

EFFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS
Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD

ESTUDIANTES PROPONENTES
CLAUDIA JANNETH BARRERA HIDALGO
SORANY DEL SOCORRO ESPAÑA CORAL

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD CESUN
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO

2016

EFFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS
Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD

ESTUDIANTES PROPONENTES
CLAUDIA JANNETH BARRERA HIDALGO
SORANY DEL SOCORRO ESPAÑA CORAL

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA

ASESOR PRINCIPAL: SONIA GÓMEZ ERAZO
COASESOR: CARMEN EUGENIA QUIÑONEZ
ASESOR ESTADÍSTICO: ARSENIO HIDALGO TROYA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD CESUN
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO

2016

Nota de Responsabilidad

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo de grado son responsabilidad exclusiva del autor.

Artículo 1º del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de Aceptación

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, 23 de Agosto de 2016

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a la E.S.E Pasto Salud por permitirnos realizar esta investigación, a las gestantes que participaron del estudio por convertirse en el corazón de este trabajo, al Doctor Alexander Bustos por su valiosa colaboración como profesional de la Odontología, a nuestros asesores Doctora Sonia Gómez, Doctora Carmen Eugenia Quiñonez por sus meritorios aportes, al profesor Arsenio Hidalgo por el tiempo y la dedicación; a la Doctora María Clara Yépez y su equipo de trabajo por la colaboración en el desarrollo de todo el proceso.

DEDICATORIA

Gracias infinitas a Dios porque a través de la vida siempre me ha demostrado su amor infinito y su compañía incondicional, al angelito más hermoso del cielo por el ejemplo y la enseñanza de la fortaleza que lleva en su interior una verdadera madre y una valiosa mujer; a mi papá y a mi hermana por sus palabras de aliento y su apoyo constante, a doña Socorrito por el amor infinito a su nieto... Y a ti vida de mi vida, mi pollito, mi motivo más amado, por quien vale la pena luchar, a ti mi Juan Antonio por ser el motivo y el compañero más importante de este triunfo, no fue fácil, pero lo logramos mi amor. “Ni antes, ni después...los tiempos de Dios son perfectos”.

Claudia Barrera Hidalgo

A Dios y a la Virgen por haberme guiado por el buen camino, dado su infinita bondad, amor, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente. A mis padres Socorro Coral y Hugo España por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por apoyarme en todo momento, por sus consejos, sus valores, su amor y por inculcarme que la educación es el mayor tesoro. A mi abuelo Vicente, por ser el precursor de nuestra familia por enseñarnos el valor de la vida. A mis hermanas Diva y Zuleima por estar siempre presentes, por su amor y comprensión. A mi sobrina Martica Isabella quien es inspiración y felicidad. A Harold Burbano por ser mi compañero, mi amigo mi apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida. A mi familia Coral Fajardo por estar siempre presentes en todo mí existir.

Sorany del Socorro España Coral

RESUMEN

Durante la gestación se presentan cambios sistémicos en el organismo de la madre que repercuten en la cavidad bucal e influyen sobre la salud general del binomio madre-hijo, por esto la educación durante este periodo es fundamental para fomentar hábitos de salud bucal y estilos de vida saludables. Se realizó un estudio pre-experimental de intervención comunitaria con 19 gestantes, para determinar la efectividad de una estrategia de intervención educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud. El promedio de edad de las gestantes fue de 25 años, pertenecen principalmente al estrato socioeconómico uno (84,2%), cuentan con estudios de secundaria y nivel técnico (79%), viven en unión libre (42,1%), son amas de casa (42,1%), primigestantes (63%), han asistido alguna vez al odontólogo (95%) y se encontraban alrededor de la semana 21 de gestación; el nivel de conocimientos al inicio fue medio (68,4%) y bajo (31,6%), pero al finalizar la intervención (post-intervención 1) alcanzó un nivel alto (100%), incluso un mes después (post-intervención 2); las prácticas de salud bucal en los tres momentos de la intervención se mantuvieron estables; el 74% mostró un índice COP-D muy alto, que para los dientes cariados mostró diferencias bajas al inicio y el post-intervención 1 ($d=0,30$) y moderadas entre el post-intervención 1 y 2 ($d=0,36$), los dientes obturados presentaron diferencias bajas entre el momento inicial y post-intervención 1 ($d=0,23$) y entre el post-intervención 1 y 2 ($d=0,18$); la higiene bucal fue regular (63,2%) aunque alcanzó un nivel óptimo en la post-intervención 1, que se mantuvo en el 89,5% de las gestantes en la post-intervención 2. La estrategia fue efectiva y permitió mejorar el estado de salud bucal, conocimientos y prácticas en las gestantes, impactando positivamente su salud y la del bebé.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos y prácticas, Educación para la salud, Intervención, Gestantes, Salud bucal.

ABSTRACT

During gestation, systemic changes occur in the body of the mother that have an influence on the oral cavity and affect the overall health of the mother and the child, then, education during this period is essential to promote oral health habits and healthy lifestyles. A pre-experimental community intervention study with 19 pregnant women was conducted to determine the effectiveness of an educational intervention strategy about knowledge and practices in oral health of pregnant women treated at the Health Center of Pandiaco from Pasto Salud (Social Enterprise of the State). The average age of pregnant women was 25 years, they mainly belong to socioeconomic status one (84.2%), have secondary education and technical level (79%), live with their couple without being married (42.1%) are housewives (42.1%), primigravidae (63%), have attended the dentist at least once (95%) and had around 21 weeks of gestation; the level of knowledge at baseline was medium (68.4%) and low (31.6%), but at the end of intervention (post-intervention 1) it increased reaching a high level (100%), even a month later (post- intervention 2); oral health practices in the three stages of the intervention remained stable; 74% showed a very high DMFT index, which for decayed teeth showed low differences at baseline and post-intervention 1 ($d = 0.30$) and moderate differences between 1 and 2 post-intervention measures ($d = 0, 36$), sealed teeth showed low differences between baseline and post-intervention 1 ($d = 0.23$) and post-intervention between 1 and 2 ($d = 0.18$); oral hygiene was tolerable (63.2%) although it reached an optimal level in the post-intervention 1 and remained high (89.5%) in the post-intervention 2. The strategy was effective and improved the oral health, knowledge and practices in pregnant women, which has a positive impact on their health and the health of their babies.

KEYWORDS: Health knowledge, practice, education, program effectiveness, pregnancy, oral health.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
GLOSARIO	18
INTRODUCCIÓN	19
1. OBJETIVOS	23
1.1 OBJETIVO GENERAL	23
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
2. MARCO REFERENCIAL.....	24
2.1 ESTADO DEL ARTE O MARCO HISTÓRICO.....	24
2.2 MARCO TEÓRICO	29
2.2.1 Gestación.....	29
2.2.2 Salud bucal	30
2.2.2.1 Caries dental.....	31
2.2.2.2 Gingivitis	33
2.2.2.3 Periodontitis	33
2.2.3 Indicadoresepidemiológicos en odontología	34
2.2.3.1 Índice COP-D.....	34
2.2.3.2 Índice de higiene bucal de Greene y Vermillon (IHOS).....	35

