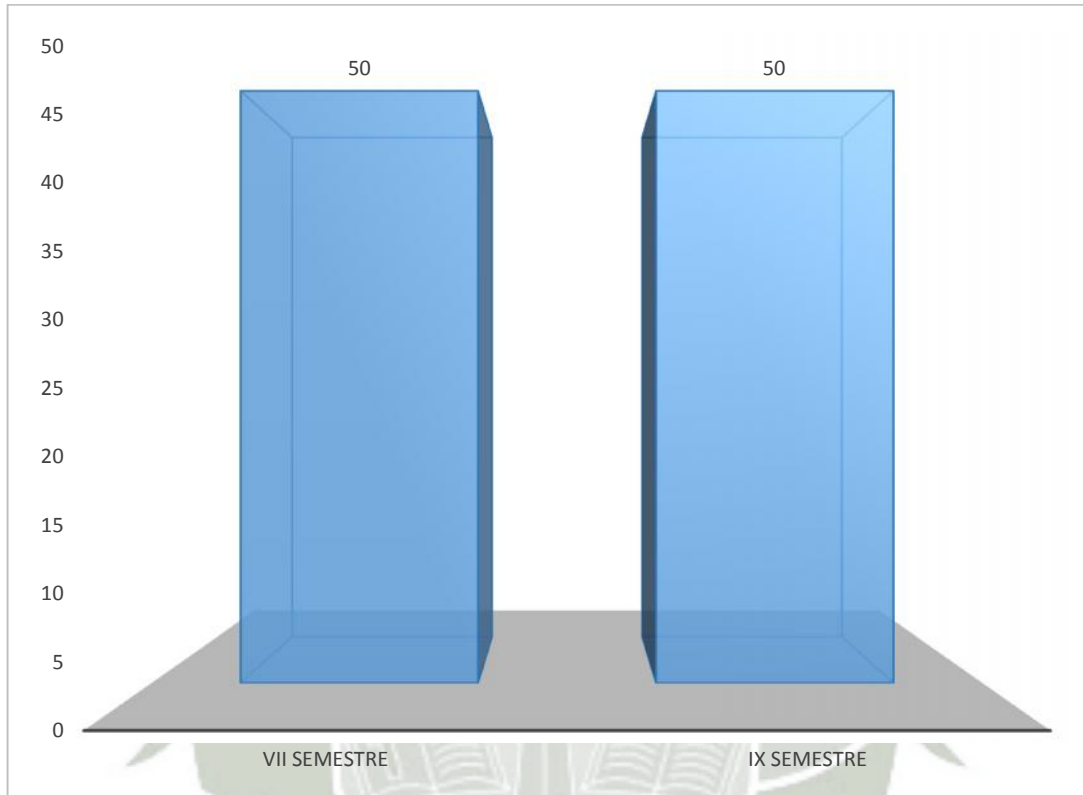
GRUPO DE ESTUDIO	N°	%
VII SEMESTRE	107	50.0
IX SEMESTRE	107	50.0
Total	214	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar la distribución numérica y porcentual de los alumnos seleccionados para participar de la presente investigación. Como se puede apreciar, la mitad del total de alumnos que participaron en la investigación, correspondieron a los del VII semestre, así como la otra mitad fueron del IX semestre de la carrera de Odontología.

GRÁFICA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA SEGÚN SEMESTRE DE ESTUDIO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE PACIENTES GESTANTES
DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
C (0 a 10)	48	22.4
B (11 a 14)	69	32.2
A (15 a 17)	55	25.7
AD (18 a 20)	42	19.6
Total	214	100.0

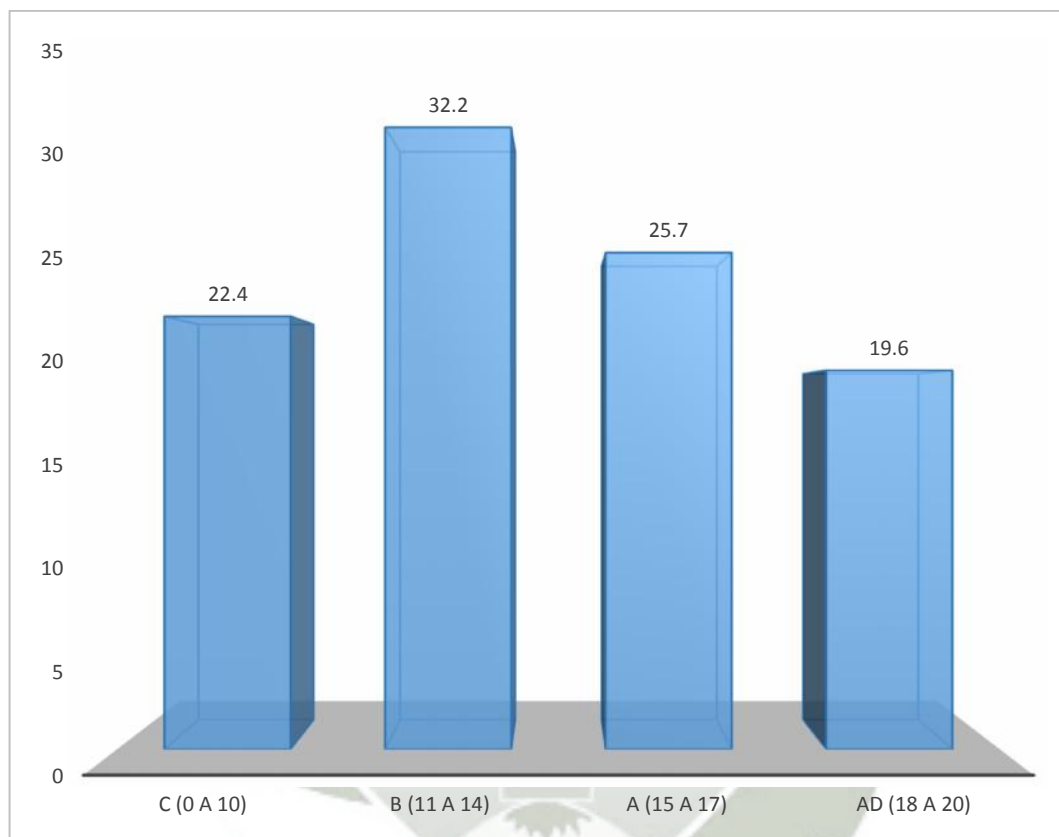
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla, se muestra el nivel de conocimiento sobre manejo de la paciente gestante, alcanzado por los alumnos que están llevando a cabo la clínica odontológica.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de los alumnos llegaron a un nivel considerado como B (32.2%), es decir, está dentro de lo regular, mientras que el menor porcentaje (19.6%) llegó a tener un nivel de conocimiento AD, es decir, muy bueno.

GRÁFICA Nº 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE PACIENTES GESTANTES
DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE LA
PACIENTE GESTANTE ENTRE ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nivel de Conocimiento	Grupo de Estudio			
	VII Semestre		IX Semestre	
	N°	%	N°	%
C (0 a 10)	27	25.2	21	19.6
B (11 a 14)	48	44.9	21	19.6
A (14 a 17)	20	18.7	35	32.7
AD (18 a 20)	12	11.2	30	28.0
Total	107	100.0	107	100.0

