



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO
ODONTOLÓGICO DE GESTANTES EN ODONTÓLOGOS
DE 25 A 50 AÑOS DE EDAD DE LA REGIÓN
LAMBAYEQUE**

**PRESENTADA POR
HELLEN TATHIANA TORO DÍAZ**

**ASESORA
MARÍA LUISA MUÑANTE REYES**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANA DENTISTA

CHICLAYO – PERÚ

2022



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO
DE GESTANTES EN ODONTÓLOGOS DE 25 A 50 AÑOS DE EDAD
DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANA DENTISTA.**

**PRESENTADA POR:
BACH. HELLEN TATHIANA TORO DÍAZ**

**ASESORA:
MG. C.D. MARÍA LUISA MUÑANTE REYES**

CHICLAYO - PERÚ

2022

DEDICATORIA:

A mis papás y a mis abuelos, a quienes admiro y amo mucho.

Por su apoyo incondicional y perseverante, por motivarme a continuar y no rendirme.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, a nuestro Padre Celestial por guiarme en cada decisión que he tomado.

A mi querida asesora de tesis, Doctora Luisa Muñante Reyes a quien agradezco su apoyo incondicional, su profesionalismo y su confianza puesta en mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	4
1.2. Bases Teóricas:	
1.1.1. Nivel de conocimiento.....	7
1.1.2. Adaptaciones de la fisiología femenina durante la gestación.....	7
1.1.3. Patologías durante el embarazo.....	13
1.1.4. Uso de fármacos en el embarazo.....	22
1.1.5. Consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes.....	33
1.3. Definición de Términos Básicos.....	41
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.1. Variables y definición operacional.....	43
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Diseño Metodológico.....	47
3.2. Diseño Muestral.....	47
3.3. Técnicas de recolección de datos.....	48
3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	49
3.5. Aspectos éticos.....	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES.....	72
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	73
ANEXOS.....	87

RESUMEN:

Objetivo: Se evaluó el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.

Métodos: Diseño observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Muestra: 130 odontólogos registrados en el COP- Región Lambayeque de 25 a 50 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión. Técnica: encuesta; instrumento: cuestionario de 15 interrogantes enviado por correo y se determinó puntajes: 0 a 5 puntos (nivel deficiente), 6 a 10 (nivel regular) y de 11 a 15 puntos (nivel bueno).

Resultados: Predominó el nivel de conocimiento regular (56,92%) en el manejo odontológico en gestantes., en cuanto a las dimensiones adaptaciones de fisiología femenina resaltó el nivel deficiente (57,69%), en patología oral, uso de fármacos y consideraciones en tratamiento odontológico durante la gestación predominó el nivel de conocimiento bueno (60,77%; 50,77% y 50,77% respectivamente). Ambos sexos presentaron un nivel regular (mujeres: 51,7% y varones: 61,1%). Según el sector de empleo predominó nivel regular (Público: 50%, privado: 55,6% y ambos: 64%). Los egresados de universidades públicas presentaron un nivel bueno (57,1%) y lo de privadas un nivel regular (57,7%). Aquellos con más de 15 años de ejercicio profesional presentaron un nivel bueno (72,7%) y un nivel regular en aquellos de 0 a 5, 6 a 10, 11 a 15 años.

Conclusión: A pesar del conocimiento regular hallado, existen algunos ítems con déficit de conocimientos en este tema que se deben mejorar.

Palabras claves: Conocimiento, embarazo, odontología.

ABSTRACT

Objective: The level of knowledge about the dental management of pregnant women in dentists aged 25 to 50 years in the Lambayeque region was evaluated.

Methods: Observational, descriptive, prospective and cross-sectional design. Sample: 130 dentists registered in the COP-Lambayeque Region between 25 and 50 years of age who met the inclusion criteria. Technique: survey and instrument: questionnaire of 15 questions sent by post and scores were determined: 0 to 5 points (poor level), 6 to 10 (fair level) and 11 to 15 points (good level).

Results: It was found that the predominant level of knowledge was fair (56.92%) in terms of dental management in pregnant women. In female physiological adaptations, the level of deficient knowledge stood out (57.69%). In oral pathology, use of drugs and considerations in dental treatment during pregnancy, the level of good knowledge predominated (60.77%; 50.77% and 50.77% respectively). Both sexes presented a fair level (women: 51.7% and men: 61.1%). According to the employment sector, there was a predominance of a fair level (public: 50%, private: 55.6% and both: 64%). Graduates from public universities showed a good level (57.1%) and those from private universities a fair level (57.7%). Those with more than 15 years of professional practice presented a good level (72.7%) and a fair level in those with 0 to 5, 6 to 10, 11 to 15 years.

Conclusion: Despite the regular knowledge found, there are some items with a deficit of knowledge on this subject that should be improved.

Key words: Knowledge, pregnancy, dentistry.

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica nacen 2 millones de niños aproximadamente, aunque la tasa de fecundidad ha disminuido en adolescentes¹⁻⁴, aún existe un 15% de los embarazos en féminas menores de 20 años; según el INEI estima que para el periodo 2020- 2025 dicha tasa sería de 2.29 con la tasa específica de fecundidad más elevada entre las edades de 30-34 años⁵.

La alta prevalencia de enfermedades orales durante la gestación indica un problema de salud pública que debe ser atendido con urgencia⁶; factores como edad, embarazos continuos y complicaciones durante el periodo gestacional, alteraciones en los diversos sistemas y su metabolismo cuando una persona está gestando modifican el riesgo de desarrollar caries dental y enfermedades periodontales ^{6,7}. A nivel nacional, estudios indicaron que 87.2% de gestantes presentaron nivel de higiene oral regular con prevalencia de caries del 11.2%⁸; el 72% desarrolló enfermedad periodontal y pocas gestantes entre los 12-18 años recibieron un tratamiento preventivo o tratamiento restaurador odontológico⁹, existe un alto porcentaje de inasistencia a la cita odontológica, donde el temor es un factor predisponiendo a que se originen diferentes afecciones bucales¹⁰.

El odontólogo tiene la potestad y a su vez la responsabilidad de prescribir medicamentos y es relevante que estén capacitados para reducir errores de medicación garantizando su uso racional y seguro¹¹⁻¹⁴. Evidencias indican que odontólogos con más de 10 años de experiencia poseen especialidades que favorece en su conocimiento al momento de prescribir, pues necesitan recetar fármacos con mayor frecuencia en su rutina clínica; sin embargo en general se observa inseguridad por parte de los cirujanos dentistas en cuanto a los aspectos conceptuales y normativos de la prescripción médica^{12,13}. Durante la formación de pregrado se obtienen competencias elementales respecto al adecuado manejo de gestantes, existiendo déficit de conocimientos para manejar estos casos, y se acentúa debido a la elevada prevalencia de patologías orales durante la gestación, condiciones como el síndrome de hipotensión supina que puede conllevar a una emergencia, falta de experiencia y actualización, además que no existe a nivel nacional en el Ministerio de Salud un protocolo estandarizado

sobre el manejo odontológico de este grupo de pacientes que indique una atención adecuada y segura¹⁵⁻²¹.

Generalmente el odontólogo egresa a los 23 años de edad y empieza a ejercer aproximadamente a los 25 años, donde la edad, la poca experiencia y la deficiencia de conocimiento¹⁹, son factores que influyen al momento de atender en la consulta pública o privada a la gestante. Investigaciones señalan que el poco tiempo de ejercer la Odontología puede ser un factor importante para la falta de conocimiento de los cirujanos dentistas en el ámbito de emergencias médicas y otras situaciones específicas, debido a la limitada experiencia²⁰; por otro lado evidencias indican que dentistas mayores de 40 años de edad con experiencia superior a 15 años presentan un mejor conocimiento, práctica y actitudes sobre el uso de antibióticos²⁰⁻²². No obstante a pesar de los años de experiencia, estudios refieren que los progresos en odontología generan la necesidad en el profesional de estar en una constante actualización, pero no todos lo llegan a ejecutar por costos elevados u otras circunstancias, lo cual es un punto importante al momento del manejo odontológico adecuado de gestantes^{23,24}.

Por lo mencionado anteriormente^{12,13,20,21} y especialmente porque durante el embarazo ellas requieren una atención personalizada y capacidad resolutive por parte del odontólogo inculcando nuevos hábitos relevantes para la salud oral de ella y de sus hijos, se estableció el objetivo general de evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque y como objetivos específicos: identificar el nivel de conocimiento respecto a adaptaciones de la fisiología femenina durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque, reconocer el nivel de conocimiento sobre las patologías orales durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque, determinar el nivel de conocimiento sobre el uso de fármacos durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque, registrar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento odontológico durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque, y evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico

en gestantes según sexo, según tipo de universidad de egreso, sector de trabajos (públicos, privados o ambos) y años de ejercicio profesional de odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque. En base a los antecedentes de investigaciones realizadas que evalúan el nivel de conocimiento de odontólogos sobre manejo de gestantes se concluye que el rango de edad de 25 a 50 años es el más adecuado para evaluar; de igual manera abarca el rango de edad predominante en ejercicio profesional^{13,18,20,21,22}.

En el capítulo I, se halla los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. En el capítulo II, lo conforma las variables y su operacionalización. En el capítulo III, se destina a la metodología de la investigación y se explica el diseño metodológico, diseño muestral, técnica de recolección de datos, técnicas estadísticas para el procesamiento de la información y los aspectos éticos. En el capítulo IV, se encuentran los resultados de la investigación. Finalmente en el capítulo V, reservado para la discusión.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

Pazmiño K. (2019), indicó el nivel de conocimiento sobre el manejo farmacológico de gestantes, en profesores odontólogos de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Se elaboró una encuesta de 10 preguntas de conceptos generales de prescripción farmacológica y enfermedades más usuales en embarazadas, la cual fue validada por juicio de expertos conformado por 3 cirujanos dentistas y fue aplicada a 98 docentes; utilizó el método analítico- sintético. El análisis de resultados se procesó de acuerdo a las respuestas obtenidas del instrumento y fue reflejado en tablas de frecuencias y gráfica de barras, la evaluación se sustentó por la siguiente escala: nivel bajo (0-4), regular (5-7) y nivel alto (8-10); el 59.2% de los encuestados presentaron un nivel regular, el 35.7% un nivel bajo y el 5.1% un nivel alto. Se concluyó que el nivel de conocimiento de los encuestados sobre el manejo farmacológico en las gestantes fue regular y deficiente, el cual no es influenciado por el nivel de estudio; no conocen la forma de presentación y prescripción de los fármacos de uso frecuente en el ámbito de odontología, y la utilización de anestésicos locales¹⁴.

Timoteo K. (2018), determinó el grado de información acerca de la atención de pacientes gestantes en 83 Internos de Odontología de la Universidad Inca Garcilazo de Vega en el año 2017. Los encuestados fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia; se utilizó un cuestionario que fue validado por tres especialistas y estuvo conformado por 15 interrogantes; para la evaluación de la encuesta se toma los siguientes criterios: eficiente (11-15 puntos), regular (6-10 puntos), deficiente (0-5 puntos). Los resultados fueron reflejados en tablas de frecuencias y gráfica de barras; el 51.8% de los encuestados presentó un nivel de conocimiento regular, un 28.9% deficiente y un 19.3% eficiente. Concluyó que los encuestados no se encuentran adecuadamente capacitados para lograr una eficiente y satisfactoria atención odontológica en gestantes, además que el nivel de conocimiento fue regular y deficiente¹⁹.

Lopes F. (2015), reunió datos de estudios publicados sobre el conocimiento de los odontólogos sobre la salud oral de las mujeres embarazadas. Se indagaron trabajos publicados entre 2003 y 2013 (de fuentes de información científica como SciELO, PubMed, MEDLINE y la Biblioteca Cochrane: artículos en inglés, portugués, español o francés; además usó las palabras clave como: salud oral, salud materna, embarazada, salud pública, encuestas de salud dental, flúor, anestesia, antibióticos, radiografía, higiene oral y conocimientos que incluyeran encuestas sobre el objetivo del tema de estudio que abarcó el conocimiento de los dentistas sobre el uso de rayos x en la consulta, prescripción de fármacos y la administración de anestésicos, el mejor periodo de gestación para realizar tratamientos en la gestante, la confianza y conocimiento de los dentistas para manejar a este tipo de pacientes; seleccionó de forma aleatoria y por conveniencia 14 estudios, que representa a 4184 odontólogos encuestados y de diferentes países como Alemania, Estados Unidos, Brasil, Francia, Irán, Arabia Saudí y la India. Como resultado indicó que un elevado porcentaje no estaba seguro de cómo proceder con respecto a la radiografía y gestantes, además que el 40% en dos estudios nunca solicitaría radiografía a una mujer embarazada, $\frac{3}{4}$ partes se mostraron reacios a prestar servicios para aliviar el dolor e hinchazón asociados a una urgencia dental, un elevado porcentaje se siente inseguro e incómodo cuando atienden a estas pacientes, y algunos sienten la necesidad de consultar antes al médico. Concluyó que es necesario mejorar los conocimientos en los cirujanos dentistas acerca de la atención odontológica en gestantes, ya que la mayoría de estudios indicaron que existe deficiencia de conocimiento en lo que es el manejo de este tipo de pacientes²⁵.

Tantradi P. (2013), evaluó el conocimiento en internos de odontología de ocho facultades en Karnataka sobre el manejo de las necesidades en pacientes embarazadas. Se utilizó una muestra aleatoria de conveniencia compuesta por 380 internos; aplicaron un cuestionario de 25 preguntas respecto a sus conocimientos y 5 preguntas respecto a su formación, el número de gestantes que han tratado y el nivel de confianza en el tratamiento odontológico de pacientes embarazadas. Como resultados obtuvieron que el 92% de los encuestados presentaron buen conocimiento respecto al manejo de los AINES, 82% respecto a antibióticos y un 80% sobre manejo de anestesia local. Sin

embargo un 80% no tenían conocimiento de la categoría de la FDA, el 88% no sabían de los protocolos de seguridad para la toma de radiografías dentales de gestantes. Concluyeron que mayoría de internos carecían de confianza para atender a la paciente embarazada; se necesita definitivamente mejorar conocimientos y propusieron que para mejorar esto se refuercen planes de estudio de odontología con respecto al tema presentado y la ejecución de constantes programas de reforzamiento y actualización del tema²⁶.

Da Costa E., et al. (2010), examinaron los factores asociados a la prestación de atención por partes de odontólogos a las gestantes y la medida en que prestan una atención dental integral en cirujanos dentistas de Carolina del Norte. Utilizaron un cuestionario de 86 preguntas a 1000 dentistas en ejercicio con 495 encuestas válidas que incluían dominios como el conocimiento sobre el embarazo y la salud dental, barreras que impiden atención odontológica y datos demográficos personales y de la práctica; emplearon análisis de regresión multivariante para determinar los factores asociados a la prestación de atención por parte de los dentistas a las gestantes ($p < 0.05$). La edad media de los encuestados era de 46 años; notaron una falta de ingresos económicos en atención de gestantes y los que otorgaban asesoramiento previo a la concepción eran menos propensos a ejecutar cualquier tratamiento a embarazadas que aquellos que poseían una demanda de servicios y que no proporcionaban asesoramiento previo a la concepción, respectivamente; los varones poseían nivel de conocimiento bajo, la puntuación media fue 5.71 +- 1.4 del nivel de conocimiento basado en 8 preguntas; como barreras percibidas: 51.4% de los encuestados citó el reembolso limitado de los servicios de asesoramiento, 49.5% identificaron restricciones de tiempo y 48% por diferencias culturales y lingüísticas. Concluyeron que la mayoría de los dentistas de la práctica privada atienden a las gestantes, pero hallaron notables falta de conocimiento para la prestación de servicios a este tipo de pacientes²².

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. Nivel de conocimiento:

Mayorca enfatizó que el conocimiento es la impetuosa exigencia de las personas desde su nacimiento para demostrar su naturaleza y el mundo que lo circunda; por lo que, se define como un simultáneo de información reunida a través de la vivencia o aprendizaje²⁷. Este requerimiento orientó al origen del conocimiento empírico, obtenido por la práctica diaria del ser humano. El conocimiento que ahonda mucho más que el anterior, es el científico, puesto que a través de este se sabe los causales y normas que administran al mundo donde vivimos; el conocimiento científico es racional y posee una metodología consecuente y exigente (para obtener un nuevo conocimiento, se inicia de otros previos: realidad transitoria sometida a validación perenne)²⁸. La incorporación del conocimiento científico se practica hoy en día en la formación educativa, por lo cual muchos estudios deciden evaluar por estatus intelectual al ser humano debido al nivel de conocimiento que posee sobre un tema en específico. Además el conocimiento se puede medir de manera cuantitativa a través de escalas y niveles²⁷. Por esta razón se creyó necesario usar la escala de Estaninos que está normalizada en 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que permite establecer un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y naturaleza de variables; se representa por la fórmula: $X+0.75(Sx)$; donde x: media, Sx: desviación estándar, a: media - 0.75Sx, b: media+0.75Sx, a y b son los puntos de cortes, organizando la puntuación en 3 categorías: 1° categoría (deficiente: puntaje mínimo hasta (a)), 2° categoría (regular: de (a+1) hasta (b)) y 3° categoría (bueno: (b+1) hasta el puntaje máximo)¹⁶.

1.2.2. Adaptaciones de la fisiología femenina durante el embarazo:

a) A nivel biológico: existen múltiples alteraciones en la gestante manifestándose cambios fisiológicos en los distintos sistemas, por lo cual las mujeres embarazadas deben estar en constante supervisión por especialistas de la salud²⁹ (ANEXO N°5 CUADRO N°2).

En el Sistema Nervioso Central, al existir una elevada vascularización se exagera sensibilidad en gusto y olfato^{29,30}. Durante los primeros tres meses de gestación se presencia síntomas neurológicos: náuseas, vómito y fatiga (producen elevación de incidencia de caries: mancha blanca en 1/3 cervical).

Durante el siguiente trimestre, estos síntomas disminuyen, produciendo mejora en el confort de la madre^{29,30}. En el último trimestre puede presentarse depresión prenatal pero esto dependerá de circunstancias socioeconómica de la paciente³⁰.

En el Sistema Cardiovascular existe elevación de mineralocorticoides en el suero originando retención de sodio y aumento de niveles de agua corporal. Gracias a la alteración funcional de las hormonas hay un aumento de eritrocitos, originando ampliación del volumen intravascular de v.s periféricos, disminuyendo así resistencia vascular sistémica^{29,30,31}. Por otro lado, surge un crecimiento de aproximadamente 40% del volumen plasmático (inicia en 6ta semana y resulta un volumen de 4700ml a 5200ml³², es una preparación para la pérdida de sangre que va ocurrir en el alumbramiento¹⁶) y elevación en un 30% del gasto cardíaco (alcanza hasta un 50% la 16ava y 20ava semana – 4.6L/min hasta 8.7L/min³²), originando posiblemente taquicardias y soplos sistólicos funcionales en 90% de casos (no necesita profilaxis antibiótica), y la necesidad de suministro de hierro²⁹; además en reposo hay un acrecentamiento en la frecuencia cardíaca en 20 latidos por minutos¹⁶. Se debe tener en cuenta que en el último trimestre puede surgir el síndrome de hipotensión supina (15-20% de casos), causado por el retraso del retorno venoso al corazón, ya que la vena cava inferior se comprime por la tensión que ejerce el útero, este síndrome se expresa por la depresión brusca de la presión arterial, síncope y disminución del gasto cardíaco cuando la gestante está en posición decúbito supino; los signos y síntomas son sudoración, bradicardia y disnea^{16,29-32}. Comúnmente se presenta un leve ascenso de la presión sanguínea diastólica, posiblemente causando taquicardias y ruidos cardíacos anómalos. Sin embargo, la progesterona elevada y su efecto vasodilatador puede originar que la PA descienda a 100/70mmHg o incluso menos; no obstante en cualquier etapa del embarazo pero mayormente en el tercer trimestre puede manifestarse una ligera elevación de la sistólica en 30 mm/Hg o diastólica en 15 mmHg, valorándose como normal¹⁶. Probablemente empeore la clínica de patologías cardiovasculares que presenten gestantes, por ejemplo las gestantes con preeclampsia o eclampsia³¹.

En el Sistema Respiratorio habrá reducción en el suministro hasta un 15-20% del volumen porque va existir una necesidad superior de oxígeno, ya que el útero se dilata por desarrollo fetal, además esto reprime el diafragma produciendo elevación de la presión intratorácica y ensanchando circunferencia del pecho, todo lo mencionado podría ocasionar taquipnea, disnea, hiperventilación e incremento en la frecuencia respiratoria: exacerbándose en posición supina e impedir oxigenación fetal^{29,33}. La dificultad generada para respirar origina respiración bucal y por lo tanto xerostomía (aumenta índice de caries)^{33,34,35}. Por otro lado, a causa de la elevación de estrógenos puede surgir sangrado nasal, dilatación de capilares nasales, rinitis y posibles infecciones de VR superiores^{29,33,34,35}.

En el Sistema Gastrointestinal, manifestaciones producidas por desarrollo fetal y variaciones hormonales. Las náuseas, vómitos y reflujos, son las principales manifestaciones (si permanecen estos síntomas todo el embarazo origina hiperémesis gravídica presente en 2% de gestantes^{34,36}), los vómitos originan salivación excesiva porque estos están controlados por el romboencéfalo, que está ubicado muy cerca del centro de salivación³⁵; el reflujo se origina por la mayor presión que existe en el estómago, vertimiento gástrico tardío y reducción del esfínter gastroesofágico. Durante la gestación los suplementos nutricionales son requeridos por las mujeres, debido a que existe un incremento de necesidad energética por el desarrollo del feto y placenta, esto afectará metabólicamente el hierro y ácido láctico²⁹.

El Sistema Renal y Genitourinario experimenta elevación de la tasa de filtración glomerular (gracias a que disminuye resistencia vascular en v.s. aumenta en un 50-60%³⁵) produciendo incremento de la frecuencia urinaria e infecciones urinarias. También puede haber disfunción renal conllevando a hipertensión, edema y proteinuria, en ocasiones desarrollarse preclamsia^{29,31}. Debido al accionar de barorreceptores (activados porque desciende retorno venoso) desencadenan el funcionamiento de sistema renina- angiotensina- aldosterona y SNS: elevando reabsorción de agua y sodio lo que va a conllevar a hipovolemia y condiciones hipoosmóticas en la gestante³¹. Fármacos prescritos con

excreción renal, debe considerarse aumentar su dosis porque se elimina rápidamente³⁷.

En el Sistema Hematológico, trombocitopenia gestacional, leve eritrocitosis, desciende hematocrito, neutrofilia e hipercoagulabilidad por elevación de fibrinógeno, glóbulos rojos, Factor VII, VIII, IX^{30,34,35,38}; dicha hipercoagulabilidad genera hasta cinco veces riesgo de tromboembolismo (preferible no citas largas y movilizar piernas constantemente)^{33,34,35,38,39}. Se evidencia un incremento en la eritropoyesis; no obstante desciende la concentración de la hemoglobina causado por una superior expansión vascular originando anemia fisiológica (11g/dL o menos y surge necesidad de consumo de Fe suplementario para prevenir anemia ferropénica^{33,38}). Esto señala una hemodilución evidenciada en el segundo trimestre, normalizándose al finalizar el tercer trimestre³⁸. En casos que la paciente consuma heparina (recomendada porque no atraviesa placenta³³), aspirina (recomendada previa a la semana 16 en gestantes con elevado riesgo de preeclampsia con dosis efectivas > o igual a 100mg³³) u otro anticoagulante, se debe referir a atención de segundo nivel para que haya un manejo multidisciplinario³⁸.

En el Sistema Endocrino y metabolismo puede surgir resistencia a la insulina, ya que la mayoría de mujeres en esta etapa no pueden producir una cantidad necesaria de insulina y contrarrestar la acción de los estrógenos, lo cual puede generar diabetes gestacional³⁸. Durante este periodo se eleva la cantidad de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (LDL) y de alta densidad (HDL); los triglicéridos son empleados como suministro de energía por la madre y el feto cuando la cantidad de glucosa está disminuida. Además el catabolismo de las proteínas desciende, el estrógeno y progesterona alcanzan niveles máximos en el último trimestre³¹.

En el Sistema Inmune, la demora de la quimiotaxis, inmunidad celular y neutrófilos disminuidos (elevación de inflamación gingival³⁸), actividad de las NK y reacción al feto ocasiona supresión no persistente del sistema inmune (respuesta materna al feto³⁹), por tal motivo la embarazada está propensa a un ascenso y desarrollo bacteriano local. La labor del odontólogo es primordial

porque debe controlar focos infecciosos en la madre y de esta manera evitar el riesgo para el binomio madre- hijo³⁸. Sin embargo como se mencionó dicho estado de inmunosupresión no es constante porque durante el embarazo existe una modalidad de tolerancia inmunológica (1er trimestre inflamación en endometrio, 2do trimestre estado antiinflamatorio y se observa respuesta linfocitaria Th2 y 3er trimestre etapa inflamatoria por respuesta linfocitaria Th 1) y es de vital importancia los episodios inflamatorios, además los cambios inmunológicos son dinámicos; no obstante puede presentarse isoimmunización materno fetal (inadaptabilidad entre antígenos eritrocitarios maternos y fetales), preclamsia y aborto espontáneo³². Después del parto, la madre adapta su sistema inmunológico y puede surgir síndrome de reconstitución inmunitaria (activan infecciones latentes⁴⁰). Otra fuente describe que para que el embarazo continúe sin un aborto existe un cambio de T helper (Th1) y Th17 a una respuesta inmune de Th2 y T en sangre y enlace feto-maternal⁴¹.

En el Sistema hepático desciende los niveles de albúmina y de glucoproteína α -1, lo que conlleva a elevar la forma libre de fármacos (produciendo mayor distribución y efecto de fármacos)³¹.

En el Sistema Estomatognático el pH oral ácido, variaciones en el flujo salival, reducción de niveles de iones de calcio y bicarbonato, etc. logran alterar el balance de mineralización-desmineralización y funciones salivales específicas y no específicas (estrógenos alteran peroxidasa salivales⁴⁰), lo que podría conllevar a caries, erosión y progresión más rápidas de caries preexistentes. Los cambios periodontales se producen gracias al incremento de permeabilidad capilar (por elevación de estrógenos y progesterona: edema e inflamación gingival) y aumento de prostaglandinas (alteraciones inmunológicas) ocasionando una reacción intensificada por parte de los tejidos de soporte. Además estas alteraciones hormonales sumadas con la actividad inmunosupresora de la progesterona fomentan función de bacterias anaerobias gram-, las cuales son responsables de patologías periodontales^{33,34,35}. En cuanto a los cambios celulares, son producidos por la descendencia de la barrera epitelial en el tejido gingival (posee receptores de hormonas esteroideas) y de esta manera se exagera la respuesta a irritantes locales; se evidencia reducción

de queratinización, elevación de glucógeno epitelial, proliferación fibroblástica e impedimento en desintegración de colágeno^{33,34,35,40}.

- b) A nivel social: Pueden surgir diferentes inseguridades en la madre gracias al entorno que la rodea, ella percibirá esta etapa a base de factores psicosociales (puede afectar su salud bucodental ya que su entorno sociocultural puede inculcar creencias o conductas que pongan en riesgo dicha salud)^{29,42}, socioeconómicos (falta de empleo, pobreza, costo de tratamiento dental, costo de transporte y gastos del embarazo imposibilita a las gestantes muchas veces asistir a consulta y podría afectar salud bucodental^{29,42}), aislamiento social, dificultades amorosas, el cimiento social de la pareja, familia y amigos. La calidad y estilo de vida serán alterados directamente o no durante esta etapa, ya que se añaden instancias ligadas a la historia, cultura y sociedad que la rodea²⁹.

- c) A nivel psicológico: existen cambios que surgen en el sistema nervioso, puede surgir cuadros de depresión, hipersensibilidad emocional e inestabilidad, cambios repentinos de humor, estrés, decaimiento; emocionalmente: tristezas, susceptibilidad en su independencia, cambios en su estilo de vida y aspecto físico. Hay muchos casos que la mujer percibe el embarazo como logro, no obstante surgen inseguridades, dependencia y otras alteraciones propias de esta etapa. Sin dejar de lado la salud oral, los cambios emocionales y el estrés ocasionan descuido de la higiene oral: reducción del número de cepillado y utilización de hilo dental, produciendo placa dental, gingivitis, periodontitis, etc²⁹. Surgen barreras para la asistencia a consulta dental indicadas como causas internas determinantes: malestar durante la gestación vinculada con la posición del sillón, náuseas y alteración de humor⁴³.

- d) A nivel de percepción: evidencias indican que gestantes poseen ideas erradas en lo que respecta gestación y salud bucodental, lo cual perjudica en su cuidado oral porque la gestante no asiste a consulta dental y minimiza este tipo de atenciones²⁹. En situaciones que los odontólogos y gestantes no compartan el mismo análisis de la realidad, se originará complejidad comunicativa y podría no darse una adecuada atención, diagnóstico y plan de tratamiento en gestantes: lo

mencionado podría indicar la presencia de enfermedades orales en esta etapa de la vida femenina²⁹.

1.2.3. Patologías durante el embarazo:

Puede desarrollarse Diabetes gestacional, que es la intolerancia a los carbohidratos y diagnosticada por primera vez durante el embarazo, causada por los efectos bloqueadores de las otras hormonas de la insulina que va producir resistencia a la insulina desarrollada desde las 20 semanas de gestación. La incidencia de DG varía aproximadamente entre 3-10%. En Estados Unidos son diagnosticados 135000 nuevos casos por año, con una prevalencia de 1.4% a 2.8% en poblaciones de bajo riesgo y de 3.3% a 6.1% de elevado riesgo; a nivel nacional, los casos diagnosticados hasta julio de 2013 corresponde a 1.0%, en la capital existe una incidencia de 4.75% de diagnósticos positivos de DG⁴⁴.

Es importante mencionar que existen factores de riesgo para padecer DG: antecedentes de DG en embarazo anterior (lo cual eleva el peligro a un 33-50%), edad mayor o igual a 25 años, antecedentes en familiares de 1º grado de dicha enfermedad, estilo de vida sedentario, personas con IMC de 25 o más al iniciar la gestación, haber tenido un hijo con macrosomía fetal, antecedentes obstétricos adversos, SOP (asociado a intolerancia a glucosa), HTA inducida por gestación, el hábito de fumar, poseer una glicemia en ayunas mayor a 85 mg/dl durante las 12 primeras semanas de gestación. Existen posibles complicaciones perinatales como macrosomía, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, síndrome de dificultad respiratoria e índice de malformaciones congénitas incrementada; si hablamos de cuáles son las complicaciones para la madre: mayor frecuencia de preeclampsia y cesáreas; además cabe resaltar que las mujeres con DG presentan un riesgo de 20 a 50% de padecer intolerancia a la glucosa y DM tipo 2 en los posteriores 5 a 10 años después del parto⁴⁴; una revisión sistemática y meta-análisis reciente demostró que las gestantes con DMG poseen un elevado riesgo de desarrollar Síndrome Metabólico durante gestación, además aquellas con antecedentes y herencia de DMG presentan alto riesgo de padecer DMG en comparación con las que no presentan antecedentes, también las que presentan antecedentes de DMG tienden a desarrollar SM antes

del primer año del post-parto⁴⁵. Por otro lado, un estudio indica que gestantes con DMG y gingivitis tenían un incrementado nivel de Proteína C reactiva⁴⁶.