2.2.4 Tratamiento odontológico seguro.....	36
2.2.5 Medidas preventivas en salud bucal durante la gestación.....	37
2.2.5.1 Elementos básicos de higiene bucal.....	38
2.2.6 Promoción de la salud	40
2.2.7 Evaluación en promoción de la salud	41
2.3 MARCO CONTEXTUAL	42
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	44
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	45
3.3.1 Criterios de Inclusión	45
3.3.2 Criterios de Exclusión	46
3.4 METODOLOGÍA	46
3.4.1 Etapa de organización	46
3.4.2 Etapa de elaboración de los instrumentos para la recolección de información	47
3.4.3 Etapa de diagnóstico	47
3.4.4 Etapa de diseño e intervención.....	47
3.4.5 Etapa de medición, análisis y evaluación de la intervención.....	48
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	50
4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DEL EMBARAZO ACTUAL DE LAS GESTANTES	50
4.2 ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS DE LAS GESTANTES.....	51

4.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD.....	52
4.4 DIFERENCIAS DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL Y DEL ESTADO DE LA CAVIDAD ORAL DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	54
5. DISCUSIÓN	67
6. CONCLUSIONES.....	75
7. RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXOS.....	94

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	50
Tabla 2. Antecedentes odontológicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	51
Tabla 3. Puntaje total de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud durante la investigación	54
Tabla 4. Índice COP-D de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	55
Tabla 5. Componente individual del Índice COP-D de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud durante la investigación	57
Tabla 6. Índice de higiene oral simplificado IHOS de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	57
Tabla 7. Prueba de efectos intra sujetos en el nivel de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	59

Tabla 8. Prueba de efectos inter-sujetos a nivel de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	59
Tabla 9. Prueba de efectos intra-sujetos en las prácticas en salud bucal - dientes carizados y dientes obturados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	61
Tabla 10. Prueba de efectos inter-sujetos en las prácticas en salud bucal y dientes carizados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	62
Tabla 11. Prueba de efectos inter-sujetos en las prácticas y dientes obturados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	63
Tabla 12. Prueba de efectos y contrastes intra-sujetos a nivel de prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud mediante el Índice de higiene oral simplificado IHOS	65
Tabla 13. Prueba de efectos inter-sujetos en las prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud mediante el índice de higiene oral simplificado IHOS	66

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Integración de gestantes y conformación de grupos amigables	143
Figura 2. Gestante afianzando la temática mediante la actividad “Armar la boca”	143
Figura 3. Gestantes realizando función de títeres de dedo	144
Figura 4. Actividad de retroalimentación realizada por una de las gestantes	144
Figura 5. Gestantes recibiendo instrucción en técnica de cepillado	145
Figura 6. Kits de higiene bucal	145
Figura 7. Entrega de kits de higiene bucal a las gestantes	146
Figura 8. Gestantes observando video de tratamiento odontológico seguro	147
Figura 9. Gestante participando de actividad lúdica de la sesión para despejar dudas y mitos	147
Figura 10. Gestantes participando de la retroalimentación de la estrategia	148
Figura 11. Graduación de las gestantes	148

Figura 12. Nivel de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	55
Figura 13. Medias marginales estimadas entre el nivel de conocimientos en salud bucal y el estrato socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	60
Figura 14. Medias marginales estimadas de las prácticas en salud bucal y los dientes obturados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud. A. Edad, B. Estado Civil	64

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Oficio de solicitud para desarrollar el proyecto de investigación en la E.S.E Pasto Salud	95
Anexo B. Oficio de respuesta a solicitud de autorización por cuenta de la E.S.E Pasto Salud	96
Anexo C. Oficio de entrega de anteproyecto de investigación a la E.S.E Pasto Salud	97
Anexo D. Consideraciones éticas de la investigación	98
Anexo E. Consentimiento informado	101
Anexo F. Oficio de respuesta de aprobación para desarrollar el proyecto de investigación en la E.S.E Pasto Salud	102
Anexo G. Solicitud de autorización al director operativo de la red norte de la E.S.E Pasto Salud para tener acceso a la información necesaria para desarrollar la investigación	103
Anexo H. Oficio de respuesta con autorización del director operativo de la Red Norte de la E.S.E Pasto Salud	104
Anexo I. Cuestionario inicial sobre conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	105

Anexo J. Formato inicial de prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	107
Anexo K. Cuestionario post-intervención sobre conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	108
Anexo L. Formato post-intervención de prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud	110
Anexo M. Estrategia educativa en salud bucal para gestantes “Creando, jugando y aprendiendo los cuidados de mi boca y la de mi bebé”	111
Anexo N. Operacionalización de variables	149

GLOSARIO

CONOCIMIENTOS: información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación (1).

PRÁCTICAS es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos (2).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: herramienta de salud pública cuyo objetivo es el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables, y su eje fundamental es la comunicación (3).

INTERVENCION: las intervenciones comunitarias constituyen el conjunto de medidas sanitarias (organizativas, programáticas y estratégicas) aplicadas a personas, grupos y comunidades. Implican acciones de promoción, mantenimiento y restauración de la salud. Estas deben responder a necesidades, ser planificadas, aplicadas, colectivamente consensuadas, incluyentes y evaluadas (4).

GESTANTES: estado de embarazo o gestación, estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto (5).

SALUD BUCAL: la salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal (6).

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico modificado, en el cual el organismo materno presenta grandes cambios a todos los niveles; en el aspecto físico, biológico, químico, psicológico por lo cual se requiere en la gestante un proceso de autorregulación emocional y el fortalecimiento de hábitos correctos de salud que pueden influir en el estado de la cavidad bucal, por lo tanto, las mujeres de esta población se deben considerar como pacientes especiales (7).

La salud bucodental es un componente esencial de la buena salud (8), este concepto permite hacer énfasis en la necesidad de que una mujer reciba atención completa durante el periodo de gestación donde se presentan cambios sistémicos en su organismo, incluidos los que repercuten en la cavidad bucal y que son resultado de un conjunto de factores que terminan influyendo sobre la salud general de la gestante y el feto. En este sentido, la salud bucal de los niños comienza desde el embarazo, ya que la dieta de la madre produce el aporte adecuado de proteínas, calcio, fósforo y vitaminas, proceso que continúa luego del nacimiento mediante la lactancia materna y con la adopción de medidas que fortalezcan los dientes en formación. Al nacer los bebés están libres de microorganismos en la boca, pero los adquieren por contacto con otras personas, lo cual se asocia con la formación de placa bacteriana; por eso se considera muy importante que los individuos que estén en íntimo contacto con los recién nacidos, no tengan caries o enfermedades en las encías.

Cabe resaltar que durante mucho tiempo, la atención odontológica y preventiva para niños, se iniciaba a los 3 años de edad, sin embargo, varias investigaciones han demostrado que durante el primer año de vida del bebé, e inclusive, durante la gestación, existe la presencia de hábitos inadecuados, como la ausencia de procedimientos de higiene bucal en la madre gestante y el amamantamiento

nocturno en el pecho y/o biberón, además, en muchos centros hospitalarios tienen un insuficiente y errado conocimiento acerca de la relación que existe entre sus cuidados y la repercusión de éstos en la salud bucal de su futuro hijo (9). En Colombia, desde el año 2009, el Ministerio de Salud ha liderado la realización del IV Estudio Nacional de Salud (ENSAB IV), donde los datos del ámbito nacional reflejan que la experiencia de caries en las mujeres gestantes es de 89.97%, la cual aumenta a medida que avanza la edad (10). Teniendo en cuenta lo anterior, la prevención y conciencia odontológica se debe comenzar con la madre embarazada, para motivarla y educarla en relación a su higiene bucal y la de su futuro hijo, para evitar problemas posteriores y comunes como falta de higiene caries dental, mordida abierta y mala posición dentaria (relacionados con el uso de chupones, biberones), entre otros. Para que se cumplan los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla y lograr también la salud bucal del bebé.