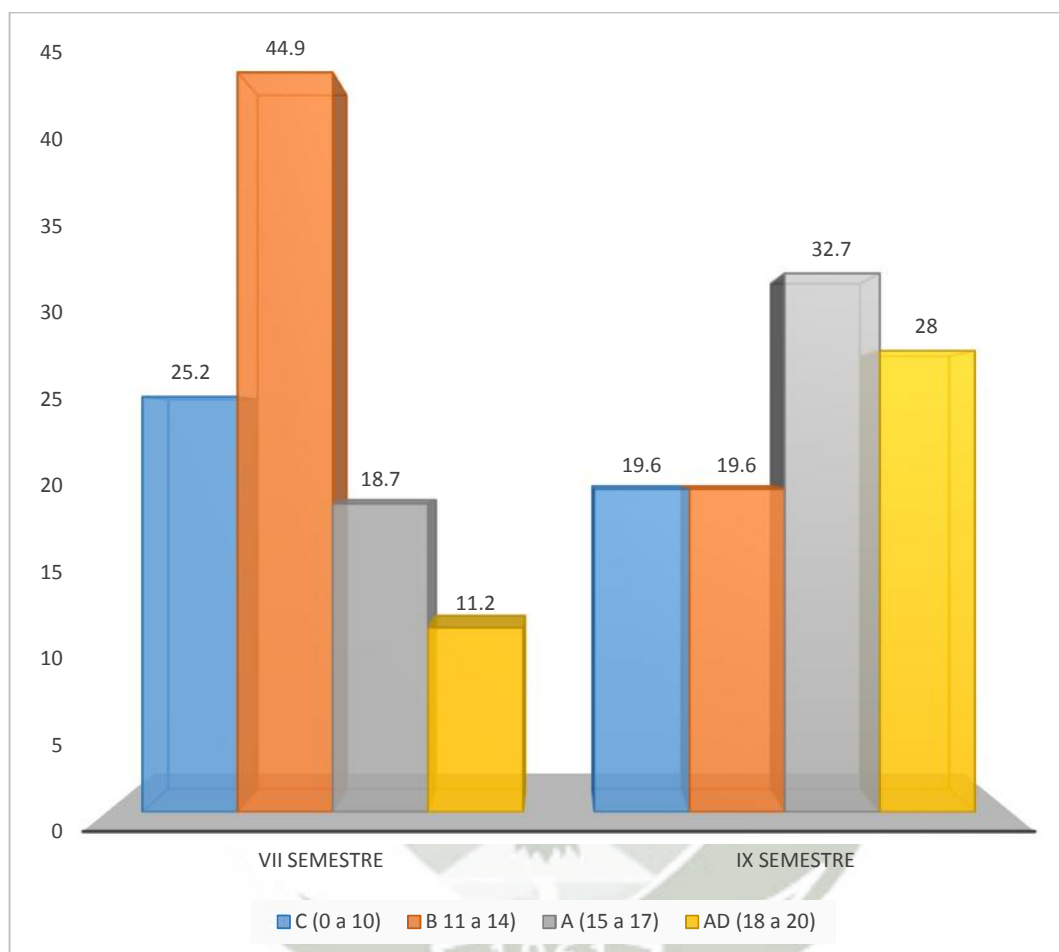
Matriz de datos $P = 0.000 (P < 0.05) S.S.$

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla comparamos el nivel de conocimiento sobre manejo de la paciente gestante en los alumnos del VII y IX semestre de la clínica odontológica. Como se puede apreciar en los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de alumnos del VII semestre (44.9%) tuvieron un nivel de conocimientos considerado como regular (B), seguido por los que estaban en un nivel C, es decir, malo (25.2%), mientras que los de IX semestre, en mayor porcentaje estaban dentro del nivel considerado como A (32.7%), es decir bueno, y AD, es decir muy bueno (28.0%).

Según la prueba estadística, entre ambos grupos existe diferencia estadísticamente significativa, es decir, los alumnos del IX semestre tuvieron mejores niveles de conocimiento que los alumnos del VII Semestre.

GRÁFICA Nº 3
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE LA
PACIENTE GESTANTE ENTRE ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN MANEJO DE LA ANSIEDAD EN LA
EMBARAZADA DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

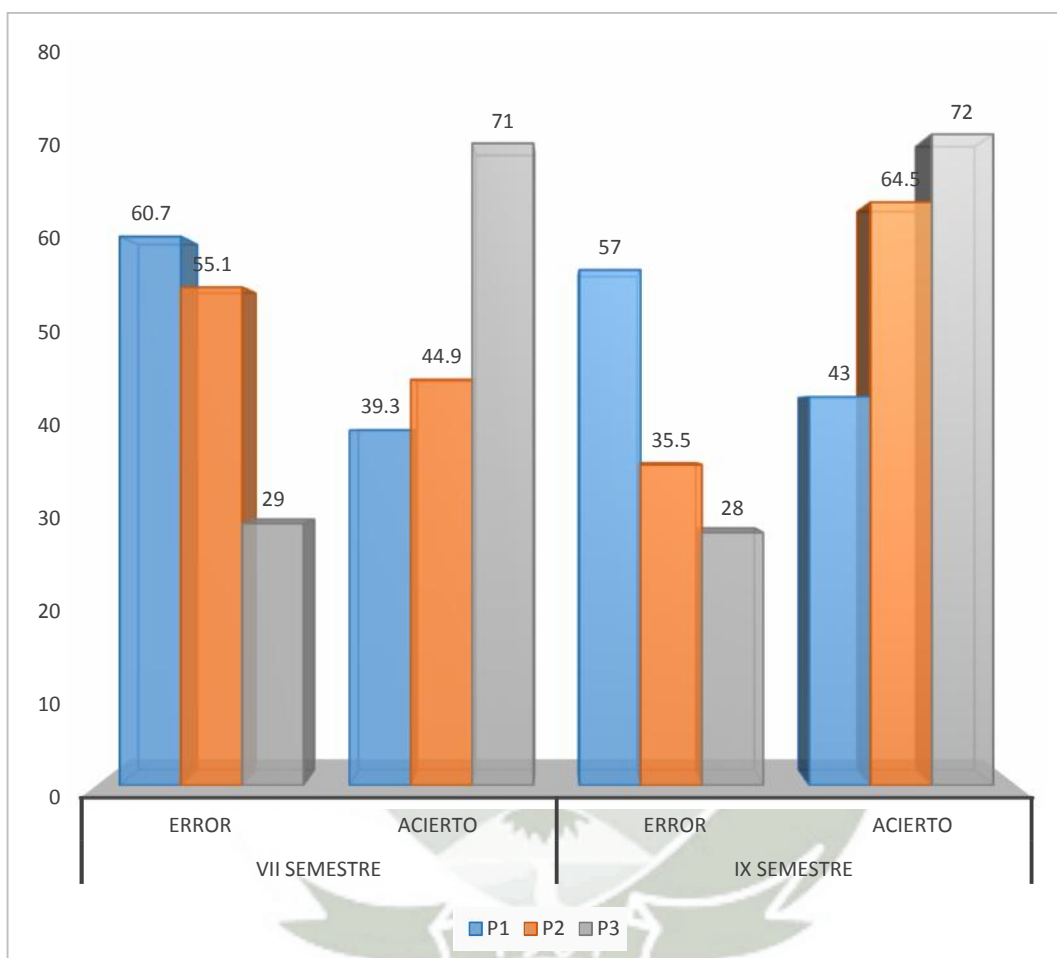
Pregunta	Manejo de la Ansiedad en la Embarazada									
	VII Semestre				IX Semestre				Total	
	Error		Acierto		Error		Acierto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1	65	60.7	42	39.3	61	57.0	46	43.0	107	100.0
2	59	55.1	48	44.9	38	35.5	69	64.5	107	100.0
3	31	29.0	76	71.0	30	28.0	77	72.0	107	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos los temas que más conocen, o desconocen, los alumnos, tanto del VII y IX semestre de la clínica odontológica, según las dimensiones consideradas en el instrumento de medición. En esta tabla revisamos el manejo de la ansiedad en la embarazada, y como se puede apreciar de los resultados obtenidos, tanto los alumnos del VII (60.7%) como de IX semestre (57.0%) se equivocaron en la pregunta 1 (¿En qué inclinación debe encontrarse aproximadamente el sillón dental en el 2º trimestre?), en la pregunta 2 (¿No corresponde a la posición más adecuada para la atención de la embarazada?), los de VII semestre se equivocaron en su mayoría (55.1%) mientras que en los de IX semestre acertaron (64.5%), finalmente en la tercera pregunta (¿Cuál es el tiempo máximo indicado que debe permanecer la paciente embarazada en el sillón dental durante el 2do trimestre?), ambos grupos acertaron (71.0% para VII semestre y 72.0% para IX semestre).