Las manifestaciones orales en Diabetes Gestacional son: alteraciones salivales como xerostomía (puede conllevar a caries) e incremento de los valores de glucosa en saliva, candidiasis, aliento cetónico, enfermedad periodontal, encía hiperplásica y eritematosa; alteración en cicatrización de heridas y desarrollo de infecciones por deficiencia de acción fagocítica, decrecimiento de diapédesis, lentitud en quimiotaxis, alteración de la producción de colágeno; puede llegar a establecerse liquen plano bucal; glositis romboidal media; y en diabéticos no controlados surge abscesos gingivales, proliferaciones granulares subgingivales, pérdida del hueso, movilidad dental; la poliuria puede producir xerostomía que conlleva a queilitis angular y fisuramiento lingual⁴⁷.

La Hipertensión Arterial puede llegar a dificultar un 10 a 15% de los embarazos, es valorada como la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera en países en vías de desarrollo. Las mujeres con antecedentes de preeclampsia/ eclampsia poseen 2 veces más el peligro de presentar accidentes cerebrovasculares y elevado predominio de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Una PA después de semana 20 superior a 140/90mm/Hg podría desencadenar preeclampsia y eclampsia⁴⁸. Existe una clasificación según National Heart Lung and Blood Institute: HTA gestacional, preeclampsia, HTA crónica y preeclampsia sobreañadida⁴⁸.

-HTA gestacional presente a partir de las 20 semanas de gestación, no proteinuria, se restablece a la normalidad en posparto⁴⁸; es necesario mencionar que una investigación demostró que cerca del 30% de gestantes con HTA gestacional presenta evento cardiovascular previo a los 60 años y un 3% falleció de infarto al miocardio⁴⁹. Un estudio epidemiológico de cohorte⁵⁰ indica que es de suma importancia supervisar PA durante la gestación (particularmente embarazadas con PA basal normal incrementada), de esta manera el odontólogo sugerir interconsulta con el especialista, ya que esto predispone a desarrollar HTA gestacional (inicialmente PA estable antes de un punto específico con tendencia a elevarse bruscamente con las semanas, y mientras más temprano

inicia HTA más elevada es la PA referencial), acá radica la relevancia de tomar signos vitales en cada consulta odontológica.

-Preeclampsia describe proteinuria mayor a 0.3g/24 h⁴⁸ con oliguria o convulsiones después de la semana 20⁴¹, ocurre en 3-7% de embarazadas³⁷. La OMS recomienda suplemento de calcio para evitar preeclampsia y prevenir parto prematuro⁵¹. Cabe resaltar que probablemente exista una correlación entre enfermedad periodontal y preeclampsia durante la gestación, estudios (entre ellos uno que posee 7 casos y controles y 2 de cohortes evidenciando que gestantes con patologías periodontales poseían 1.76 veces más riesgo de presentar preeclampsia⁵²) demuestran dicho dato^{52,53,54}. La fisiopatología es expuesta como la síntesis de mediadores inflamatorios (alterar interacciones útero- placentarias y producir preeclampsia)⁵³. Sin embargo se necesita más estudios para determinar la asociación entre enfermedad periodontal y preeclampsia, y se recomienda que las gestantes con riesgo a preeclampsia deben ser tratadas prioritariamente a nivel periodontal para contrarrestar inflamación antes de la semana 20^{37,39}.

-HTA crónica, imperante al embarazo o diagnosticado antes de las 20 semanas de embarazo y presente hasta 12 semanas postparto⁴⁸.

-Preeclampsia sobreañadida con proteinuria mayor a 0.3 g/24h en una situación de HTA crónica⁴⁸.

Las manifestaciones orales en HTA son: hemorragias petequiales por aumento severo de P.A, hiperplasia gingival (dilatación de vasos linfáticos y espacios intersticiales⁵⁵), enf. Periodontal (puede conllevar a enfermedades cardiovasculares, trombos en arterias⁵⁵), caries, parálisis facial por edema o hemorragia en nervio facial (producida en pacientes con HTA maligna pero se necesita realizar más estudios⁵⁵) en pacientes con Antihipertensivos: hiposalivación, reacciones liquenoides a fármacos (bilateral y posterior, inhibidores del ECA – captopril), hiperplasia gingival (amlodipino, nifedipino⁵⁵), dolor e inflamación de glándulas salivales, úlceras aftosas, penfigoide buloso, edema angioneurótico, eritema multiforme, disgeusia e incluso parestesia^{55,56}.

Dentro de patologías orales podemos encontrar: patología dental, de la mucosa oral, periodontal y del flujo salival.

Patología dental:

-Caries dental, investigaciones señalan que la prevalencia de caries dental en embarazadas oscila entre 81.2% y 94.1%²⁹. La incidencia de esta enfermedad es incrementada en el embarazo o rápidamente post-parto, ya que las caries no tratadas con anticipación se agravarían^{38,53}. Cabe resaltar que esta patología se produciría por el aumento de la acidez en la cavidad oral, elevado consumo de carbohidratos por los antojos durante esta etapa y la pobre atención a la salud oral³⁹; sin embargo el establecer actitudes favorables en las madres puede poseer un impacto positivo en la salud oral de los niños⁵⁷. Para prevenirla se debe evaluar el riesgo de caries e indicar a la madre la gran importancia de llevar una dieta saludable con baja ingesta de alimentos cariogénicos; cuando la gestante presente náuseas y vómitos matutinos se debe indicar el uso de enjuagatorios a base de una cuchara de bicarbonato de sodio disuelto en una taza de agua para poder contrarrestar la acidez en la cavidad bucal⁵⁸.

-Erosión dental, cuando hay pérdida de sustancia dentaria producida por la acción de ácidos y en el caso de gestantes gracias al vómito y la exposición de las piezas dentales a los ácidos estomacales²⁹. Se indica que entre un 50-90% de las gestantes sufren de náuseas y vómitos matutinos, siendo más presente durante el primer trimestre de la gestación produciendo perimolisis, en estos casos se recomienda el uso de un cepillo suave o extrasuave y esperar una hora antes de realizar el cepillado⁵⁸, otra recomendación es la aplicación de fluoruro^{36,38}.

Patología de la mucosa oral:

Una reciente revisión sistemática indica que 1 de cada 10 embarazadas padece de trastornos de la mucosa bucal y una prevalencia de 11.8% de este tipo de patologías en gestantes, donde la hiperplasia gingival fue la más prevalente (17.1%), seguido del morsicatio buccarum (9.9%), candidiasis oral (4.4%),

granuloma piógeno (3%) y por último glositis migratoria benigna (2.8%); cabe resaltar que el sesgo de esta investigación fue moderado⁵⁹.

-Hiperplasia gingival puede presentarse marginal generalizada o como masas tumorales simples o múltiples; producido por un aumento de los niveles de progesterona (conlleva al actuar de factores irritantes locales: microbiota oral), efecto de microvascularización, alteración del metabolismo tisular, modificaciones del pH salival y bajos niveles de la IgA²⁹. La progesterona y estrógeno terminando el 3er trimestre logran niveles máximos de 10 y 30, respectivamente, mayores a los de la menstruación, se ha indicado que en células periodontales hay receptores de estas hormonas ocasionando este tipo de trastornos en la mucosa oral^{41,59}.

-Granuloma piógeno o tumor del embarazo, lesión hiperplásica que ocurre en cualquier momento de la gestación por las distintas alteraciones hormonales que elevan factores angiogénicos (factor de crecimiento endocelular vascular), mayormente se presenta en el maxilar superior en la encía interdental de zona anterior^{39,40}, esta lesión desaparece postparto (si no hay regresión hacer biopsia postparto); se registra en un 0.5-5% de la población gestantes^{29,40}. Otros estudios indican que generalmente se presenta durante el segundo o tercer trimestre, rara vez es mayor a 2 cm de diámetro y con mayor frecuencia está en áreas con gingivitis, áreas de irritación recurrente o como resultado de algún trauma; descrita como lesión sésil indolora de color rojo púrpura a azul profundo que puede estar cubierta por exudado amarillento, determinado por la vascularización de la lesión y el grado de estasis venosa, fácilmente sangra, destrucción ósea es raramente observada^{36,38}, si produce molestias (perturba alienación de las piezas dentales o sangra fácilmente en la masticación) se puede indicar extirpación (se recomienda electrobisturí, láser CO₂³⁹), no obstante un granuloma extirpado antes de término puede ser recidivante³⁸. Cabe destacar que para su diagnóstico definitivo es necesario realizar análisis histopatológicos (recomendable biopsia en 2º trimestre) porque es clínicamente parecido al granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia fibrosa inflamatoria y fibroma osificante periférico⁵⁹.

-Aftas recurrentes son ulceraciones dolorosas en mucosa oral presentes en forma individual o múltiple, es producida gracias a la deficiencia de hierro o vit. B12^{29,60}.

-Queilitis angular producida por la anemia que suele presentarse en esta etapa de la vida o por candidiasis (gracias a los cambios hormonales, caída del PH salival, desplazando la microbiota oral: crecimiento de este m.o oportunista)^{29,60}.

-Herpes recurrente labial: vesículas y erosiones en los bordes del labio gracias a las alteraciones hormonales e inmunológicas durante esta etapa^{29,60}.

-Lengua depapilada: zonas centrales irregulares, no induradas, de color rosa a rojo, presenta pérdida de papilas en la cara dorsal de la lengua; es producida por vómito habitual característico en el embarazo que depapila la lengua por la acción erosiva de los ácidos, higiene insuficiente por reflejo nauseosos y anemia^{29,60}.

-Leucoplasia son lesiones blanquecinas en forma de placas; está vinculado a las hormonas femeninas, bajos niveles de vit A y B lo que produce metaplasia y queratinización de ciertas estructuras epiteliales^{29,60}.

-Estomatitis subprotésica en paladar duro de pacientes que poseen prótesis dentales y se relaciona a la elevada ingesta de carbohidratos durante el embarazo conllevando a infecciones secundarias como lo es la candidiasis; puede agravarse por la disminución del sistema inmune (anemia y bajos niveles de vit B12)^{29,60}.

-Morsicatio buccarum, el aumento de peso durante esta etapa de la vida más la ansiedad y estrés puede conllevar a morderse constantemente las mejillas ocasionando zonas blanquecinas engrosadas relacionadas o no a ulceración traumática o erosión a nivel del plano oclusal de la mucosa oral⁵⁹.

-Entre otras manifestaciones se tiene a la glositis migratoria benigna, lengua fisurada, fibroma traumática, hiperplasia fibrosa, telangiectasia^{29,59}.

Patología periodontal:

-Gingivitis, existe prevalencia entre el 50% y 98.3%, el mayor número de eventos gingivales se registra en el segundo trimestre de la gestación (elevación de estrógenos y progesterona)²⁹ y otro estudio indica que empeora en tercer trimestre, y que embarazadas tienen una higiene bucal mala (IHOS puntuación

media de 3.68)⁶¹. El mecanismo de la respuesta inflamatoria se determina por los nivel de progesterona y estrógeno, este tipo de gingivitis presenta una inflamación gingival con baja cantidad de placa⁴¹; además desciende la quimiotaxis de neutrófilos, fagocitosis, respuestas de células T y de anticuerpos; existen cambios que disminuyen la función de barrera epitelial de la encía: el estrógeno puede aumentar la proliferación celular de los vasos sanguíneos gingivales, reducción de la queratinización gingival e incremento del fluido del surco gingival; por otro lado se reduce la producción de fibroblastos y hay alteración de producción de colágeno, lo que conlleva a la incapacidad de la encía para regenerarse fácilmente; la microflora subgingival incrementa entre la semana 12- 28 y durante el tercer trimestre se aminora hasta el postparto, presenta un aumento de 55 veces más de *Prevotella intermedia*^{36,38}, por otro lado el empeoramiento de la gingivitis también se produce por la presencia de *Porphyromonas gingivalis*, y hay incremento de *Camphyobacter rectus* durante el embarazo porque se encuentra niveles considerables de estradiol en el cuerpo³⁷.

-Periodontitis, puede producirse una exacerbación de la periodontitis preexistente; existen bacterias gram- anaerobias en la placa dentobacteriana que pueden volverse más patógenas y diseminarse por vía sistémica que puede conllevar a complicaciones durante el embarazo³⁸. Debido a la pandemia producida por el COVID-19, es necesario mencionar que está demostrado que hay asociación entre periodontitis y severidad de la infección de COVID-19, un estudio de caso controles indicó que un paciente con periodontitis posee un riesgo de 3.5 veces más de terminar en UCI por COVID-19, 4.57 veces más de ventilación asistida y 9 veces más de llegar a la muerte, además hay cantidades sanguíneas elevadas de glóbulos blancos, dímero D y proteína C reactiva significativamente incrementado en pacientes COVID19 con periodontitis⁶²; acá radica la gran importancia de un adecuado manejo periodontal a tiempo en gestantes para poder prevenir dichas situaciones.

-La movilidad dental está relacionada con grado de enfermedad gingival³⁸; en la gestación existe segregación de relaxina que funciona relajando las articulaciones durante el parto, pudiendo actuar también en el ligamento

periodontal que va provocar movilidad dentaria leve, la cual desaparece postparto⁶³.

-Durante el embarazo existe aumento de estrógenos y progesterona que se parecen mucho a la estructura de la vitK, y los componentes de esta favorecerían la nutrición de las bacterias periodontopáticas, por lo tanto se va producir aumento de carga bacteriana total: mayor severidad de signos y síntomas gingivales^{62,64}.

Si se habla de estado periodontal y productos adversos en la gestación, se puede indicar que a grandes rasgos existe un prospecto de infección fundamental expuestas a través de 3 vías que conectan a la periodontitis con resultados adversos en el embarazo: infección metastásica (*Bergeyella* sp., *E. corrodens*, *Parvimonas micra*, *P. gingivalis*, *Tannerella forsythia* y *T. denticola* están presentes en gestantes que dieron parto prematuro y bajo peso al nacer, además el *F. nucleatum* se ha presenciado en preeclampsia, prematuridad/BPN y muerte fetal); lesiones metastásicas (estudios en animales, se debe comprobar en humanos con estudios correctamente diseñados) e inflamación metastásica (citocinas proinflamatorias que puede producir parto prematuro). Por eso los m.o periodontales y sus derivados, sumado los mediadores inflamatorios, son diseminados por vía sanguínea entre las fuentes no genitales y la unidad fetoplacentaria⁴¹. ANEXO N°5 CUADRO N°3

Chambrede y cols. indicaron que existe un riesgo relativo (1.7; IC 95%: 1.03-2.81) de parto prematuro para gestantes con enfermedad periodontal⁶⁵, y Krader manifiesta un riesgo de 4,28 (IC 95%: 2.62-6.99 p<0.005) y probablemente un niño con bajo peso (riesgo de 2.30 IC 95% 1.21-4.38 p<0.005)⁶⁶. También en un estudio reciente, Lafaurie y cols. indicaron la asociación entre bolsas periodontales y rotura temprana de membranas, bajo peso al nacer y prematuridad⁶⁷. Entonces la relación entre prematuridad y enf. periodontal se inclina a que patógenos salivales dependientes de progesterona, culpables de una elevada síntesis local (en bolsa periodontal) de mediadores inflamatorios (citoquinas, PCR, factores de crecimiento, IL-1, IL-6, IL-8, PGE2, TNF α) conlleven a dicho efecto a través de la sangre^{29,41,53,58} y aceleran una cascada

inflamatoria semejante (PGE2 eleva prostaglandinas en corion y conlleva a maduración cervical y contracción uterina: mayor riesgo de PPT) que deriva en un trabajo de parto prematuro^{41,58}; por otro lado se sugiere que es ocasionada por la producción local de citoquinas y prostaglandinas liberadas por la decidua membranas fetales ante la exposición a bacterias y sus productos (fosfolipasa A2, enzimas MMP-1, MMP-2, MMP-9 y MMP-7), la fosfolipasa A2 es importante al comenzar y mantener el trabajo de parto por ser un precursor de prostaglandinas, además las MMP degradan matriz extracelular, lo que indica rotura de membranas fetales prematuramente: PPT^{29,41}. También está descrito que cabe la posibilidad del pase materno-fetal de bacterias orales demostrado por la existencia de IgM en recién nacidos prematuros, los cuales formaron más anticuerpos contra m.o orales que los bebés que nacieron a término⁶⁶; pero para determinar que hay correlación entre m.o periodontales en placenta con resultados adversos en la gestación debe ser medido por la prevalencia y no solo por presencia de dichos patógenos. No obstante no todos los estudios observacionales declaran asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer o preeclampsia⁶⁸ y enfermedad periodontal^{41,69,70}.

Es importante mencionar que un nivel elevado de estrógenos salivales es un fundamento eficaz para detectar riesgo de parto prematuro⁶³. Se recomienda que para mantener salud periodontal en gestantes se debe hacer relevancia en el control de placa; el destartraje y pulido radicular son tratamientos seguros durante este periodo; en mujeres con alto riesgo de PPT y diagnóstico de enfermedad periodontal se debe realizar tratamiento periodontal, obteniendo un fin positivo en la disminución de PPT y bajo peso al nacer⁵⁸. Sin embargo revisiones sistemáticas recientes demuestran que no hay evidencia suficiente para declarar qué tipo de intervención periodontal es óptima para evitar resultados adversos de la gestación, además indican que no hay evidencia idónea que muestren al tratamiento de patologías periodontales (porque bacterias periodontales se diseminan al tejido placentario previo al tratamiento periodontal⁷¹) como un reductor de riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer^{41,53,71-74}. En un reciente metanálisis hecho por Da Silva y colaboradores indican que el manejo periodontal en la gestación descendió en líquido crevicular los marcadores inflamatorios pero lamentablemente no se demostró resultados

significativos en cordón umbilical y no bajó la incidencia de resultados adversos⁷⁴.

Patología del flujo salival:

-Xerostomía, las alteraciones hormonales producirán disminución del flujo salival y capacidad buffer. Se recomienda consumo frecuente de agua sin azúcar o chicle, uso de fluoruro en pasta de diente³⁸. Puede ser producida también por antidepresivos, antiespasmódicos o antihistamínicos⁶³.

-Los niveles de pH bajos y por consecuente también de peroxidasas salivales va producir una reducción de la capacidad defensiva de la saliva³⁸.

1.2.4. Uso de fármacos en el embarazo:

El 5% de las gestantes padecen de alguna enfermedad crónica preexistente como por ejemplo el asma, HTA crónica, diabetes, enfermedades tiroideas, gastrointestinales, etc., por lo que evidentemente llevan una prescripción farmacológica. Según la OMS, 86% de las embarazadas ingieren uno o más fármacos durante la gestación y una ajustada cantidad lo realiza sin alguna prescripción médica. Es importante mencionar que si es mayor la edad gestacional será elevada la permeabilidad placentaria. Los cambios fisiológicos durante esta etapa afectan en la farmacocinética del medicamento⁷⁵: en la absorción, la progesterona produce descenso en movilidad intestinal y extensión del tránsito, lo que conlleva a una mayor tasa de absorción del medicamento⁷⁵; además el incremento de estrógenos produce aumento de niveles séricos del colesterol, globulina de unión a la tiroides y al cortisol, retrasando absorción del fármaco conllevando a concentraciones plasmáticas más bajas³⁵. En la distribución existe descenso de cantidades máximas del fármaco y retardo en su excreción gracias a la elevación del volumen plasmático, hay una baja fijación a proteínas, producido por la proteinuria fisiológica que conduce a una hipoproteinemia; lo mencionado anteriormente orienta a saber que la fracción libre del fármaco evidentemente va aumentar y esta será la activa farmacológicamente y toxicológicamente⁷⁵. Durante la metabolización, la progesterona ocasiona una elevada actividad enzimática de los medicamentos, por lo tanto la vida media y su acción va descender por el aumento de velocidad

de su metabolismo⁷⁵. Finalmente, la excreción será mayor porque en la gestación existe un elevado flujo plasmático renal y filtración glomerular: descenso en la concentración plasmática y vida media⁷⁵.

Los defectos congénitos producidos por medicamentos y otros químicos engloban cerca del 1% de todos ellos. Previo a identificar el agente etiológico en un defecto congénito se debe analizar 3 principios⁷⁵: el defecto debe ser completamente causado por la droga; por ejemplo: labio y paladar hendido está vinculado con hidantoina y también con más de 200 causas genéticas⁷⁵. Por otro lado el fármaco debe penetrar la placenta y repercutir directamente en el desarrollo del feto⁷⁵. Por último la exposición al fármaco debe darse en una fase primordial del crecimiento fetal⁷⁵: periodo preimplantacional (hecho radical por ser un periodo de todo o nada⁷⁵); periodo de organogénesis (2da y 8va semana de gestación. Etapa más vulnerable a producirse efectos teratogénicos pudiendo ocasionar malformaciones inadaptables con el desarrollo de vida⁷⁵); periodo fetal (desde 9na semana, las alteraciones son menos graves que el anterior periodo⁷⁵).

La FDA (Food and Drug Administration) asignó categorías (ANEXO N°5 CUADRO N°4) para el riesgo del embarazo (A, B, C, D, X) según los riesgos y beneficios de los fármacos^{33,75}. Desde junio de 2015 se exige etiquetado de fármacos con información explícita para los médicos y pacientes, y de los riesgos que pueden suceder durante la gestación, lactancia, mujeres y hombres con potencial reproductivo^{33,75}.

Durante la gestación existe medicación específica, por ejemplo: para náuseas y vómitos, los seguros durante el primer trimestre son doxilamina, en algunos situaciones para iniciar: doxilamina+ piridoxina y si no alivia: antagonista de dopamina (proclorperazina, metoclopramida); el dimenhidrinato es el antihistamínico más prescrito en la embarazada⁷⁵. Para reflujo gastrointestinal ajustar estilos de vida, si así no alivia se sugiere como 1era opción antiácidos como hidróxido de magnesio y aluminio, sucralfato y almagato; no obstante no se sugiere ingerirlo durante el primer trimestre ni por un extenso tiempo; cabe mencionar que la ranitidina y omeprazol son seguros⁷⁵. Para el estreñimiento, como primera posibilidad se sugiere elevar la fibra dietética y líquidos; los

hidróxidos de magnesio, lactulosa y bisacólido son laxantes seguros por deficiente absorción⁷⁵. En casos de diarrea Aguda, hidratación y dieta específica; el manejo farmacológico con antibióticos es restringido porque su causa regularmente es viral. Para diabetes mellitus, la prescripción de hipoglucemiantes vía oral ocasionan efectos teratogénicos en experimentos con animales; como elección: metformina e insulina NPH⁷⁵. Para Hipertensión en la gestante, seguros en la gestación son Nifedipina, labetalol, metildopa y la hidralazina⁷⁵.

Medicamentos utilizados en gestantes durante el embarazo.

a) Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios (CUADRO N°5): El paracetamol es el fármaco de primera opción^{33,35,39,53,76}, ya que no se han indicado malformaciones fetales pese a que traspasa barrera placentaria, sin embargo a dosis elevadas y por tiempos largos puede ocasionar alteración fisiológica renal en el feto⁶³. No obstante, se ha comprobado que este fármaco contiene partículas de alteración endocrina y podría ocasionar alteraciones epigenéticas en las células germinales del feto⁷⁷ y en recién nacido puede existir un riesgo mínimo de déficit de atención e hiperactividad³⁵. Las interacciones medicamentosas que incrementan riesgos adversos son: AINES, Warfarina, Heparina, Metoclopramida⁷⁸.

Por otro lado, el consumo de ácido acetilsalicílico y otros AINES son seguros en el 1º y 2º trimestre siempre que sea usado por corto tiempo y con dosis leves⁶³; pero otros estudios señalan que la ingesta de AINES en las primeras semanas de gestación está vinculadas con malformaciones cardíacas⁷⁶, hendidura labial y palatina, defectos neurológicos y bajo peso al nacer⁷⁷. Se debe tener en cuenta que en las últimas semanas por su participación inhibitoria de prostaglandinas puede producir descenso de contractilidad uterina, extensión de embarazo y de tiempo de parto, elevación de hemorragia posparto, oligohidramnios, hipertensión pulmonar, enterocolitis necrosante o cierre temprano del ductus (puede producir insuficiencia cardíaca y elevar riesgo mórtem en útero; esta constricción es reversible posterior a 48 horas finalizado el tratamiento⁵³)^{33,53,58,63,76}, por lo que evidentemente no es aconsejable su uso en el 3er trimestre de gestación^{33,53,63}. Asimismo pirazolonas: metamizol se debe

usar con precaución durante el embarazo y lactancia (dosis bajas y tiempos reducidos)^{63,76}, ya que puede ocasionar agranulocitosis y anemia aplásica, este medicamento ha sido retirado de USA, en Perú aún está en el mercado como Antalgina y en Brasil se ha señalado asociación con casos de tumor de Wilms y leucemia⁷⁶.

Además contraindican la aspirina durante el 1º y 3º trimestre de gestación^{33,35,53,58}; en las primeras 13 semanas, según FDA los AINES pueden producir aborto espontáneo³³; en el feto a dosis superiores de 300mg de aspirina puede producir hematoma espontáneo y daño reversible de función renal, y en la madre eleva riesgo hemorrágico (pronunciado durante últimas semanas de gestación)⁵³, otra fuente indica que a dosis superiores de 150mg es Categoría D⁷⁶. Sin embargo hay gestantes que son medicadas preventivamente con aspirina en casos de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y antecedentes de aborto espontáneo recurrente, pacientes que han atravesado fertilización in vitro, y gestantes con elevado riesgo de preclamsia (en este caso aspirina 75mg/día reduciendo en un 14% PPT)^{53,76}, en la última situación si requiere cirugía oral no se debe suspender tratamiento porque a esas dosis no hay riesgo significativo de hemorragia^{53,76}. Por otro lado, la investigación de Nakhai-Pour indica que el uso de AINES no aspirina en gestantes eleva peligro de aborto espontáneo, en específico el diclofenaco, naproxeno, celecoxib, ibuprofeno (B en 1er trimestre y D en 3er trimestre) y rofecoxib⁷⁹.

b) Opiáceos: poseen bajo riesgo teratogénico pero su ingesta durante los últimos meses de embarazo puede producir depresión respiratoria en el RN, además si el uso es prolongado pueden surgir cuadros de dependencia y de síndrome de abstinencia neonatal, desarrollo fetal deficiente (malformaciones en cerebro, corazón y circulación, gastrosquisis, espina bífida, paladar hendido^{33,35,39,76}), parto prematuro, muerte del bebé al nacer^{35,63}; por lo tanto su uso debe ser evitado, prefiriendo así al paracetamol; en caso se recetara opioides debe ser en dosis únicas, bajas y durante el menor tiempo posible, y evitar reposiciones⁷⁷.

c) Antibióticos (CUADRO N° 6): Se debe tener en cuenta que los cambios fisiológicos como la elevación del volumen sanguíneo, vasodilatación y reducción de respuesta inmunitaria conllevan a una rápida diseminación de

infección en la cavidad oral. En pacientes con signos de afectación sistémica o médicamente comprometidos está indicado uso de antibióticos⁷⁷.

Penicilinas: Los más utilizados en odontología son la amoxicilina^{33,35,77,80}(el más prescrito en España, UK, USA, Kuwait, Arabia Saudita e India⁸⁰), el Pen VK y la ampicilina (categoría B); según el Sistema de Información de Teratógenos (TERIS) evaluó 25.000 casos publicados de uso de penicilina en el embarazo y no encontró un mayor riesgo de resultados adversos⁷⁷. La asociación de amoxicilina y ácido clavulánico (categoría B) es eficiente en el tratamiento de infecciones odontogénicas resistentes, sin embargo su uso en el último trimestre está relacionado con un elevado riesgo de presentar enterocolitis necrotizante en el RN. Pese a que el riesgo absoluto de infección es mínimo, se recomienda no usar combinación de medicamentos durante el 3º trimestre⁷⁷.

Cefalosporinas (categoría B): estudios no hallan efectos adversos de cuando se emplean al inicio de gestación, no obstante se ha demostrado una asociación entre el uso de cefalosporinas con atresia anorrectal y comunicación interauricular en RN, pero dichos estudios son retrospectivos y el riesgo absoluto de malformaciones notificado era bajo⁷⁷. Se emplea en infecciones por estafilococos³⁹.

Clindamicina (categoría B): Muanda informó que su uso se relacionó con malformaciones cardiovasculares y musculoesqueléticas congénitas, pero no se ha demostrado la existencia de una relación causal, por lo que se justifica que se debe realizar estudios adicionales⁸¹. Por otro lado, evidencias indican su uso en casos específicos porque posee toxina *Clostridium difficile* que ocasiona diarrea crónica y colitis pseudomembranosa (prevalencia de 2-10%)^{58,77,78}. Su uso se justifica en los pacientes con alergia a la penicilina^{33,35,80} (el más prescrito en este tipo de casos en USA y España⁸⁰); atraviesa rápidamente la placenta y en cordón umbilical logra niveles de concentración del 50%, disminuir dosis en pacientes con patologías renales o hepáticas, si tratamiento supera 10 días se debe supervisar función hepática y renal⁷⁸.

Metronidazol (categoría B): efectivo contra bacterias anaerobias y en muchas ocasiones se aplica con penicilina para atacar infecciones odontogénicas, no hay estudios que demuestren una relación significativa que ocasione resultados adversos o defectos fetales⁷⁷. Además se debe emplear con precaución en pacientes con discrasias sanguíneas, si uso supera 10 días va elevarse el riesgo de efectos adversos, en falla renal grave reducir en un 50% su dosis, en pacientes con leucopenia se agrava su condición. Dentro de sus efectos adversos, los más frecuentes son el sabor metálico en boca, lengua saburral y candidiasis oral⁷⁸.

Tetraciclinas (categoría D) poseen afinidad por tejidos calcificados, y la exposición en 2º y 3º trimestre ocasiona coloración marrón amarillento definitiva en dientes deciduos, defectos en esmalte y produce efecto transitorio en el desarrollo de huesos largos^{33,39,77}. Un estudio encontró una asociación significativa con el aborto espontáneo tras la exposición a tetraciclinas, se recomienda no emplear tetraciclinas en el embarazo a menos que exista una indicación convincente⁸¹.

Macrólidos: fármacos similares en su espectro antibacteriano a la Pen VK y suelen emplearse para pacientes alérgicos a la penicilina, los más utilizados en odontología son la eritromicina (categoría B), la azitromicina (categoría B) y la claritromicina (categoría C)⁷⁷. Un metaanálisis reciente ha descubierto que el uso prenatal de macrólidos se asocia a un elevado riesgo de aborto, parálisis cerebral/epilepsia y malformaciones gastrointestinales⁸². La eritromicina en su forma básica es algo segura en comparación con macrólidos estolados, por lo cual se debe preferir otras clases de antibióticos en el caso que se requiera tratar infecciones odontogénicas⁷⁷.

Fluoroquinolonas (categoría C) usados en pacientes alérgicos a las penicilinas o afectados por cepa microbiana resistente a otros antibióticos⁷⁷. Metaanálisis no han demostrado que el uso de fluoroquinolonas (ciprofloxacina) esté asociado a un mayor riesgo de aborto, parto prematuro y malformaciones fetales^{83,84}.

Aminoglúcidos: son comparativamente seguros, sin embargo podrían causar riesgo de nefrotoxicidad y ototoxicidad materna y fetal⁷⁷.