De acuerdo a lo planteado, las embarazadas son consideradas como un grupo poblacional de riesgo para adquirir enfermedades bucales, por lo tanto, son importantes las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad que están incluidas dentro del programa de atención a las embarazadas (11).

Como estrategia, en el sistema de salud colombiano se prioriza el programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo y la guía 7 (12) para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival enmarcadas en la resolución 412 de 2000, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social como normatividad vigente en lo que respecta a atención de promoción y prevención, incluida la población objeto del presente estudio (13).

Si bien es cierto en Colombia, se excluyen estudios específicos donde se mida la efectividad de las actividades planteadas a mejorar la salud bucal de las gestantes,

desconociendo hasta qué punto esas acciones han logrado un impacto real de cambiar los hábitos y su repercusión en la salud bucal propia y de sus hijos.

Es por ello que se considera ideal modificar la apreciación de los profesionales de la salud en la labor de generar procesos basados en el autocuidado de las gestantes, con el objetivo de potencializar la calidad de la salud en el desarrollo del periodo gestacional a través de la educación y las prácticas de estilos de vida saludables, situación que permitirá disminuir riesgos futuros.

Bajo este contexto surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de una estrategia de intervención educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud?, de la cual se derivó la consecuente hipótesis de investigación: El nivel de conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud que participen activamente de la intervención educativa en salud bucal presentarán cambios significativos en los índices pre y post intervención, demostrando de esta manera la efectividad e importancia de la educación para la salud en las mujeres en estado de gestación, quienes serán las replicadoras de estilos de vida y hábitos saludables con sus hijos.

El estudio tuvo una relevancia social en el sentido que impactó positivamente en la comunidad específica de gestantes que fueron intervenidas, lo cual se pudo concluir a través de la evaluación de la efectividad de los conocimientos y las prácticas en salud bucal de las futuras madres. De esta manera se obtuvo una valoración real de la problemática del campo en mención, permitiendo con ello definir a largo plazo la necesidad de generar políticas públicas o estrategias para ser implementadas por parte de las entidades de salud, con el fin de promocionar la salud bucal, prevenir enfermedades y disminuir los índices de morbilidad, conllevando a tener una mejor calidad de vida.

El aporte al conocimiento es valioso y relevante en la región. Además, los resultados, alimentan las estadísticas en la población de estudio sobre los niveles de conocimientos y prácticas en salud bucal y la repercusión del estado epidemiológico en sus hijos, lo que permitirá dar a conocer a la sociedad y a los entes territoriales del municipio y de la región, la problemática de salud bucal persistente en el entorno. La contribución que se realiza a la Salud Pública genera la posibilidad de construir en conjunto con las entidades de salud la implementación de políticas de salud bucal en la población gestante, que permitan trabajar la inclusión materna de manera interdisciplinaria para hacer una atención integral y segura. De igual forma la presente investigación representa una base para impulsar otros estudios similares que puedan contribuir a la preservación de la salud bucal, a la educación de los padres como elemento fundamental en la formación del niño y por ende permitir tomar decisiones en los planos técnico-científico, administrativo y político para mejorar la calidad de la salud bucal del binomio madre – hijo.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la efectividad de una estrategia de intervención educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente la población de gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud.
- Determinar los antecedentes odontológicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud.
- Diseñar e implementar una estrategia educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud.
- Establecer las diferencias de los conocimientos y prácticas en salud bucal y del estado de la cavidad bucal de la población a estudio antes y después de la intervención.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ESTADO DEL ARTE O MARCO HISTÓRICO

Entre los años 1967 y 2013 se han realizado estudios en diferentes países del continente americano, sobre conocimientos y prácticas en las mujeres gestantes en salud bucal, entre ellos se encuentran:

Edwards T. y Rountree D., en Estados Unidos, realizaron una encuesta en 300 gestantes para comprobar el conocimiento, actitudes y conducta que afectaban la salud bucal y la de sus hijos. Los resultados mostraron ignorancia sobre salud e higiene bucal, falta de conocimiento acerca de dentición primaria y resignación por parte de la mayoría a la pérdida inevitable de dientes permanentes (14).

Shein, B., en Estados Unidos realizó un estudio sobre la efectividad de la educación odontológica prenatal, concluyó que debe existir un refuerzo educativo y motivación para lograr resultados positivos y recomendó trabajar en conjunto con médicos, odontólogos y especialmente con obstetras y pediatras (15).

Velásquez Huamán Z., evaluó el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Estableció la relación del nivel de conocimientos con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y número de embarazo, encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado y estableció que dentro de este grupo de gestantes prevalecía el grado de instrucción de secundaria completa determinando que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción (16). Un estudio similar en el 2000, con un grupo de 263 gestantes que acudieron a los servicios del IPSS y de Salud Pública, encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue medio que en la

mayoría de las gestantes prevalecía el grado de instrucción secundaria completa a superior y que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción (17).

Díaz Núñez M., determinó el grado de conocimiento sobre prevención en salud bucal en un grupo de 85 embarazadas que acudieron al Hospital Materno Infantil de Canto Grande en Lima Perú, quienes en su mayoría presentaban deficiencias en los servicios básicos y nivel bajo de ingresos. Encontró que el grado de conocimiento de las medidas preventivas en salud bucal por parte de las gestantes era nulo en su mayor parte y bajo en el grupo restante (18).

Sante Balarezo C., en Lima Perú encontró que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en gestantes está en relación inversamente proporcional con el grado de inflamación gingival y concluye que la mayoría de las gestantes tiene conocimientos sobre las consecuencias de una buena higiene bucal pero no saben cómo conseguirla (19).

Gonzales Aliaga R., en Lima Perú, presentó un estudio donde relacionaba la educación de la madre y el estado de salud de los primeros molares permanentes, concluyó que la educación de las madres es un factor importante para mantener el estado de salud de las piezas dentarias, donde los resultados evidencian que en las madres que poseen una mejor educación odontológica, sus hijos poseen un mejor estado de conservación de los molares (20).

Holdings LLC., realizó en Lima Perú una investigación que, durante el primer año de vida del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados como la ausencia de procedimientos de higiene bucal y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón. Otro estudio comprobó que casi el 6% de los bebés poseían una alta frecuencia en el consumo de azúcar, donde 33% fueron contaminados por las madres a través de la saliva y cerca del 13% presentaron lesiones cariosas durante

el primer año de vida esto refuerza la importancia de la prevención de la salud bucal ya que la prevención de la caries en bebés se inicia con la educación de los padres (21).

La Torre Gálvez M., en Lima Perú, estudió el grado de conocimiento de las gestantes acerca de la higiene bucal en el recién nacido con una muestra de 40 mujeres primigestas, las que fueron evaluadas en primer lugar según una ficha de datos y luego con cuestionarios de estado de la salud bucal de la gestante y del infante, así como sobre el conocimiento del desarrollo dental en el infante; además se llevó a cabo el registro odontoestomatológico que consta de un odontograma e índices de higiene bucal simplificado. En el cuestionario de la salud bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje está bien informado, mientras que sobre el cuidado de la salud bucal del infante se encontró que un alto porcentaje se encuentra mal informado. Acerca del conocimiento del desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo (colocar porcentaje). Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto (22).