GRÁFICA Nº 4
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN MANEJO DE LA ANSIEDAD EN LA
EMBARAZADA DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

TABLA Nº 5
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN FARMACOLOGÍA PERINATAL DE
LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

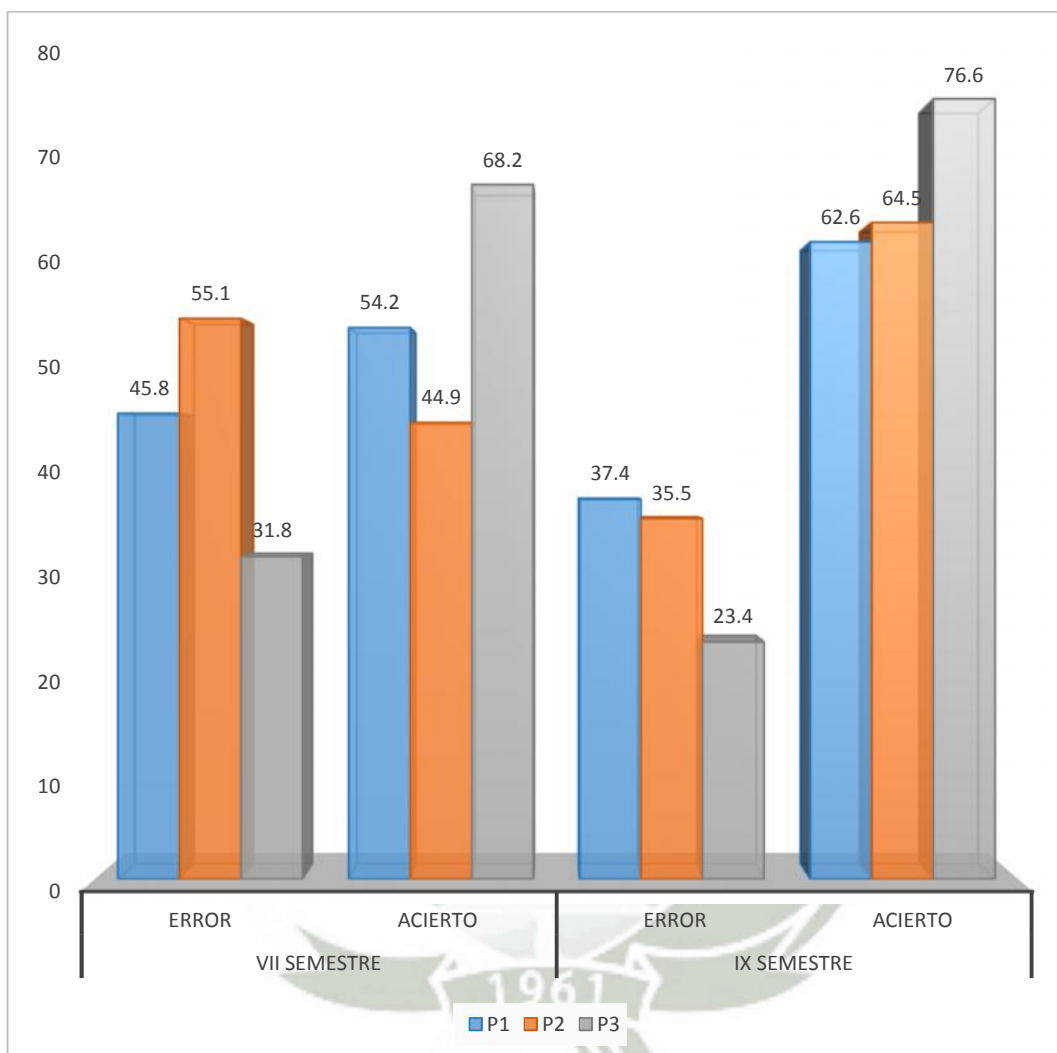
Pregunta	Farmacología Perinatal								Total	
	VII Semestre				IX semestre					
	Error		Acierto		Error		Acierto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	49	45.8	58	54.2	40	37.4	67	62.6	107	100.0
2	59	55.1	48	44.9	38	35.5	69	64.5	107	100.0
3	34	31.8	73	68.2	25	23.4	82	76.6	107	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos los temas que más conocen, o desconocen, los alumnos, tanto del VII y IX semestre de la clínica odontológica, según las dimensiones consideradas en el instrumento de medición. En esta tabla revisamos la farmacología perinatal, y como se puede apreciar de los resultados obtenidos, en la pregunta 1 (¿En qué trimestre de embarazo existe máxima sensibilidad a un fármaco?), ambos grupos acertaron (54.2% para VII semestre y 62.6% para IX semestre), en la pregunta 2 (¿Qué antibiótico está indicado para una paciente embarazada?), los alumnos de VII semestre se equivocaron en su mayoría (55.1%) mientras que los alumnos de IX semestre acertaron (64.5%), finalmente en la pregunta 3 (¿Qué AINES está indicado para una paciente gestante?), los alumnos de VII (68.2%) y IX semestre (76.6%) en su mayoría acertaron.

GRÁFICA N° 5
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN FARMACOLOGÍA PERINATAL DE
LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN USO DE ANESTESIA DENTAL EN
LA EMBARAZADA DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

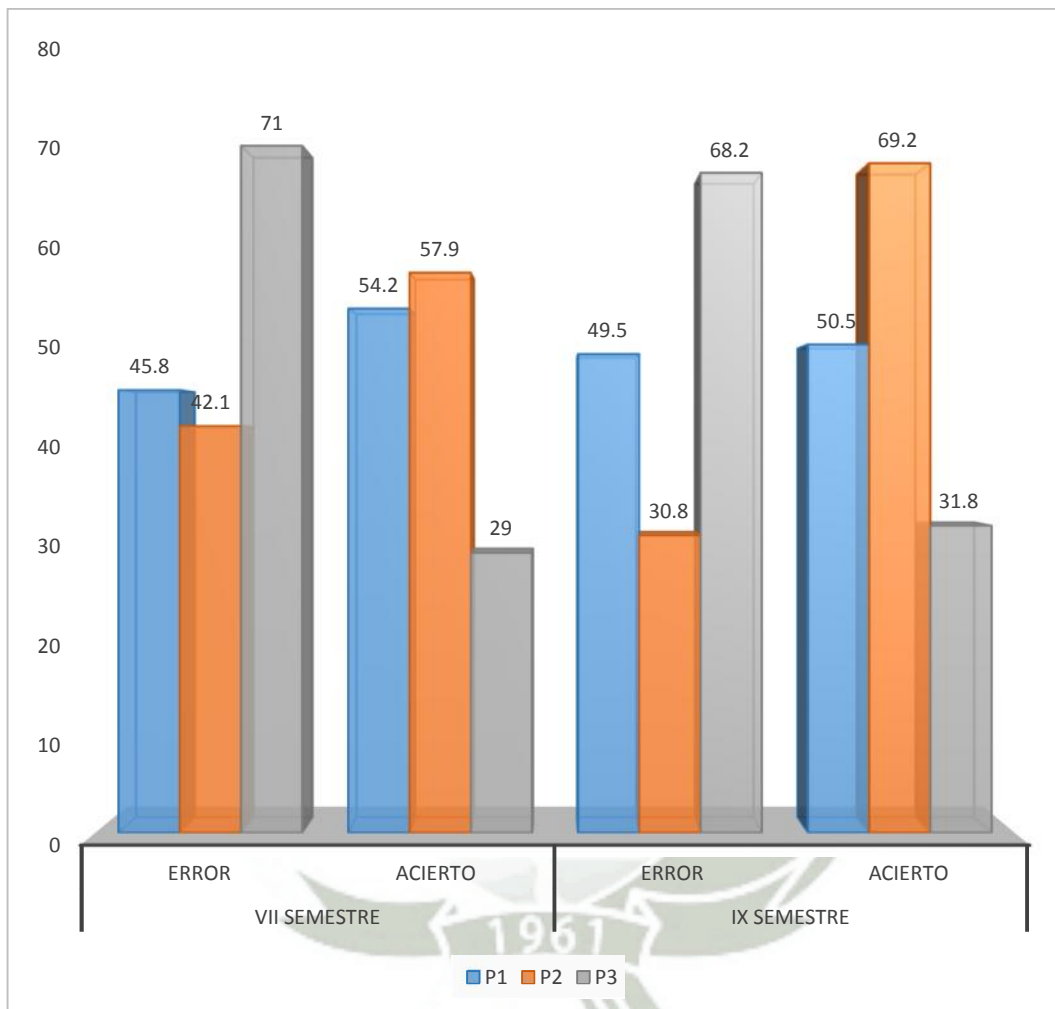
Pregunta	Uso Anestesia Dental								Total	
	VII Semestre				IX Semestre					
	Error		Acierto		Error		Acierto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	49	45.8	58	54.2	53	49.5	54	50.5	107	100.0
2	45	42.1	62	57.9	33	30.8	74	69.2	107	100.0
3	76	71.0	31	29.0	73	68.2	34	31.8	107	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos los temas que más conocen, o desconocen, los alumnos, tanto del VII y IX semestre de la clínica odontológica, según las dimensiones consideradas en el instrumento de medición. En esta tabla revisamos el uso de anestesia dental, y como se puede apreciar de los resultados obtenidos, en la pregunta 1 (¿Qué anestésico local puede ser usado durante el embarazo en dosis adecuadas?), los alumnos del VII semestre (54.2%) y IX semestre (50.5%), acertaron en mayor porcentaje; en la pregunta 2 (¿En el 2º trimestre se podría utilizar anestesia con vasoconstrictor?) también los alumnos de VII y IX semestre acertaron en su mayoría (57.9% y 69.2% respectivamente), finalmente en la pregunta 3 (La dosis máxima de Lidocaína en una mujer embarazada es de?) los alumnos del VII y IX semestre tuvieron mayores errores (71% y 68,2 % respectivamente).