Si se prescribe antibióticos en la gestación se debe considerar: analizar riesgos y beneficios al recetarlos, seleccionar el antibiótico más conocido del mercado y que disponga un perfil de seguridad aceptable, primar aquellos que no existe evidencia de daño o disfunción en el binomio madre- hijo, prescribirlos únicamente si lo necesitan otorgándoles un uso racional (en un estudio se indicó que la mayoría de odontólogos señalaban preocupación por resistencia a antibióticos, sin embargo solo la mitad indicaron que están informados sobre el uso de estos medicamentos, y concluyen que es fundamental ejecutar formación de posgrado para mejorar esta problemática⁸⁰), priorizar vía oral, evaluar permeabilidad placentaria y vía de excreción del antibiótico⁵⁸.

d) Corticosteroides: su uso prenatal está asociado con hendiduras orales, bajo peso al nacer, parto pretérmino y restricción de crecimiento fetal; sin embargo muchos de estos estudios no tomaron en cuenta efecto de enfermedades maternas preexistentes como punto interviniente en resultado. Se recomienda limitar su empleo en 2º y 3º trimestre, una vez completada la organogénesis. Si hay una indicación convincente para empleo a corto plazo, la dexametasona (Categoría C) y la metilprednisolona (Categoría C) pueden ser opciones algo seguras para su uso en el embarazo⁷⁷.

e) Sedantes y ansiolíticos: las Benzodiazepinas (categoría D) se prescriben con frecuencia para disminuir ansiedad en paciente y facilitar atención⁷⁷. Un ensayo clínico prospectivo⁸⁵ demostró elevada permeabilidad placentaria del diazepam en gestantes diabéticas e hipertensas, indicando descontrol transcelular de permeabilidad farmacéutica y una incrementada exposición del feto al transporte placentario del mismo. Además en otro estudio se observó un riesgo superior de aborto espontáneo entre embarazos con exposición incidental a benzodiazepinas de acción corta y larga⁸⁶, esto coincide con una investigación en la que los niños expuestos a benzodiazepinas durante gestación presentaban un elevado riesgo de ingreso a UCI y microcefalia⁸⁷. Existe correlación entre consumo de benzodiazepinas en gestación y comportamientos durante 1^{era} infancia, se investigó en un estudio de cohortes controlado que hay incremento

de comportamientos internalizadores a largo plazo como efecto de la exposición a benzodiazepinas, concluyendo una asociación moderada⁸⁸. En otro gran estudio de cohorte se demostró la relación de exposición prenatal a benzodiazepinas con trastorno de oposición y comportamiento agresivo en niños con síntomas de ansiedad prenatal⁸⁹. Por el contrario, un estudio de cohorte retrospectivo indicó que dosis elevadas de diazepam empleadas en gestantes suicidas no incrementaron tasa de anomalías congénitas en el feto⁹⁰.

En una revisión sistemática y metanálisis se mostró que la exposición a benzodiazepinas durante gestación no está asociada a malformaciones congénitas, no obstante este estudio indica que puede existir un riesgo incrementado de malformaciones congénitas cuando las benzodiazepinas se utilizan junto con antidepresivos⁹¹.

El odontólogo prescribe estos medicamentos solo por pequeños periodos, sin embargo se recomienda elegir fármacos con un adecuado perfil de seguridad. Por último, aunque las mujeres embarazadas deben abstenerse siempre de consumir alcohol, es importante recordar a las pacientes que no deben combinar los sedantes con el alcohol⁷⁷.

f) Óxido Nitroso: Aunque es muy eficaz para el tratamiento de la ansiedad, su uso en pacientes embarazadas ha sido objeto de debate. Esta controversia tiene su origen en la preocupación por resultados adversos del embarazo en mujeres con exposición ocupacional crónica al óxido nitroso y su capacidad para inactivar metionina sintasa (enzima implicada en producción de metionina y tetrahidrofolato)^{35,77}. Es importante señalar que no se ha encontrado complicaciones por exposición a corto plazo y bajas concentraciones, como sería típico en procedimientos de odontología. El límite de exposición publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo es de 25 ppm para evitar deficiencia en destreza y rendimiento mental de los que colocan dicho medicamento⁷⁷, además si no existe depuración en los profesionales puede llegar a producir infertilidad y abortos espontáneos³⁵.

La ADA recomienda que odontólogos tengan en cuenta que el óxido nitroso se suministre a una concentración no superior al 30% durante el menor tiempo posible⁷⁷ (<30 minutos³⁵). Por otro lado, se recomienda emplearlo con una menor concentración y tiempo de sedación, debe primar su uso en casos de ansiedad no controlada y exigencia de urgencia no prolongada en tratamientos dentales; supervisar los signos vitales para prevenir hipoxia, hipotensión, aspiración y minimizar posibles riesgos; si paciente está medicada con opiáceos y necesita una intervención con óxido nitroso, se debe manejar por un anestesista porque puede surgir una peligrosa depresión respiratoria⁹². Otro estudio señala que no se debe emplear durante 1º y 3º trimestre, ya que puede estimular musculatura uterina y favorecer abortos espontáneos o contracciones antes de tiempo ocasionando PPT^{35,76}. En pacientes con EPOC, deficiencia de vitamina B12 o mutación homocigótica del gen MTHFR, el uso de óxido nitroso está contraindicado⁷⁷.

g) Anestésicos locales: traspasan barrera placentaria por difusión pasiva³⁰; la Lidocaína es el más usado en procedimientos odontológicos, la dosis máxima es de 5mg/kg y si se combina con vasoconstrictor aumenta a 7mg/kg^{39,58,78} (otro estudio indica máximo con epinefrina: 500mg³⁰), su uso es seguro durante la gestación y lactancia, y dichas dosis máximas siguen siendo muy bajas para alcanzar concentraciones que produzcan daño en el feto^{30,33,58,77}. No existe una contraindicación para el uso de anestésico local con vasoconstrictor en dosis seguras para la embarazada en cualquier etapa de la gestación^{30,34,39,58,77,78,93} (lidocaína 2% con epinefrina 1:80000³⁰ o 1:100000^{36,94} y no exceder de 2 tubos por sesión⁹⁴, otros indicios dicen que no debe exceder de 3^{18,95}), siempre y cuando se tomen medidas de cuidado al momento de ejecutar la técnica anestésica (correcta posición de aguja y aspiración) y así evitar inyección intravascular porque si eso sucediera podría generar vasoconstricción en la arteria uterina que puede conllevar a descenso de flujo sanguíneo fetal y ejercer efectos directos sobre el músculo liso uterino y causar contracciones^{30,31,34,35,53,58,78}. Además siempre tener en cuenta antecedentes de alergias a anestésicos en los pacientes⁵⁸. Se sospecha que las alteraciones hormonales tales como los niveles de progesterona intervienen en el aumento

de susceptibilidad neuronal al anestésico, siendo el feto más predispuesto a la toxicidad por estos⁷⁷.

Por otro lado los anestésicos locales como la Prilocaina con filopresina 3% (categoría B) y benzocaína (categoría C) generan metahemoglobinemia en feto y madre^{30,39,77,93}, donde se produce un estado férrico impidiendo transportación de oxígeno conllevando a la probabilidad de padecer evento hipóxicos agudos^{30,77}. Los niveles de amidas en sangre se basan en la cantidad de glicoproteína 1-ácido presente (esencial para metabolizar) y en la gestación esta descende, por lo que se incrementa la cantidad anestésica en el plasma: eleva probabilidad de toxicidad fetal^{30,34,53} (sobre todo anestésicos de acción prolongada: bupivacaína- Categoría C³⁰). Además la bupivacaína (riesgo de cardiotoxicidad^{31,93}) y mepivacaína (además no se debería emplear en lactancia porque el RN no metaboliza adecuadamente pudiendo ocasionar bradicardia fetal⁹⁴) están contraindicadas^{30,58,77}. Un estudio indicó que en casos de emergencias odontológicas el anestésico de elección en gestantes de 20-35 años, es articaína al 4% con epinefrina 1: 200000⁹⁶. (ANEXO N°5-CUADRO N°7)

Los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO aumentan efecto adverso de manera que elevan su efecto vasoconstrictor; los betabloqueantes no selectivos elevan riesgo de que suceda crisis hipertensivas o bradicardia severa⁷⁸.

h) Antimicóticos: La Nistatina (Categoría B) antes de ser prescrita deber evaluarse el beneficio/riesgo de su uso, no existen estudios que indiquen que pueden ocasionar daño fetal; clotrimazol (Categoría B) hacer uso solo si estrictamente necesario; fluconozal (Categoría C) porque estudios demuestran que puede ocasionar aborto espontáneo durante el primer trimestre^{35,77}.

i) Anticoagulantes: pacientes medicadas con Heparina no fraccionada en casos de Insuficiencia renal grave (IRG), este medicamento puede ocasionar trombocitopenia con una frecuencia registrada de 1 al 5%; la Heparina de bajo peso molecular está contraindicada en IRG y el riesgo de trombocitopenia es menor al 1%⁵³. Si se requiere cirugía dentoalveolar, sabiendo que en ambas heparinas existe una anticoagulación inmediata y de corto plazo (HNF: 4-6h;

HBPM: 12h), no se debe suspender dicho tratamiento siempre y cuando se proyecte a situaciones con ausencias hemorrágicas graves, de lo contrario se debe consultar con el especialista para posible suspensión temporal de heparina⁵³.

Recomendaciones generales para el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia:

-Valorar a toda mujer en edad fértil como posible embarazada al momento de indicar algún medicamento⁶³.

-Indicar fármacos solamente necesarios, limitar rigurosamente la indicación de fármacos durante 1º trimestre de gestación y 1^{eras} semanas de lactancia⁶³.

-Hacer uso de fármacos con un adecuado perfil de seguridad⁶³.

-Indicar dosis menor pero eficaz y tratamiento no prolongado⁶³.

-Evitar polimedicación y advertir a madre sobre automedicación durante esta etapa⁶³.

-Durante la lactancia, verificar que los fármacos prescritos sean de vida media corta e ingerirla justo antes o después de brindar pecho⁵⁸, otras fuentes indican después de amantar para permitir la eliminación del fármaco antes del siguiente tiempo de amamantamiento⁶³. Si existe el caso de prescribir fármacos de vida media larga, indicarlos previo al sueño extenso del niño⁶³.

-Tener en cuenta el uso de penicilinas y cefalosporinas como primera línea durante gestación. En caso de alergia a penicilina, considerar eritromicina en formulación no estolato⁵⁸.

-Uso de antibióticos sistémicos en terapia periodontal debe prescribirse únicamente si tratamiento mecánico convencional no funcionase, si padecen de enfermedades periodontales agudas o periodontitis agresivas, compromiso sistémico o comprometidos médicamente⁵⁸.

1.2.5. Consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes:

El Comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en 2013 indicaron un veredicto sugiriendo que todos los profesionales de salud bucodental deben evaluar la salud oral en la primera visita prenatal⁴⁶; además los miembros de la Asociación Europea de Odontología Pediátrica manifiesta que la edad ideal para la primera consulta odontológica es previo al nacimiento⁵³. El fin de un planificación de salud bucodental en gestantes es motivarlas sobre el cuidado de su salud bucal y la de su familia, impulsar hábitos de higiene y una dieta saludable, aplicar medidas preventivas, reconocer signos y síntomas de las distintas enfermedades orales que pudieran aparecer durante este periodo, llevar a cabo tratamientos de enfermedades orales agudas que pudiesen afectar al bebé o a la madre, y facilitar información a las gestantes sobre los cuidados orales de su futuro hijo⁵⁸.

La madre debe saber que si posee un inferior nivel de bacterias cariogénicas en boca, contribuirá a que el bebé posea un riesgo mínimo de padecer caries^{30,37,63}. Está demostrado que la atención odontológica en la gestación es segura^{63,97} y que los tratamientos urgentes están indicados durante todo el embarazo^{37,46,53,58,95} porque postergar la atención de un proceso infeccioso o doloroso puede producir mayores riesgos para el binomio madre-hijo. Existen condiciones que ameritan tratamiento prioritario: caries no tratadas, restauraciones extensas^{37,58,94}, dolor dental, infecciones agudas, sangrado gingival que debe determinarse su causa en la consulta, granuloma piógeno, control de infecciones crónicas como: fístulas, remanentes radiculares y abscesos crónicos que pueden reagudizarse y/o complicarse; hay situaciones que deben orientarse a un manejo intrahospitalario: múltiples focos infecciosos que conllevan a una cirugía máxilofacial⁷⁷. Por otro lado, las cirugías complejas y estéticas, rehabilitación oral extensa y ortodoncia pueden posponerse para el postparto^{37,58,94}.

En la historia clínica se debe evaluar antecedentes, riesgos e historia reproductiva que incluye complicaciones previas, abortos, embarazos de alto riesgo, etc; realizar examen físico y en cada consulta tomar signos vitales; saber que la posición ideal de la paciente en el sillón dental es semisentada y en

decúbito lateral izquierdo^{77,95}, a propósito de este dato existe un estudio ejecutado en India que indica que el 56% de los dentistas ponían en esta posición a sus pacientes gestantes⁹⁸; se debe tener conocimiento que para evitar la hipotensión se coloca una almohada chica debajo de la cadera derecha de la paciente y garantizar que la cabeza de la gestante se eleve por encima de las piernas; si la embarazada experimenta mareo, debilidad o escalofríos se debe modificar posición hacia el lado izquierdo para restablecer circulación^{53,77,95}. Cabe resaltar que la Academia Estadounidense de Periodoncia sugiere que el tratamiento periodontal estaría indicado en cualquier trimestre, el destartraje subgingival y alisado radicular está recomendado entre semanas 2-28, y las medidas preventivas están permitidas en cualquier trimestre^{30,37,77}.

Durante el primer trimestre (1-12 semanas) no se sugiere realizar tratamientos dentales porque el feto posee elevado riesgo de teratogénesis (periodo de organogénesis) y porque uno de cada cinco embarazos concluyen en abortos espontáneos, si algún tratamiento dental se realiza cerca de un aborto espontáneo pueden ser asumidos como la causa y generar duda en la gestante y odontólogo al pensar que este pudo ser evitado. Durante este trimestre se debe: educar a las gestantes sobre las variaciones de la cavidad oral durante esa etapa, instruir sobre una adecuada higiene oral y obtener un buen control de la placa bacteriana, tratamientos de urgencia solamente, evitar radiografías, ángulo sillón dental respaldo-asiento es 165°, los tratamientos indicados en este trimestre: neutralización de conductos (realizar endodoncia en 2° o 3° trimestre), antibióticos para controlar infecciones, operatoria dental y profilaxis dental^{30,33,34,38,60,63,78,92,93,95}.

En el segundo trimestre (13-24 semanas), como se sabe la organogénesis culminó y por lo tanto el riesgo para el feto es menor, la gestante ya se adaptó al embarazo y el feto no ha crecido considerablemente que haga complicado el permanecer sentada la madre por un tiempo prolongado⁶³. Existe un acuerdo de expertos que indican que el periodo más seguro y confortable para procedimientos odontológicos electivos de la gestante es entre las semanas 14 y 20 de gestación^{36,37,58,60,94}. El útero y la placenta se agrandan con el crecimiento del feto, este estará directamente apoyado sobre la vena cava inferior, los vasos

femorales y la aorta. Si la gestante se sienta supinamente para las intervenciones, el peso del útero gravídico podría producir una considerable tensión y obstruir flujo de sangre por dichos vasos y ocasionar hipotensión supina: presión arterial desciende pudiendo ocasionar síncope, sin embargo se puede solucionar fácilmente girando a la gestante sobre su lado izquierdo y elevando el cabezal del sillón^{37,53,63,78,94}. En este trimestre se debe tratar patologías orales activas, drenaje de abscesos, endodoncia, antibióticos para controlar infecciones, exodoncias estrictamente necesarias, operatoria dental, instalación de prótesis valorando necesidad; si se requiere radiografías este trimestre es adecuado siempre y cuando se utilice la protección necesaria, colocar el sillón dental respaldo-asiento en 150°^{30,33,34,38,39,63,78,92-95}. Durante la gestación, los cánceres orales representa aproximadamente el 2% de todos los tumores malignos, siendo este trimestre el adecuado para intervenir quirúrgicamente si es necesario, teniendo en cuenta el elevado riesgo de presentar infección postoperatoria (el odontólogo debe consultar siempre a ginecólogo antes de proceder en estos casos)³⁷.

En el tercer trimestre (25- 40 semanas), la preocupación abarca por parto prematuro, fármacos que incrementen tiempo de sangrado deben ser evadidos; es adecuado instruir a la madre sobre los cuidados de salud oral de su futuro hijo. Se prefiere sesiones cortas no mayores a 30 minutos y colocar el sillón dental respaldo-asiento en 135°^{58,63}. Durante esta etapa, las gestantes atraviesan un elevado riesgo de síncope, hipertensión y anemia^{37,94,95}. Si se posterga tratamientos necesarios hasta después del parto puede ocasionar problemas porque hasta eso la mujer determinará su concentración absoluta en el recién nacido⁵⁸. Se debe evitar tratamientos dentales durante la segunda mitad de tercer trimestre, prescribir antibióticos para controlar infecciones y operatoria dental si lo requiere^{30,33,34,38,39,60,78,92,93}.

Un correcto diagnóstico realizado por el odontólogo es la suma de la evaluación de antecedentes médicos y de salud oral con el criterio profesional, el cual definirá si verdaderamente necesita una radiografía y el tipo de ella^{33,36,58}. Es seguro tomar una radiografía intraoral porque la radiación proyectada es mínima^{34,37,38,53,60,94}: la exposición fetal es cerca de 0,0001 rad, y la permitida

durante la gestación es de 5rad (50mGy); dicha exposición posee un riesgo 1000 veces menor que el riesgo inherente de aborto espontáneo o malformaciones^{30,33,58,60}. Sin embargo, como en todos los pacientes cautela necesaria en lo que respecta material de protección como el uso mandil plomado (mínimo 0.25mm de plomo⁶⁰) y ejecutar acertada técnica radiográfica para minimizar errores y evitar nuevamente exposición, emplear radiografías de alta velocidad, diafragmas, filtros de aluminio, utilizar colimador y hacer mantenimiento al equipo^{30,33,37,46,58,60,95}; no obstante una cantidad de exposición de 10 Gy (5Gy durante el primer trimestre cuando se inicia organogénesis) causa anomalías fetales congénitas, existiendo elevada vulnerabilidad fetal durante la semana 2 y 8³⁸. Además los diez primeros días de gestación indican probabilidad elevada de muerte y/o riesgo teratógeno del feto como retraso mental o microcefalia, por lo que se sugiere que la radiación sea menor a 0,20Gy⁶³ y otras fuentes indican no superior a 0,5Gy o 50rad³⁷.

Se recomienda valorar los riesgos y beneficios para el binomio madre-hijo, se sugiere por la mínima radiación que emiten: periapicales y bitewing⁶⁰; postergarse para el post-parto si la gestante amerita una rx panorámica, seriada completa y/o cefalograma⁵⁸; la radiografía digital es segura proporcionando una radiación reducida y dispersa^{30,33,37,46,58,60,95}.

Por otro lado, se sabe que el empleo de TAC está destinado para el seguimiento de infecciones externas o internas y laterales faríngeas. La gran ventaja que posee es la claridad que presentan las estructuras emitidas, sin embargo poseen un nivel de radiación superior pero la politomografía, muy útil por sus múltiples cortes, presenta un nivel de radiación menor. Si la gestante presenta una infección y el odontólogo necesita corroborar con un examen auxiliar de imagen puede indicar la toma de una resonancia magnética, ya que posee valorables características en cuanto a la calidad de imagen de tejidos blandos y no presenta radiación ionizante⁶³. Un estudio recientemente hecho por Alzamzami y colaboradores indican que alrededor de 93% de endodoncistas no consideran usar TAC en gestantes⁹⁹.

Sin dejar de lado a la ansiedad en los pacientes, las mujeres en comparación con los varones presentan mayor ansiedad al asistir a la consulta odontológica, se describe que mientras menor es la edad será mayor la ansiedad y si posee un elevado número de caries también será aumentada la ansiedad^{100,101,102}. En algunas gestantes existe temor o ansiedad sumamente elevado frente a la consulta odontológica, Acharya y Bhat investigaron a un grupo de gestantes de India y hallaron que el 18.5% poseían ansiedad cuando acudían al odontólogo y un 14.2% aplazaron intervención por la gestación¹⁰³. Un estudio reciente ejecutado en Arabia Saudita por Nazir y Alhareky indicó que existe una prevalencia de un 16.1% de fobia al odontólogo, el 63.5% de la muestra eran gestantes, solamente el 9.2% atravesó consulta odontológica antes de la gestación y el 18.5% tenían una mala experiencia en el odontólogo, además hallaron que esta mala experiencia dental y estar en el 1º trimestre de gestación elevan posibilidad de tener fobia al dentista ocasionando ansiedad e impidiendo asistir al odontólogo¹⁰⁴. Por lo tanto el papel del odontólogo es primordial para educar y saber manejar casos de ansiedad en las mujeres gestantes y asegurar una atención de alta calidad. Se recomienda que odontólogo explique y aclare lo que es seguro dentro del tratamiento odontológico, lo que favorecerá atención por la colaboración que va brindar la paciente^{58,60}. Se sugiere sesiones cortas, la comodidad en el sillón dental es muy importante y debe ser adecuada en los distintos trimestres, una posición semisentada evitará el reflujo gástrico y posible aspiración, además si la gestante atraviesa hiperemesis gravidarium se debe planear la atención por la tarde^{58,60}. Otro aspecto a tener en cuenta para la comodidad de la paciente es que la gestante puede presentar elevada susceptibilidad a olores, temperatura y sabores, si son irritantes para ella pueden ocasionar náuseas y vómitos, y si percibe una temperatura incrementada puede desmayarse^{58,60}. Por otro lado, se ha indicado lo beneficioso de la aplicación de métodos psicológicos que orientan a modificar la conducta para el manejo de la ansiedad en la cita odontológica^{58,60} e incluso una terapia computarizada (procedimiento cognitivo-conductual cimentada en psicoeducación, exposición a temidos procedimientos odontológicos y reestructuración cognitiva)^{105,106}, también se sugiere practicar técnicas poco traumáticas y métodos no farmacológicos como desensibilización sistemática (consta de relajación muscular progresiva, elaboración de jerarquía de miedos y desensibilización propiamente dicha que

viene a ser presentaciones imaginarias constantes del estímulo de miedo de manera gradual, todo eso mientras el paciente está relajado muscularmente¹⁰⁷), métodos de relajación muscular⁵⁸ (contribuye a recuperación y equilibrio porque promueve liberación psíquica y muscular¹⁰⁸), percepción de control (se otorga la opción al paciente cuando crea conveniente de parar el procedimiento dental¹⁰⁸), distracción (la música facilita por la concentración de la atención en factores externos a procedimientos dolorosos, logrando así manejar estrés, ansiedad y dolor¹⁰⁸). Un estudio realizado por Bare y Dundes demuestra que un elevado porcentaje de pacientes (89%) manifestaron que la música de fondo contribuía a su relajación y un 75% indicó que libros y revistas minimizaban la ansiedad que podían presentar el consultorio¹⁰⁹.

-Manejo de caries en embarazada: Para prevenirla se debe tener en cuenta que las gestantes con un alto riesgo de caries deben hacer uso de colutorios combinados de clorhexidina al 0.12% (uso nocturno) y NaF al 0.05% (uso diurno) a partir del 6to mes de gestación y hasta el alumbramiento en controles y terapias de 20 días y 10 de descanso; aplicar barniz de flúor o colutorios fluorados; sin dejar de lado a la recomendación de la utilización de chicle con xilitol para disminuir la transmisión de bacterias cariogénicas de la madre al hijo y para aliviar síntomas de xerostomía que ocurre durante el embarazo⁵⁸.

La emisión de Bisfenol A (BPA) derivado de resinas no produce daños a la gestante⁹². Si existe lesiones en esmalte: uso de remineralizantes porque puede detener su progreso e inactivarse, o aplicar resinas fluidas⁵⁸; en lesiones oclusales cavitadas utilizar resinas compuestas con sellantes de resina para surcos adyacentes y ejecutar controles periódicos⁵⁸; en lesiones cervicales, vestibulares y/o palatinas: material a utilizar va depender del grado de higiene de la gestante y posibilidad de controlar humedad durante el tratamiento; en casos de zonas alejadas donde no haya forma de restaurar con resinas, realizar TRA⁵⁸. Actualmente el uso de amalgama ya no está recomendado, pero se debe tener conocimiento para aconsejar a las gestantes que presenten restauraciones con este material, evitar el uso de pastas dentales a partir de peróxido de hidrógeno y sustancias blanqueadoras porque puede ocasionar emisión de mercurio inorgánico (se sugiere no realizar blanqueamiento durante gestación^{92,110}); si se

requiere cambios de restauraciones de amalgama se debe manejar de forma segura (asilamiento adecuado) y si no es posible eso postergarlo hasta después del parto para prevenir posibles niveles de mercurio en sangre. Un estudio realizado en discos de amalgama, sumergidos en distintas concentraciones de peróxido de hidrogeno (3.6%, 6%, 30%) y por diferentes tiempos (1, 8, 48 y 168 h) mostraron que hubo elevación significativa de liberación de mercurio en todas las concentraciones y tiempos a los que se expuso¹¹⁰. Sin embargo no se ha informado efectos adversos en personas al retirar este material, pero la FDA considera evitarlo en gestantes por un posible riesgo de inhalación de partículas de Hg, solo retirarlo si es estrictamente necesario y preferir otro material al restaurar³⁷.

-Terapias periodontales en la gestante: La terapia no quirúrgica siempre será la primera opción de tratamiento en la periodontitis que consiste en destartraje y pulido radicular, donde su objetivo es detener la pérdida de inserción y mantener sacos que sean manejables para el aseo personal⁵⁸. Originalmente en la terapia periodontal convencional se indica destartraje y pulido radicular en sesiones por cuadrantes desarrollado en 4 a 6 semanas, sin embargo expertos mencionaron al tratamiento de desinfección bucal total que conlleva a un raspado y pulido radicular en 2 sesiones (1 hora y media a 2 horas cada sesión) en un lapso de 24 horas; a parte del tratamiento mecánico se recomienda desinfección de zonas periodontales y extra periodontales (aplicar spray de clorhexidina en amígdalas cada 12 horas por 2 meses) con colutorios como clorhexidina 0.12% (15 ml cada 12 horas por 2 meses) y hacer hincapié en una correcta y adecuada instrucción de higiene oral. Cabe resaltar que la elección del de tratamiento a llevar a cabo va depender de la decisión de la paciente porque evidentemente existen duraciones distintas en los tipos de tratamiento⁵⁸. En casos que se necesite intervención antibiótica sistémica, los antibióticos seguros en gestantes que presenten enfermedades periodontales son: metronidazol, clindamicina (utilizarla con precaución) y amoxicilina; no obstante existen riesgos que pueden presentarse si hay medicación antibiótica: crecimiento de colonias bacterianas resistentes y presencia de infecciones oportunistas bacterianas (pseudomonas) o micóticas⁵⁸.

Existe códigos y criterios del examen periodontal básico: código 0, 1, 2, 3, 4 y según esto será recomendado distintos tratamientos. (ANEXO N°5 CUADRO N° 8)

-Patología pulpar en la gestante: Los síntomas que experimentan las gestantes con patología pulpar es similar a los ya descritos en mujeres no embarazadas⁵⁸. En caso que la paciente presente un absceso y se indique drenarlo, se premedica un día previo a la intervención y debe ser abordado como urgencia y evidentemente en un hospital porque va requerir medicación intravenosa y se necesita observarla 24 horas posterior al drenaje. Si la gestante padece de una celulitis y absceso orofacial, esta se encuentra bajo una inmunosupresión relativa, entonces elaborar plan de tratamiento parenteral que incluya penicilina G cristalina 4000000 U IV cada 4 horas y clindamicina 600mg IV cada 6 horas³⁸.

Si gestante presenta Patología pulpar reversible, se ejecuta protección pulpar indirecta en dos sesiones, en pulpa vital y asintomática aplicar hidróxido de calcio a dentina afectada y luego ionómero de vidrio, finalizando con una restauración temporal para observar 6-12 meses la reacción de la pieza y a base de eso ya elaborar una restauración definitiva⁵⁸; y protección pulpar directa en pieza sintomática y vital realizando cubrimiento pulpar con material que sellen herméticamente, dicha situación se llega a tratar por etiología de preparación cavitaria o trauma (ANEXO N°5 CUADRADO N°9). Si a pesar de haber realizado el cubrimiento pulpar, la pieza presenta síntomas, se deriva a endodoncia⁵⁸.

Si gestante atraviesa patología pulpar irreversible, luego de haber evaluado, diagnosticado y establecido correctamente el pronóstico de la pieza se ejecuta la endodoncia; se recomienda el uso de localizadores apicales y restaurar definitivamente la pieza en el menor tiempo posible^{30,58}.

1.3. Definición de Términos Básicos

Aborto espontáneo: es la muerte del embrión no inducida o provocada, ocurrido antes de las 20 semanas de gestación¹¹¹.

Ansiedad: parte de la vida humana normal, percepción de nerviosismo o preocupación, temor de perder algo personal y preciado, angustia y extrema inseguridad¹¹².

Atención odontológica: atención profesional otorgada por un odontólogo, donde se va diagnosticar, prevenir y tratar enfermedades de la cavidad oral⁵⁸.

Cambios fisiológicos: alteración y disminución de amplitud de los distintos componentes de los sistemas del cuerpo humano, se manifiesta en distintas etapas importantes de la vida⁴⁰.

Conocimiento: información adquirida por una persona gracias a la educación, experiencia, comprensión teórica o práctica de algún tema en específico. Es un proceso activo iniciado en el nacimiento y finalizado en la muerte¹¹³.

Embarazo: según la OMS, proceso de nueve meses (aproximadamente 288 días) que atraviesa la mujer desde la concepción hasta el parto, donde el feto se desarrolla en el útero de la madre. El binomio madre-hijo atraviesan distintos riesgos sanitarios, por tal razón se debe llevar un control periódico¹¹⁴.

Estrógeno: hormona femenina sexual esteroidea, elaboradas por los ovarios y en menor cantidad por glándulas adrenales¹¹³.

Fármaco: elemento utilizado para sanar y prevenir alguna patología, disminuir reacciones sobre el cuerpo humano o para calmar padecimiento físico¹¹³.

Hipotensión supina: disminución abrupta de presión arterial, originado por insuficiente retorno venoso al corazón gracias a la compresión de la vena cava inferior por la gravedad del útero, se evidencia bradicardia, sudoración, náuseas, debilidad, hasta puede perder la conciencia si no se actúa rápidamente, la paciente se debe recostar sobre su lado izquierdo para reducir dicha compresión a la vena cava⁵⁸.

Parto pretérmino: parto producido antes de las 37 semanas de gestación, cuando es más corto el periodo de embarazo serán más altos los riesgos para el binomio madre-hijo¹¹⁵.

Patología oral: enfermedades que pueden ocurrir en la mucosa oral, lengua, labios y huesos maxilares¹¹⁵.

Progesterona: hormona sexual desarrollada en la adolescencia y acondiciona al endometrio para la imposición del embrión, además reduce contractilidad del útero, evitando abortos espontáneos¹¹⁵.

Salud oral: inexistencia de dolor orofacial, cáncer bucal, infecciones orales, enfermedades periodontales, caries y otras enfermedades que limitan al ser humano a la capacidad de masticar, sonreír, comer, hablar; y también afecta a su confort psicosocial¹¹⁶.

Síncope: pérdida temporal de la conciencia, duración breve y recuperación natural. Se produce por un descenso transitorio del retorno sanguíneo al cerebro¹¹⁵.

Teratogénesis: también denominada como dismorfogénesis. Es la alteración morfológica, bioquímica o funcional que ocurre durante embarazo y puede ser diagnosticada durante embarazo, nacimiento o post-parto. Dichas malformaciones pueden ser mayores o menores, causadas por sustancia medicamentosa o no¹¹⁷.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Variables y Definición Operacional

2.1.1. Variables y Definiciones

Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes

Definición conceptual: información adquirida por el cirujano dentista gracias a la educación, experiencia, comprensión teórica o práctica de lo que representa¹¹³: las distintas adaptaciones fisiológicas que experimenta la mujer embarazada en los distintos trimestres de la gestación, patologías y alteraciones orales que suelen manifestarse frecuentemente durante esta fase, los distintos medicamentos utilizados en el embarazo y la seguridad de ellos para su uso, y consideraciones en el tratamiento odontológico en las gestantes a lo largo del embarazo; lo mencionado anteriormente son las dimensiones a evaluar.