Díaz Romero RM., et al., realizó en México, mil encuestas para conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación. Las conclusiones obtenidas se orientaron a fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y generar apoyos para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención a la salud (23).

Fontaine Machado O., et al., evaluaron el estado clínico y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en 80 mujeres embarazadas en La Habana (Cuba), la mayoría padecía enfermedad gingival, halitosis y dolor al cepillado. El nivel de conocimientos al inicio fue inadecuado en casi la totalidad de la muestra, pero al finalizar la intervención los síntomas de la enfermedad gingival desaparecieron o se redujeron

significativamente, mientras que el nivel de conocimientos se elevó a un nivel adecuado en la mayor parte de las mujeres (24).

Yero Mier IM., et al., realizaron un estudio con 93 embarazadas que asistieron a la consulta estomatológica en donde analizaron diferentes afecciones e identificaron los factores de riesgo predominantes. Como resultado obtuvieron que el nivel de conocimientos acerca de la salud bucal de esta población fue deficiente, lo cual unido a los factores de riesgo permitieron que se presentara la enfermedad bucal de las embarazadas (25). En el mismo año se diseñó un programa educativo sobre salud bucal para las embarazadas del consultorio La California en el Estado Lara de Venezuela, el cual se implementó en una muestra de 93 gestantes, demostrando que el programa (que aborda temas con información sobre entidades patológicas, la prevención y el control de factores de riesgo de las mismas) permitió incrementar el conocimiento sobre salud bucal de las embarazadas y elevó su calidad de vida (26).

En Colombia el inicio de estudios de interés en salud bucal en gestantes se dio con Saldarriaga O., et al., en un estudio sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes en control prenatal de Medellín. La población fue de 182 maternas y concluyeron que las gestantes no tienen claridad sobre los riesgos que pueden sufrir a nivel bucal durante el embarazo, tampoco sobre algunos cuidados y hábitos orales que deben implementar en su futuro hijo. De igual manera consideran que identificar las creencias, mitos, hábitos y comportamientos de los pobladores, permiten comprender cómo se construye el conocimiento común y cuál es el vínculo entre éste y las prácticas saludables (27).

Rengifo HA., et al., realizaron un estudio con 186 gestantes que asistían al control prenatal en la red de salud de Armenia (Quindío). Concluyeron que el estado de salud bucal en las gestantes es alterado con prevalencias altas de enfermedades como la caries (la cual existe desde antes de la gestación) y adicionalmente

consideran que la asistencia a la consulta odontológica dentro de la época de gestación no se adecúa a las necesidades evidenciadas (28).

Rengifo HA., describió que las creencias en torno a la salud bucal que tienen las gestantes en tres municipios de Colombia (Armenia, Quindío; Florida, Valle; Santander de Quilichao, Cauca). Incluyeron un total de 441 mujeres, las cuales presentaban en gran medida creencias erróneas que influían en su comportamiento frente a las prácticas y a su posición en la consulta odontológica. La mayoría de las creencias presentadas se centraron en que durante el embarazo el bebé les sustrae calcio a los dientes de la madre (29).

Martínez CM., et al., realizaron un estudio en Medellín (Colombia), en donde concluyen que las gestantes consideran que la boca es un elemento fundamental de supervivencia. Los cuidados de la boca del bebé, adquieren importancia en relación con la aparición de los dientes. De igual manera, la seda dental y la frecuencia del cepillado no están incorporadas en las prácticas de las gestantes; proponen que la alfabetización en salud construye conocimiento que incide positivamente en el fomento y conservación de la salud (30).

Corchuelo J., realizó un estudio transversal con 993 madres que se encontraban en puerperio inmediato en clínicas públicas y privadas de la ciudad de Cali, Colombia. Empleó regresión logística para evaluar la asociación de variables socioeconómicas con la visita a la consulta odontológica durante el embarazo ajustado con variables del estilo de vida en salud bucal. Concluyó que los determinantes sociales como nivel socioeconómico y del estilo de vida resultaron asociados al acceso de las gestantes al servicio de odontología durante el embarazo. El estilo de vida en salud bucal relacionado con conocimientos, hábitos dietéticos, creencias y prácticas de higiene bucal presentó diferencias según nivel socioeconómico de la gestante (31).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Gestación. La gestación (embarazo), es el proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino que inicia en el momento de la concepción, cuando el espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo fusionándose para dar lugar a una célula, huevo o cigoto en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo se deriva el individuo, este proceso tiene una duración de 280 días (aproximadamente, 40 semanas, 10 meses lunares o nueve meses) (32).

Durante la gestación, se producen ciertos cambios y/o alteraciones en la economía del organismo, en primer lugar, las modificaciones endocrinas que determinan casi todas las modificaciones sistémicas subsiguientes, dichos cambios en el primer trimestre generan síntomas, como alteraciones en el apetito, náuseas, vómitos, fatiga, sensación de cansancio, sueño, etc. El segundo trimestre, se caracteriza por un periodo de relativo confort, es decir, la mujer generalmente se siente bien, aumenta sus actividades, mejora su estado general evidentemente, mientras que en el último trimestre puede presentarse fatiga, cierta incomodidad y una pseudopoliuria. En el sistema cardiovascular se observa un ligero descenso de la tensión arterial, aumenta el volumen sanguíneo un 40-55%, el gasto cardiaco lo hace en un 30%, mientras que el volumen de hematíes aumenta en un 20%. Hay que destacar que, en la mayoría de mujeres gestantes, se detecta anemia que puede volverse crónica debido a la baja ingesta de alimentos que contengan hierro y ya durante las últimas etapas de la gestación, se puede producir el "síndrome de la hipotensión" en supino, manifestado por un súbito descenso de la tensión arterial, bradicardia, sudoración, náuseas, debilidad, disnea (33).

Es necesario que la mujer en estado de gestación garantice la ingesta de una variedad de nutrientes como la vitamina D, vitamina A y minerales como calcio y

fósforo para asegurar una calcificación óptima de huesos y dientes (34). Es importante tener en cuenta que en el primer trimestre, el feto es susceptible a sufrir malformaciones sobre todo en las primeras 8 semanas, por ser la etapa de organogénesis, pasado este periodo se ha completado la formación de los diferentes órganos y sistemas, por lo que las malformaciones son menos frecuentes (35), sin embargo, las anomalías craneofaciales congénitas, como el labio hendido con o sin implicación del paladar, han sido asociadas a carencias nutricionales de vitamina A o de ácido fólico en mujeres embarazadas (11).

Los incrementos en el apetito generalmente dan lugar al incremento significativo del peso corporal, así mismo la ingesta de azúcar da lugar a la aparición de lesiones cariosas o al agravamiento de las ya existentes (33). El Ministerio de la Protección Social, en la guía para la detección temprana de la alteración del embarazo, describe el control prenatal como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal. Es por esto que debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para la enfermedad. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40 (12).

2.2.2 Salud bucal. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida (36). De igual manera, la asociación dental canadiense señala que la salud bucal “es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental, social y disfrute de las posibilidades de la vida del individuo, permitiendo hablar, comer y socializar”. Sheiham lo comparte al afirmar que la salud bucal afecta

a las personas de manera física y psicológica, influenciando su crecimiento, el goce de la vida, el mirar, hablar, masticar, saborear la comida y disfrutar de la vida social, así como los propios sentimientos sobre su bienestar social (37). La OMS integra a la salud bucal en todos los programas de salud general, reorientando esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas en salud (36). Así, la salud bucal de la población se caracteriza por la prevalencia y severidad de enfermedades de la boca que afectan a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas (38). En Colombia, según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), un alto porcentaje de la población del país presenta al menos una enfermedad de salud bucal. Es así como el 91,58% de las personas entre 12 y 79 años han presentado en algún momento de su vida caries dental (10).