GRÁFICA Nº 6
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN USO DE ANESTESIA DENTAL EN LA EMBARAZADA DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN INDICACIÓN RX DE LOS ALUMNOS
DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

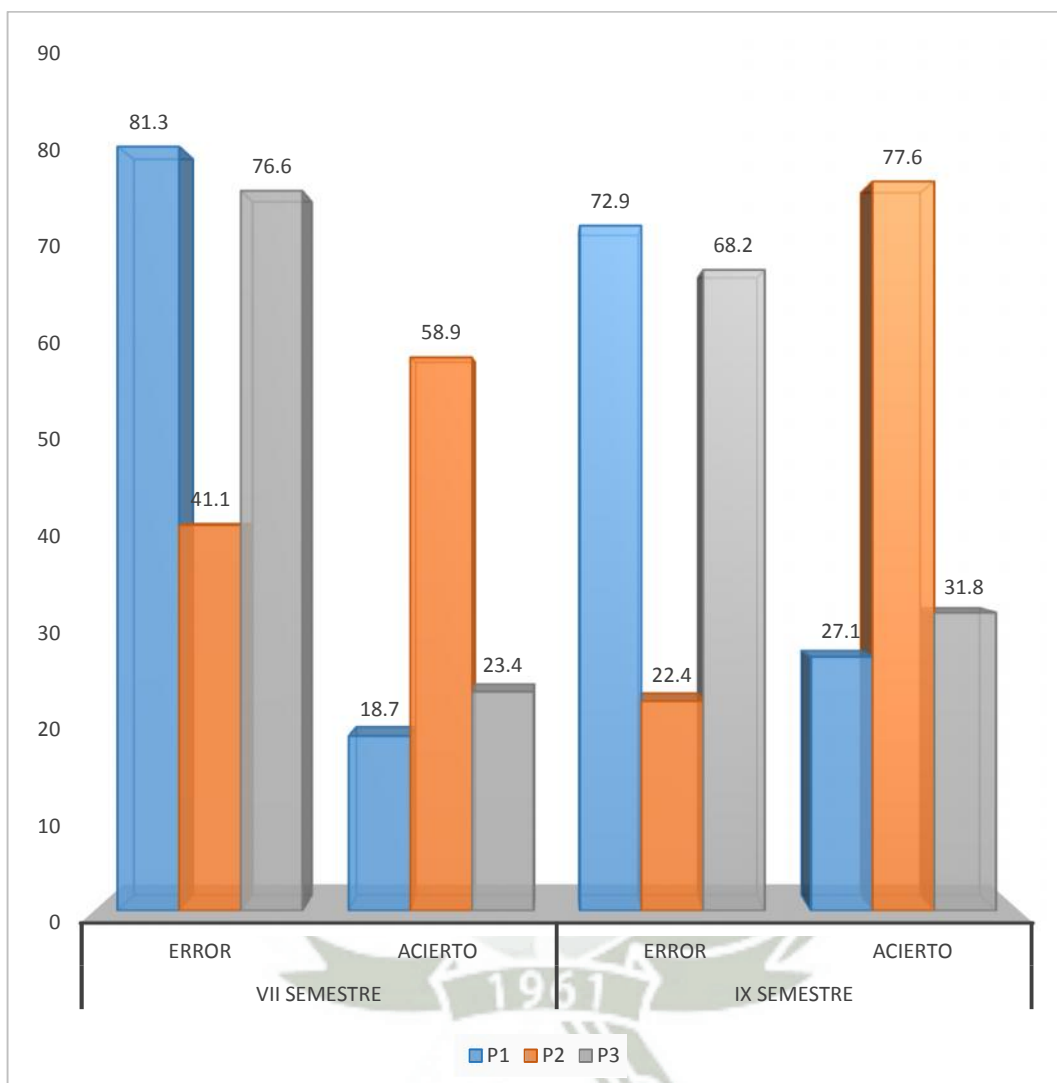
Pregunta	Indicación Rx								Total	
	VII Semestre				IX Semestre					
	Error		Acierto		Error		Acierto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1	87	81.3	20	18.7	78	72.9	29	27.1	107	100.0
2	44	41.1	63	58.9	24	22.4	83	77.6	107	100.0
3	82	76.6	25	23.4	73	68.2	34	31.8	107	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos los temas que más conocen, o desconocen, los alumnos, tanto de VII y IX semestre de la clínica odontológica, según las dimensiones consideradas en el instrumento de medición. En esta tabla revisamos indicación de Rx, y como se puede apreciar de los resultados obtenidos, tanto los alumnos de VII semestre (81.3%) como de IX semestre (72.9%) se equivocaron en la pregunta 1 (¿En qué trimestre de embarazo está contraindicado la toma de radiografías?), en la pregunta 2 (¿En caso de tener que tomar Rx en mujer gestante qué tipo de radiografía es la permitida teniendo en cuenta todas las medidas de protección?), ambos grupos acertaron (58.9% para VII semestre y 77.6 para IX semestre), finalmente en la pregunta 3 (La dosis segura de radiación ionizante aceptada durante el embarazo es de?) ambos grupos tuvieron mayor error (76.6% para VII semestre y 68.2 para IX semestre).