Definición operacional: Se empleó una encuesta, la cual es una técnica que engloba a un grupo de métodos estandarizados de investigación y a través de ellos se toma y analiza un conjunto de datos de una muestra representativa, que busca examinar, explicar y/o pronosticar una secuencia de cualidades. Dentro de las múltiples características que posee se tiene a: los datos alcanzados son por observación indirecta y estandarizado de los sucesos y forma, se permite aplicar de forma masiva, se debe aplicar técnicas de muestreo adecuadas y se puede obtener información sobre pluralidad de temas. En este caso como instrumento se tiene a un cuestionario con 15 interrogantes que evalúa 4 dimensiones: adaptaciones de la fisiología femenina durante la gestación (pregunta 1-3), patologías orales durante el embarazo (pregunta 4-6), fármacos en el embarazo (pregunta 7-10) y consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes (pregunta 11-15), para su evaluación se tomó en cuenta la escala de Estatinos, clasificando el conocimiento en categorías: 1º nivel de conocimiento deficiente, 2º nivel de conocimiento regular y 3º nivel de conocimiento bueno.

Sexo:

Definición conceptual: Cualidad orgánica, masculina o femenina, de animales y plantas¹¹³.

Definición operacional: el participante colocó, previo a responder el cuestionario, al sexo donde pertenece: Femenino o masculino.

Sector de trabajo:

Definición conceptual: Ocupación retribuida producto de la actividad humana, el odontólogo puede ejercer en un empleo público, privado o ambos. El primero es un organismo del estado y este lo produce, están administrados por normativa específica; el segundo sucede cuando el odontólogo ejerce en entidad no pública, el empleador es una empresa y se fundamenta en la propiedad privada, y el trabajo producido es privado y también social⁵⁸.

Definición operacional: el participante colocó, previo a responder el cuestionario, si ejerce en el sector público, privado o ambos.

Tipo de universidad de egreso:

Definición conceptual: entidad de educación superior que engloba diferentes facultades y otorga grados académicos correspondientes. De acuerdo a países y etapas puede incluir colegios, institutos, departamentos, centros de investigación, escuelas profesionales, etc¹⁹.

Definición operacional: el participante colocó, previo a responder el cuestionario, si egresó de universidad privada o pública.

Años de ejercicio de profesión:

Definición conceptual: Tiempo que odontólogo ejerce la profesión, la cual se ejecuta según reglas y preceptos para un adecuado quehacer y quienes la ejercen deben presentar apropiada aptitud, habilidad y efectividad en sus

actividades; los requisitos generales son exigibles en todos los casos y estos son: estar titulados y pertenecer a organización colegial²⁵.

Definición operacional: En esta investigación el encuestado colocó sus años de experiencia, que fue solicitado en el cuestionario de la siguiente manera: 0-5 años de experiencia profesional, 6-10 años de experiencia profesional, 11-15 años de experiencia profesional, mayor a 15 años de experiencia profesional.

2.1.2. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Categoría o valor	Tipo	Escala
Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes	Adaptaciones fisiológicas	-Periodo de menor riesgo de complicaciones -pH salival durante la gestación -Parámetro normal de P/A durante 2do y 3er trimestre.	Bueno (11 a 15 puntos)	Cualitativa politómica	Ordinal
	Patologías orales	-Enf. Bucales más susceptibles -Embarazo no causa descalcificación dental -Actividad cariogénica	Regular (6 a 10 puntos)		
	Uso de fármacos en el embarazo	-Indicación de Anestésico local -Tipo de anestésico local -Antimicrobiano indicado en gestantes -Analgésico indicado en gestantes	Deficiente (0 a 5 puntos)		
	Consideraciones en el tratamiento odontológico	-Indicación de tratamiento odontológico -Indicación de rx -Manejo de ansiedad -Posición del sillón dental -Indicación de endodoncia			
Sexo	Sexo		1: Masculino 2: Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal
Tipo de Universidad de egreso	Tipo de Universidad de egreso		1: privada 2: pública	Cualitativa dicotómica	Nominal
Sector de empleo	Sector de empleo		1: pública 2: privada 3: ambos	Cualitativa politómica	Nominal
Años de ejercicio profesional	Años de ejercicio profesional		0-5 años, 6-10 años, 11-15 años, mayor a 15 años	Cuantitativa discreta	Intervalo

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño Metodológico:

Esta investigación tuvo el siguiente diseño metodológico:

Observacional (En función al grado de control de las variables): Se obtuvo los datos tal y como están registrados en la encuesta.

Descriptivo (En función a sus objetivos): Se detalló los datos de la variable obtenida del cuestionario.

Prospectivo (En función a su direccionalidad): Se realizó entre los meses de junio y setiembre de 2021.

Transversal (En función al número de mediciones): Se recolectó los datos registrados en las encuestas en un determinado momento, una sola vez durante el procedimiento de la investigación.

3.2. Diseño Muestral:

Población: 877 cirujanos dentistas registrados en el COP- Región Lambayeque de 25 a 50 años de edad.

Muestra: 130 cirujanos dentistas registrados en el COP- Región Lambayeque de 25 a 50 años de edad.

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N-1) + Z^2pq}$$

Donde:

N= Odontólogos registrados en el COP- Región Lambayeque de 25 a 50 años de edad = 877

P= proporción de odontólogos con un nivel de conocimiento bueno= 0.5

Q= proporción de odontólogos que no tienen un nivel de conocimiento excelente= 0.5

Z= Nivel de confianza 95% (1- α)= 1.96

E= margen de error 5%= 0.08

Muestreo: muestreo aleatorio simple.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Cirujanos dentistas que estén registrados en el COP Lambayeque de las edades de 25 a 50 años de edad.
- Cirujanos dentistas de 25 a 50 años de edad que ejerzan la profesión en cualquiera de los distritos de Lambayeque
- Cirujanos dentistas que hayan aceptado su participación a través del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Cirujanos dentistas que presenten alguna enfermedad sistémica que imposibilite el desarrollo del cuestionario.
- Cirujanos dentistas que entreguen el cuestionario incompleto.

3.3. Técnica de Recolección de Datos:

La técnica que se utilizó es la encuesta y el instrumento es un cuestionario de 15 interrogantes que fue modificado y adaptado (ANEXO N°2) de uno que posee 33 preguntas, elaborado por Soto¹¹⁸ que sometió a juicio de expertos concediendo validez de apariencia para poder realizar su investigación, así mismo dicho cuestionario fue utilizado en la investigación de Hinostroza de la UNMSM¹⁶, el cual fue validado por juicios de expertos conformado por 2 cirujanos dentistas¹⁶. Para otorgar validez de contenido a este cuestionario con 15 ítems se sometió a Juicio de Expertos, conformado por cinco Cirujanos Dentistas con Grado Académico de Magister en Estomatología Preventiva o que posea Doctorado y mínimo con 5 años de experiencia atendiendo a gestantes; cabe mencionar que los jueces aprobaron el instrumento (ANEXO N°4). Además se realizó una prueba piloto con 20 cirujanos dentistas que cumplían con los criterios de inclusión, consiguiendo como resultado la existencia de una confiabilidad del instrumento de 0.745 de Alfa de Cronbach, siendo este un valor satisfactorio (ANEXO N°4).

Por otro lado, los datos personales del participante fueron codificados para mantener el anonimato; el odontólogo indicó su sexo, edad, sector donde ejerce

su profesión: privado, público o ambos, tipo de universidad de egreso y años de ejercicio profesional. El cuestionario contiene 4 dimensiones: nivel de conocimiento de la dimensión fisiología femenina durante la gestación (pregunta 1-3), nivel de conocimiento sobre las patologías orales durante la gestación (pregunta 4-6), nivel de conocimiento sobre el manejo de medicamentos durante la gestación (pregunta 7-10) y nivel de conocimiento sobre el tratamiento odontológico durante la gestación (pregunta 11-15). Cada ítem tiene distintas alternativas de respuesta y solo una es correcta: respuesta correcta= 1 punto, respuesta incorrecta= 0 puntos, obteniendo un total de 15 puntos. Para determinar el puntaje se tuvo a la escala de Estaninos, la cual es establecida por la fórmula: $X+0.75(Sx)$; donde x: media, Sx: desviación estándar, a: media – 0.75Sx, b: media+0.75Sx, a y b son los puntos de cortes, organizando la puntuación en 3 categorías: 1° categoría (deficiente: 0 a 5 puntos), 2° categoría (regular: 6 a 10 puntos), 3° categoría (bueno: 11 a 15 puntos). Este cuestionario se digitó en una plataforma Google Forms, de esa manera se envió a través de un link a los participantes.

Para el procedimiento del presente proyecto de investigación se envió a través de correo electrónico una carta de presentación por parte de la USMP-FN y una solicitud requiriendo información a la decana del COP- Lambayeque acerca de los Cirujanos Dentistas de 25 a 50 años de edad. Posteriormente, previa aceptación del proyecto de investigación, se ubicó a los 130 Cirujanos Dentistas por medio de correo electrónico y se requirió su autorización para participar en la investigación a través del consentimiento informado (de forma virtual que fue añadido en el cuestionario a través de Google Forms). Luego se envió el enlace del cuestionario a los 130 Cirujanos Dentistas seleccionados para que pueda desarrollarlo, de los cuales respondieron en su totalidad, y finalmente se procesó los datos obtenidos para el análisis de los resultados del estudio.

3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información:

Estadística descriptiva: se realizó tablas unidimensionales y bidimensionales, además figuras estadísticas en términos porcentuales que facilitaron el análisis e interpretación de los resultados; además se calculó medidas de resumen como: media y desviación estándar.

3.5. Aspectos Éticos:

Para la ejecución de la presente investigación, se puso en práctica normas bioéticas y se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki¹¹⁹: confidencialidad porque los datos obtenidos no serán públicos en el estudio sin su consentimiento, si en caso es necesario publicarlos se hará a través del empleo de un código, además que los resultados serán únicamente manejados por la investigadora; autonomía porque los participantes que intervinieron fue de manera voluntaria, sin percepción personal o institucional, otorgando su autorización previa explicación del objetivo de la investigación y su firma en el consentimiento informado (de forma virtual fue añadido en el cuestionario a través de Google Forms), si el cirujano dentista por algún motivo desea dejar de participar en la investigación, será libre de hacerlo, no existiendo repercusiones; beneficencia porque los participantes tuvieron conocimiento que no gozarán de beneficios directos o inmediatos, sin embargo existe la posibilidad de que surja cambios positivos, ya que otros profesionales obtendrán conocimiento de las conclusiones obtenidas de la presente investigación. Por otro lado los objetivos de la investigación no representaron riesgos para los que intervengan en ella. El presente proyecto de investigación pasó por evaluación del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Odontología – USMP (ANEXO N° 3).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla N°1. Estadísticos descriptivos - EDAD

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	130	24	50	32,31	6,471
N válido (por lista)	130				

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°1: La edad promedio de las 130 personas encuestadas en la investigación fue 32.31 ± 6.47 años.

Tabla N°2. Estadísticos descriptivos - SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	72	55,4	55,4	55,4
	Femenino	58	44,6	44,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°2: En relación al sexo de los participantes, el 55,4% fue masculino y el 44,6% femenino.

Tabla N°3. Odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque según sector de empleo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Público	6	4,6	4,6	4,6
	Privado	99	76,2	76,2	80,8
	Ambos	25	19,2	19,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°3: Según el sector de empleo de los odontólogos, el 76,2% pertenecen al sector privado, el 19,2% al sector público y privado, y únicamente el 4,6% al sector público.

Tabla N°4. Odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque según tipo de universidad de egreso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pública	7	5,4	5,4	5,4
	Privada	123	94,6	94,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4: El 94,6% de los odontólogos proviene de una universidad privada y el 5,4% de una universidad pública.

Tabla N°5. Odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque según años de ejercicio profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 - 5 años	60	46,2	46,2	46,2
	6 - 10 años	41	31,5	31,5	77,7
	11 - 15 años	18	13,8	13,8	91,5
	Mayor a 15 años	11	8,5	8,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

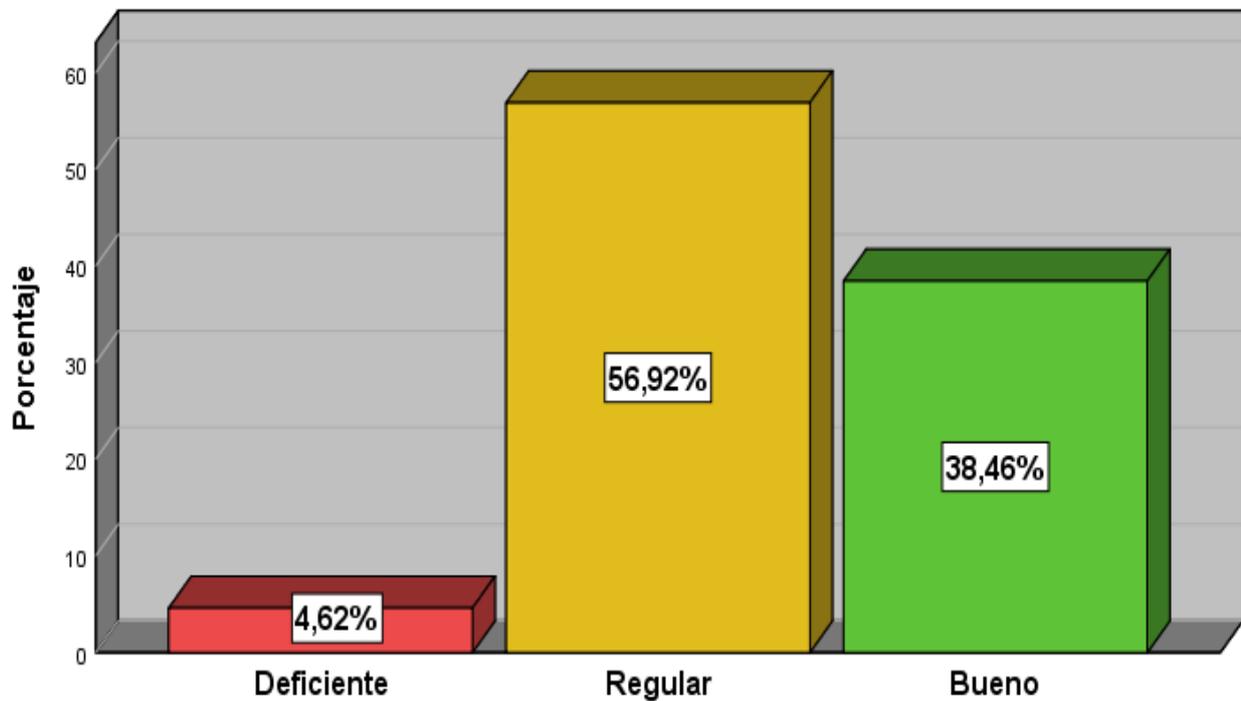
Tabla N°5: La mayor parte de los odontólogos encuestados (46,2%) tiene entre 0-5 años de experiencia profesional, y el menor número de odontólogos (8,5%) tiene una experiencia mayor a 15 años.

Tabla N°6. Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	6	4,6	4,6	4,6
	Regular	74	56,9	56,9	61,5
	Bueno	50	38,5	38,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1: Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque



Fuente: Elaboración propia

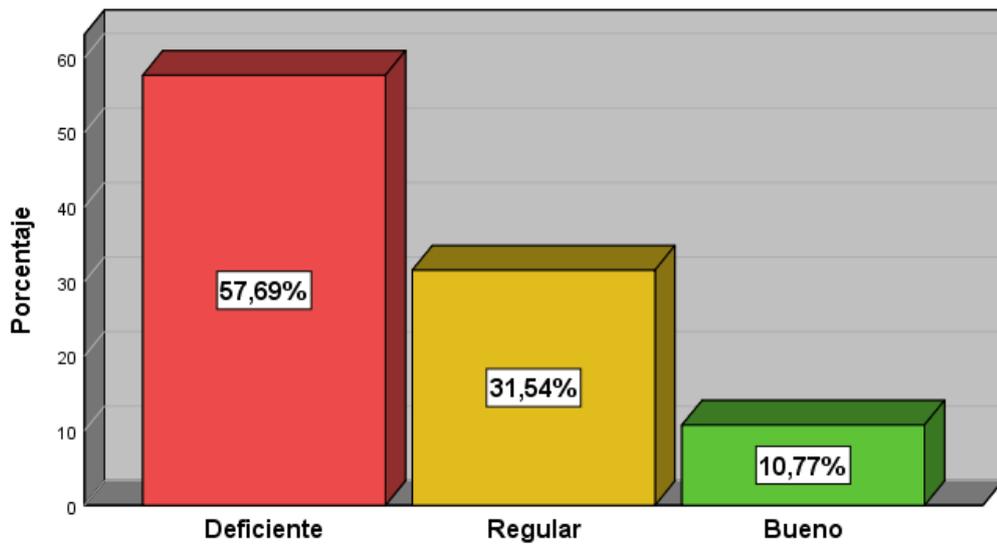
Gráfico N°1: En cuanto al nivel de conocimiento respecto al manejo odontológico de gestantes, de los 130 participantes encuestados, el 56,92% presenta un regular conocimiento, el 38,46% un conocimiento bueno y el 4,62% un deficiente conocimiento.

Tabla N°7. Nivel de conocimiento respecto a fisiología femenina durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	75	57,7	57,7	57,7
	Regular	41	31,5	31,5	89,2
	Bueno	14	10,8	10,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2: Nivel de conocimiento respecto a fisiología femenina durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque



Fuente: Elaboración propia

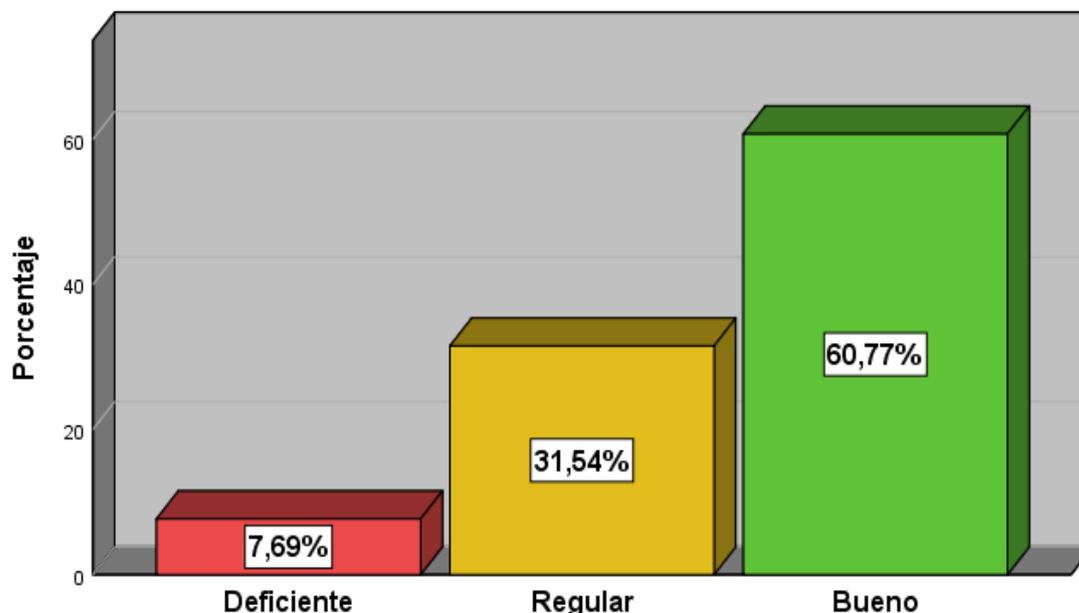
Gráfico N°2: El nivel de conocimiento según adaptaciones de la fisiología femenina durante la gestación identifica que gran parte de los odontólogos (57,69%) sostiene un deficiente conocimiento, y únicamente el 10,77% un buen conocimiento.

Tabla N°8. Nivel de conocimiento sobre patologías orales durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	10	7,7	7,7	7,7
	Regular	41	31,5	31,5	39,2
	Bueno	79	60,8	60,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3: Nivel de conocimiento sobre patologías orales durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque



Fuente: Elaboración propia

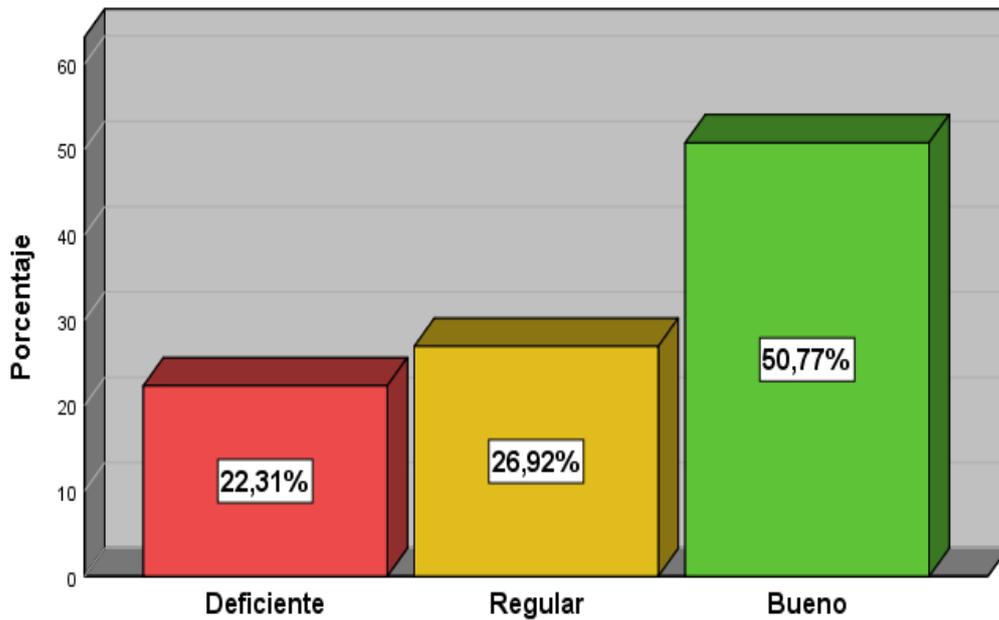
Gráfico N°3: De los 130 participantes encuestados, se reconoce que un 60,77% demuestra un buen conocimiento y un 7,69% deficiente conocimiento, esto según el nivel de conocimiento de patologías orales durante la gestación.

Tabla N°9. Nivel de conocimiento sobre uso de fármacos durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	29	22,3	22,3	22,3
	Regular	35	26,9	26,9	49,2
	Bueno	66	50,8	50,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°4: Nivel de conocimiento sobre uso de fármacos durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque



Fuente: Elaboración propia

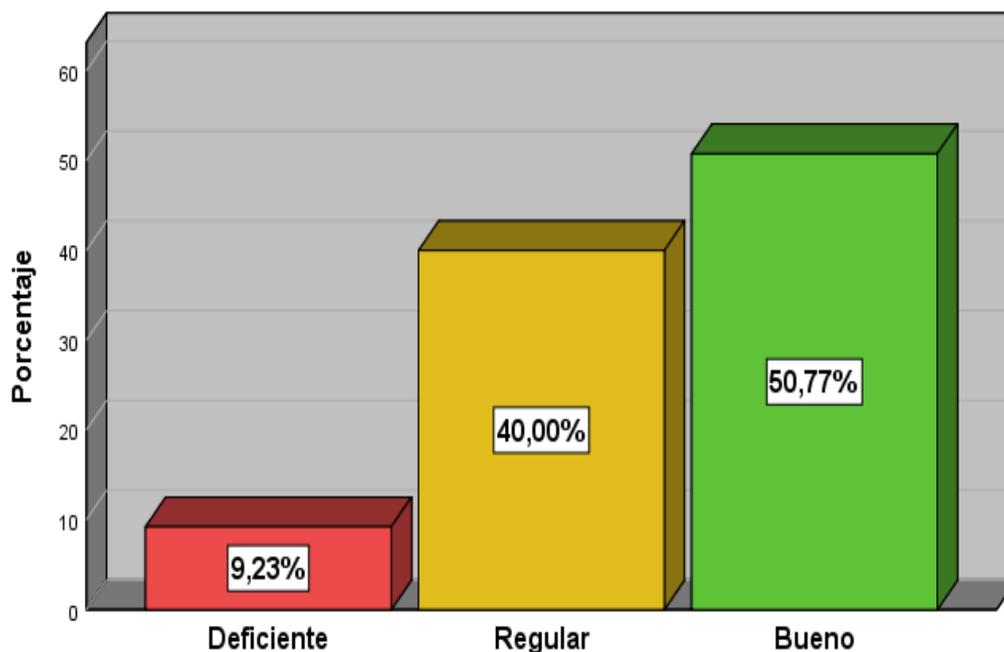
Gráfico N°4: El 50,77% de los odontólogos encuestados muestra un buen conocimiento y el 22,31% un conocimiento deficiente, según uso de fármacos durante el embarazo.

Tabla N°10. Nivel de conocimiento acerca de consideraciones en el tratamiento odontológico durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	12	9,2	9,2	9,2
	Regular	52	40,0	40,0	49,2
	Bueno	66	50,8	50,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5: Nivel de conocimiento acerca de consideraciones en el tratamiento odontológico durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5: El 50,77% de odontólogos encuestados posee un buen conocimiento y solo un 9,23% conocimiento deficiente, según consideraciones en el tratamiento odontológico durante el embarazo como la indicación del tratamiento odontológico, indicación de toma de radiografías periapicales y el trimestre adecuado para indicarlas, la posición del sillón dental ideal durante el 2º y 3º trimestre de gestación, el manejo de ansiedad en la consulta odontológica y la indicación del tratamiento endodóntico durante esta etapa. (ANEXO N° 06)

Tabla N°11. Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según sexo, tipo de universidad de egreso, sector de trabajos (públicos, privados o ambos) y años de ejercicio profesional de odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque

Nivel de conocimiento en manejo odontológico de gestantes		Sexo			Sector de empleo				Tipo de universidad de egreso			Años de ejercicio profesional				Total	
		Masculino	Femenino	Total	Público	Privado	Ambos	Total	Pública	Privada	Total	0-5 años	6-10 años	11-15 años	Mayor a 15 años		
		Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo	Recuento	% dentro de Sexo		
Deficiente	Recuento	3	3	6	0	3	3	6	0	6	6	2	1	1	2	6	
	% dentro de Sexo	4,2%	5,2%	4,6%	0,0%	3,0%	12,0%	4,6%	0,0%	4,9%	4,6%	3,3%	2,4%	5,6%	18,2%	4,6%	
	Regular	Recuento	44	30	74	3	55	16	74	3	71	74	39	25	9	1	74
		% dentro de Sexo	61,1%	51,7%	56,9%	50,0%	55,6%	64,0%	56,9%	42,9%	57,7%	56,9%	65,0%	61,0%	50,0%	9,1%	56,9%
	Bueno	Recuento	25	25	50	3	41	6	50	4	46	50	19	15	8	8	50
		% dentro de Sexo	34,7%	43,1%	38,5%	50,0%	41,4%	24,0%	38,5%	57,1%	37,4%	38,5%	31,7%	36,6%	44,4%	72,7%	38,5%
Total	Recuento	72	58	130	6	99	25	130	7	123	130	60	41	18	11	130	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

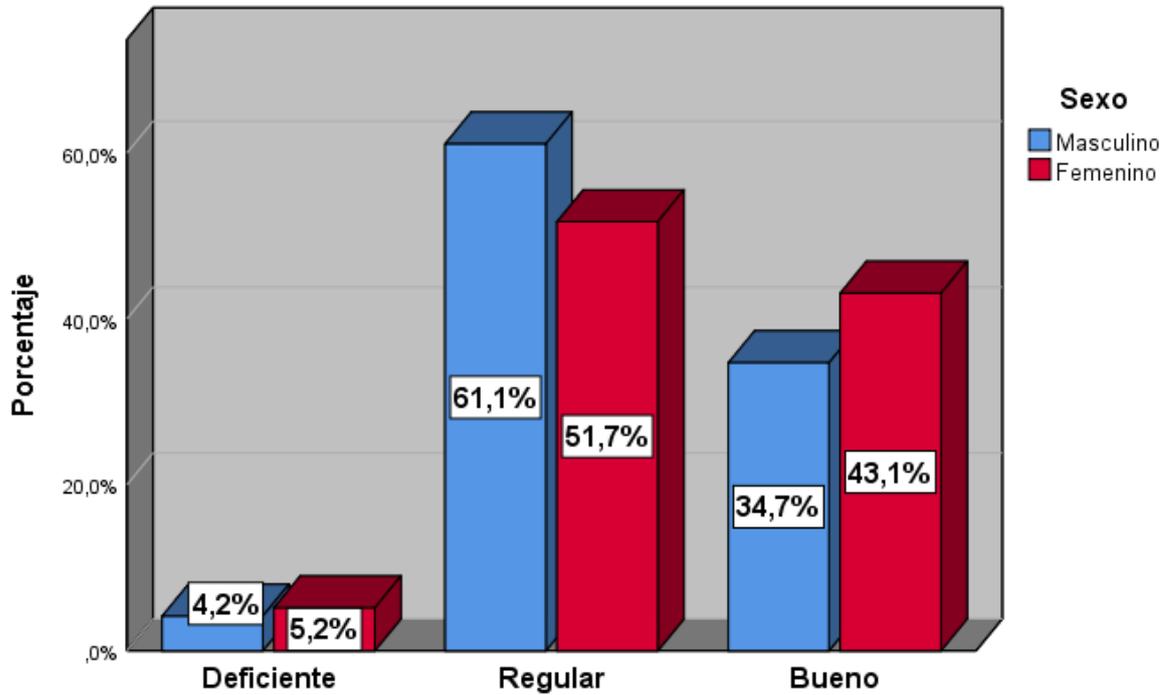
Tabla N°11: El nivel de conocimiento de los odontólogos en el manejo de gestantes según sexo muestra que del 100% de varones, el 61,1% presenta un regular conocimiento y un 4,2% deficiente conocimiento. Del 100% de mujeres, el 51,7% presenta un regular conocimiento y un 5,2% deficiente conocimiento.

Por otro lado, el nivel de conocimiento de los odontólogos en el manejo de gestantes según sector de empleo indica que aquellos profesionales que laboran en el sector público se reparten un 50% en regular conocimiento y otro 50% en buen conocimiento. En el sector privado, el mayor porcentaje de odontólogos (55,6%) presenta un regular conocimiento y el 3% un deficiente conocimiento. De aquellos profesionales de ambos sectores, la mayoría (64%) presenta un regular conocimiento y un 12% deficiente conocimiento.

El nivel de conocimiento de los odontólogos en el manejo de gestantes según tipo de universidad de egreso señala que de aquellos profesionales que terminaron la carrera en una universidad pública, el 57,1% presenta un buen conocimiento y un 42,9% un regular conocimiento. Del 100% de los odontólogos egresados de una Universidad privada, la mayoría (57,7%) presenta un regular conocimiento y la minoría un 4,9% deficiente conocimiento.