Las enfermedades bucales de las embarazadas tienen una alta incidencia y prevalencia en la población, hay factores preexistentes que tienen gran repercusión en la aparición de patologías bucales durante este período, como son: edad materna, nivel educacional, antecedentes de embarazos anteriores y hábitos tóxicos (39) por lo que el trabajo del odontólogo en la atención primaria está orientado, a lograr el mantenimiento de un estado de salud bucal óptimo durante el mayor tiempo posible (33). La higiene bucal es un hábito importante para la salud de la boca y del organismo en general ya que elimina restos de comida y el sabor desagradable, evita el mal olor y crea una sensación de confort, mejorando la estética y la calidad de vida de las personas, pero, sobre todo representa un método de prevención de las enfermedades bucales más frecuentes como son la caries dental y la enfermedad periodontal (40).

2.2.2.1 Caries dental. La caries dental es una enfermedad multifactorial e infectocontagiosa, su aparición depende de la conjugación de factores biológicos y

sociales como la anatomía dental, la dieta, la placa bacteriana, el nivel socioeconómico, la zona de residencia, el nivel educacional, la ocupación, las características de la vivienda, el ingreso, las posibilidades de educación general y sanitaria de la familia y la atención estomatológica (41).

La caries dental se reporta como una de las enfermedades que más afecta a la población y continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (42). La formación de cavidades cariosas inicia como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, progresan a través de la dentina y llegan hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta debido a la acción de los microorganismos bucales.

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa, lo que favorece la creencia de que la caries se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que, a diferencia del sistema óseo, en este estado no existe desmineralización de los dientes, sino que el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio (43). La demanda de calcio del feto la obtiene a partir de la dieta y de los huesos de la madre. Una deficiente estructura dentaria, se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental y puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación del diente (17).

La pérdida de dientes durante el embarazo se asocia principalmente al cambio de hábitos alimenticios que predisponen al desarrollo de caries cuando existe descuido de la higiene bucal o un aumento del consumo de dulces y alimentos pegajosos, ocurre porque la madre tiene deseos de comer entre comidas. Por otra parte, durante los primeros meses de gestación las mujeres presentan náuseas y vómitos,

lo que favorece la erosión del esmalte dentario y en consecuencia a la acidificación del medio bucal, por lo que es fundamental establecer conductas que favorezcan la salud bucal de la madre y que permitan una adecuada gestación sin posteriores complicaciones que requieran intervención odontológica (44). Además, en este período, la composición salival se ve alterada, disminuye el pH salival y la capacidad buffer y se afecta la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal favorable para el desarrollo de estas, al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones. Con todos estos factores interactuando entre sí, la caries dental logra establecerse llegando a producir en algunos casos la mortalidad dentaria. Si se diagnostica la caries dental se requiere de un tratamiento curativo, que no debe verse solo desde el punto de vista maternal, sino también a partir de las consecuencias que puede tener para el futuro bebé (45).

2.2.2.2 Gingivitis. La gingivitis del embarazo tiene aparición durante el segundo y el octavo mes (46), siendo el resultado del aumento de la progesterona y del efecto sobre la microvascularización, lo cual unido a otros factores, predisponen a una respuesta a los efectos irritantes de la placa bacteriana, que es considerada el factor local más importante. También se le atribuye a la concentración de progesterona en la circulación materna la causa suficiente para que disminuya la respuesta inmune, así como la respuesta inflamatoria contra la placa, dando como resultado: exacerbación de la gingivitis; granuloma piógeno; alteraciones de tejidos blandos, labios secos y fisurados, queilitis angular. En términos generales la mucosa oral de la gestante se muestra reseca y fisurada lo que conlleva con frecuencia a sobreinfección por herpes o Cándida (47).

2.2.2.3 Periodontitis. Es la pérdida de tejidos de soporte del diente, esta situación se agrava con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos (48).

Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo significativo para el nacimiento pretérmino ya que la respuesta del huésped a la infección periodontal resulta en la producción de mediadores inflamatorios que incluyen citoquinas y prostaglandinas. De esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad al provocar que los niveles de PGE2 y citoquinas (fluidos biológicos que por lo general inducen el trabajo de parto) se incrementen velozmente, produciendo trabajo de parto y nacimiento pre término (49).

2.2.3 Indicadores epidemiológicos en odontología. En odontología son utilizados los siguientes indicadores epidemiológicos:

2.2.3.1 Índice COP-D. Para realizar estudios a nivel poblacional, la OMS, definió el índice COP-D (Klein y Palmer) como el indicador de salud bucal de una población, mediante la identificación de dientes cariados, obturados y perdidos. De acuerdo con el promedio obtenido, se establece una escala de severidad de la afección con cinco niveles:

- Muy bajo: 0.0 – 1.1
- Bajo: 1.2 – 2.6
- Moderado: 2.7 – 4.4
- Alto: 4.5 – 6.5
- Muy alto: mayor a 6.6

Son considerados de bajo riesgo, los que presentan los niveles muy bajo y bajo; de mediano riesgo los del nivel moderado; y de alto riesgo los que se encuentran en los niveles alto y muy alto (50). El COP-D se ha convertido en el índice fundamental

de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, obturados y perdidos, incluidas las extracciones indicadas; para el cálculo son considerados solo 28 dientes, no se tiene en cuenta los terceros molares. Para el análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio (51).

2.2.3.2 Índice de higiene bucal de Greene y Vermillon (IHOS). A través de la historia se han desarrollado índices epidemiológicos que clasifican los depósitos de placa bacteriana, el IHOS mide la superficie del diente cubierta con desechos y establece el peso y grosor de los depósitos blandos y duros. Las seis superficies dentales examinadas son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Se evalúan por separado ambos componentes del índice, tanto el cálculo como los residuos blandos. Los criterios para medir cada componente son los siguientes:

- 0 – No hay residuos o manchas
- 1 – Los residuos o cálculo no cubren más de un tercio de la superficie dentaria
- 2 – Los residuos o cálculo cubren más de un tercio de la superficie, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta
- 3 – Los residuos o cálculo cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta

Para obtener el índice individual de IHO-S se requiere sumar la puntuación de las

piezas examinadas y dividir las entre el número de piezas analizadas. Una vez obtenido el resultado de esta suma, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal:

- 0.0 – 1.0 Óptimo
- 1.1 – 2.0 Regular
- 2.1 – 3.0 Malo
- Mayor a 3.1 Muy malo (50)

2.2.4 Tratamiento odontológico seguro. El conocimiento de la historia médica es indispensable para el odontólogo ya que deberá resolver las inquietudes de la futura madre en relación al uso radiográfico, anestésico, analgésico y antibióticoterapia.

En el primer trimestre el tratamiento preventivo es de elección, consiste en optimizar la higiene bucal de la paciente, mediante el control de la placa bacteriana, mejorar la técnica de cepillado dental, reforzar el uso de seda dental y mejorar la dieta (16). El segundo trimestre es el periodo más seguro para la atención dental, uno de los problemas que tiene que afrontar el odontólogo es frente a la necesidad de tomar radiografías, ya que el feto en desarrollo es susceptible a los efectos de la radiación por lo cual es recomendable evitarlas, pero si fuera necesario, se protege a la paciente con delantal de plomo, ya que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal. Así mismo, es preciso evitar la administración de medicamentos salvo en casos necesarios ya que en una mujer gestante pueden pasar la placenta y ser tóxicos para el feto.