GRÁFICA N° 7
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN INDICACIÓN RX DE LOS ALUMNOS
DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
EN LA EMBARAZADA DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

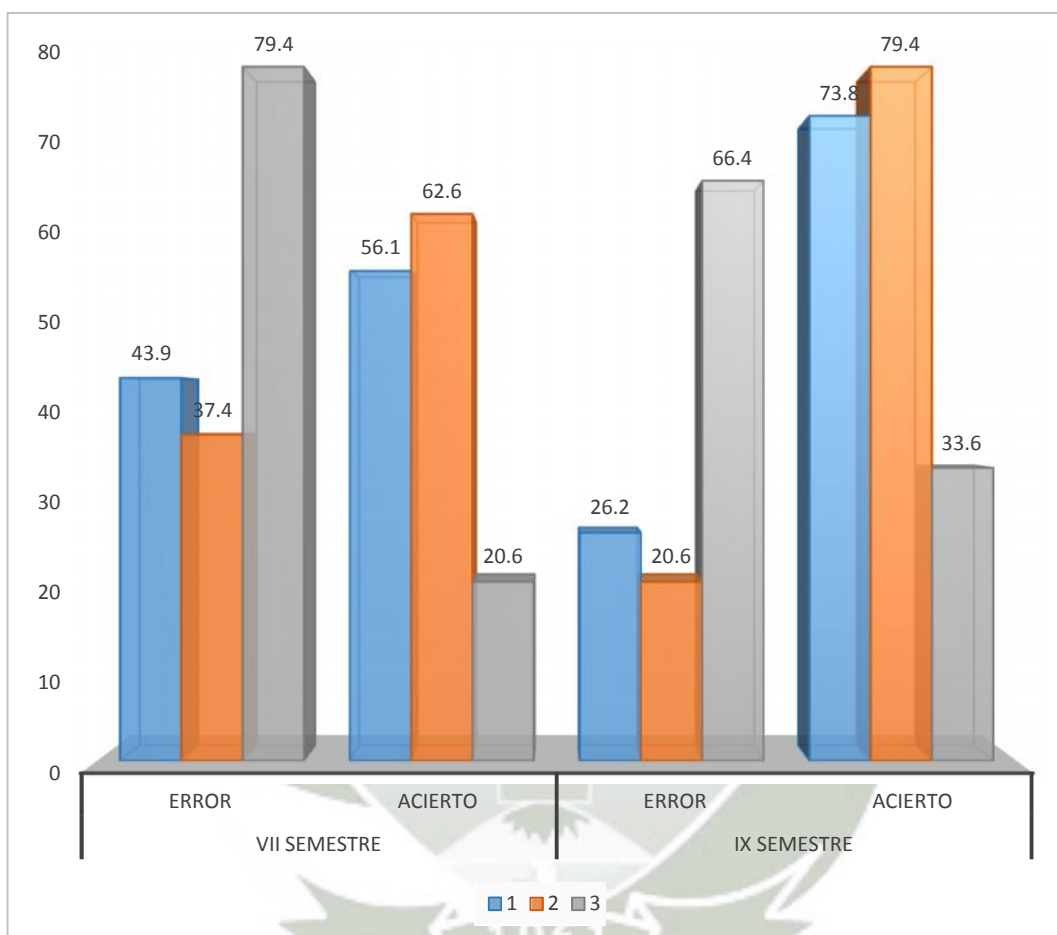
Pregunta	Tratamiento Odontológico								Total	
	VII Semestre				IX Semestre					
	Error		Acierto		Error		Acierto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	47	43.9	60	56.1	28	26.2	79	73.8	107	100.0
2	40	37.4	67	62.6	22	20.6	85	79.4	107	100.0
3	85	79.4	22	20.6	71	66.4	36	33.6	107	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos los temas que más conocen, o desconocen, los alumnos, tanto de VII y IX semestre de la clínica odontológica, según las dimensiones consideradas en el instrumento de medición. En esta tabla revisamos el tratamiento odontológico, y como se puede apreciar de los resultados obtenidos, tanto los alumnos del VII semestre (56.1%) como del IX semestre (73.8%) acertaron en la pregunta 1 (¿En qué trimestre se realizan los tratamientos de rutina?), en la pregunta 2 (¿A qué enfermedades bucales son más susceptibles las mujeres embarazadas?), los de VII y IX semestre acertaron (62.6 para cuarto y 79.4 para quinto), finalmente en la tercera pregunta (¿No es un procedimiento electivo en el tratamiento de la gestante?), ambos grupos se equivocaron (79.4% para VII semestre y 66.4% para IX semestre).

GRÁFICA N° 8
CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSIÓN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
EN LA EMBARAZADA DE LOS ALUMNOS DEL VII Y IX SEMESTRE DE LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

Cuando una paciente embarazada requiera un tratamiento odontológico se debe conocer el manejo adecuado de acuerdo a los trimestres del embarazo, este conocimiento permitirá al dentista proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto.

Un óptimo nivel de conocimiento debe asegurar el adoptar actitudes y realizar actividades que permitan el desarrollo de un plan de tratamiento seguro evitando situaciones de emergencia.

En el programa de estudio de la carrera de odontología, en diferentes materias, es tratado el manejo de la gestante, sin embargo, el distanciamiento entre la teoría y la práctica clínica en este tipo de pacientes genera que los conocimientos teóricos adquiridos en el aula, con el paso del tiempo, se olviden. Esta situación se ve reflejada en nuestros resultados, donde los alumnos de VII semestre que no tienen el requerimiento de atender a gestantes, muestran un conocimiento que va de malo a regular, a diferencia de los alumnos del IX semestre, quienes tienen que cumplir con atender pacientes especiales entre ellos gestantes, muestran un conocimiento que va de bueno a muy bueno.

La mayor cantidad de alumnos se ubicó en un nivel de conocimiento regular, esta condición también se observó en un estudio realizado en Trujillo por Castro.

Se observó también que el nivel de conocimiento de los alumnos sobre el manejo de la gestante varió dependiendo del tema. Este aspecto se confirma con un estudio realizado en México por Soto, donde también observa las diferencias de conocimiento dependiendo del tema.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Los alumnos del VII semestre de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. el 44.9% tuvieron un nivel de conocimientos en el manejo de pacientes gestantes, considerado como regular (B), seguido por los que estaban en un 25.2% que obtuvieron un nivel de conocimiento C, es decir, malo.

SEGUNDA

Los alumnos del IX semestre de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. el 32.7% tuvieron un nivel de conocimientos en el manejo de pacientes gestantes, considerado como bueno (A), seguido por los que estaban en un 28.0% que obtuvieron un nivel de conocimiento AD, es decir, muy bueno.

TERCERA

El mejor nivel de conocimiento en el manejo de pacientes gestantes lo obtuvieron los alumnos del IX semestre de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. obteniendo un mayor porcentaje en el parámetro Bueno 32,7 %, a diferencia de los alumnos del VII semestre de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la U.C.S.M. quienes obtuvieron un mayor porcentaje en el parámetro Regular 44.9%, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES

1. Los alumnos de odontología requieren un entrenamiento adecuado para tratar pacientes embarazadas, es por ello que la facultad de odontología debe poner más énfasis en este tema específico y así poder formar a los futuros odontólogos encargados de cumplir un rol importante en la sociedad.
2. Se recomienda evaluar a los alumnos antes de su ingreso a clínica para medir el nivel de conocimiento en pacientes gestantes.
3. Se recomienda realizar estudios que evalúen las prácticas, las actitudes o el comportamiento en los alumnos, además el nivel de conocimiento para complementar la información respecto a su participación en la atención odontológica de la paciente embarazada.
4. Se recomienda realizar trabajos de investigación sobre los riesgos y complicaciones en pacientes embarazadas en su tratamiento odontológico

BIBLIOGRAFÍA

- GÓMEZ CJF y col. *Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica*. 158. Revisión bibliográfica. Vol. LVI, No. 4. Julio-Agosto 1999.
- KLOETZEL MK, Huebner CE, Milgrom P. *Referrals for dental care during pregnancy*. J. Midwifery Womens Health. abril de 2011;56(2):110-7
- MELÉNDEZ, M. T. E. (2012). *Farmacología y terapéutica en odontología: fundamentos y guía práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Ministerio de Salud. *Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada*. Santiago Chile: MINSAL, 2013
- NOGUERADO MELLADO, M., PEREA PÉREZ, B., LABAJO GONZÁLEZ, E., SANTIAGO SÁEZ, A., & GARCÍA MARÍN, F. (2011). *Seguridad del paciente: prescripción de fármacos en odontología a mujeres embarazadas y en período de lactancia*. *Cient. dent. (Ed. impr.)*, 51-60