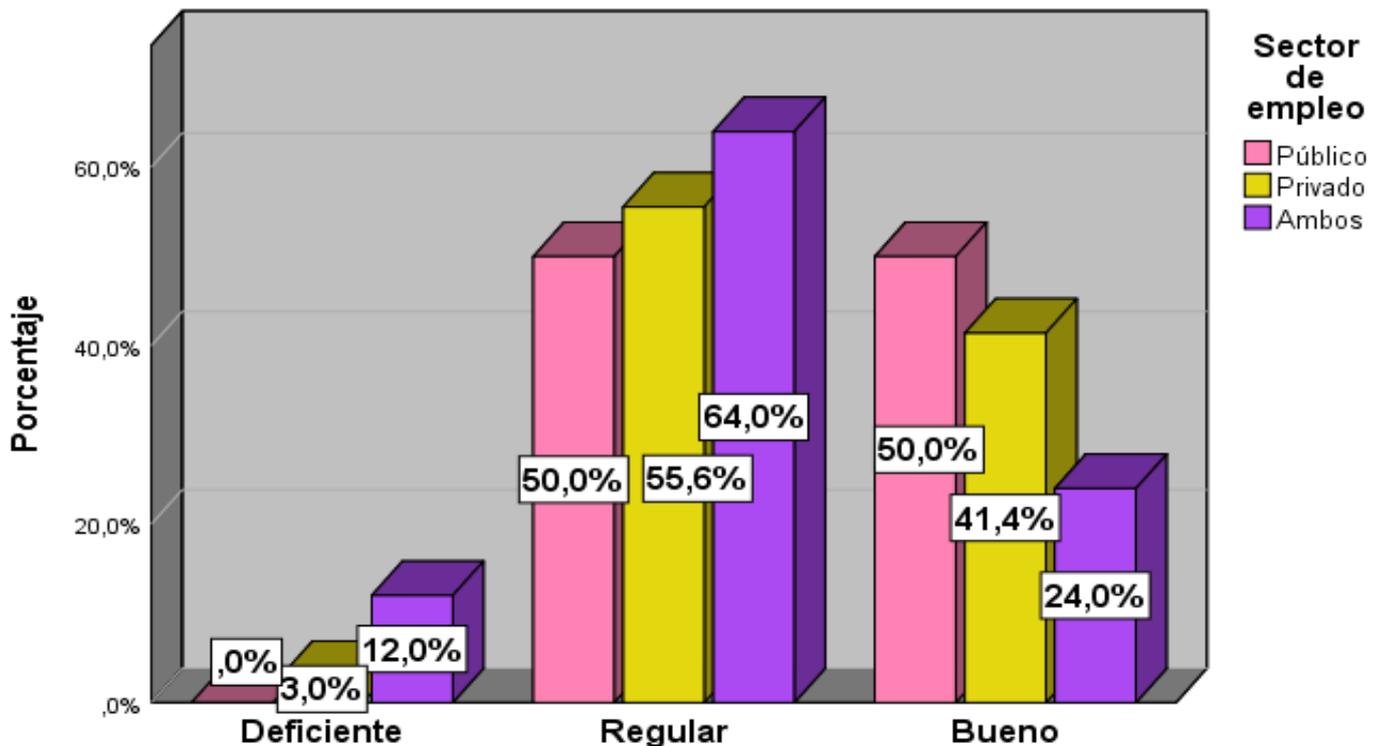
El nivel de conocimiento de los odontólogos en el manejo de gestantes según años de ejercicio profesional expresa que en el grupo con 0 a 5 años de experiencia, la mayoría (65%) tiene un regular conocimiento y la minoría un deficiente conocimiento (3,3%). En el grupo 6 a 10 años, la mayoría (61%) tiene un regular conocimiento y la minoría un deficiente conocimiento (2,4%). En el grupo 11 a 15 años, la mitad (50%) tiene un regular conocimiento y la minoría (5,6%) deficiente conocimiento. Finalmente, en el grupo con más de 15 años de experiencia, la gran mayoría (72,7%) presenta un buen conocimiento y solo el 9,1% presenta un regular conocimiento.

Gráfico N°6: Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según sexo de odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.



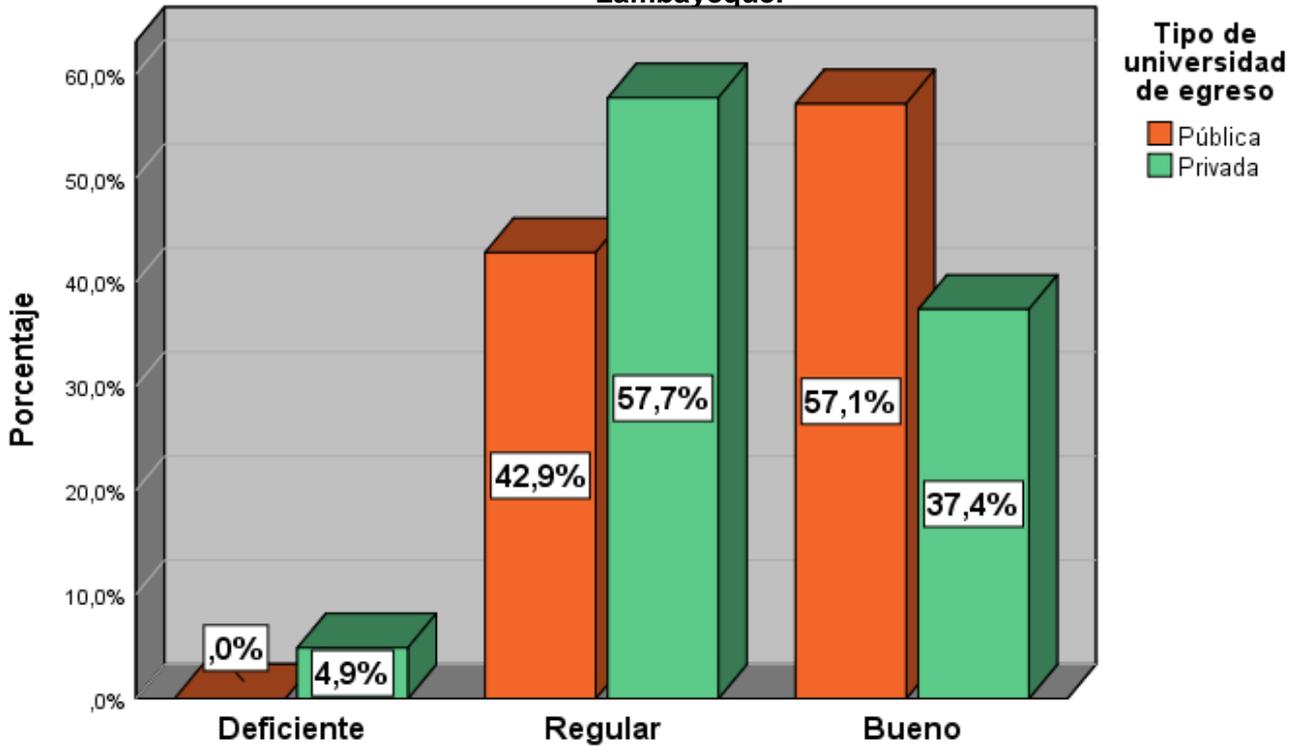
Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°7: Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según sector de trabajo (público, privado o ambos) de odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.



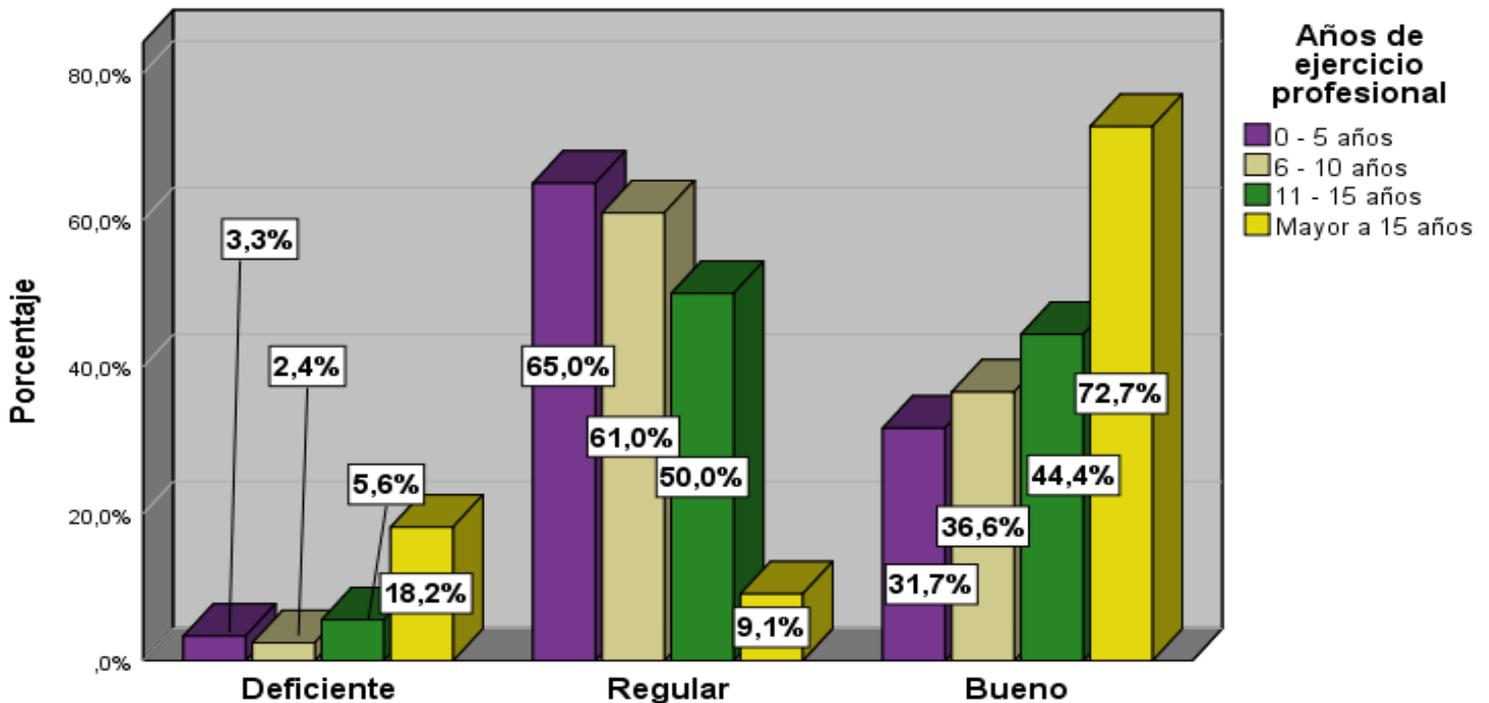
Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°8: Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según tipo de universidad de egreso (pública o privada) de odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°9: nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según años de ejercicio profesional de odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en cirujanos dentistas de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque, los resultados reflejaron que el 56,92% posee un nivel de conocimiento regular, lo cual indica comprensión y rendimiento medianamente conseguido por el odontólogo, esto se puede deber a la falta de cursos complementarios en la malla curricular durante la etapa universitaria que propicie capacidades en el profesional para brindar una adecuada atención a la gestante^{15,16,19,26,113}, sumado a ello los dentistas no presentan un consenso claro sobre cómo se debe manejar la salud oral prenatal y de esta manera poder educar a los odontólogos sobre la seguridad de los procedimientos odontológicos durante la gestación. Estos resultados son similares al nivel regular hallado en los estudios de: Pazmiño¹⁴ (59,2%) demostrando que aún existen lagunas de conocimiento a pesar que en Ecuador está establecido por el Ministerio de Salud un protocolo de atención en salud oral para gestantes⁷⁸; Torres¹¹³ (58,3%), se puede otorgar la razón a que hay ausencia de feedback de los conocimientos obtenidos en clase y al no practicar estos pueden ser olvidados, es un problema relevante porque al culminar la carrera aún presentan dudas acerca de este punto y la falta de conocimiento se ve reflejado al momento de querer atender gestantes; Timoteo¹⁹(51,8%); Prado¹²⁰ (82%) en Brasil reconoció que existe una mínima deficiencia en capacidades para atenderlas; y Aboalshama¹²¹ en Arabia Saudita dispuso que los internos de odontología tienen un conocimiento regular pero es inadecuado.

Sin embargo estos resultados difieren de las investigaciones de: Rodrigues¹²² en Brasil, donde el 75,6% poseía un nivel deficiente, a pesar de ser este país la cuna del conocimiento en Odontología hay obstáculos en este tema, lo cual puede darse por temor e inseguridad al manejar gestantes limitando su atención por la existencia de mitos (cuando deben ser erradicados por ser ideas sin sustento científico), además que durante el pregrado no hay una verdadera atención para proveer servicio a la gestante (evidenciado el conocimiento deficiente al ejercer) y que el 46,1% post-egreso se preparó para atender gestantes y solo el 21,7% por iniciativa propia¹²²; Bernardi¹²³ dio a conocer que los dentistas poseían en un 60,3% un nivel bueno, lo cual se puede deber a que

su población eran cirujanos dentistas de una red pública en donde el 88.1% atienden generalmente gestantes pero aun así el 47,6% manifestó inseguridad para abordarlas; Ferraz¹⁸ manifestó que solo 1,8% presentó un nivel bueno imposibilitando una adecuada atención, el odontólogo debe tener la responsabilidad de mejorar y poder brindar atención de calidad; Da Costa²² en Carolina del Norte presentó un 21,4% de conocimiento deficiente reconociéndose como barrera para atender a gestantes, donde los varones poseían en su mayoría esta deficiencia y fueron menos propensos a brindar servicios dentales integrales a las pacientes; Lee¹²⁴ en Washington indicó que más de la mitad de los dentistas poseían un conocimiento deficiente; George¹²⁵ en Australia declaró que el 68,6% tenían un nivel deficiente, lo que supone que aconsejaban a las mujeres volver después del parto y no atenderlas sin la autorización del ginecólogo; Tantradi²⁶ en India resaltó que más de la mitad (53%) de internos presentaba un nivel deficiente, donde el 73% no poseen confianza para atender gestantes, el 51% no recibió información teórica y peor aún el 68% no desarrolló clínica de este tema, por lo cual se debe reforzar los planes de estudio en Odontología y programas de actualización periódicamente; Lopes²⁵ en su revisión sistemática indicó que en su mayoría presentaban un nivel deficiente; Patil¹²⁶ en su estudio evidencia que el 39% presentó un nivel deficiente y que el 30,5% manifestó riesgo legal por algún resultado adverso de la atención prenatal como una barrera, pues las leyes en Estados Unidos son muy estrictas en casos como este dando lugar a falta de atención de odontólogos a gestantes por la deficiencia de conocimiento; Aboalshama¹²¹ indica que la mayoría de cirujanos dentistas presentó un buen nivel de conocimiento, lo que refiere una evolución cualitativa e indefinida en el progreso de las capacidades de aprendizaje; Culquimboz¹²⁷ en Chachapoyas su mayoría presentó un buen nivel; y Espinoza¹⁵ en Chiclayo manifestó que un 81,2% fue un nivel deficiente, lo que puede deberse a la falta de práctica en la clínica de estos pacientes. Cabe resaltar que la diferencia de resultados podría deberse a los distintos niveles de educación entre ciudades y países, además del tipo de educación continua que reciben los participantes.

Para mejorar esta situación se podría elaborar protocolos que eleven la calidad de atención a la gestante, por ejemplo en el estudio de Cechinel¹²⁸ se elaboró

uno y se encuestó post-entrega de este demostrando un 55,3% de satisfacción y seguridad profesional para atenderlas; además la educación continua con información actualizada basada en evidencia es valiosa para brindar una atención preventiva e intervenida en las gestantes; en Perú se necesita un protocolo otorgado por el MINSA para unificar conocimientos y pautas en cuanto a la atención de gestantes, sin dejar de lado el enfoque multidisciplinario que debe existir para abordar una atención adecuada^{42,125,129,130}.

A partir de los hallazgos encontrados en cuanto a la identificación del nivel de conocimiento respecto a la fisiología femenina durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de la región Lambayeque, se halló que la mayoría (57,69%) presentó un nivel deficiente, un aspecto preocupante porque el conocer adecuadamente la fisiología durante etapa puede prever patologías posibilitando un tratamiento oral más seguro y eficiente, estos resultados pueden deberse a la falta de constante actualización o repaso de la fisiología femenina porque pueden considerarlo como algo no relevante para la consulta y no sabrán la explicación del por qué surgen algunas enfermedades orales; lo hallado difieren con los resultados de Torres¹¹³, Hinostroza¹⁶, Timoteo¹⁹ (identificaron nivel regular) y Culquimboz¹²⁷ (nivel bueno). Se cuestionó el periodo ideal para el tratamiento odontológico en gestantes, así el 43,8% de la muestra indicó al segundo trimestre, otros estudios también concuerdan con este periodo como el más seguro para tratar^{14,22,26,121,126,128,131-134}; sin embargo en la revisión sistemática de Lopes²⁵, el 71% no sabe cuál es el mejor periodo para tratar y el 9% no lo haría en el 2º trimestre, en la tesis de Meneguel⁹³ solo el 18,2% indicó al 2º trimestre como seguro. Además el 44,6% afirmó que el pH salival disminuye, el 10,8% indicó que no se altera cuando se sabe que es falso⁴⁰; difiere del estudio de Bernardi¹²³ donde la gran mayoría (78,5%) está de acuerdo que la embarazada manifiesta cambios orales. Por otro lado en esta investigación el 48,5% señaló como parámetro normal a 130/90mm/Hg durante el 2º y 3º trimestre, lo cual es importante reconocer esta elevación que surge durante esta etapa¹⁶, pero más de la mitad (51,5%) señaló que se mantiene o disminuye, distinto al estudio de Cechinel¹²⁸ donde solo el 27,30% indicó que la PA disminuye durante esta periodo.

En cuanto al reconocer el nivel de conocimientos sobre las patologías orales, se encontró el 60,77% posee un nivel bueno, lo cual difiere del estudio de Torres¹¹³ (75% un nivel regular) y Timoteo¹⁹ (nivel regular), coincidiendo con los de Hinostroza¹⁶ (44,6%) y Culquimboz¹²⁷ (43,2%). Por otro lado la mayoría (91,5%) afirmó que las periodontopatías y caries son las enfermedades orales más frecuentes, similar al estudio de Pazmiño¹⁴ (91,1% las reconoce) y Cechinel¹²⁸ (el 72,7% afirman que por cambios hormonales se producirían dichas enfermedades); más de la mitad (76,2%) en esta investigación reconoció que el embarazo no causa descalcificación dental, de igual manera sucedió en el 93% del estudio de George¹²⁵; el 84,6% indicó que existe mayor actividad cariogénica en la gestante, similar al estudio de Tantradi²⁶ donde el 69% manifiesta lo mismo; en este estudio el 8,5% señaló que la periodontitis no es una patología de gestantes, lo cual es falso^{36,38} y es importante poder prevenir y saber manejar esta enfermedad porque hay estudios⁶⁵⁻⁶⁸ que evidencian asociación de periodontitis con elevado riesgo de PPT y BPN, sin embargo estudios como el de George¹³⁰ demuestra que solo el 43% tenía conocimiento de esta asociación.

Respecto a determinar el nivel de conocimiento de uso de fármacos durante la gestación, se halló que el 50,77% presenta un nivel bueno similar a los resultados de Culquimboz¹²⁷ (47,7%), difiriendo al nivel regular hallado por Torres¹¹³ (55%), Hinostroza¹⁶ (36,4%), Timoteo¹⁹ y un nivel deficiente en los resultados de Soto¹¹⁸ y Bernardi¹²³ en la misma dimensión; una explicación puede ser que algunos odontólogos no estudian a fondo la clasificación de la FDA como demuestra el desconocimiento del 80% del estudio de Tantradi²⁶. En esta investigación el 57,7% señala a la Lidocaína 2% con epinefrina 1:100.000 como el anestésico más usado en gestantes y de igual modo sucede en los estudios de Rodrigues¹²² (89,10%), Cechinel¹²⁸ (37%), Prado¹²⁰ (34%), Martins¹³⁵ (43,2%), Tantradi²⁶ (80%), Lopes²⁵ (60%) y Bernardi¹²³ (83,3%), lo cual es distinto al estudio de Ferraz¹⁸ (más de la mitad escogió mepivacaína); no obstante en este estudio el 34,6% eligió a la mepivacaína 3% sin epinefrina, el cual no se debe emplear durante la gestación y lactancia por el riesgo de bradicardia fetal^{94,120,123}, y solo 1 cirujano dentista (0,8%) escogió Prilocaína + felipresina, similar al estudio de Rodrigues¹²² (1,60%), Prado¹²⁰ (9%) y Bernardi¹²³ (2,4%), lo cual es signo de preocupación porque este anestésico está

contraindicado ya que puede originar metahemoglobinemia fetal^{30,39,77,94,120}y contracciones uterinas por la felipresina presente (parecido a oxitocina)¹²³. El 44,6% de los odontólogos emplean anestesia en cualquier trimestre de gestación con una adecuada técnica anestésica, concordando con el estudio de Cechinel¹²⁸ (36,4%), Prado¹²⁰ (95,5%), Lee¹²⁴ (80,2%), Lopes²⁵ (75%), Ibhawoh¹³⁶ (77%) y Pazmiño¹⁴ (70,4%) por la seguridad del empleo de ella según la FDA que recomienda su uso para un adecuado abordaje odontológico^{39,58}, pero difiere del estudio de AISadhan¹³⁷ que el 48% indica no seguro el empleo de anestesia. Gran mayoría (80,8%) señaló a la penicilina como el antibiótico indicado durante la gestación, lo cual concuerda con lo obtenido por Patil¹²⁶ (58,33%), Ferraz¹⁸ (65%), Baudet⁸⁰ (65,8%) Rodrigues¹²² (75,2%), Prado¹²⁰ (79%), Tantradi²⁶ (82%), Bernardi¹²³ (91,70%), George¹²⁵ (92,4%) y Lopes²⁵, pero difiere del estudio de Mansour²¹ donde solo el 5,9% indica a la penicilina como la primera opción, esto puede ser debido a la resistencia antibiótica que hoy en día debe ser combatida (mayormente a b-lactámicos) por su empleo indeterminado, lo cual conduce a una antibioticoterapia cada vez más insuficiente y a indagar alternativas adicionales fundamentalmente seguras durante la gestación, así pues el 75,9% de dentistas del estudio de Mansour²¹ reconoce la aportación de la prescripción odontológica a la resistencia antibiótica y el 44% del estudio de Baudet no está informado del uso de antibióticos⁸⁰, lo cual puede solucionarse con actualizaciones periódicas de las normativas nacionales en fichas prácticas, mejorando docencia universitaria (estandarizarla) y principalmente formación de postgrado; sin embargo debe mencionarse que el 10% escogió a la tetraciclina cuando se conoce que está contraindicada, similar al estudio de Huebner¹³¹ (6,7% usa doxiciclina, y esta es categoría D) y difiere de Ferraz¹⁸ y AISadhan¹³⁷ que solo una mínima cantidad la empleó (1,1% y 1,5 respectivamente), y el 90,8% de odontólogos del estudio de Pazmiño reafirma que su administración puede impedir crecimiento óseo ocasionando pigmentaciones e hiperplasias dentales¹⁴. Sin dejar de lado que el 58,5% usa acetaminofen para tratar el dolor en gestantes, lo cual coincide con AISadhan¹³⁷ (96,7%), George¹²⁵ (95,7%), Aboalshama¹²¹ (90%) Tantradi²⁶ (92%), Rodrigues¹²² (89,10%), Ferraz¹⁸ (84,5%), Bernardi¹²³ (88,2%), Huebner¹³¹ (85%), Pazmiño¹⁴ (85,7%) y Mayberry¹³⁸ (52,77%), pero discrepa de lo obtenido por Prado¹²⁰ que el 57% eligió al metamizol, el cual está contraindicado porque

puede originar neutropenia conllevando a infecciones en las embarazadas⁷⁷, en la presente investigación aunque son pocos, surgieron respuestas alarmantes porque el 8,5% lo prescribe (en Perú comercializado como Antalgina); adicionalmente el 23,1% indica naproxeno, el cual está calificado por la FDA como B en 1er trimestre y D en 3er trimestre pudiendo ocasionar aborto espontáneo^{58,77}.

Con referencia al nivel de conocimiento acerca de las consideraciones en el tratamiento odontológico en gestantes, se registró en la mayoría (50,77%) un nivel bueno, estos resultados en la misma dimensión son similares a los hallados por Culquimboz¹²⁷ (52,6%) y Soto¹¹⁸. Por el contrario, el nivel regular predominó en los estudios de Torres¹¹³ (60%), Lee¹²⁴ (44,2%), Timoteo¹⁹ e Hinostroza¹⁶ (42,9%); además la investigación de George¹³⁰ demuestra que todavía hay dudas acerca de este punto y origina asombro porque en Estados Unidos la reglamentación ya está establecida y siempre actualizada determinando los procedimientos odontológicos fiables y adecuados, un argumento que brinda el estudio son los temores a repercusiones médico-legales asociados al atender gestantes y la otra explicación podría ser que muchos odontólogos norteamericanos ignoran las directrices o necesitan capacitación en esta área. En la presente investigación el 61,5% afirmó que está indicado el tratamiento odontológico durante la gestación, esto se asemeja a lo encontrado por George¹²⁵(98,4%), Patil¹²⁶(54%) y Da Costa²² (99,4%) pero el 9,9% de su muestra asegura que la gestante solo debe recibir tratamiento de urgencia, lo que no concuerda con lo hallado en esta investigación, ya que más de la tercera parte (37,7%) lo afirma, algo que es falso y conlleva a que la gestante no pueda recibir tratamiento preventivo o intervenido cuando verdaderamente lo necesita, como en el estudio de Rodrigues¹²² que señaló a las restauraciones, profilaxis, raspado supragingival y urgencias como los procedimientos más realizados, sin embargo en el estudio de Mayberry¹³⁸ solo 37% restaura y el 83% atiende urgencias, lo que refleja un entendimiento desactualizado acerca de la seguridad de proveer tratamiento dental electivo frente a tratamiento de urgencia en la gestación; por otro lado lo rescatable en esta tesis solo 1 odontólogo (0,8%) contraindicó el tratamiento odontológico, similar al 1,02% del estudio de Pazmiño¹⁴. A parte, el 62,3% toma radiografía periapicales (si es necesario) a

partir del 2º trimestre, lo que converge con los resultados de Huebner¹³¹ (98%), Ferraz¹⁸ (66,5%), Prado¹²⁰ (64%), Da Costa²² (74,7%), Aboalshama¹²¹ (63,8%), Walli¹³⁹(52,7%), Zanata¹⁷ (37,8%), Aljulayfi¹⁴⁰ (82%), Pina¹³⁴ (77%), Prasad¹⁴¹ (52,7%), Braimoh¹⁴²(60%), Temur¹⁴³ (62,2%), Meneguel⁹³ (58,18%), Ibhawoh¹³⁶(57,4%) AlSadhan¹³⁷ (56,6%), pero es distinto a lo hallado por Bernardi¹²³ (solo el 16,7% indica radiografía en el segundo trimestre porque la mitad lo hace en cualquier trimestre) y Lopes²⁵ que no saben cómo proceder en este tema; en esta tesis, solo el 16,9% contraindica la toma de radiografías en la gestación, similar al estudio de Prado¹²⁰(14%), pero difieren de Rodrigues¹²² (36,20%) y Ferraz¹⁸ (40,1%); es importante mencionar que el CD debe estar mejor capacitado y conocer que el indicar radiografías periapicales es seguro siempre y cuando se use la protección necesario y se valore el beneficio-riesgo, además en ciertas situaciones es esencial usar rx para determinar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, promoviendo de esta manera una actitud clínica más asertiva y eficiente. También se cuestionó la posición ideal del sillón dental durante el 2º y 3º trimestre de gestación y el 66,9% acertó en que es ligeramente reclinada, lo que concuerda con Cechinel¹²⁸ (90,9%), Tantradi²⁶ (73%), Aboalshama¹²¹ (82,7%) e Ibhawoh¹³⁶ (82%); sin embargo en este estudio el 22,3% señaló a la posición supina sobre su lado izquierdo, lo cual es peligroso y se debe evitar totalmente en estos trimestres porque puede producir hipotensión postural. Además la mayoría (77,7%) afirmó que la manera adecuada de manejar la ansiedad en la gestante es a través de técnicas poco traumáticas y buenos procedimientos anestésicos, parecido a lo hallado por Ferraz¹⁸ (88%) y Tantradi²⁶ (90%); no obstante el 22,4% prescribe benzodiazepinas (categoría D) cuando está contraindicado durante la gestación, ya que puede producir riesgo superior de aborto espontáneo, ingreso a UCI y microcefalia^{85,86,87}, esta cifra es similar al estudio de Navarro¹⁴⁴ (17,8%), pero distinto a lo hallado por Prado¹²⁰ (un alarmante 98% los prescribe). Con respecto al tratamiento endodóntico, el 71,5% lo indica en el 2º trimestre, parecido a los resultados de Bernardi¹²³ (73,8%), Prado¹²⁰ (82%), George¹²⁵ (88,6%), Meneguel⁹³ (60%), Aboalshama¹²¹ (86,4%) e Ibhawoh¹³⁶(52,4%), pero en este estudio el 20% lo contraindica, por lo cual es relevante que si los cirujanos dentistas se especializan en endodoncia se incluya conocimientos específicos

sobre la gestación y así eleve la confianza para un adecuado tratamiento endodóntico.

Al evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según sexo, en varones y mujeres predominó el nivel regular (61,1% y 51,7% respectivamente), lo cual es distinto a lo obtenido por Temur¹⁴³ (mujeres poseían un nivel bueno), AlSadhan¹³⁷ (varones tenían un buen nivel), Ibhawoh¹³⁶ (mujeres tenían un nivel bueno y una explicación que da el estudio es que este género tiende a estar más interesado acerca de la gestación) y Espinoza¹⁵ (ambos sexos presentaban un nivel deficiente). Según el sector, resaltó el nivel regular en el sector público, privado y ambos (50%, 55,6%, 64%) pero solo el sector público también presentaba un nivel bueno, lo cual concuerda con el estudio de AlSadhan¹³⁷. En cuanto al tipo de universidad de egreso, el 57,1% de universidad pública presentó un nivel bueno y el 57,7% de universidad privada tuvo un nivel regular, esto concuerda con los resultados de Ferraz¹⁸ (64,7% de cirujanos dentistas que acertaron en el cuestionario pertenecían a universidades públicas). Respecto a los años de ejercicio profesional, predominó el nivel regular en los que poseían de 0 a 5, 6 a 10 y de 11 a 15 años de ejercicio (65%, 61% y 50% respectivamente) y un nivel bueno en los que presentaban mayor a 15 años de ejercicio profesional, parecido a lo obtenido por Temur¹⁴³ (los dentistas con más años de 15 años de experiencia tenían un mejor conocimiento en este punto) y Meneguel⁹³ (hace mención que a mayor experiencia serán mínimos los temores y desconocimientos para atender gestantes) y Aboalshama¹²¹ (los niveles de conocimientos mejoraron con la edad y años de experiencia), lo cual puede argumentarse en que los cirujanos dentistas más experimentados tienden a practicar actitudes más conscientes sobre los problemas de salud, empero se necesitan más investigaciones que demuestren esta relación; pero Ferraz¹⁸ (mejor conocimiento aquellos que tenían menos de un año de experiencia en comparación con una experiencia mayor a 26 años, 67,3% versus 46%), Bernardi¹²³ y Huebner¹³¹ (mejor conocimiento en cuanto a tratamiento y uso de fármacos en gestantes) hallaron lo contrario y hacen hincapié que la deficiencia de conocimientos es la mayor barrera de los profesionales al momento de atender gestantes, además hace relevancia de la constante actualización

profesional, aunque en el estudio de Ferraz¹⁸ se obtuvo un mayor desempeño de aquellos CD con hasta 15 años de experiencia, similar a la presente tesis.