Los anestésicos locales pueden usarse siempre, preferiblemente sin vasoconstrictor para evitar problemas circulatorios placentarios; el analgésico indicado es el paracetamol, no existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para

la madre como para el feto, sin embargo, se debe tener en cuenta que pasa la barrera placentaria, y el uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal.

Los antibióticos como las penicilinas y derivados (como amoxicilina) son los de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas, únicamente están contraindicadas en casos de hipersensibilidad (24). En el caso de que la gestante presente focos infecciosos es necesario desfocalizar a la paciente, con el propósito de evitar diseminaciones a nivel de otros órganos que compliquen el cuadro preexistente, evitarle a la madre la deglución de toxinas, la dificultad de alimentarse normalmente y, por consiguiente, asegurarle salud y nutrición adecuada. Si se conserva la salud, la madre puede tener un embarazo feliz, un hijo en buenas condiciones de peso, adecuada edad gestacional y adaptación neonatal (52).

Durante el tercer trimestre la atención dental se dificulta a causa del aumento de peso, por lo que deben considerarse sesiones clínicas cortas, con la paciente ubicada cómodamente semi-inclinada en el sillón y que permita cambios frecuentes en su posición, si presenta náuseas o vómitos matinales se debe programar la atención por la tarde, no es recomendable postergar tratamientos dentales de lesiones cariosas hasta después del parto, puesto que la madre concentrará toda su atención en el recién nacido, sin embargo, las reconstrucciones extensas y cirugías complejas pueden posponerse (46).

2.2.5 Medidas preventivas en salud bucal durante la gestación. Es importante la aplicación de medidas preventivas enfocadas a la consecución de la salud bucal de las gestantes, los elementos tradicionales para la higiene bucal son considerados como ayudas valiosas para conservar la salud a nivel de la boca y los dientes. El objetivo de realizar una adecuada higiene bucal es eliminar la placa bacteriana y residuos de alimentos de todas las superficies dentales, así, puede hacerse uso de

elementos básicos que favorezcan mantener una adecuada higiene oral, como se muestra a continuación.

2.2.5.1 Elementos básicos de higiene bucal. Los elementos que se consideran básicos para realizar una higiene bucal adecuada son:

- Cepillo dental: Instrumento eficaz para la remoción mecánica de la placa bacteriana, se clasifica según su funcionamiento en cepillo de dientes convencional y eléctrico; según el grosor de sus cerdas en extra suave, suave, mediano y duro, las cerdas con filamentos suaves es la recomendada ya que evitan daño a las encías; el mango es anatómico, flexible y adecuado al usuario según motricidad, edad y habilidad; la cabeza es de tamaño adecuado para la boca del usuario, para su efectividad de uso la frecuencia de cambio de cepillo es recomendado cada 3 meses; la técnica de cepillado indicada en pacientes sanos o con gingivitis es la de Bass, en la cual el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para eliminar la placa bacteriana, para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo, la superficie de masticación de los molares y premolares se cepilla por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás (53).
- Crema dental: Usada para la limpieza dental con un cepillo de dientes, disponible en tubos y en concentraciones de ion flúor que van desde 400 ppm a 5.000 ppm, de aplicación tópica y con capacidad de terapia farmacológica importante por efectos cariostáticos (54).
- Seda dental: Conjunto de filamentos plástico, usado para retirar la placa

bacteriana ubicada entre los dientes, su importancia reside en que es un elemento que permite limpiar las zonas cuyo acceso no es posible con el cepillo dental y puede ser con o sin cera; la técnica correcta, es tomar 45 cm de seda dental, enrollar la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm de hilo para trabajar, sostener la seda dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y deslizarlo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes, curvar la seda dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurar que pase por debajo de la encía, no forzar la seda ya que puede cortar o lastimar el tejido gingival, utilizar secciones de seda limpia a medida que avanza de diente en diente y para extraer la seda usar el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes (55).

- Enjuague bucal: Solución utilizada después del cepillado para controlar la placa bacteriana, es el suplemento de agentes químicos al cepillado, que modulan el metabolismo de la placa bacteriana, tanto en los tejidos duros como blandos, tienen un valor terapéutico preventivo (56).
- Flúor: El ion fluoruro aportado por la alimentación se absorbe a nivel gastrointestinal, y se concentra en el plasma, se elimina a través de los riñones (orina) y el 30% se deposita en el esqueleto en forma de fluorapatita, el 15% podrá acumularse en las estructuras amelares y dentinarias durante su período pre-eruptivo. El aporte tópico durante la maduración post-eruptiva del esmalte es responsable del alto nivel de concentración que puede encontrarse en la superficie del esmalte. La fluorosis dental es la consecuencia del consumo exagerado de flúor durante el período de mineralización de los dientes, se manifiesta a través de manchas blancas opacas sobre el esmalte. La fluorosis afecta a uno o varios dientes que se mineralizan durante el mismo período, con una alta prevalencia a nivel de los

incisivos centrales maxilares. El aporte masivo de flúor durante períodos prolongados puede engendrar una fluorosis esquelética con hiperdensificación ósea (57).

2.2.6 Promoción de la salud. La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS definen a la promoción de salud como el "proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud constituyendo una estrategia que vincula a la gente con sus entornos para crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social (36).

En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre Promoción de la Salud, donde se formuló la carta de Ottawa (que representa un referente conceptual y estratégico) y se definió la promoción como el "proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla"(58). La Promoción de la Salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la Educación para la Salud (EpS), constituye su componente operativo esencial, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud, se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influenciado por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud (59).

La educación es el proceso de construcción de conocimiento, del desarrollo de la

capacidad crítica y de intervención en la realidad para su transformación (60). Dicha educación produce dos efectos: la capacitación y la formación. Se entiende por capacitación, a la adquisición de conceptos procedimientos, información, etc. por parte del participante, que facilitan un mejor desempeño en una actividad determinada. La formación implica la adquisición de actitudes, normas, valores y un código ético y moral, el cual logra el objetivo de la educación cuando produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando los conocimientos se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones (58).

La educación es vivenciada distintamente por las personas, refleja valores sociales, la realidad histórica, sociocultural, política, ideologías y condiciones de vida, en donde el educador es un facilitador que subsidia, apoya, instrumentaliza y estimula el proceso (61). El educador brasileño Paulo Freire, defiende las prácticas participativas, la problematización de la realidad, el estímulo y respecto al educando en la búsqueda de soluciones creativas, el incentivo a la crítica y la relación horizontal entre educador y educando. En el constructivismo de Piaget, es la persona quien construye su propio conocimiento, teniendo como punto de partida su experiencia en un proceso continuo de aprendizaje cuando problematiza la realidad y formula preguntas e hipótesis (62).

2.2.7 Evaluación en promoción de la salud. En promoción de la salud la evaluación ha ocupado la atención de muchos teóricos, funcionarios y académicos, quienes han reconocido la importancia de esta actividad al igual que el desafío político y metodológico al que se enfrentan al realizarla (63). La evaluación aporta información a los responsables de elaborar políticas y gestores de los presupuestos, para juzgar el éxito de los programas y adoptar decisiones para la asignación de recursos (64).