HEMEROGRAFÍA

- AARTMAN IH, DE JONGH A, MAKKES PC, HOOGSTRATEN J. *Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables*. Br. Dent. J. 8 de mayo de 1999;186(9):467-71.
- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. *Position Paper: Systemic Antibiotics in Periodontics*. J. Periodontol. 1 de noviembre de 2004;75(11):1553-65.
- BASTARRECHEA MILIÁN Maribel de las Mercedes; GISPert ABREU Estela; GARCÍA TRIANA Bárbara; VENTURA HERNÁNDEZ María Isabel; NASCO HIDALGO Nayda. *Consideraciones para la atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo según riesgos*. Revista Cubana de Estomatología .2010; 47(4)428-438
- BOLLEN CM, VANDEKERCKHOVE BN, PAPAIOANNOU W, VAN ELDERE J, QUIRYNEN M. *Full- versus partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections. A pilot study: long-term microbiological observations*. J. Clin. Periodontol. 1996 Dec;67(12):1251-9.
- CASTRO RUBIO, J. B. *Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes, de los estudiantes de la Escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, en el año 2015*.
- CHÁVEZ GONZÁLEZ, M., MENDOZA DIEGUEZ, M., VITTERI BRICEÑO, C.(2013). *Farmacoterapia Estomatológica en la gestante*. UAP-Fac. Odontol.
- DUARTE-TENCIO, A. *El embarazo y la práctica odontológica: Generalidades*. *Revista Científica Odontológica*, 7(2). 2012
- FEATHERSTONE JDB. *The caries balance: the basis for caries management by risk assessment*. Oral Health Prev. Dent. 2004;2 Suppl 1(63)

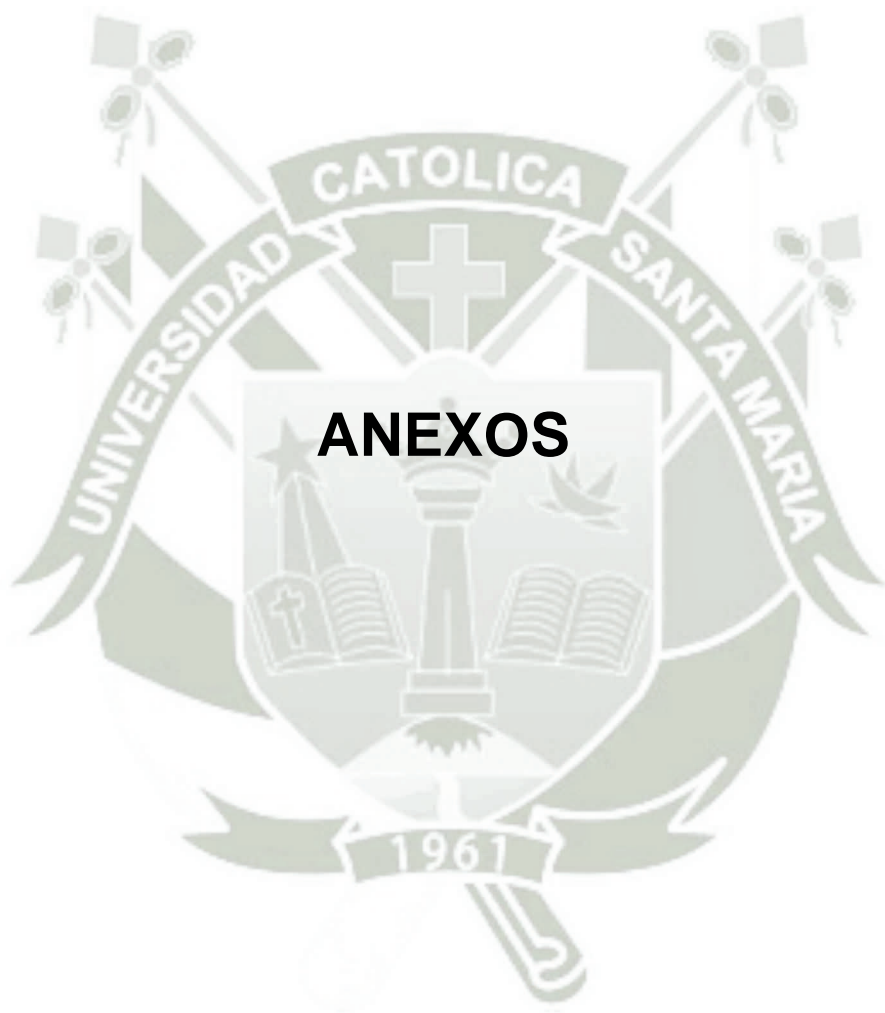
- GARCÍA, O. M. F., & MEDRANO, M. G. C. Atención odontológica en la mujer embarazada. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 2(2), 80-84. 2010
- GURENLIAN JR. *The role of dental plaque biofilm in oral health*. J. Dent. Hyg. 2007;81(5)
- HINOSTROZA, P. *Nivel de conocimiento en el manejo estomatológico de la paciente gestante en internos de odontología de tres universidades peruanas*. UNMSM-Fac. Odontol. 2009
- MILIA, S. B. *Farmacología en el embarazo*. Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños, 35(1), 22-25. 2006
- MURRAY PE, Windsor LJ, SMYTH TW, HAFEZ AA, COX CF. *Analysis of pulpal reactions to restorative procedures, materials, pulp capping, and future therapies*. Crit. Rev. Oral Biol. Med. Off. Publ. Am. Assoc. Oral Biol. 2002;13(6)
- MYLONAS I. *Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration*. Arch. Gynecol. Obstet. enero de 2011;283(1):7-18.
- PRETTY IA. *Caries detection and diagnosis: novel technologies*. Journal of Dentistry. noviembre de 2006;34(10)(85)
- SÁNCHEZ, V. S., ROMERO, R. M. D., TORRES, M. P., GUTIÉRREZ, M. B., & ROMERO, E. P. *Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada*. Revista de la Asociación Dental Mexicana, 59(6), 197-201. 2002

INFORMATOGRAFÍA

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent [Internet]*. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *Guideline on Perinatal Oral Health Care[Internet]*. American Academy of Pediatric Dentistry; 2011
- American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on Perinatal Oral Health Care [Internet]*. American Academy of Pediatric Dentistry; 2011. Recuperado a partir de: http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf
- BASTARRECHEA MILIÁN, Maribel de las Mercedes, Gispert Abreu, Estela, García Triana, Bárbara, Ventura Hernández, María Isabel, & Nasco Hidalgo, Nayda. (2010). *Considerations for integral and systematic stomatologic care during pregnancy according to risk. Revista Cubana de Estomatología*, 47(4), 428-438. Recuperado en 13 de junio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400005&lng=es&tlng=en.
- MENÉNDEZ GUERRERO, Gilberto Enrique, NAVAS CABRERA, Inocencia, HIDALGO RODRÍGUEZ, Yusleidy, & ESPERT CASTELLANOS, José. (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. Recuperado en 07 de julio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&tlng=es.
- Mylonas I. Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration. *Arch. Gynecol. Obstet.* enero de 2011;283(1):7-18.

- RODRÍGUEZ LEZCANO, Aliet, León Valle, Mirtha, Arada Otero, Arelys, & Martínez Ramos, Michel. (2013). *Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(5), 51-63. Recuperado en 05 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500006&lng=es&tlng=es.
- SOTOMAYOR CAMAYO, J., REYES SOTO, S., OCHOA TATAJE, J., MALLMA MEDINA, A., CORREA OLAYA, E., ARIETA MIRANDA, J., SILVA VALENCIA, M., WATANABE VELÁSQUEZ, R., AYALA DE LA VEGA, G., & CHUQUIHUACCHA GRANDA, V. (2014). *Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. Odontología Sanmarquina*, 15(1), 10-13. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/os.v15i1.2821>







ANEXO N° 1
MODELO DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

Elegir la respuesta correcta encerrándola en un círculo.