Como en todo estudio hubo limitaciones, por ejemplo el sesgo al ser enviada por correos electrónicos, puede que hayan buscado en la web las respuestas, también no se consideró como dato demográfico el grado académico del cirujano dentista y por lo tanto no saber si existe un mayor desempeño en aquellos con especialidad. A pesar de las limitaciones, los resultados de esta tesis han proporcionado una visión valiosa de esta área poco estudiada en Perú.

CONCLUSIONES

En cuanto a evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque, se concluyó que presentaron un nivel de conocimiento regular y de esta manera lo obtenido manifestó la gran necesidad de ampliar los conocimientos de los odontólogos acerca de este tema; a pesar de que los cirujanos dentistas reconocen el indudable requerimiento de atención dental durante el embarazo, no siempre se refleja en la práctica profesional actual; además es posible que se requiera un cambio en el plan de estudios de los cursos de pregrado y una mayor disponibilidad de programas de actualización en este tema; también se concluyó que se debe exigir un protocolo elaborado por el MINSA que unifique conocimientos y procedimientos odontológicos durante la gestación.

Se concluyó que odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque tuvieron un nivel deficiente respecto a fisiología femenina durante la gestación, es preocupante porque el odontólogo debe estar familiarizado con los principales cambios fisiológicos y de esta manera poder prever o entender algunas manifestaciones orales que se pueden presentar; además la gestación por sí sola no provoca patologías, repercute el desconocimiento de no diferenciar lo patológico de lo fisiológico, no prevenir, estilo de vida de la madre y adicionado con factores fisiológicos puede producir o agravar una enfermedad, por lo que al no poseer un adecuado conocimiento en esta dimensión no se podrá detectar y brindar atención oportuna de los estados patológicos que sitúe a la madre e hijo en una situación de riesgo.

Se concluyó que odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque presentaron un nivel bueno respecto a patologías orales durante la gestación, lo que facilita una atención adecuada y de calidad al manejar las distintas patologías que pueden surgir y al reconocer que la gingivitis y la periodontitis son las enfermedades orales más frecuentes en esta etapa, además de otras manifestaciones orales.

Se concluyó que odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque presentaron un nivel bueno respecto al uso de fármacos durante la gestación, lo

que evita efectos teratogénicos no deseados por la adecuada prescripción farmacológica en caso se necesite.

Se concluyó que odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque presentaron un nivel bueno respecto a las consideraciones en el tratamiento odontológico durante la gestación, lo cual asegura que los dentistas conocen la seguridad de la endodoncia y el uso de radiografías periapicales durante esta etapa, además de saber manejar la ansiedad y que la posición adecuada del sillón dental durante los últimos meses de gestación es ligeramente reclinada con el fin de evitar hipotensión postural.

Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes en ambos sexos fue regular; según sector de empleo, en el sector público, privado y ambos presentaron un nivel regular; con respecto al tipo de universidad de egreso, los dentistas egresados de universidades públicas tuvieron un nivel bueno y los de privadas un nivel regular; y según años de ejercicio profesional, aquellos con más de 15 años de experiencia presentaron un nivel bueno y los de 0 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 años un nivel regular

RECOMENDACIONES

Se recomienda mejorar los temas tratados en los distintos cursos que plantea una malla curricular universitaria con el fin de brindar una retroalimentación continua de lo aprendido en lo que respecta manejo odontológico de gestantes que incluya conocer la fisiología y patologías desarrolladas durante esta etapa, manejo adecuado de medicamentos y consideraciones a tener en cuenta para tratar gestantes, además de incluir en la clínica de pregrado atenderlas con el fin de familiarizarse y aplicar los conocimientos adquiridos para que al momento de ejercer el odontólogo derribe la barrera de falta de conocimiento.

Como los conocimientos no siempre son reflejados en la práctica profesional, se recomienda que se realicen más estudios tomando en cuenta la actitud de los odontólogos en relación con la atención a las gestantes.

Se recomienda hacer investigaciones en donde se adicione como dato demográfico la especialidad del cirujano dentista si es que la tuviera, y también que haya mayor homogeneidad de variables intervinientes.

Se recomienda hacer un estudio donde se elabore un protocolo de atención a gestante según la evidencia actual y aplicar dos cuestionarios, uno previo a conocer dicho protocolo y el otro posterior a la interiorización de lo presentado en las directrices, luego comparar esos niveles de conocimientos.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales: Monitoreando la salud para la ODS. [sede Web]. Ginebra: Creative Commons; 2020 [actualizado marzo de 2020; acceso 13 de abril 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>
2. OPS. Embarazo en América Latina y el Caribe. [sede Web]. Colombia: PAHO editors; 2018 [actualizado 28 de febrero de 2018; acceso 13 de abril 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0
3. OMS. Tasas de natalidad en el 2020. [sede Web]. Suiza: Creative Commons; 2020 [Actualizado 3 de enero de 2020; acceso 27 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.indexmundi.com/map/?v=25&r=xx&l=es>
4. Plan International. La COVID-19 genera un alto riesgo de aumento de embarazo en niñas en toda América latina [sede web]. Nueva York: Dukes Court; 2020 [Actualizado 6 de agosto 2020; acceso 14 de abril 2021]. Disponible en: <https://plan-international.org/es/latin-america/embarazos-covid-19>
5. INEI. Estimación y Análisis de Fecundidad según diversas fuentes. [sede Web] Lima: Centro de Edición; 2017; [Actualizado abril de 2017; acceso 27 de enero 2021]. Disponible: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/fecundidad.pdf>
6. Grinin VM. Rasprostranennost' I faktory riska razvitiia osnovnykh stomatologicheskikh zabollevaniï beremennykh. J Conserv Dent (Mosk). 2018; 97(4): 19-22.
7. Yunita E, Saddki N, Yusoff A. Association between Perceived Oral Symptoms and Presence of Clinically Diagnosed Oral Diseases in a Sample of Pregnant Women in Malaysia. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(19).
8. Tolentino R. Salud bucal y calidad de vida en gestantes del Centro de Salud Cooperativa Universal febrero-julio 2016. Horiz Med. 2017; 17(4): 35-41.
9. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico plan nacional de salud bucal "Sonríe siempre Perú". Resolución Ministerial N°516-2008 [sede Web]. Lima: MINSA; 2008 [Actualizado 25 de julio de 2008; acceso 3 de marzo de 2021].

Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/247884-516-2008-minsa>

10. Luiba V, Valle L. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gac Méd Espirit.* 2015; 17(1).
11. Ebrahimi H, Atashsokhan G, Amanpour F, Hamidzadeh A. Self-medication and its risk factors among women before and during pregnancy. *Pan Afr Med.* 2017; 27(1).
12. Proaño D. Cuidado Prenatales: Fundación de Wall. [sitio web] 2020; [acceso 27 de enero 2021]. Disponible en: URL: <https://www.indexmundi.com/map/?v=25&r=xx&l=es>
13. Madeiros G. Prescrição medicamentosa em Odontologia: normas e condutas. 2011. *Cad Saúde Colet.* 2011; 19 (2): 208-214.
14. Pazmiño Rojas K. Conocimiento sobre el manejo farmacológico de mujeres embarazadas en docentes de la Facultad Piloto de Odontología [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Guayaquil: Facultad Piloto de Odontología, Universidad de Guayaquil; 2019.
15. Espinoza Colunche E. Nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en los estudiantes de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipan, 2017 [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Chiclayo: Facultad de Odontología, Universidad Señor de Sipán; 2017.
16. Hinojosa M. Nivel de conocimiento en el manejo estomatológico de la paciente gestante en internos de odontología de tres universidades peruanas, 2009 [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Lima: Facultad de Odontología, Universidad Mayor de San Marcos- UNMSM; 2009.
17. Zanata RL, Fernandes KB, Navarro PS. Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J Appl Oral Sci.* 2008; 16(3): 194-200.
18. Ferraz T, Yamamoto E. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre como cuidar de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. *J. Bio and Biod.* 2011; 3(1):31-41.
19. Timoteo Foronda K. Grado de información de la atención de pacientes gestantes en internos de Odontología [Tesis para optar el grado de Cirujano

- Dentista]. Lima: Facultad de Odontología, Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018.
20. Benavides Mendoza A. Emergencias médicas que se han presentado en los consultorios odontológicos de la Región Hueta y competencias requeridas para su manejo [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. San José: Facultad de Odontología, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología de Costa Rica; 2012.
 21. Mansour H, Feghali M, Saleh N, Zeitouny M. Knowledge, practice and attitudes regarding antibiotics use among Lebanese dentists. *Pharm Pract.* 2018;16(3).
 22. Da Costa EP, Lee JY, Rozier RG, Zeldin L. Dental care for pregnant women: an assessment of North Carolina general dentists. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141(8): 986-994.
 23. Araujo J. Cuando la responsabilidad profesional del ejercicio de la odontología puede constituirse en un delito según el ordenamiento jurídico venezolano. *Acta Odont. Venez.* 2018; 56(1): 1-17.
 24. Diaz-Reissner CV, Casas I, Roldán J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.* 2017; 11(1):31-39.
 25. Lopes FF. Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications. *Community Dent Health.* 2015; 32(2): 77-82.
 26. Tantradi P, Madanshetty P. Knowledge of dental interns about management of dental needs of pregnant patients. *J Educ Ethics Dent.* 2013; 3(1): 76-80.
 27. Mayorca Yarihuamán A. Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería: UNMSM, 2009 [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
 28. García Junchaya A. Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre el manejo de la atención estomatológica en el contexto de la pandemia COVID-19, Piura 2021 [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Piura: Facultad de Odontología de Universidad Nacional de Piura; 2021

29. Constanza CS. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. 2011. USTASALUD; 10 (2).
30. Secretaría Distrital de Salud, IUC de Colombia. Guía de práctica clínica en salud. [sitio web]. Colombia: COO; 2010 [acceso 20 de febrero de 2021]. Disponible en: URL: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Paciente%20Gestante.pdf>
31. Lee JM, Shin TJ. Use of local anesthetics for dental treatment during pregnancy; safety for parturient. Dent Anesth Pain Med. 2017; 17 (2).
32. Carillo P. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev Med Facultad de Medicina de la UNAM. 2021; 64 (1): 39-48
33. Curiel A, Dorta D. Abordaje clínico odontológico de la mujer embarazada. Revisión de la literatura. Odous Científica. 2019; 20 (1): 59-72.
34. Hernández P. Manejo odontológico de la paciente embarazada. Rev. Med de la Universidad de Costa Rica. 2013; 7(2).
35. Ouanounou A, Haas DA. Drug therapy during pregnancy: implications for dental practice. Br Dent. 2016; 220(8): 413-417.
36. Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. Dent Clin North Am. 2013; 57(2): 195-210.
37. Favero V, Bacci C, Volpato A, Bandiera M, Favero L, Zanette G. Pregnancy and Dentistry: A Literature Review on Risk Management during. Dent J (Basel). 2021; 9(4).
38. Lara A. Manejo odontológico de mujeres embarazadas. Arch Inv Mat Inf. 2016; 8(3): 105-112.
39. San Martín R. Manejo de protocolos de atención odontológica a la mujer embarazada en la clínica odontológica del área de la salud humana UNL durante el periodo de marzo-julio del 2015 [Tesis para obtención del título de odontología]. Ecuador: Área de la salud humana, carrera de odontología. Universidad Nacional de Loja; 2015.
40. Silva de Araujo FC, Gonzales RC, Costa A, Abreu E. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. J Obstet Gynaecol Res. 2017; 43 (1): 16-22.

41. Bobetsis Y, Graziani F, Gürsoy M, Madianos P. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. *Periodontology* 2000. 2020; 83(1): 154-174.
42. Rocha J, Arima, Werneck R Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of quealitative studies. *Cad Saude Pub.* 2018; 34(8).
43. Le M, Riedy C, Weinstein P, Milgrom P. Barreras para la utilización de servicios dentales durante el embarazo: un análisis cualitativo. *Dent Child.* 2009; 76(1): 46-52.
44. Ventura M, Larrabure G, Escudero G, Chávez R. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus Gestacional en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”: 2013- 2014. *Revista Médica Carriónica.* 2016; 3(4).
45. Pathirana MM, Lassi ZS, Ali A, Arstall MA, Roberts CT, Andraweera PH. Association between metabolic syndrome and gestational diabetes mellitus in women and their children: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2021; 71(2): 310-320.
46. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Lange Kessler. Oral Health in Pregnancy. *Obstetric Gynecology Neonatal Nurse.* 2016; 45(4): 565-573.
47. Echavarría B, Núñez L. La diabetes mellitus y sus manifestaciones bucales. *KIRU.* 2017;14(2): 193– 197.
48. Bryce A, Alegría E, Valenzuela G. Hipertensión en el embarazo. *Perú ginecol. obstet.* 2018; 64(2): 191-196.
49. Männistö T, Mendola P, Väärasmäki M, Järvelin MR, Hartikainen AL, Pouta A, Suvanto E. Elevated blood pressure in pregnancy and subsequent chronic disease risk. *Circulation.* 2013; 127(6):681-690.
50. Mo M, Shen Y, Si S, Xin X, Shao B, Wang S. et.al. Feature of trajectory of blood pressure among pregnant womenwith gestational hypertension. *Journal of Hypertension.* 2020; 38(1): 127-132.
51. OMS. Guideline: Calcium supplementation in pregnant women [Sede Web]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013 [actualizado 2013; acceso 18 de mayo 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85120/9789241505376_eng.pdf;jsessionid=6CC5322A673B78BFAD102E1AFBB899D3?sequence=1

52. Vergnes JN. Studies suggest an association between maternal periodontal disease and pre-eclampsia. *Evid Based Dent*. 2008; 9(2): 46-47.
53. Doucède G, Dehaynin-Toulet E, Kacet L, Jollant B, Tholliez S, Deruelle P, Subtil D. Dents et grossesse, un enjeu de santé publique. *Presse Med*. 2019; 48(10):1043-1050.
54. Kunnen A, Van Doormaal JJ, Abbas F, Aar-noudse JG, van Pampus MG, Faas MM. Periodontal disease and pre-eclampsia: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2010; 37 (12):1075–1087.
55. Kumar P, Mastan K, Chowdhary R, Shanmugam K. Oral manifestations in hypertensive patients: A clinical study. *J Oral Maxillofacial Pathology*. 2012; 16(2): 215–221.
56. Aguilar DN, Vázquez RMA. Manifestaciones bucales en pacientes hipertensos bajo tratamiento antihipertensivo. *Mediagrapic*. 2009; 1(2): 90-94.
57. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Pediatric Dental Paedodontic Sociation*. 2002; 12(2): 101-108.
58. Ministerio de Salud de Chile. Salud oral integral de la embarazada. [sede Web]. Santiago: Ministerio de Salud, 2013 julio. [actualización 2015; acceso 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>
59. Silva J, Batisella E, Melo G, Andrade E, Barcellos C, Da silva E., et.al. Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Oral of Pathology and Medicine*. 2019; 48(4): 270-277.
60. Isidor J. Intervención educativa sobre salud bucal en embarazadas. Policlínico Fray Benito, junio 2018 a junio 2019 [Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral]. Holguin: Universidad de Ciencias Médicas de Holguin; 2019.
61. Kashetty M, Kumbhar S, Patil S, Patil P. Oral hygiene status, gingival status, periodontal status, and treatment needs among pregnant and nonpregnant women: A comparative study. *J Indian Soc Periodontol*. 2018; 22(2):164-170.

62. Marouf N, Cai W, Sid KN, Daas H, Diab H, Chinta VR, Hssain AA, Nicolau B, Sanz M. Association between periodontitis and severity of COVID-19 infection: A case- control study. *J Clinical Periodontology*. 2021; 48(4):483-491.
63. Alfaro A, Castejón I, Magán R, Alfaro M. Embarazo y salud oral. *Clin Med Fam*. 2019; 11(3).
64. Valdés L, Valle R. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gaceta Med. Espirituana*. 2015;17(1).
65. Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Chambrone LA. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of pro- spective cohort studies. *J Clin Periodontol*. 2011; 38(9): 795–808.
66. Khader YS, Ta'ani Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. *J Periodontol*; 76(2):161–165.
67. Lafaurie G.I., Gómez L.A., Montenegro D.A., De Avila J., TamayoM.C. Periodontal condition is associated with adverse perinatal outcomes and premature rupture of membranes in low-income pregnant women in Bogota, Colombia: A case and control study. *Matern. Neonatal Med*. 2020; 33(1):16–23.
68. Boggess KA, Moss K, Madianos P, Murtha AP, Beck J, Offenbacher S. Fetal immune response to oral pathogens and risk of preterm birth. *J Obstet Gynecol*. 2005; 193(3): 1121-1126.
69. Davenport A, Williams C, Sterne. J, Murad S, Sivapathasundra V. Maternal Periodontal Disease and Preterm Low Birthweight: Case-Control Study. *J. Dent*. 2002; 81(5): 313–318.
70. Moore S, Randhawa M, Ide M. A case-control study to investigate an association between adverse pregnancy outcome and periodontal disease. *J. Clin. Periodontol*. 2005; 32(1):1–5.
71. Fischer LA, Demerath E, Bittner-Eddy P, Costalonga M. Placental colonization with periodontal pathogens: the potential missing link. *Obstet Gynecol*. 2019; 221(5): 383-392.
72. Ihezor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenn AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database Systematic Revision*. 2017; 6(6).

73. Spivakovsky S. Periodontal treatment for the prevention of adverse birth outcomes. *Evid Based Dent*. 2018; 19(1): 12-13.
74. Da Silva, H.E.C, Miron S, de Santos N, de Almeida A, Rösing C, Porporatti, A.L, De Luca G. Effect of intra-pregnancy nonsurgical periodontal therapy on inflammatory biomarkers and adverse pregnancy outcomes: A systematic review with meta-analysis. *Systematics Reviews*. 2017; 6(1).
75. Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. *Hor Med*. 2018; 18(2): 71-79.
76. Farias F, Ferraz AT. Pharmacological treatment of pain in pregnancy. *BrJP*. 2019; 2(4).
77. Ather AA, Zhong SB, Rosenbaum AJ, Quinonez RB, Khan AA, Pharmacotherapy_during pregnancy: An endodontists' perspective. *J Endod*. 2020; 46 (9): 1185-1194.
78. Ministerio de Salud Pública. Tratamiento odontológico en embarazadas: Guía Práctica Clínica. Primera edición [Sede web]. Quito: Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2015 [10 de febrero de 2016; acceso 20 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Tratamiento-odontologico.pdf>
79. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal antiinflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Journal of Medical Association*. 2011; 183(15): 1713-1720.
80. Baudet A, Kichenbrand C, Pulcini C, Descroix V, Lesclous P, Thilly N, Clément C, Guillet J. Antibiotic use and resistance: a nationwide questionnaire survey among French dentists. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2020; 39(7): 1295-1303].
81. Muanda FT, Sheehy O, Bérard A. Use of antibiotics during pregnancy and risk of spontaneous abortion. *CMAJ*. 2017; 189(17).
82. Fan H, Li L, Wijlaars L, Gilbert RE. Associations between use of macrolide antibiotics during pregnancy and adverse child outcomes: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2019; 14(2).
83. Ziv A, Masarwa R, Perlman A, Ziv D, Matok I. Pregnancy Outcomes Following Exposure to Quinolone Antibiotics - a Systematic-Review and Meta-Analysis. *Pharm Res*. 2018; 35 (5).

84. Acar S, Keskin-Arslan E, Erol-Coskun H, Kaya-Temiz T, Kaplan YC. Pregnancy outcomes following quinolone and fluoroquinolone exposure during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 2019; 85.
85. Lalic-Popovic M, Paunkovic J, Grujic Z, Golocorbin-Kon S, Al-Salami H, Mikov M. Diabetes and hypertension increase the placental and transcellular permeation of the lipophilic drug diazepam in pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 188 (13).
86. Sheehy O, Zhao JP, Bérard A. Association Between Incident Exposure to Benzodiazepines in Early Pregnancy and Risk of Spontaneous Abortion. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76: (9): 48-57.
87. Freeman MP, Góez-Mogollón L, McInerney KA, et al. Obstetrical and neonatal outcomes after benzodiazepine exposure during pregnancy: Results from a prospective registry of women with psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018; 53:73-79.
88. Brandlistuen RE, Ystrom E, Hernandez-Diaz S, et al. Association of prenatal exposure to benzodiazepines and child internalizing problems: A sibling-controlled cohort study. *PLoS One*. 2017; 12(7).
89. Radojčić MR, El Marroun H, Miljković B, et al. Prenatal exposure to anxiolytic and hypnotic medication in relation to behavioral problems in childhood: A population-based cohort study. *Neurotoxicol Teratol*. 2017; 61: 58-65.
90. Gidai J, Acs N, Bánhidly F, Czeizel AE. No association found between use of very large doses of diazepam by 112 pregnant women for a suicide attempt and congenital abnormalities in their offspring. *Toxicol Ind Health*. 2008; 24(1-2): 29-39.
91. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, et al. Benzodiazepine use during Pregnancy alone or in combination with an Antidepressant and Congenital Malformations: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2019; 80(4).
92. Llodra J. Salud oral y embarazo, una guía práctica [sede web]. Granada: Laser; 2012 [12 de enero 2012; 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.consejodontistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo/item/205-guia-embarazo.html>

93. Meneghel Olivo S. Atendimento odontológico a gestantes. mitos e preconceitos por parte dos cirurgiões dentistas [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
94. Santana L. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre atendimento odontológico em gestante. RSD. 2021; 10(1).
95. Alves ME, Sanchez H. Proposta de protocolo clínico para atendimento odontológico a gestantes na atenção à saúde. Revista de APS. 2017; 20 (4): 628-635.
96. Anisimova EN, Axamit LA, Manukhina EI, Letunova NY, Golikova AM, Fedotova TM. Specific features of emergency dental care in pregnant women. Stomatologija (Mosk). 2016; 95(2): 18-25.
97. Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement [sede Web]. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012 [actualizado octubre de 2017; acceso 26 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.mchoralhealth.org/PDFs/OralHealthPregnancyConsensus.pdf>
98. Patil SK. Awareness of dental treatment protocol for pregnant women and lactating mother's in general dental practitioners of davangere district, Karnataka, India. J Clin Diagn Res. 2013; 7 (12).
99. Alzamzami ZT, Abulhamael AM, Talim DJ, Khawaji H, Barzanji S, Roges RA. Cone-beam Computed Tomographic Usage: Survey of American Endodontists. J Contemp Dent Pract. 2019; 20(10):1132-1137.
100. Correia LL, Linhares MB. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literatura review. Rev. Lat. Am. 2007; 15(4): 677-683.
101. Dixon GS, Thomson WM. The West Coast Study. I: Self-reported dental health and the use of dental services. N. Z. Dent. 1999; 95(420): 38-43.
102. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Dental anxiety in an emergency dental service. Rev. Saúde Pública. 2003; 37(6): 786-792.
103. Acharya S, Bhat PV. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. Int. J. Dent. Hyg. 2009;7(2):102-107.
104. Nazir M, Alhareky M. Dental phobia among pregnant women: considerations for healthcare professionals. Int J Dent. 2020; 10(2).

105. Rodríguez HE. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico. Rev Cubana Estomatol. 2016; 53(4).
106. Tellez M, Potter CM, Kinner DG, Jensen D, Waldron E, Heimberg RG, Myers Virtue S, Zhao H, Ismail AI. Computerized Tool to Manage Dental Anxiety: A Randomized Clinical Trial. J Dent Res. 2015; 94(9).
107. Oviedo M. Desensibilización sistemática y su aplicación para reducir la ansiedad. J Esc Sup Ato Tul. 2017; 4(7).
108. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Av. Odontoestomatol. 2014; 30 (1): 39-46.
109. Bare L, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. J Dent Educ. 2004; 68(11): 1172-1177.
110. Salehi SK. Effects of Bleaching on Mercury Ion Release from Dental Amalgam. J Dent Res. 2009; 88(3): 239-243.
111. Manual MSD Versión para profesionales. Temas médicos: aborto espontáneo. [sede Web]. New Jersey: Meck Co; 2020 [actualizada octubre 2020; acceso 19 abril 2021] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
112. Manual MSD Versión para profesionales. Temas médicos: ansiedad [sede Web]. New Jersey: Meck Co; 2020 [actualizada octubre 2020; acceso 19 abril 2021] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-saludmental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-elestr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad?query=ansiedad>
113. Torres Ramos Y. Nivel de conocimiento en el manejo odontológico de la paciente gestante en los estudiantes de 4to a 6to año de la escuela académico profesional de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Groghmann [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Tacna: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Jorge Basadre Groghmann; 2013.
114. Organización Mundial de la Salud. Definición de embarazo [sede web]. New York: Creative Commons; 2021 [Actualizado julio de 2021; acceso 01 de marzo de 2021]. Disponible en: URL. <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

115. Ministerio de Salud de Colombia. Guía de práctica clínica en salud oral de gestantes [sede Web]. Bogotá: Salud Capital; 2010 octubre [Actualizado octubre; acceso 19 abril 2021] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Paciente%20Gestante.pdf>
116. OMS. Definición de Salud oral [sede Web]. 2017 octubre [actualización octubre 2017; acceso 19 abril 2021] Disponible en: URL:https://www.who.int/topics/oral_health/es/
117. Pérez A. Teratogénesis. [sede Web] Abril 2002. [Actualización abril 9 de 2022; acceso 10 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/fh/2002/n3/6.pdf>
118. Soto V. Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada. ADM. 2002; 59(6): 197-201.
119. Asociación Médica Mundial. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [sede web] 2017 [actualización diciembre 2017; acceso 12 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
120. Prado L, Nunes L, Figueredo R, Cerdeira C, Barros G. Conduta de cirurgiões-dentistas no atendimento à Paciente gestante. Rev Cient UNIFENAS 2019; 3(1): 18-28.
121. Aboalshama K, Abdulrahman S, Alowadi J, Al-Mutairy B. Endodontic Treatment in Pregnancy: Knowledge, Attitudes, and Practices of Dentists and Interns in Jeddah, Saudi Arabia. Open Dent J. 2020; 14(2): 211-218.
122. Rodrigues L, Molina P, Oliveira I. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. Arq Odontol. 2018; 54(20).
123. Bernardi C, Bertan J. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na rede cegonha. Arq Odontol. 2019; 55(18).

124. Lee RS, Milgrom P, Huebner CE, Conrad DA. Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. *J Womens Health Issues*. 2010 Sep;20(5):359-365.
125. George A, Ajwani S, Bhole S, Dahlen HG, Reath J, Korda A, Ng Chok H, Miranda C, Villarosa A, Johnson M. Knowledge, attitude and practises of dentists towards oral health care during pregnancy: A cross sectional survey in New South Wales, Australia. *Aust Dent J*. 2017; 62(3):301-310.
126. Patil S, Thakur R, Madhu K, Paul S T, Gadicherla P. Oral Health Coalition: Knowledge, Attitude, Practice Behaviours among Gynaecologists and Dental Practitioners. *J Int Oral Health*. 2013; 5(1):8-15.
127. Culquimboz Gómez. Nivel de conocimiento sobre el manejo estomatológico de las gestantes, en estudiantes de la Escuela profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas-2018 [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista]. Chachapoyas: Facultad de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza; 2018.
128. Cechinel D, De Madeiros W, Ceretta R, Faustini F. Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológico a gestantes em um município sul catarinense. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2016; 28(1): 6-16.
129. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1).
130. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth*. 2012; 39(3):238-247.
131. Huebner C, Milgrom P, Conrad D, Lee R. Providing dental care to pregnant patients: a survey of Oregon general dentists. *J Am Dent Assoc*. 2009; 140(2):221-222.
132. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008; 21(1):63-71.
133. Pistorius J, Kraft J, Willershausen B. Dental treatment concepts for pregnant patients--results of a survey. *Eur J Med Res*. 2003;8(6):241-246.

134. Pina PM, Douglass J. Practices and opinions of Connecticut general dentists regarding dental treatment during pregnancy. *Gen Dent.* 2011; 59(1).
135. Martins LO, Pinheiro RPdS, Arantes DC, Nascimento LS, Santos PB. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* 2013; 4(4):11-18.
136. Ibhawoh L, Enabulele J. Endodontic treatment of the pregnant patient: Knowledge, attitude and practices of dental residents. *Niger Med J.* 2015; 56:311-316.
137. Al-Sadhan R, Al-Manee A. Dentist's opinion to Ward treatment of pregnant patients. *Saud Dent J.* 2009; 20(2):24-30.
138. Mayberry ME, Norrix E, Farrell C. MDA Dentists and Pregnant Patients: A Survey of Attitudes and Practice. *J Mich Dent Assoc.* 2017; 99(1): 54-62.
139. Walli A, Abdul H. Knowledge, attitude, practice of dental surgeons regarding dental radiographs in pregnant women in the city of Karachi. *Int. J. Dent. Res.* 2017; 2(3): 68-72.
140. Aljulayfi I, Alrusayni A, Alqahtani S, Hamam MK. Awareness of dental interns in managing cases of pregnant women in Saudi Arabia. *Int. J. Dent. Res.* 2015; 31:6(1):26-29.
141. Prasad M, Gupta R, Patthi B, et al. Imaging More Imagining less: An Insight into Knowledge, Attitude and Practice Regarding Radiation Risk on Pregnant Women among Dentists of Ghaziabad – A Cross Sectional Study. *JCDR.* 2016. 50(3): 20-25.
142. Braimoh OB, Ilochonwu NA. Knowledge of dental dentists on the management of oral conditions in pregnancy in South Nigeria. *Eur J Gen Dent.* 2014; 3(2):150-154.
143. Temur KT, Temur İ, Hatipoğlu Ö. The knowledge, attitude and practices of Turkish general dentists on dental x-rays in pregnant women. *IDR.* 2019; 9(1): 9-15.
144. Navarro PS, Dezan CC, Melo FJ, et al. Prescrição de medicamentos e anestesia local para gestantes: conduta de cirurgiões-dentistas de Londrina, PR, Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.* 2008; 49(2): 22-27

ANEXO N°1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	METODOLOGÍA
<p style="text-align: center;">General</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque?</p>	<p>General</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.</p>	<p>Bases Teóricas</p> <p>1.Adaptación de la fisiología femenina durante el embarazo.</p> <p>2.Patología en el embarazo</p> <p>3.Uso de fármacos en el embarazo</p> <p>4.Consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes</p>	<p>Diseño Metodológico: Descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.</p> <p>Diseño Muestra</p> <p>Población: 877 cirujanos dentistas registrados en el COP- Región Lambayeque de 25 a 50 años de edad.</p> <p>Muestra: 130 cirujanos dentistas registrados en el COP- Región Lambayeque de 25 a 50 años de edad.</p> <p>Muestreo: probabilístico, muestreo aleatorio simple.</p> <p>Técnica de Recolección de Datos: Técnica: encuesta, instrumento: cuestionario</p> <p>Cuestionario con 15 ítems se sometió a Juicio de Expertos, conformado por cinco Cirujanos Dentistas con Grado Académico de Magister en Estomatología Preventiva o que posea Doctorado y mínimo con 5 años de experiencia atendiendo a gestantes; cabe mencionar que los jueces aprobaron el instrumento (ANEXO N°4). Además se realizó una prueba piloto con 20 cirujanos dentistas que cumplían con los criterios de inclusión, consiguiendo como resultado la existencia de una confiabilidad del instrumento de 0.745 de Alfa de Cronbach, siendo este un valor satisfactorio</p> <p>Variable:</p> <p>Principal: Nivel de conocimiento respecto al manejo odontológico en gestantes.</p> <p>Variables intervinientes género, tipo de universidad de egreso, sector de empleo y años de ejercicio profesional.</p>
	<p>Específicos</p>		
	<p>Identificar el nivel de conocimiento respecto a fisiología femenina durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.</p>		
	<p>Reconocer el nivel de conocimiento sobre las patologías bucales durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.</p>		
	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de medicamentos durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.</p>		
	<p>Registrar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento odontológico durante la gestación en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque.</p>		
<p>Evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico en gestantes según sexo, tipo de universidad de egreso (pública o privada), sector de trabajos (públicos, privados o ambos) y años de ejercicio de profesión de odontólogos entre 25 a 50 de edad años de la región Lambayeque.</p>			

ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE:

EDAD: SEXO: 1.M () 2. F ()

SECTOR DE TRABAJO: 1. Público () 2.Privado () 3. Ambos ()

TIPO DE UNIVESIDAD DE EGRESO:

1. Pública () 2. Privada ()

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL:

() 0-5 años () 6-10 años () 11-15 años () mayor a 15 años

Favor de elegir la respuesta correcta marcando con un X:

Adaptación de la fisiología femenina durante la gestación

1. Periodo del embarazo en el que la gestante presente el menor riesgo de complicaciones en el tratamiento odontológico:
 - a) 1° Trimestre
 - b) 2° Trimestre
 - c) 3° Trimestre
2. ¿El pH de la saliva durante el embarazo?
 - a) Aumenta
 - b) Disminuye
 - c) No se altera
3. ¿Cuál es el parámetro normal de la P/A en la paciente gestante durante el 2do y 3er trimestre?
 - a) 120/80mm/Hg
 - b) 130/90 mm/Hg
 - c) 110/70 mm/Hg

Patologías durante el embarazo

4. ¿A qué enfermedades orales son más susceptibles las gestantes?
 - a) Caries y Candidiasis oral
 - b) Periodontopatías y caries
 - c) Herpes y periodontopatías
 5. Indique lo correcto sobre la gestación:
 - a) El embarazo no causa descalcificación dental.
 - b) La toma de radiografías periapicales causa muerte fetal.
 - c) El embarazo siempre causa candidiasis oral.
 6. Según las patologías orales durante la gestación, indique lo correcto:
 - a) Existe mayor actividad cariogénica en la gestante.
 - b) La periodontitis no es una patología en gestantes.
 - c) Según la evidencia actual, gran porcentaje de gestantes no presenta gingivitis.
- ### ***Uso de fármacos durante el embarazo***
7. Respecto al uso de anestésicos locales en tratamiento odontológico, marque lo correcto:
 - a) Solo está indicado en el segundo trimestre de la gestación con una adecuada técnica anestésica.
 - b) Solo está indicado en el primer trimestre de la gestación con una adecuada técnica anestésica.
 - c) Se puede emplear en cualquier trimestre de la gestación con una adecuada técnica anestésica.