La evaluación es la comparación y valoración del cambio de un evento en relación

con un patrón de referencia, debe brindar información creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones (65). La evaluación rápida cumple características de comparar y valorar, pero su aplicación, metodología y alcance, la diferencian de otros tipos de evaluación. La evaluación rápida establece asociación entre variables de interés, o sea intervención y resultados; entender las razones que hicieron posible esos resultados y generar nuevas hipótesis de investigación que serán probadas con otro tipo de estudio, se caracteriza por orientar cursos de acción a corto y mediano plazo, siendo propositiva y llamando la atención sobre aspectos claves, es flexible para que el evaluador explore nuevas ideas que no fueron anticipadas en la planificación del estudio, con el fin de proveer información oportuna y relevante a los tomadores de decisión. La evaluación rápida tiene algunas limitaciones para establecer relaciones causales entre la intervención y los resultados, controlar variables que sesgan los resultados, equilibrar intereses entre evaluadores y tomadores de decisión generalizar los resultados a poblaciones diferentes a la estudiada, en algunas ocasiones (65).

2.3 MARCO CONTEXTUAL

El municipio de San Juan Pasto, capital del Departamento de Nariño está ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.181 Kms² y una población de 423.217 habitantes, de los cuales el 81.64% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad y el 18.36% en los 17 corregimientos (66). El Centro de Salud de Pandiaco se encuentra ubicado en el barrio de su mismo nombre en el norte de la ciudad, perteneciendo a la red norte de la Empresa Social de Estado (E.S.E) Pasto Salud, la cual es una entidad pública, descentralizada, del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Municipal de Salud. El objeto social de la E.S.E es la prestación del servicio público

de salud, como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el primer nivel de complejidad (67).

Las principales causas de morbilidad en salud bucal en el municipio son la caries, la gingivitis y las enfermedades periodontales, seguida de las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales (66). Esta realidad revela la necesidad de promover cambios trascendentales en la odontología que generen una nueva orientación y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acordes a las necesidades de la población (68).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo, pre-experimental en donde no existe la comparación de grupos, utilizando el diseño de preprueba - posprueba con un solo grupo (69) de intervención comunitaria. Buscó establecer las diferencias de los efectos de una estrategia educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud, mediante la aplicación de instrumentos pre y post intervención inmediatamente finalizada la estrategia y un mes después. Para los momentos post-intervención se utilizó el método ciego simple.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio se conformó a partir de los datos registrados en las bases de datos proporcionadas por el departamento de estadística de la red norte de la E.S.E Pasto Salud, con el dato suministrado a partir de los meses de noviembre de 2015 a marzo de 2016 se contó con un total de 55 gestantes que acudieron al Centro de Salud de Pandiaco, dicha base de datos fue depurada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Las gestantes para la investigación fueron llamadas unidades de muestreo.

El tipo de muestreo fue aleatorio simple, para obtener una muestra representativa se tomó como base los datos sobre escalas de medición realizadas en cuestionarios de conocimientos reportados por Nolasco Torres (70). La muestra se obtuvo mediante la aplicación de la fórmula del cálculo de contraste de medias para datos relacionados la cual se muestra a continuación:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

Total, de la muestra	n
1 – Alfa = Confiabilidad	Z _α
1 – Beta = Potencia	Z _β
Desviación estándar	σ
Media de las diferencias individuales	d

Donde:

n= Total de la muestra

Z_α= 1,96 (a un nivel de confianza del 95%)

Z_β= 0,84 (Potencia 80%)

σ= 4,4 dato resultante del ajuste de la desviación estándar de referencia (1,4*)

teniendo en cuenta las 19 preguntas del cuestionario

d= 3 diferencia

n= 16,8 (muestra)

*= Tomado del trabajo de Nolasco Torres.

Se tomaron 2 unidades muestrales adicionales con el fin de contrarrestar las posibles pérdidas, para una muestra total de 19 gestantes.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 Criterios de Inclusión

- Gestantes atendidas en el centro de salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud durante los meses de noviembre 2015 a marzo 2016
- Mayores de 18 años
- Primi o multigestantes en cualquier trimestre del embarazo

- Gestantes dispuestas a participar del estudio

3.3.2 Criterios de Exclusión

- Gestantes con hábitos nocivos que comprometan la salud bucal (tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas) y que estén registrados en la historia clínica del Centro de salud de Pandiaco.
- Gestantes inmunosuprimidas (diagnóstico médico)
- Gestantes con enfermedad mental
- Gestantes que no firmen el consentimiento informado

3.4 METODOLOGÍA

La investigación se realizó en cinco etapas:

3.4.1 Etapa de organización. Se inició con la gestión sobre la viabilidad del desarrollo del proyecto de investigación con las gestantes del Centro de salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud (Anexo A), debido a la respuesta obtenida (Anexo B) se diseñó y entregó a la institución el anteproyecto (Anexo C), las consideraciones éticas (Anexo D) y el consentimiento informado (Anexo E) los cuales fueron validados y aprobados por el comité de Ética de la E.S.E Pasto Salud (Anexo F), ya con el aval de la institución se procedió a socializar los propósitos y etapas de la investigación con el director de la red norte y con la coordinadora del centro de salud lo que permitió solicitar la debida autorización (Anexo G) para definir los horarios y las condiciones específicas de la ejecución de la investigación y de la intervención educativa (Anexo H).

3.4.2 Etapa de elaboración de los instrumentos para la recolección de información. Se construyó un cuestionario inicial (Anexo I) y post-intervención (Anexo K) para gestantes sobre conocimientos en salud bucal basado en el propuesto por Rodríguez, 2002 (9), dicho instrumento fue modificado y como resultado se formularon 19 preguntas estructuradas dicotómicas y de respuesta múltiple, el mismo fue validado con prueba piloto en el Hospital Civil y sometido a juicio de expertos, ajustado, calibrado y sujeto a prueba de fiabilidad, el coeficiente de correlación del instrumento sobre conocimientos en salud bucal de las gestantes obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,754 y el formato de las prácticas de 0,827 permitiendo estimar la fiabilidad de los productos construidos. En esta misma etapa, también se organizó el formato de prácticas inicial (Anexo J) y post-intervención (Anexo L) en salud bucal de las gestantes el cual contiene los Índices COP-D (50, 51) e IHOS (48).

3.4.3 Etapa de diagnóstico. En esta etapa se realizó la sensibilización de la población estudio, lo que permitió iniciar con la caracterización sociodemográfica y del embarazo actual de las gestantes, de igual manera se aplicaron los instrumentos iniciales sobre conocimientos (Anexo I) y prácticas (Anexo J) en salud bucal. Las prácticas en salud bucal de las gestantes se determinaron mediante la obtención del índice COP-D (50 – 51) que se tomó de la historia clínica odontológica que reposa en el Centro de Salud de Pandiaco y del análisis del índice de higiene bucal Greene y Vermillon (45) que se obtuvo mediante el método de observación visual y el uso de baja lenguas.

3.4.4 Etapa de diseño e intervención. Con los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos iniciales, se diseñó la estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes cuyo nombre nació de las participantes. La estrategia educativa se desarrolló durante un mes y medio, periodo en el cual se

trabajó una vez a la semana a través de módulos educativos. El objetivo general fue incluir la salud bucal como uno de los componentes principales en la atención de la mujer gestante, con el fin de mejorar la calidad de la salud integral del binomio madre-hijo.