Manejo de la ansiedad en la embarazada

1. ¿En qué inclinación debe encontrarse aproximadamente el sillón dental en el 2º trimestre?
 - a) 115°
 - b) 150°
 - c) 135°
 - d) 125°
2. ¿No corresponde a la posición más adecuada para la atención de la embarazada?
 - a) La cabeza de la mujer debe estar más elevada que sus pies
 - b) La mujer debe estar en posición recostada, si lo tolera, y puede cambiar con frecuencia de posición
 - c) La mujer debe estar ligeramente inclinada hacia la izquierda con la ayuda de un cojín ubicado bajo la cadera derecha.
 - d) La mujer debe estar sentada en ángulo de 90°
3. ¿Cuál es el tiempo máximo indicado que debe permanecer la paciente embarazada en el sillón dental durante el 2do trimestre?
 - a) 30 min.
 - b) 2 hrs.
 - c) 60 min.
 - d) 4 hrs.

Farmacología Perinatal

4. ¿En qué trimestre de embarazo existe máxima sensibilidad a un fármaco?
 - a) Primer trimestre
 - b) Segundo trimestre
 - c) Tercer trimestre
 - d) Primer y tercer trimestre
5. ¿Qué antibiótico está indicado para una paciente embarazada?
 - a) Tetraciclina
 - b) Penicilinas
 - c) Estreptomicinas
 - d) Gentamicina

6. ¿Qué AINES está indicado para una paciente gestante?
- a) Ac. Acetilsalicílico
 - b) Paracetamol
 - c) Metamizol
 - d) Naproxeno

Uso de Anestesia Dental

7. ¿Qué anestésico local puede ser usado durante el embarazo en dosis adecuadas?
- a) Bupivacaína
 - b) Lidocaína
 - c) Mepivacaína
 - d) Todas las anteriores
8. ¿En el 2º trimestre se podría utilizar anestesia con vasoconstrictor?
- a) Si
 - b) No
9. La dosis máxima de Lidocaina en una mujer embarazada es de:
- a) 6 mg/kg
 - b) 7 mg/kg
 - c) 8mg/kg

Indicación de Rx

10. ¿En qué trimestre de embarazo está contraindicado la toma de radiografías?
- a) Primer trimestre
 - b) Segundo trimestre
 - c) Tercer trimestre
 - d) Ninguno
11. ¿En caso de tener que tomar Rx en mujer gestante qué tipo de radiografía es la permitida teniendo en cuenta todas las medidas de protección?
- a) Periapicales y bitewing
 - b) Bitewing y Panorámica
 - c) Panorámica y Periapicales

12. La dosis segura de radiación ionizante aceptada durante el embarazo es de:

- a) 5 rad.
- b) 3 rad.
- c) 2 rad.

Tratamiento Odontológico

13. ¿En qué trimestre se realizan los tratamientos de rutina?

- a) 1º
- b) 2º
- c) 3º

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

- a) Caries – Cándida
- b) Periodontopatías – Caries
- c) Herpes – Periodontopatías
- d) Cándida – Herpes

15. ¿No es un procedimiento electivo en el tratamiento de la gestante?

- a) Cirugía Periradicular
- b) Hemisección
- c) Amputación
- d) Reparación de perforaciones



ANEXO N° 2
MATRIZ DE DATOS

MATRIZ DE DATOS

N°	Semestr e	Manejo de la ansiedad en la embarazada (A)	Farmacologí a Perinatal (B)	Uso de Anestesia Dental (C)	Indicación de Rx (D)	Tratamiento Odontológico (E)	Nivel de Conocimient o (F)
1	VII	1	1	0	1	0	3
2	VII	3	3	2	2	3	13
3	VII	2	2	2	0	1	7
4	VII	3	3	2	2	3	13
5	VII	3	3	2	2	3	13
6	VII	0	1	2	1	2	6
7	VII	0	3	0	1	1	5
8	VII	1	0	2	1	1	5
9	VII	0	1	2	0	2	5
10	VII	1	3	0	0	1	5
11	VII	1	1	0	1	2	5
12	VII	3	3	2	2	3	13
13	VII	3	3	2	1	3	12
14	VII	2	1	1	0	1	5
15	VII	3	2	2	1	3	11
16	VII	3	2	2	1	3	11
17	VII	1	0	0	2	2	5
18	VII	2	1	0	2	0	5
19	VII	3	3	2	2	2	12
20	VII	2	3	2	1	3	11
21	VII	3	3	1	2	3	12
22	VII	3	3	1	1	2	10
23	VII	3	3	2	1	3	12
24	VII	3	2	2	2	2	11
25	VII	3	1	2	1	3	10
26	VII	1	2	1	1	2	7
27	VII	2	2	2	1	3	10
28	VII	1	2	1	2	1	7
29	VII	1	2	1	1	2	7
30	VII	1	3	2	1	3	10
31	VII	1	1	1	1	3	7
32	VII	2	2	2	1	3	10
33	VII	1	1	1	1	0	4
34	VII	0	1	1	0	2	4
35	VII	0	1	1	1	1	4
36	VII	1	1	0	0	0	2
37	VII	0	1	1	1	1	4
38	VII	0	1	0	1	0	2

N°	Semestr e	Manejo de la ansiedad en la embarazada (A)	Farmacologí a Perinatal (B)	Uso de Anestesia Dental (C)	Indicación de Rx (D)	Tratamiento Odontológico (E)	Nivel de Conocimient o (F)
39	VII	0	1	1	0	0	2
40	VII	1	0	2	0	0	3
41	VII	0	1	0	0	1	2
42	VII	2	0	1	0	0	3
43	VII	2	2	0	2	1	7
44	VII	3	1	0	1	2	7
45	VII	3	2	2	0	0	7
46	VII	2	2	0	1	1	6
47	VII	2	3	0	1	1	7
48	VII	3	2	1	1	0	7
49	VII	3	2	1	0	0	6
50	VII	3	2	1	0	0	6
51	VII	1	2	1	0	2	6
52	VII	1	2	2	1	0	6
53	VII	1	1	2	1	1	6
54	VII	0	2	1	2	1	6
55	VII	2	1	1	2	0	6
56	VII	3	1	1	0	1	6
57	VII	1	2	1	1	1	6
58	VII	3	1	1	1	0	6
59	VII	3	1	0	1	2	7
60	VII	1	2	2	0	2	7
61	VII	2	2	1	0	2	7
62	VII	2	0	1	0	0	3
63	VII	1	1	1	0	0	3
64	VII	1	1	0	0	1	3
65	VII	1	0	0	0	2	3
66	VII	0	0	1	1	1	3
67	VII	1	1	1	0	0	3
68	VII	0	2	1	0	0	3
69	VII	1	2	0	1	2	6
70	VII	0	2	1	1	2	6
71	VII	2	2	0	0	2	6
72	VII	0	1	1	2	1	5
73	VII	0	0	1	0	0	1
74	VII	2	3	1	0	0	6
75	VII	1	2	2	0	1	6
76	VII	1	2	0	1	2	6
77	VII	2	1	1	0	2	6
78	VII	0	2	2	1	1	6