8. ¿Qué tipo de anestésico local es el más indicado en la paciente embarazada?
- Prilocaina + Felipresina 0.03UI/ml
 - Mepivacaína 3% sin epinefrina
 - Lidocaína 2% con epinefrina 1:100.000
 - Lidocaína 2% con norepinefrina 1:100.000
9. ¿Qué antibiótico está indicado para una paciente embarazada?
- Tetraciclina
 - Estreptomocinas
 - Penicilinas
 - Estolato de Eritromicina
10. ¿Qué analgésico está indicado para una paciente gestante?
- Ac. Acetil salicílico
 - Acetaminofen
 - Naproxeno
 - Metamizol

Consideraciones en el tratamiento odontológico de gestantes:

11. Con respecto al tratamiento odontológico durante la gestación, indique usted lo correcto
- Está indicado el tratamiento odontológico durante la gestación.
 - Está contraindicado el tratamiento odontológico durante la gestación.
 - La gestante solo debe recibir tratamientos odontológicos de urgencia.
12. Marque lo correcto respecto a la toma de radiografías periapicales durante la gestación:
- Si es necesario la toma de radiografías periapicales, se debe realizar a partir del 2º trimestre.
 - Está contraindicado la toma de radiografías periapicales durante la gestación.
 - Está indicado en cualquier trimestre de la gestación.
13. ¿Qué posición del sillón dental está indicada durante el 2º y 3º trimestre de gestación?
- Posición supina
 - Ligeramente reclinada
 - Supina sobre su costado izquierdo
14. ¿Cómo se maneja la ansiedad de la paciente gestante en el consultorio dental?
- Mediante técnicas poco traumáticas y con uso de Benzodicepinas.
 - Mediante técnicas poco traumáticas y buenos procedimientos anestésicos.
 - Mediante buenos procedimientos anestésicos y con uso de Benzodicepinas.
15. Marque lo correcto respecto al tratamiento endodóntico en la gestante aparentemente sana:
- Está indicado el tratamiento endodóntico en el segundo trimestre.
 - No está indicado en ningún trimestre el tratamiento endodóntico en gestantes.
 - Está indicado el tratamiento endodóntico en el primer trimestre

ANEXO Nº 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO

CONSETIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO INVESTIGACIÓN

Universidad: San Martín de Porres- Facultad de Odontología- Filial Norte.

Investigadoras:

Bachiller Hellen Tathiana Toro Díaz

MG. C.D. María Luisa Muñante Reyes (Asesora)

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO DE GESTANTES EN ODONTÓLOGOS DE 25 A 50 AÑOS DE EDAD DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE.

INTRODUCCIÓN:

Estimado Cirujano Dentista, se le invita a participar de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal que tiene como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque. El adecuado manejo odontológico en mujeres embarazadas es relevante y debe ser apropiado y personalizado, ya que va repercutir en la salud de la madre y del hijo. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad San Martín de Porres- Filial Norte. Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo no le traerá ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite a la investigadora que con gusto serán aclaradas, antes de tomar una decisión.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Es necesario evaluar los conocimientos de los odontólogos de 25- 50 años de edad sobre la atención dental en gestantes, especialmente porque durante el embarazo ellas requieren una atención personalizada y capacidad resolutive por parte del odontólogo inculcando nuevos hábitos relevantes para la salud oral de ella y de sus hijos. También aportaría con información sustancial para que el MINSA estandarice un flujograma que contenga un protocolo de atención específicamente en gestantes, de esta manera los odontólogos se regirán de parámetros ya establecidos y así podrán brindar una adecuada calidad de atención en estas pacientes, promoviendo de manera exhaustiva la prevención de diversas enfermedades, teniendo como prioridad la Salud Pública. Por lo señalado se cree necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

METODOLOGÍA:

Si usted acepta cooperar, se le informa que se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:

1. Se enviará a su correo electrónico el acceso a un cuestionario de 15 preguntas.
2. El puntaje abarcará 3 categorías: 1º categoría (deficiente), 2º categoría (regular), 3º categoría (bueno).
3. Para el análisis de resultados realizará tablas y figuras estadísticas en términos porcentuales; además se calculará media y desviación estándar.

MOLESTIAS O RIESGOS:

Los Cirujanos Dentistas que acepten participar de esta investigación no serán sometidos a ninguna molestia o riesgo mínimo. Usted es libre de aceptar o no aceptar.

BENEFICIOS:

No existe beneficio directo para usted por participar en este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial algún resultado que se crea conveniente que usted tenga conocimiento. Se espera que sea útil para evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de gestantes en odontólogos de 25 a 50 años de edad de la región Lambayeque. Además que los resultados obtenidos servirá para el conocimiento de los CD que consulten la información obtenida.

COSTOS E INCENTIVOS:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, su participación no le generará ningún costo

CONFIDENCIALIDAD:

Las investigadoras registraremos su información con códigos y no con nombres, de tal manera que la información obtenida de la encuesta será anónima. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas, no se mostrará ningún dato que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participa de una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene dudas o alguna interrogante sobre el estudio, puede preguntar a la investigadora: Bachiller Hellen Tathiana Toro Díaz (Teléfono 976892490). Sin embargo, pueden surgir dudas sobre aspectos éticos de esta investigación o usted considera que ha sido tratado injustamente, puede comunicarse con el Presidente del Comité Institucional de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, Dr. Juvenal Sánchez Lihón al teléfono 01- 3464761 anexo 114, Av. San Luis 1265, San Luis, Lima, Perú.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información brindada sobre las cosas que van a suceder si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Firma de la investigadora:

Hellen Toro Díaz (DNI: 72120342)

San Luis, 20 de setiembre de 2021

CARTA N°015-2021-INVE-FO-USMP

Señorita
TORO DÍAZ HELLEN TATHIANA
Bachiller en Odontología

Presente-

Es grato dirigimos a usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el proyecto de investigación titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO DE GESTANTES EN ODONTÓLOGOS DE 25 A 50 AÑOS DE EDAD DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE”**, ha sido aprobado por el Comité Revisor de Proyectos de Investigación (ACTA N°018-2021-CRPI/FO-USMP) y por el Comité de Ética en Investigación (ACTA N°006-2021-CEI/FO-USMP).

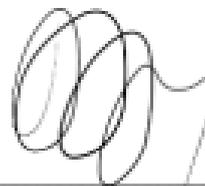
Es lo que se le informa para los fines que estime conveniente.

Sea propicia la ocasión para expresarle nuestra deferencia y consideración.

Atentamente;



Dr. RAFAEL MORALES VADILLO
Director del Instituto de Investigación
Facultad de Odontología - USMP



Dr. ARÍSTIDES JUVENAL SÁNCHEZ LIHÓN
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Odontología - USMP

APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES

ANEXO N°4: VALIDEZ DE CONTENIDO Y CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO

Validación del instrumento de investigación

Juicio de expertos

I. Datos generales:

- **Apellidos y nombres del informante:** Castillo Blaz Sally Esperanza
- **Especialidad:** Odontopediatra
- **Grado académico:** Magister en Estomatología
- **Correo institucional:** Sally_cb@hotmail.com
- **Autor del instrumento:** Hellen Tathiana Toro Díaz
- **Nombre del instrumento:** Encuesta y ficha de recolección de datos

II. Aspectos de la validación: Estimado juez(a) marque Ud. con un aspa (X) lo que crea conveniente en cada una de las columnas de los 10 indicadores presentes:

Indicadores	Criterios	Calificación				
		Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible				x	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables				x	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				x	
4. Organización	Presentación ordenada y la estructura del instrumento es adecuada				x	
5. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables				x	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				x	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				x	
8. Análisis	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables				x	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				x	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse				x	

III. Observaciones: Ninguna

IV. Calificación global: marcar por favor con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
x		



CD. Esp. M^a Sally Esperanza Castillo Blaz
COP N° 23126
R. N. S. N° 2748

FIRMA DEL EXPERTO

Lugar y fecha: Trujillo 10/08/2021

Nº DNI: 43036268

TELÉFONO: 942919181

Imagen N°1: Aprobación por Juicio de experto Mg. Esp. CD. Sally Esperanza Castillo Blaz

Validación del instrumento de investigación
Juicio de expertos

I. Datos generales:

- **Apellidos y nombres del informante:** POMAR SÁENZ, ANDRÉS HUMBERTO
- **Grado académico:** Doctor en Salud Pública
- **Correo institucional:** apomars@usmp.pe
- **Autor del instrumento:** Hellen Tathiana Toro Díaz
- **Nombre del instrumento:** Encuesta y ficha de recolección de datos

II. Aspectos de la validación: Estimado juez(a) marque Ud. con un aspa (X) lo que crea conveniente en cada una de las columnas de los 10 indicadores presentes:

Indicadores	Criterios	Calificación				
		Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. Organización	Presentación ordenada y la estructura del instrumento es adecuado.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables.					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					X
8. Análisis	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse					X

III. Observaciones:

IV. Calificación global: marcar por favor con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		



FIRMA DEL EXPERTO

Lugar y fecha: Lima, 16 / 08 /21

N.º DNI: 09852332

TELÉFONO: 955924747

Imagen N°2: Aprobación por Juicio de experto Dr. Andrés Humberto Pomar Sáenz

Validación del instrumento de investigación

Juicio de expertos

I. Datos generales:

- **Apellidos y nombres del informante:** Enrique Loza Gastelumendi
- **Especialidad:** Radiología oral y maxilofacial
- **Autor del instrumento:** Hellen Tathiana Toro Díaz
- **Nombre del instrumento:** Encuesta y ficha de recolección de datos

II. Aspectos de la validación: Estimado juez(a) marque Ud. con un aspa (X) lo que crea conveniente en cada una de las columnas de los 10 indicadores presentes:

Indicadores	Criterios	Calificación				
		Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					x
2. Objetividad	Permite medir hechos observables					x
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				x	
4. Organización	Presentación ordenada y la estructura del instrumento es adecuada					x
5. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables					x
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					x
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos					x
8. Análisis	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables					x
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación					x
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse					x

III. Observaciones:

IV. Calificación global: marcar por favor con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
x		



 FIRMA DEL EXPERTO

Lugar y fecha: Chiclayo 16/08/21

Nº DNI: 17436197

TELÉFONO: 979608448

Validación del instrumento de investigación

Juicio de expertos

I. Datos generales:

- **Apellidos y nombres del informante:** Alex Vidal Mosquera
- **Grado académico:** Cirujano Dentista y Magister en Estomatología
- **Autor del instrumento:** Hellen Tathiana Toro Díaz
- **Nombre del instrumento:** Encuesta y ficha de recolección de datos

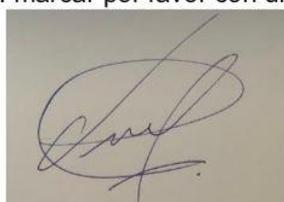
II. Aspectos de la validación: Estimado juez(a) marque Ud. con un aspa (X) lo que crea conveniente en cada una de las columnas de los 10 indicadores presentes:

Indicadores	Criterios	Calificación				
		Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. Organización	Presentación ordenada y la estructura del instrumento es adecuada				X	
5. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados			X		
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos			X		
8. Análisis	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables				X	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				X	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse			X		

III. Observaciones:

IV. Calificación global: marcar por favor con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		



Lugar y fecha: Chiclayo

Nº DNI: 10614544

TELÉFONO: 968747345

V.

FIRMA DEL EXPERTO

Imagen N°4: Aprobación por Juicio de experto Mg. CD. Alex Vidal Mosquera

Validación del instrumento de investigación

Juicio de expertos

I. Datos generales:

- **Apellidos y nombres del informante:** Torres Limay, Manuel Martin
- **Grado académico:** Magister Didáctica en Educación Superior
- **Correo:** torreslimayc.o@hotmail.com
- **Autor del instrumento:** Hellen Tathiana Toro Díaz
- **Nombre del instrumento:** Encuesta y ficha de recolección de datos

II. Aspectos de la validación: Estimado juez(a) marque Ud. con un aspa (X) lo que crea conveniente en cada una de las columnas de los 10 indicadores presentes:

Indicadores	Criterios	Calificación				
		Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. Organización	Presentación ordenada y la estructura del instrumento es adecuada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				X	
8. Análisis	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables				X	
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				X	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse				X	

III. Observaciones: NINGUNA

IV. Calificación global: marcar por favor con una aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		



FIRMA DEL EXPERTO

Lugar y fecha: TRUJILLO 15-08-2021.

Nº DNI: 10134534

TELÉFONO: 988895877

Imagen N°5: Aprobación por Juicio de experto Mg. CD. Manuel Torres Limay

Imagen N°6: Estadística de fiabilidad del instrumento con un Alfa de Cronbach satisfactorio de 0,745. Además se muestra estadísticos descriptivos como la Desviación Estándar y Varianza.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,745	15

Estadísticos descriptivos

	N	Suma	Desv. Desviación	Varianza
Puntos	20	261	3,120	9,734
N válido (por lista)	20			

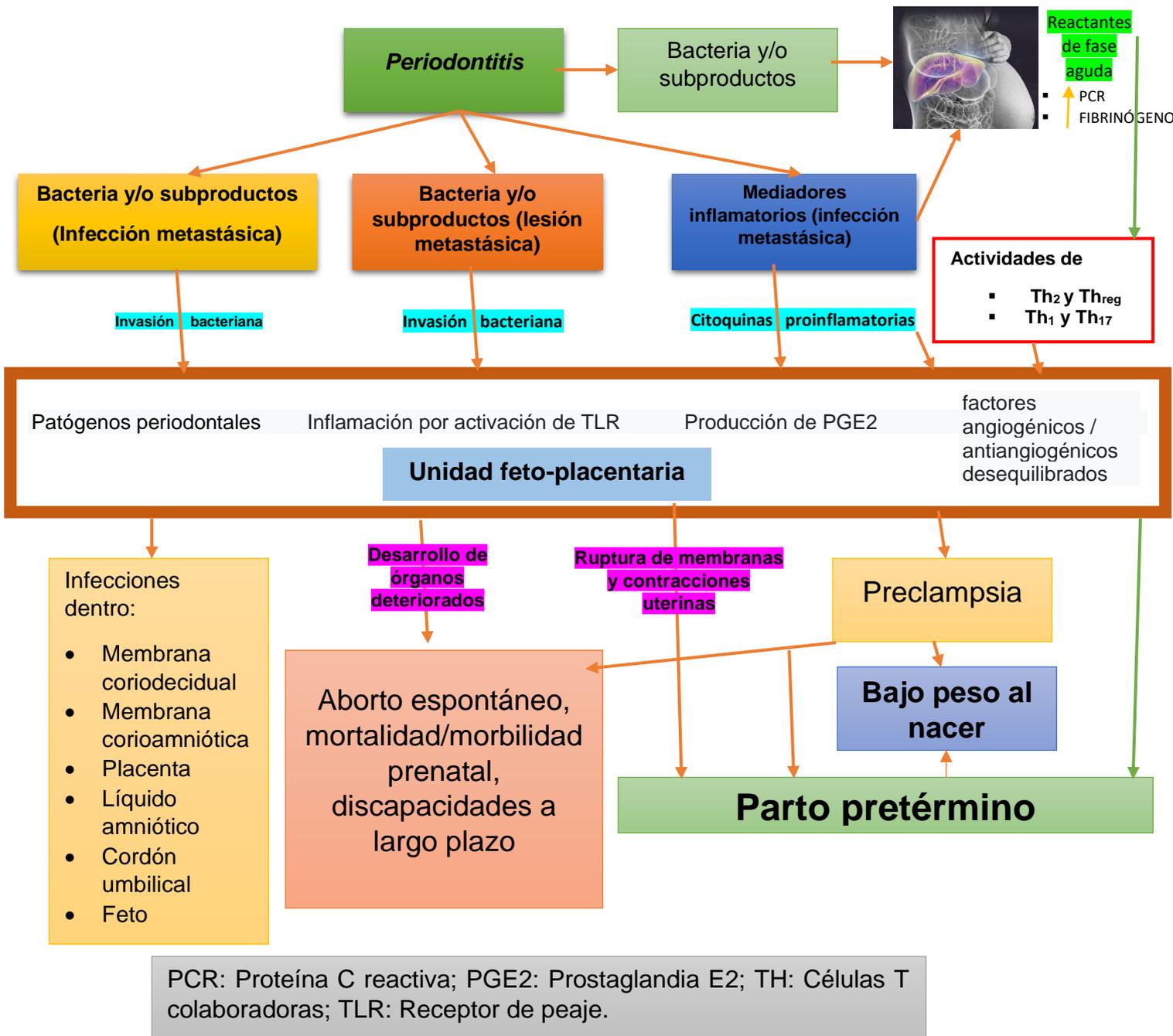
ANEXO N°5: CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE GESTACIÓN, MEDICAMENTOS UTILIZADOS ENFERMEDAD PERIODONTAL DURANTE ESTA ETAPA.

CUADRO N°2 Modificaciones más relevantes obtenida de estudios paraclínicos en gestantes

Parámetro	Mujer no gestante	1º trimestre de gestación	2º trimestre de gestación	3º trimestre de gestación
Biométrica hemática				
Hemoglobina (g/dL)	12-15.8	11.6-13.9	9.7-14.8	9.5-15.0
Hematocrito (%)	35.4-44.4	31.0-41.0	30.0- 39.9	28.0-40.0
HCM (pg/cél)	27-32	30-32	30-33	29-32
VCM (fL)	79-93	81-96	82-97	81-99
Plaquetas (x10 ⁹ L)	164-415	174-391	155-409	146-429
Eritrocitos (x10 ⁶ /mm ³)	4.00-5.20	3.42-4.55	2.81-4.49	2.71-4.43
Leucocitos (x10 ³ /mm ³)	3.5-9.1	5.7-13.6	5.6-14.8	5.9-16.9
Neutrófilos (x10 ³ /mm ³)	1.4-4.6	3.6-10.1	3.8-12.3	3.9-13.1
Linfocitos (x10 ³ /mm ³)	0.7-4.6	1.1-3.6	0.9-3.9	1.0-3.6
Monocitos (x10 ³ /mm ³)	0.1-0.7	0.1-1.1	0.1-1.1	0-1-1.4
Eosinófilos (x10 ³ /mm ³)	0-0.6	0-0.6	0-0.6	0-0.6
Basófilos	0-0.2	0-0.1	0-0.1	0-0.1
INR	0.9-1.04	0.89-1.05	0.85-0.97	0.80-0.94
TTPA (seg)	26.3-39.4	24.3-38.9	24.2-38.1	24.7-35.0
TP (seg)	12.7-15.4	9.7-13.5	9.5-13.4	9.6-12.9
Química sanguínea				
Glucosa (mg/dL)	75-115	70-145		59-134
Úrea (mg/dL)	7-20	7-12	3-13	3-11
Creatinina (mg/dL)	0.5-0.9	0.4-0.7	0.4-0.8	0.4-0.9
Sodio (mg/dL)	136-146	133-148	129-148	130-148
Potasio (mg/dL)	3.5-5.0	3.6-5.0	3.3-5.0	3.3-5.1
Ácido úrico (mg/dL)	2.5-5.6	2.0-4.2	2.4-4.9	3.1-6.3
Perfil de lípidos				
Colesterol total (mg/dL)	<200	141-210	176-290	219-349
HDL (mg/dL)	40-60	40-78	52-87	48-87
LDL (mg/dL)	<100	60-153	77-184	101-224
VLDL (mg/dL)	6-40	10-18	13-23	21-36
Triglicéridos (mg/dL)	<150	40-159	75-282	131-453
Amilasa (mg/dL)	20-96	24-83	16-73	15-81
Lipsa (mg/dL)	3-43	21-76	26-100	41-112

Adaptado de: Carillo P. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Med UNAM. 2021; 64 (1):39-48.

CUADRO N°3: Mecanismos propuestos de las vías que relacionan patologías periodontales con efectos adversos durante el embarazo.



Adaptado de: Bobetsis Y, Graziani F, Gúrsoy M, Madianos P. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. Periodontology 2000. 2020; 83(1):154-174.

CUADRO N°4 Seguridad de fármacos en el embarazo. Clasificación de la FDA

Categoría	Seguridad	Fármacos de uso frecuente
Categoría A	Investigaciones controladas no han evidenciado peligros	Ác. Fólico, hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, sulfato ferroso, Vit. B1, B12, B6, C; (Vit. A es categoría A pero en dosis altas es X)
Categoría B	No evidencian riesgos establecidos para el feto.	Amoxicilina/Ác. Clavulánico, ampicilina/sulbactam, cefalosporinas, cimetidina, eritromicina, clindamicina, clotrimazol, metronidazol, nitrofurantoína, insulina, ranitidina, dimenhidrinato, cetirizina, (ketoprofeno, es B 1er y 2do T; D en el 3er T)
Categoría C	No puede excluirse riesgo fetal	Amikacina, gentamicina, ciprofloxacina, claritromicina; cotrimoxazol, isoniazida, ambroxol, dexametasona, dextrometorfano, (codeína C 1er y 2do T; D 3er T, y en dosis prolongadas); diclofenaco, keterolaco; (celecoxib y naproxeno C 1er y 2do T; D 3er T); (AAS, es C 1er y 2do T; D 3er T o altas dosis); (captopril C 1er T; D 2do y 3erT)
Categoría D	Evidencia de riesgo fetal	Alprazolam, diazepam, carbamazepina, estreptomina, fenitoína, fenobarbital
Categoría X	Contraindicaciones en la gestación	Atorvastatina, clomifeno, anticonceptivos orales combinados y hormonoterapia de reemplazo, desogestrel, etinilestradiol, dihidroergotamina, isotretinoína, warfarina, vitamina A en altas dosis.

Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. Horiz Med. 2018; 18(2): 71-79

CUADRO N°5: Drogas permitidas y no permitidas durante el embarazo; y dosis para el manejo del dolor

Permitidas	Categoría FDA	No permitidas	Categoría FDA
Antibiótico			
Penicilina	B	Tetraciclina	D
Amoxicilina	B	Eritromicina en estolato	B*
Cefalosporinas	B	Quinolonas	C
Clindamicina	B, en lactantes usarla con precaución	Claritromicina	C
Eritromicina (exceptuando estolatos)	B	Cloranfenicol	X
Metronidazol	B	Gentamicina	C
Analgésicos			
Paracetamol	B	Aspirina	C
Paracetamol con codeína	C		
Codeína	C		
Oxicodona	B		
Hidrocodona	C		
Meperidina	B		
Morfina	B		
Tramadol	C		
Propoxifeno	C		
Fentanilo	C		
Metadona	C**		
Después del 1er trimestre por 24 o 72 horas solamente			
Ibuprofeno	B		
Naproxeno	B		
Anestésicos locales			
Lidocaina	B		
Mepivacaina	C!		
Prilocaina	B		
Bupivacaína	C		
Etidoacaína	B		
Procaína	C		
Dosis para dolor leve: Paracetamol 500mg c/6h, no más de 3 días Dolor moderado: Paracetamol 1g dosis inicial y continuar con 500mg c/ 6h no más de 3 días Severo: Paracetamol 650mg + oxicodona 10mg (dosis inicial: una c/12h), continuar con paracetamol 500mg c/6h			

*Eleva riesgo de presentar Hepatitis colestática
 ! Puede producir Bradicardia fetal
 ** Seguros para tratar dependencia de opioides

CUADRO Nº6 ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTIVIRALES, ANTIMICÓTICOS PERMITIDOS DURANTE GESTACIÓN

Grupo	Principio activo	Embarazo	Lactancia
Analgésico-antipirético	Paracetamol	B	A
AINES	Ácido acetilsalicílico	C/D(σ)	C
	Ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, piroxicam	B/D(σ)	A
	Indometacina	B-C/D(σ)(β)	A
	Ácido mefenámico, ácido meclofenámico	C/D(σ)	A
Pirazolanas	Metamizol	C-¿?	¿?
Opiode	Tramadol	C	B
	Codeína	C/D(σ)	A
	Dihidrocodeína	B/D(σ)	B
	Cloruro mórfico	C/D(σ)	B

Leyenda: (σ) Desaconsejados en 3er trimestre (D). (β) No usar por riesgo de cierre precoz del ductus.

Grupo	Principio activo	Embarazo	Lactancia
Penicilinas	Amoxicilinas.	B	A
	Amoxicilinas- ácido clavulánico, ampicilina, cloxacilina, bencilpenicilina.	B	B
Cefalosporinas	Cefuroxina axetilo, cefalexina, cefonicida, cefactor, cefadroxilo, etc.	B	B-A
Macrólidos	Eritromicina(σ), azitromicina	B	A-B
	Claritromicina.	C	B
Ketólifos(β)	Telitromicina	¿?	¿?
Aminoglucósidos(β)	Gentamicina, amikacina.	C	B
	Tobramicina	D	B
Tetraciclinas (β)		D	B
Fosfomicina		B	B
Quinolonas (x)	Ácido nalidixico, norfloxacin, ciprofloxacino, ofloxacino, levofloxacino.	C	C
Antituberculosos	Rifampicina, isoniazida	C	B
	Etambutol	B	A
	Estreptomicina	D	B
	Piracinamida	C	B
Antivirales	Aciclovir, famciclovir		
Antifúngicos y antiparasitarios	Clotrimazol (tópico, vaginal)	B	B
	Miconazol, Ketoconazol (orales y tópicos)	C	B
	Nistatina	B-C	A

Leyenda: (σ) Evitar la forma estolato. (β) No se aconseja su utilización. (x) No se aconseja la utilización de fluoroquinolonas.

Adaptado de: Alfaro A, Castejón I, Magán R, Alfaro M. Embarazo y salud oral. Clin Med Fam. 2019; 11(3).

CUADRO N°7: ANESTÉSICOS LOCALES Y SEDANTES DURANTE EL EMBARAZO

Agente	Categoría de FDA	Seguro durante el embarazo
Anestésicos locales (inyectables)		
Articaína	C	Sí
Bupivacaína	C	Sí
Mepivacaína	C	Sí
Lidocaína	B	Sí
Prilocaina	B	Sí
Anestésicos locales (tópicos)		
Lidocaína	B	SÍ
Benzocaína	C	Utilizar con precaución
Tetracaína	C	Utilizar con precaución
Sedantes		
Óxido nitroso	No especificado	Utilizar con precaución
Diazepam	D	NO
Lorazepam	D	NO
Triazolam	X	NO
Midazolam	D	NO
Hidroxicina	C	Utilizar con precaución

Adaptado de: Ouanounou A, Haas DA. Drug therapy during pregnancy: implications for dental practice. Br Dent. 2016; 220(8): 413-417.

Cuadro N°08: Códigos y criterios del examen periodontal básico

Código y tratamiento a realizar
0: Los tejidos periodontales están sanos Enfermedad gingival en embarazadas (código 0,1,2), no es necesario tratamiento periodontal, se promueve prevención de salud periodontal.
1: sangrado hasta 30 segundos después de realizado el sondaje. Si no hay saco periodontal o tártaro, pero el sangrado está presente, se realiza código 1 en ese sextante. Mejorar higiene oral, se instruye en técnicas de higiene bucal
2: cálculo u otro factor retentivo de placa bacteriana (obturaciones defectuosas), esto puede ser detectado por la esfera de la sonda. El área de color negro de la sonda está visible. Destartraje supragingival, pulido coronario y eliminar obturaciones con desajuste cervical o desbordantes proximales, mejorar higiene oral
3: El área codificada de color negro de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival (parcialmente visible). Indica la presencia de un saco periodontal de 3.5mm a 5.5mm de profundidad. Instruir en higiene oral, destartraje supragingival y subgingival porque existe saco de 3.5 a 5.5mm. Al octavo día de haber finalizado terapia, se irriga sacos con clorhexidina gel.
4: el área negra de la sonda queda por debajo del margen gingival. Presencia de un saco periodontal de 5.5mm a más. Si el primer diente del cuadrante presenta un código 4, este valor se le asigna al sextante sin la necesidad de revisar el resto de dientes del sextante. Tratamiento con mayor complejidad para eliminar zonas infectadas
X: no hay diente en el sextante o diente presente tiene indicación de extracción



Ministerio de Salud de Chile. Salud oral integral de la embarazada. [sede Web]. Santiago: Ministerio de Salud, 2013 julio. [actualización 2015; acceso 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>

CUADRO N° 09: Criterios para un Recubrimiento Pulpar Directo Exitoso:

Antecedentes	Evaluación preoperatoria	Hallazgos clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • NO dolor recurrente o espontáneo • NO aumenta volumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Test de vitalidad pulpar normal. • Percusión negativa. • Sin evidencia radiográfica de patología perirradicular. • Cámara pulpar y conductos radiculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulpa de color rosado. • Sangrado al tacto, pero no en exceso.