N°	Semestr e	Manejo de la ansiedad en la embarazada (A)	Farmacologí a Perinatal (B)	Uso de Anestesia Dental (C)	Indicación de Rx (D)	Tratamiento Odontológico (E)	Nivel de Conocimient o (F)
79	VII	1	2	0	0	2	5
80	VII	1	2	0	1	2	6
81	VII	0	1	1	1	2	5
82	VII	2	0	2	1	0	5
83	VII	1	3	1	0	0	5
84	VII	1	1	1	1	1	5
85	VII	0	2	2	0	0	4
86	VII	2	1	1	0	0	4
87	VII	1	1	1	1	0	4
88	VII	3	2	1	2	2	10
89	VII	2	3	1	2	2	10
90	VII	2	2	2	1	2	9
91	VII	2	2	1	2	2	9
92	VII	1	1	1	1	0	4
93	VII	2	2	1	1	3	9
94	VII	3	2	1	1	2	9
95	VII	1	1	2	0	0	4
96	VII	1	1	2	0	0	4
97	VII	1	3	2	1	2	9
98	VII	3	2	2	1	1	9
99	VII	1	2	1	2	2	8
100	VII	2	3	0	1	2	8
101	VII	2	2	2	0	2	8
102	VII	2	2	2	0	2	8
103	VII	1	1	1	0	1	4
104	VII	1	1	1	1	0	4
105	VII	2	2	2	0	2	8
106	VII	2	3	0	1	2	8
107	VII	3	2	0	1	2	8
108	IX	1	2	1	1	1	6
109	IX	1	2	2	0	1	6
110	IX	1	3	1	0	1	6
111	IX	3	2	2	2	3	12
112	IX	2	1	0	1	2	6
113	IX	1	1	1	1	2	6
114	IX	3	2	2	2	3	12
115	IX	2	2	2	2	2	10
116	IX	1	1	1	1	2	6
117	IX	0	2	2	0	1	5
118	IX	1	3	2	1	2	9

N°	Semestr e	Manejo de la ansiedad en la embarazada (A)	Farmacologí a Perinatal (B)	Uso de Anestesia Dental (C)	Indicación de Rx (D)	Tratamiento Odontológico (E)	Nivel de Conocimient o (F)
119	IX	1	3	1	1	3	9
120	IX	2	1	0	0	2	5
121	IX	2	2	2	1	2	9
122	IX	2	3	1	1	2	9
123	IX	1	2	0	1	1	5
124	IX	2	1	1	1	0	5
125	IX	1	2	0	0	2	5
126	IX	0	2	2	2	3	9
127	IX	1	2	0	0	1	4
128	IX	2	0	2	0	0	4
129	IX	2	0	1	1	0	4
130	IX	0	2	0	1	1	4
131	IX	1	2	2	1	3	9
132	IX	3	3	0	1	2	9
133	IX	2	3	1	1	2	9
134	IX	1	1	0	1	1	4
135	IX	2	3	1	2	1	9
136	IX	3	3	2	1	3	12
137	IX	1	1	0	0	2	4
138	IX	1	1	0	1	0	3
139	IX	1	0	0	1	1	3
140	IX	1	1	1	0	0	3
141	IX	3	3	2	1	3	12
142	IX	3	3	2	1	3	12
143	IX	1	0	1	1	0	3
144	IX	0	3	0	0	0	3
145	IX	1	0	2	0	0	3
146	IX	1	1	2	0	1	5
147	IX	1	1	0	1	1	4
148	IX	3	3	2	1	3	12
149	IX	2	0	0	1	1	4
150	IX	2	1	1	0	0	4
151	IX	3	3	2	1	3	12
152	IX	3	3	2	1	3	12
153	IX	1	1	1	0	1	4
154	IX	1	1	1	0	0	3
155	IX	3	3	2	1	3	12
156	IX	0	2	0	0	1	3
157	IX	0	1	1	0	0	2
158	IX	3	3	2	1	3	12

N°	Semestr e	Manejo de la ansiedad en la embarazada (A)	Farmacologí a Perinatal (B)	Uso de Anestesia Dental (C)	Indicación de Rx (D)	Tratamiento Odontológico (E)	Nivel de Conocimient o (F)
159	IX	3	3	2	1	3	12
160	IX	0	0	0	0	1	1
161	IX	2	2	1	0	0	5
162	IX	3	2	2	2	3	12
163	IX	3	3	2	1	3	12
164	IX	2	3	2	2	3	12
165	IX	1	1	0	1	2	5
166	IX	3	3	2	1	3	12
167	IX	3	3	2	1	2	11
168	IX	1	1	2	1	0	5
169	IX	2	3	2	1	3	11
170	IX	3	3	1	2	3	12
171	IX	2	3	2	1	3	11
172	IX	3	2	2	1	3	11
173	IX	2	3	2	1	3	11
174	IX	1	0	0	1	2	4
175	IX	3	3	2	2	2	12
176	IX	1	3	2	2	2	10
177	IX	2	3	2	0	3	10
178	IX	3	1	1	2	2	9
179	IX	2	3	1	1	2	9
180	IX	2	1	2	1	2	8
181	IX	2	3	0	1	2	8
182	IX	1	2	1	2	2	8
183	IX	1	1	2	2	2	8
184	IX	2	3	2	1	3	11
185	IX	3	2	2	2	2	11
186	IX	2	2	2	2	3	11
187	IX	3	3	1	2	2	11
188	IX	1	2	1	2	2	8
189	IX	2	1	1	2	2	8
190	IX	3	1	0	2	2	8
191	IX	3	1	1	1	1	7
192	IX	2	3	0	1	1	7
193	IX	1	2	2	1	1	7
194	IX	1	3	1	0	2	7
195	IX	1	3	1	0	2	7
196	IX	0	3	1	1	2	7
197	IX	2	3	1	2	3	11
198	IX	2	3	2	2	1	10

N°	Semestr e	Manejo de la ansiedad en la embarazada (A)	Farmacologí a Perinatal (B)	Uso de Anestesia Dental (C)	Indicación de Rx (D)	Tratamiento Odontológico (E)	Nivel de Conocimient o (F)
199	IX	3	2	1	2	2	10
200	IX	3	2	1	2	2	10
201	IX	2	3	1	2	2	10
202	IX	2	3	2	2	3	12
203	IX	2	2	2	2	2	10
204	IX	2	2	2	1	3	10
205	IX	3	2	2	1	3	11
206	IX	3	3	1	2	2	11
207	IX	1	2	1	1	3	8
208	IX	1	3	1	1	2	8
209	IX	1	3	2	1	1	8
210	IX	2	2	0	1	3	8
211	IX	3	2	0	1	2	8
212	IX	1	2	1	1	3	8
213	IX	3	1	0	1	3	8
214	IX	3	3	1	0	1	8





Alumnos del VII Semestre respondiendo al cuestionario.









Alumnos del IX Semestre respondiendo al cuestionario.









**ANEXO N° 4
DOCUMENTACIÓN**

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : *Perea Coimaya Elizabeth Maib*
 1.2. Cargo e Institución donde labora : *U.C.S.M.*
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : *Cuestionario*
 14. Autor del Instrumento: *Tanya Miquez Alejandra Suleny*

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.			✓		
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología			✓		
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.			✓		
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANÁLISIS	Descompone adecuadamente las Variables/ Indicadores/ Medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha

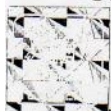
Arequipa 13/09/17

Firma del Experto Informante

DNI Teléfono No
29736121



UNIVERSIDAD CATOLICA DE "SANTA MARIA"



Oficina Rectorado Administrativo

Formato N° 004

Formato obligatorio para trámites

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
ENCUESTA EN LA CLINICA
ODONTOLOGICA**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

ALEJANDRA JULEMY TAYA MARQUEZ,
con código de matrícula N° 2010700162, Bachiller
de la Facultad de Odontología de la Universidad
Católica de Santa María; ante Ud., con el debido
respeto me presento y expongo:

Que, con la finalidad de obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista y siendo necesario realizar la encuesta en la clínica Odontológica, siendo mi Plan de Tesis: **"CONTRASTACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE PACIENTES GESTANTES, ENTRE LOS ALUMNOS DE 4° Y 5° AÑO DE CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA U.C.S.M. AREQUIPA 2017"**, por lo tanto pido a usted el permiso correspondientes.

POR LO EXPUESTO:

A Ud., pedimos acceder a nuestra solicitud.

Arequipa, 05 de junio del 2017



ALEJANDRA JULEMY TAYA MARQUEZ
Código de matrícula N° 2010700162