Ministerio de Salud de Chile. Salud oral integral de la embarazada. [sede Web]. Santiago: Ministerio de Salud, 2013 julio. [actualización 2015; acceso 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>

ANEXO N°6: GRÁFICOS I RESPUESTAS OBTENIDAS EN LA APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

GRÁFICO N°10: Respuestas de encuestados acerca del periodo del embarazo en el que la gestante presenta menor riesgo de complicaciones en el tratamiento odontológico

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

57 de 130 respuestas correctas

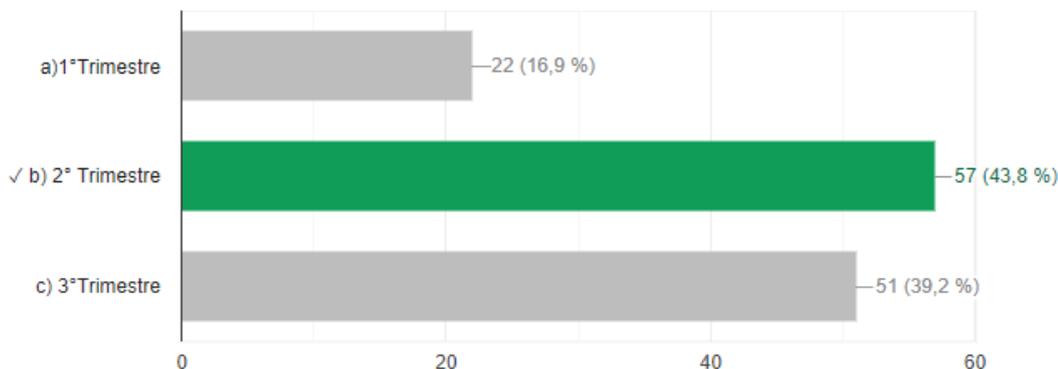


Gráfico N°10: El 43,8% (57) de encuestados afirma que el periodo del embarazo en el que la gestante presenta menor riesgo de complicaciones en el tratamiento odontológico es el 2do trimestre, el 16,9% (22) indica que es el 1er trimestre.

GRÁFICO N°11: Respuestas de encuestados acerca pH de la saliva durante el embarazo

2. ¿El pH de la saliva durante el embarazo?

58 de 130 respuestas correctas

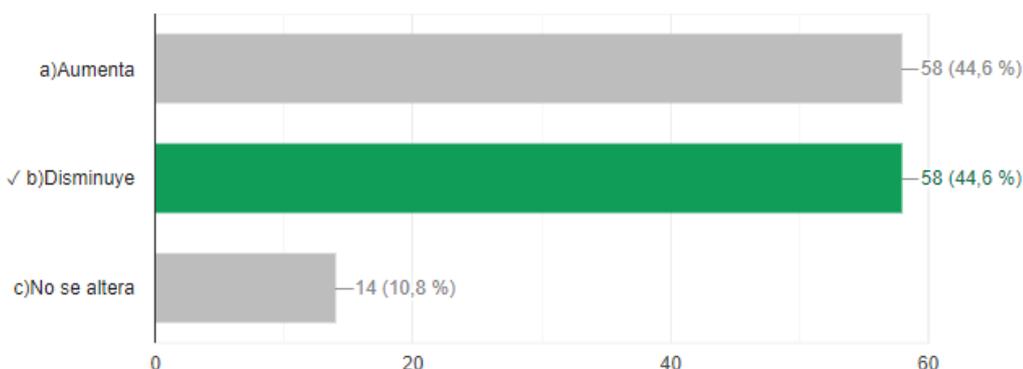


Gráfico N°11: El 44,6% (58) de los encuestados señala que el pH salival durante la gestación disminuye, mientras que el 10,8% (14) indica que este no se altera

GRÁFICO N°12: Respuestas de encuestados acerca del parámetro normal de la P/A en la gestante durante el 2do y 3er trimestre

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

63 de 130 respuestas correctas

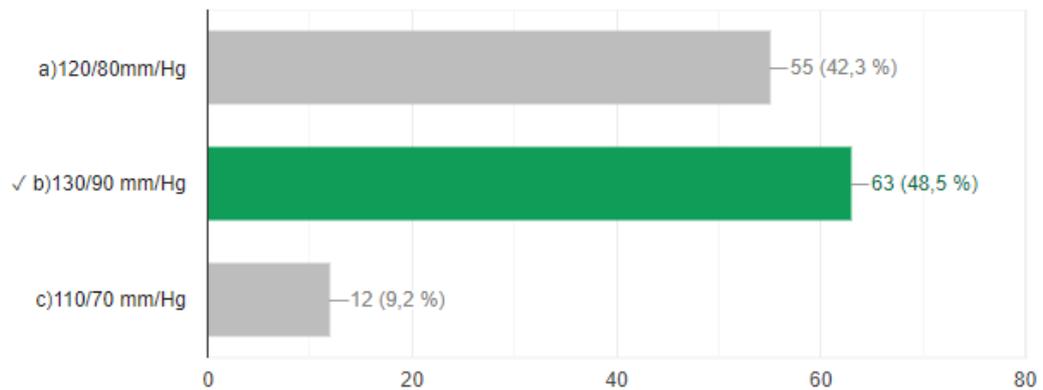


Gráfico N°12: El 48,5% (63) de los encuestados señala que el parámetro normal de la P/A en la gestante durante el 2do y 3er trimestre es 130/90 mm/Hg y el 9,2% (12) indica que es de 110/70 mm/Hg.

GRÁFICO N°13: Respuestas de encuestados acerca de a cuáles enfermedades orales son más susceptibles las gestantes

4. ¿A qué enfermedades orales son más susceptibles las gestantes?

119 de 130 respuestas correctas

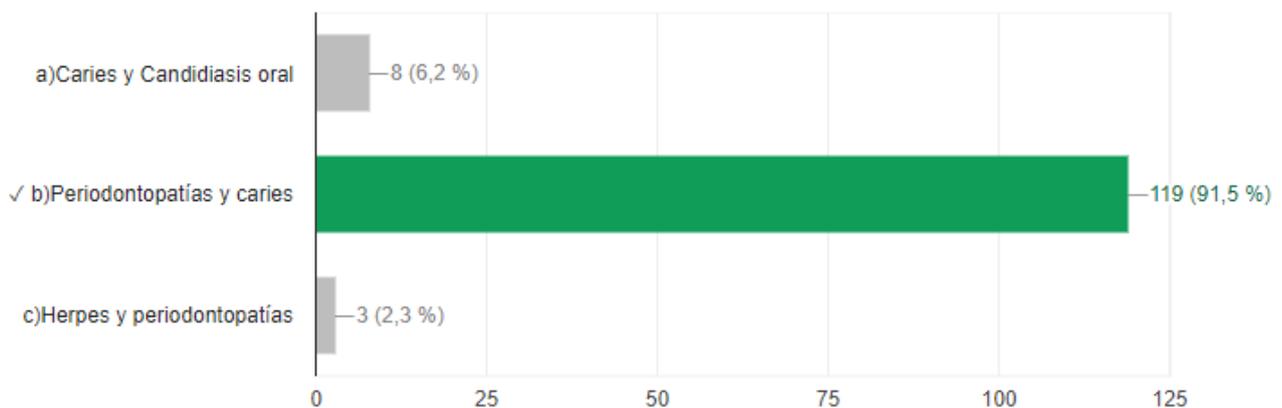


Gráfico N°13: El 91,5% (119) indica que las gestantes son más susceptibles a presentar periodontopatías y caries, y el 2,3% (3) señala herpes y periodontopatías.

GRÁFICO N°14: Respuestas de encuestados acerca de la manifestación oral durante gestación

5. Indique lo correcto sobre la gestación:

99 de 130 respuestas correctas

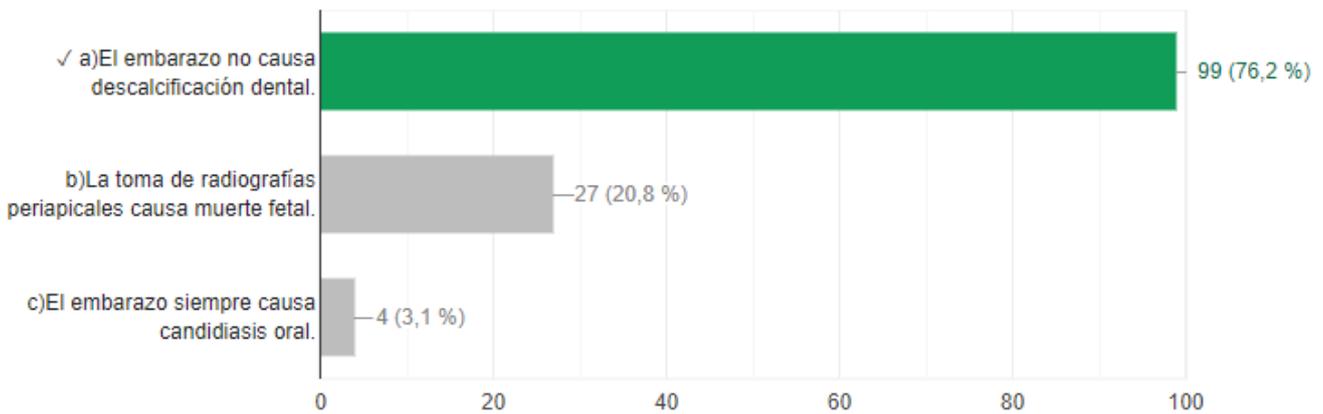


Gráfico N°14: El 76,2% (99) indica que el embarazo no causa descalcificación dental y el 3,1% (4) señala que la gestación siempre causa candidiasis oral.

GRÁFICO N°15: Respuestas de encuestados acerca de patología oral durante la gestación

6. Según las patologías orales durante la gestación, indique lo correcto

110 de 130 respuestas correctas

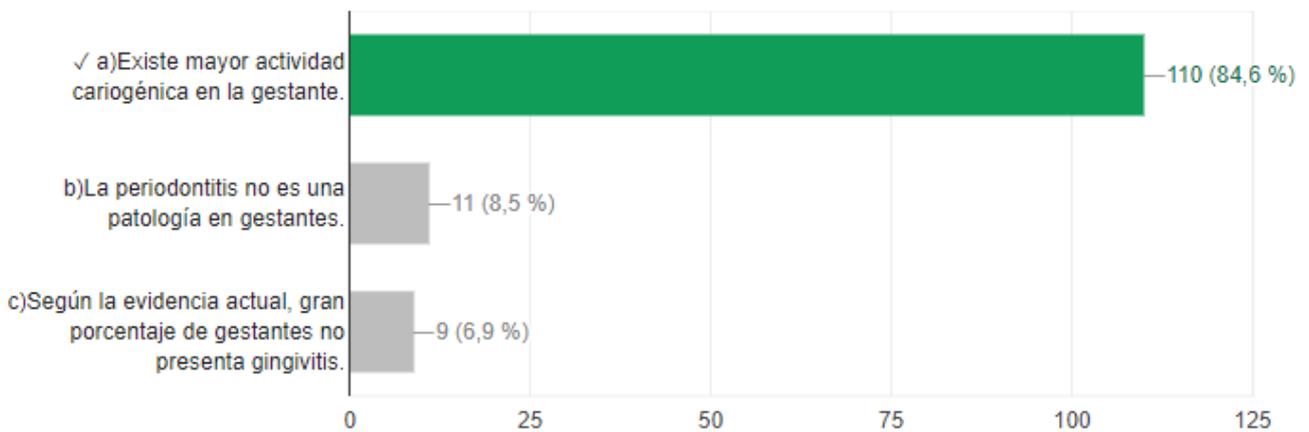


Gráfico N°15: El 84,6% (110) indica que existe mayor actividad cariogénica en la gestante y el 6,9% (9) señala que según la evidencia actual gran porcentaje de gestantes no presenta gingivitis.

GRÁFICO Nº16: Respuestas de encuestados acerca del uso de anestésicos locales en tratamiento odontológico.

7. Respecto al uso de anestésicos locales en tratamiento odontológico, marque lo correcto:

58 de 130 respuestas correctas

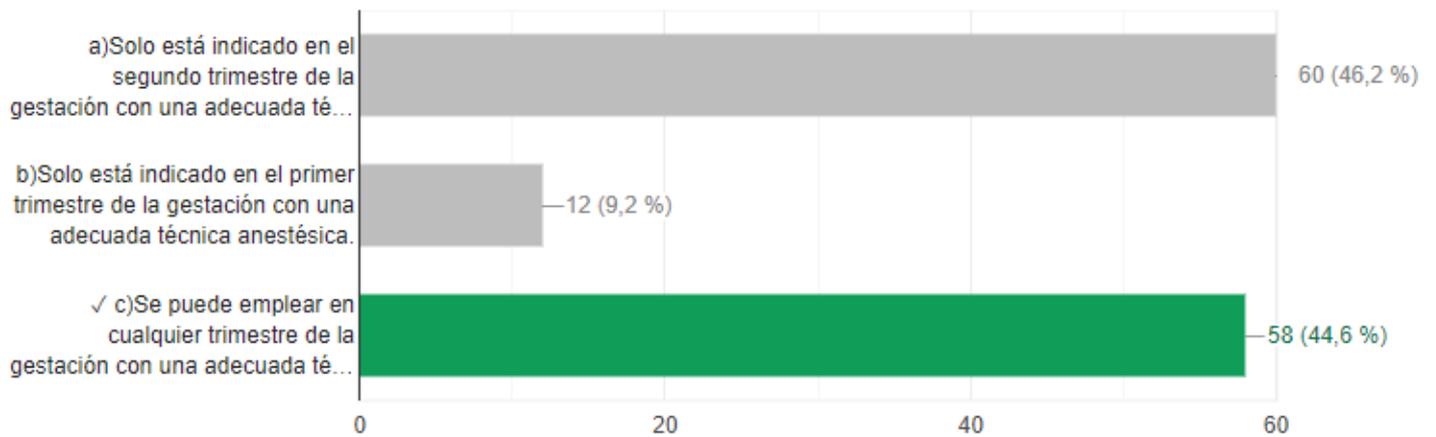


Gráfico Nº16: El 46,2% (60) afirma que el uso de anestésicos solo está indicado en el segundo trimestre de gestación con una adecuada técnica anestésica, y el 9,2% (12) señala que solo está indicado en el primer trimestre de la gestación.

GRÁFICO Nº17: Respuestas de encuestados acerca del tipo de anestésico local más indicado en la paciente embarazada

8. ¿Qué tipo de anestésico local es el más indicado en la paciente embarazada?

75 de 130 respuestas correctas

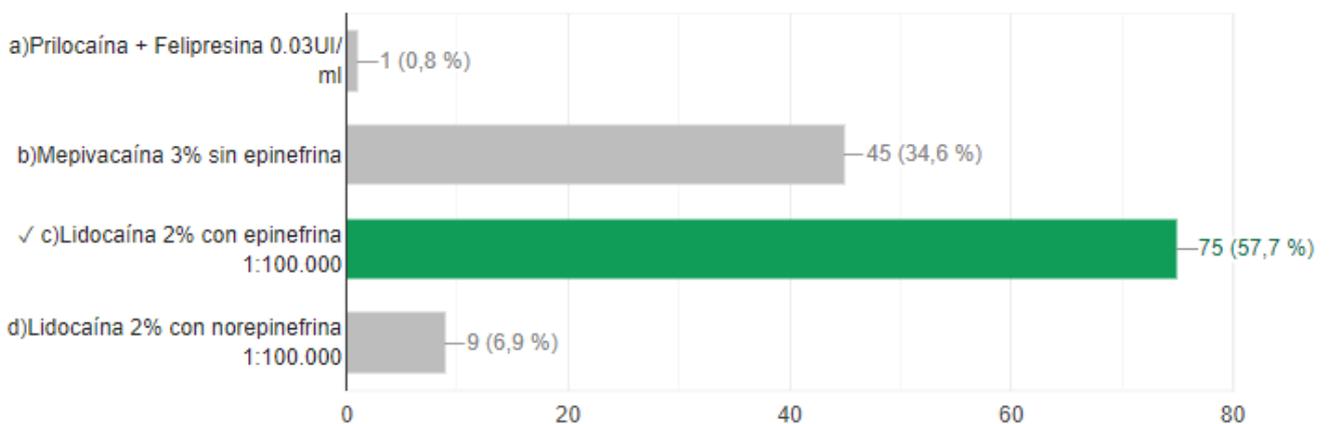


Gráfico Nº17: El 57,7% (75) afirma que el anestésico local más indicado en la gestante es la Lidocaína 2% con epinefrina 1:100.000, y el 0,8% indica a la prilocaína + felipresina 0.03UI/ml.

GRÁFICO N°18: Respuestas de encuestados acerca del antibiótico indicado en gestantes

9.¿Qué antibiótico está indicado para una paciente embarazada?

105 de 130 respuestas correctas

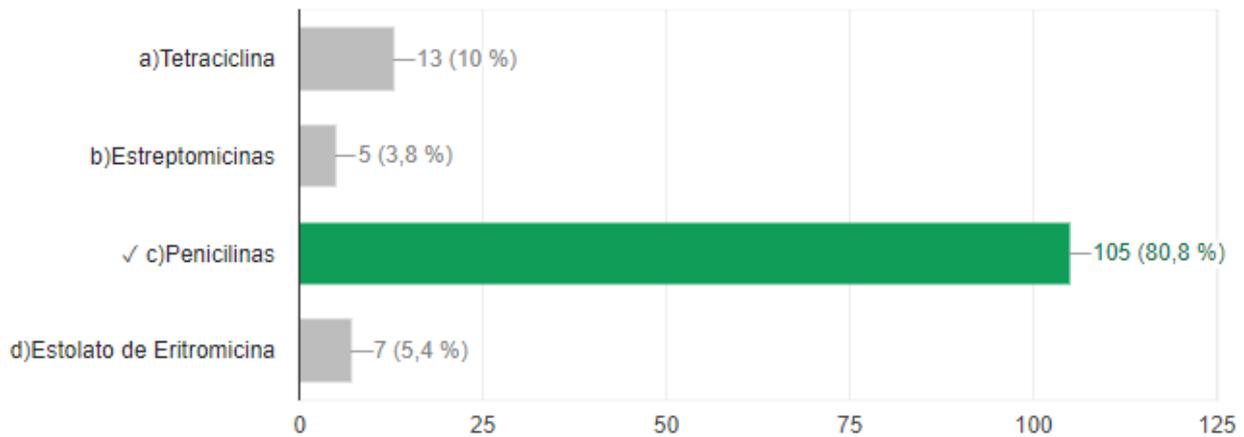


Gráfico N°18: El 80,8% (105) de los encuestados indica penicilina en gestantes, el 10% (13) tetraciclina, el 5,4% (7) estolato de eritromicina, el 3,8% (5) estreptomicinas.

GRÁFICO N°19: Respuestas de encuestados acerca del analgésico indicado en gestantes

10.¿Qué analgésico está indicado para una paciente gestante?

76 de 130 respuestas correctas

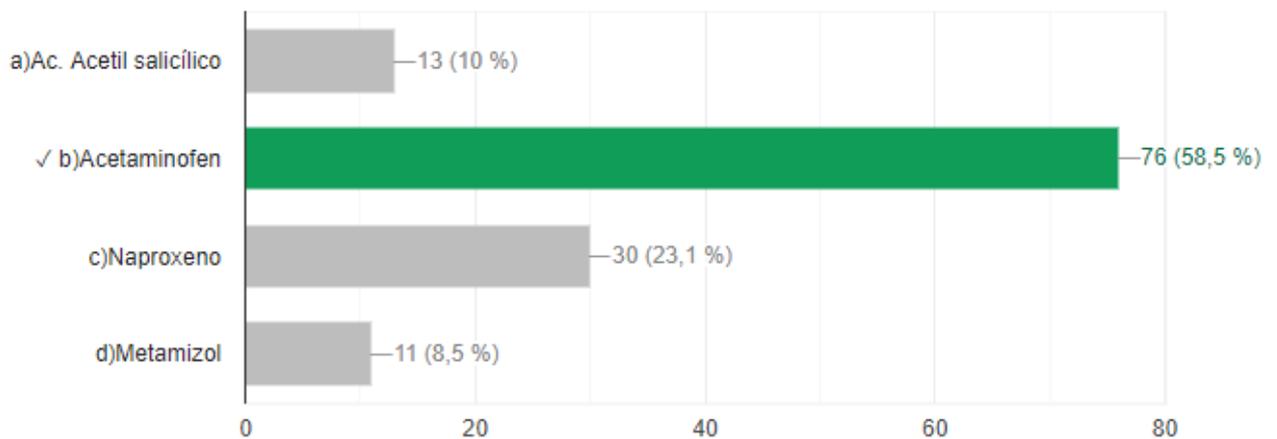


Gráfico N°19: El 58,5% (76) de los odontólogos indica Acetaminofen, el 23,1% (30) naproxeno, el 10% Ac. Acetil salicílico y el 8,5% (11) metamizol.

GRÁFICO Nº20: Respuestas de encuestados acerca de la indicación del tratamiento odontológico durante la gestación

11. Con respecto al tratamiento odontológico durante la gestación, indique usted lo correcto

80 de 130 respuestas correctas

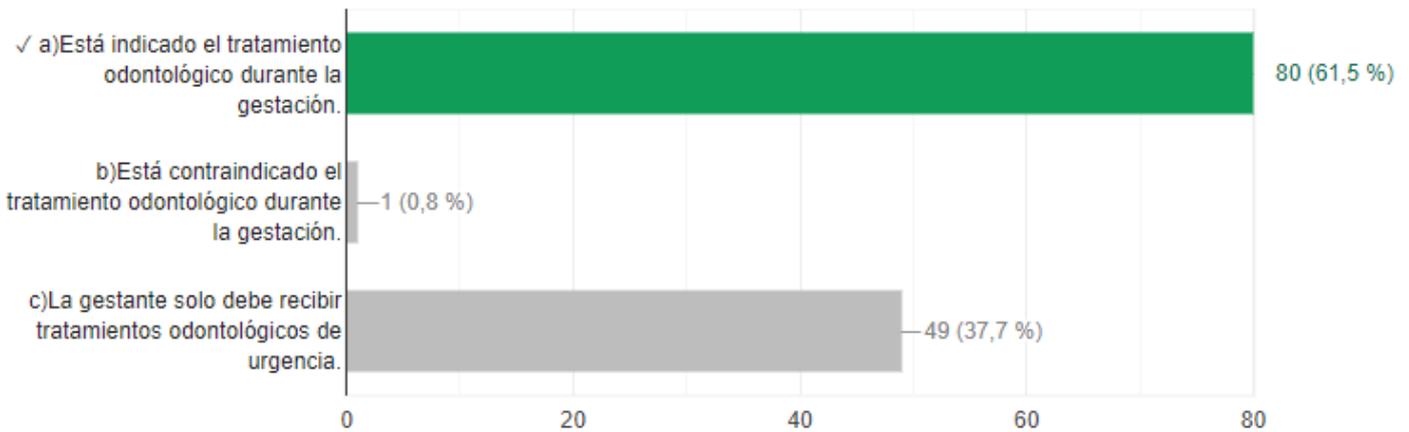


Gráfico Nº20: El 61,5% (80) de los odontólogos afirma que el tratamiento odontológico durante la gestación está indicado y el 0,8% (1) señala que el tratamiento odontológico está contraindicado durante esta etapa.

GRÁFICO Nº21: Respuestas de encuestados acerca de la toma de radiografías periapicales durante la gestación

12. Marque lo correcto respecto a la toma de radiografías periapicales durante la gestación:

81 de 130 respuestas correctas

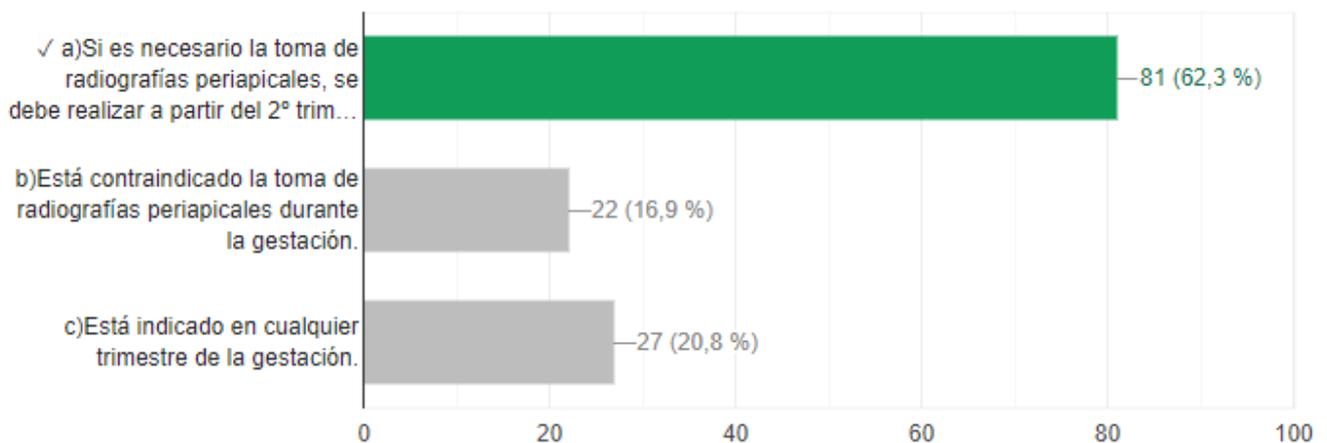


Gráfico Nº21: El 62,3% (81) de los odontólogos afirma que si es necesario la toma de rx periapicales se debe realizar a partir del 2do trimestre de gestación, y el 16,9% (22) indica que está contraindicado la toma de rx periapicales durante esta etapa.

GRÁFICO N°22: Respuestas de encuestados acerca de cuál es la posición ideal del sillón dental durante el 2º y 3º trimestre de gestación

13.¿Qué posición del sillón dental está indicada durante el 2º y 3º trimestre de gestación?

87 de 130 respuestas correctas

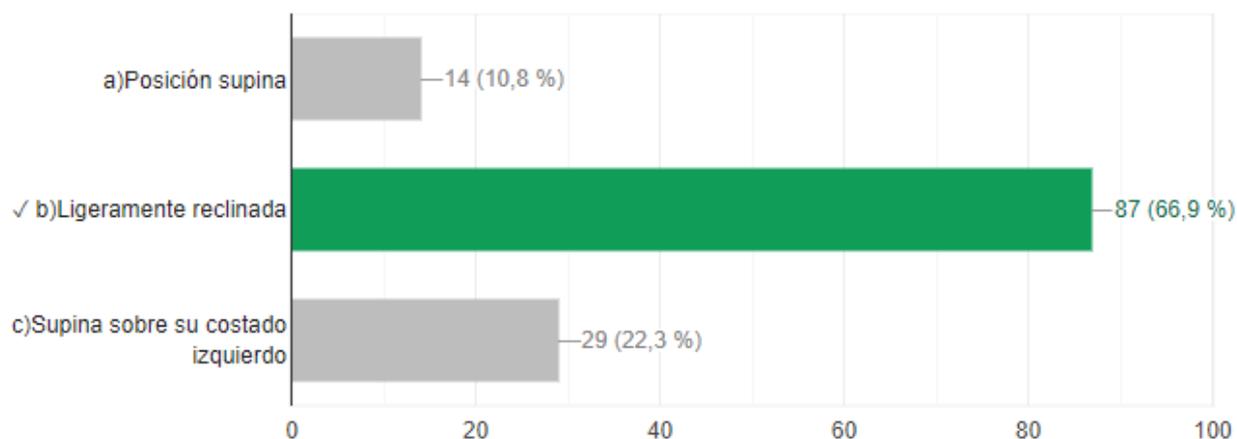


Gráfico N°22: El 66,9% (87) de los odontólogos señala que la posición ideal del sillón dental durante el 2º y 3º trimestre de gestación es ligeramente reclinada, y el 10,8% (14) indica a la posición supina.

GRÁFICO N°23: Respuestas de encuestados acerca del manejo de la ansiedad de la gestante en el consultorio dental

14.¿Cómo se maneja la ansiedad de la paciente gestante en el consultorio dental?

101 de 130 respuestas correctas

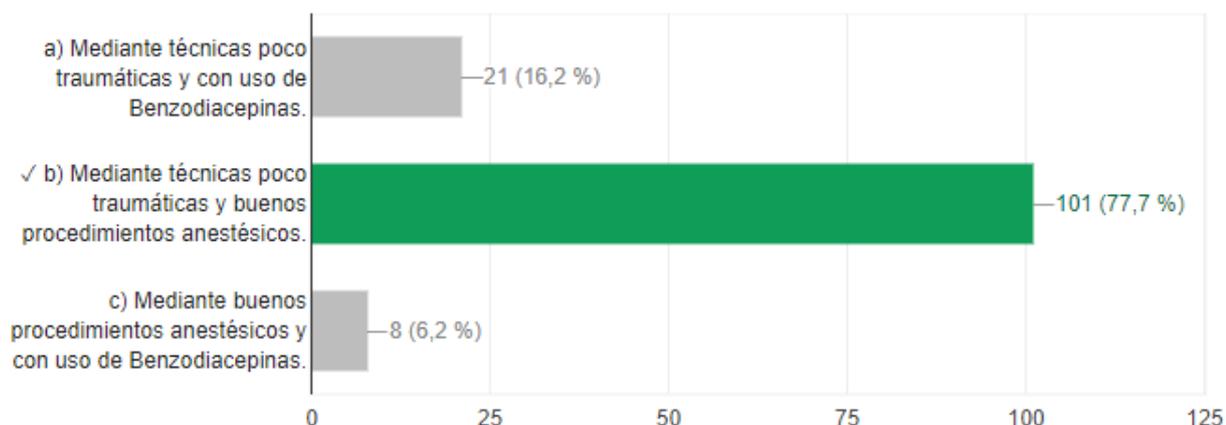


Gráfico N°23: El 77,7% (101) de los encuestados indica que la ansiedad en gestantes se maneja a través de técnicas poco traumáticas y buenos procedimientos anestésicos, y el 6,2% (8) señala que se debe manejar mediante buenos procedimientos anestésicos y emplear Benzodiazepinas.

GRÁFICO Nº24: Respuestas de encuestados acerca del tratamiento endodóntico en la gestante aparentemente sana

15. Marque lo correcto respecto al tratamiento endodóntico en la gestante aparentemente sana:

93 de 130 respuestas correctas

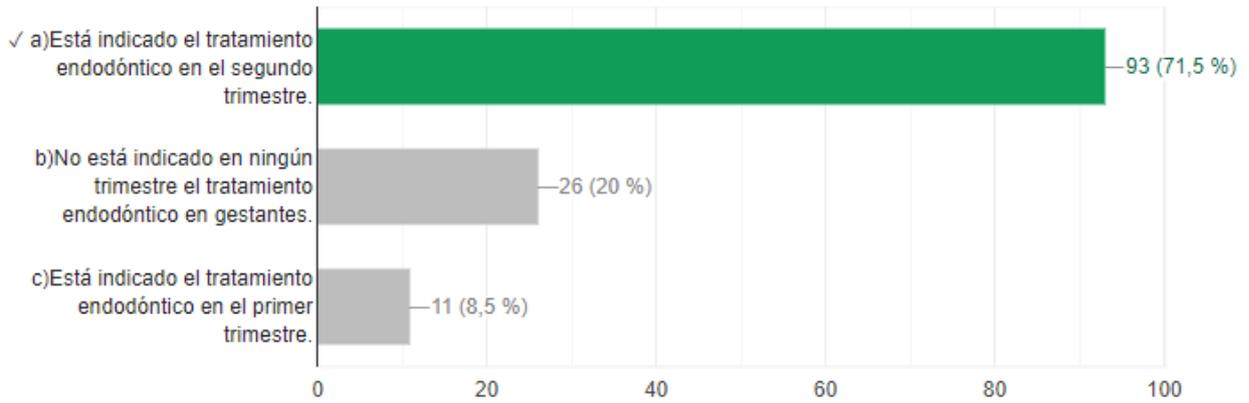


Gráfico Nº24: El 71,5% (93) de los encuestados afirma que el tratamiento endodóntico está indicado en el segundo trimestre de gestación y el 8,5% (11) señala que está indicado en el primer trimestre de embarazo.