La estrategia se desarrolló en seis sesiones, cada una de ellas definió los objetivos a alcanzar y las actividades propuestas dentro la misma. Los módulos aplicados fueron:

- Semana Uno: Conozcámonos
- Semana Dos: Esta es mi boca y sus posibles enfermedades
- Semana Tres: Para mis dientes cuidar, debo conocer lo que debo utilizar
- Semana Cuatro: Cepillándome y usando seda dental
- Semana Cinco: Tratamiento odontológico seguro
- Semana Seis: Pautas de higiene oral para el bebé

Cada sesión fue retroalimentada y evaluada respecto a lo aprendido y cada semana se dejaron tareas para la casa, buscando afianzar los conocimientos y motivar la participación de la gestante con su familia (Anexo M).

3.4.5 Etapa de medición, análisis y evaluación de la intervención. Los efectos a corto plazo de la estrategia de intervención se midieron mediante la aplicación de los instrumentos sobre conocimientos y prácticas post-intervención (Anexo K y L) inmediatamente finalizadas la estrategia y un mes después. Por el tipo de estudio, se utilizó la prueba de Shapiro-wilk para probar la normalidad y la d de Cohen como medida para obtener el tamaño del efecto como diferencia estandarizada determinando cuantas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados del mismo grupo antes y después de la intervención. Para calcular la d de Cohen se restó la media post-intervención menos la media inicial. Una vez obtenido el

resultado de la diferencia de medias, se dividió entre la desviación típica de ese resultado en la población, la fórmula de este cálculo es la siguiente:

Donde:

$$d = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{\frac{s_1^2 + s_2^2}{2}}}$$

Diferencia estandarizada	d
Media momento uno	\bar{x}_1
Media momento dos	\bar{x}_2
Desviación estándar momento uno	S ₁
Desviación estándar momento uno	S ₂

Para el análisis de resultados del tamaño del efecto d de Cohen se tuvo en cuenta la siguiente escala de medición (71): De 0,2 a 0,3 efecto pequeño; en torno a 0,5 efecto medio y de 0,8 a Infinito (∞) efecto grande.

Los datos fueron procesados a través del procesador estadístico SPSS Versión 22 para Windows y a partir de los datos recolectados se realizó un análisis estadístico basándose en las siguientes medidas:

- Para variables cualitativas: prevalencia de periodo expresada en porcentaje y medidas de frecuencia: absoluta y relativa
- Para variables cuantitativas: medidas de tendencia central: media, mediana y moda y medidas de dispersión: rango, varianza, desviación estándar.

Las variables que se incluyeron en el estudio se muestran en el Anexo N.

4. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DEL EMBARAZO ACTUAL DE LAS GESTANTES

Se incluyeron 19 gestantes cuyo promedio de edad fue de 25 años, con una edad mínima de 18 y una máxima de 35 años cumplidos. Las características principales de la población fueron: residencia en la comuna 9 (52,6%), estudios de secundaria y nivel técnico (79%), estrato socioeconómico uno (84,2%), grupo étnico mestizo (100%), viven en unión libre (42,1%) y son amas de casa (42,1%) (Tabla 1). Las mujeres que participaron en el estudio se encontraron alrededor de la semana 21 de gestación con una desviación estándar de 9, un mínimo de 7,5 y un máximo de 37 semanas de edad gestacional, la población incluida fue primigestante (63%) y multigestante (37%), los resultados determinan que el número de hijos vivos en promedio oscila entre 0 y 2.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

VARIABLE		n	%
COMUNA	Corregimiento	4	21,1%
	Comuna 8	4	21,1%
	Comuna 9	10	52,6%
	Comuna 10	1	5,3%
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	1	5,3%
	Primaria	3	15,8%
	Secundaria	9	47,4%
	Técnico	6	31,6%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Estrato uno	16	84,2%
	Estrato dos	2	10,5%
	Estrato tres	1	5,3%

VARIABLE	n	%	VARIABLE
GRUPO ÉTNICO	Mestizo	19	100%
ESTADO CIVIL	Soltera	6	31,6%
	Casada	5	26,3%
	Unión libre	8	42,1%
OCUPACIÓN	Estudiante	6	31,6%
	Empleada	2	10,5%
	Independiente	3	15,8%
	Ama de casa	8	42,1%

4.2 ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS DE LAS GESTANTES

La mayoría de las gestantes han asistido alguna vez al odontólogo (95%), en el momento del estudio el 58% se encontraba recibiendo tratamiento odontológico, el motivo más frecuente de la última consulta odontológica fue por control (53%), durante la consulta odontológica las gestantes si han recibido indicaciones sobre los cuidados de salud bucal (68,4%) y el motivo más común de inasistencia a la consulta odontológica es porque no les duele ningún diente (100%). (Tabla 2)

Tabla 2. Antecedentes odontológicos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

VARIABLE	RESPUESTA	n	%
¿Ha ido alguna vez al odontólogo?	No	1	5,3%
	Si	18	94,7%
¿Actualmente recibe tratamiento odontológico?	No	8	42,1%
	Si	11	57,9%
Motivo de la última consulta odontológica	Urgencias	3	15,8%
	Tratamiento	6	31,6%
	Control	10	52,6%
¿Ha recibido indicaciones de salud bucal durante la consulta odontológica?	No	6	31,6%
	Si	13	68,4%
Motivo de inasistencia a la consulta odontológica	Porque no me duele ningún diente	8	100%

4.3 DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES

El diseño de la estrategia educativa sobre conocimientos y prácticas de salud bucal de las gestantes se basó en el modelo de elementos constructivistas, las mujeres se encargaron de construir su propio saber teniendo como punto de partida la experiencia y el aprendizaje que les permitió adquirir nuevos conocimientos y ejercer los cambios de conducta. La implementación se llevó a cabo mediante técnicas participativas las cuales estimularon la relación horizontal entre la población y las facilitadoras.

Como resultado se creó la Estrategia de salud bucal para gestantes denominada: “Creando, jugando y aprendiendo los cuidados de mi boca y la de mi bebé”, título que surge del aprendizaje cimentado desde el interior de cada una de las participantes y como aporte propio de la población participante. A lo largo del programa se logró observar la fusión de los tres saberes esenciales aplicados, el ser, el saber y el saber hacer.

Una vez diseñada, la estrategia se implementó durante las seis semanas del estudio, tiempo que dio lugar a los siguientes hallazgos:

SEMANA UNO: “Conozcámonos”, se inició con la presentación de las facilitadoras y con la socialización del objetivo general de la estrategia de intervención educativa. Se realizaron actividades de integración (Figura 1), donde cada una de las gestantes se presentó al grupo, con esto se logró la participación activa y la consecución de un entorno adecuado de aprendizaje, se entregó un cuaderno para que cada una llevara sus anotaciones y realice las actividades de cada sesión, al conformar grupos amigables se determinaron las expectativas del proyecto y en este espacio se indagó acerca de conocimientos previos en salud bucal además de la situación

actual de la cavidad bucal de cada una de las participantes, en esta primera semana se afianzaron conocimientos sobre la gestación y los cambios fisiológicos.

SEMANA DOS: “Esta es mi boca y sus posibles enfermedades”, se abordaron temas para identificar la anatomía y fisiología de la boca, reconocer las enfermedades más comunes que afectan la cavidad bucal y la importancia de tener una boca sana en el embarazo. (Figura 2)

SEMANA TRES: “Para mis dientes cuidar, debo conocer lo que debo utilizar”, el desarrollo de esta sesión permitió al grupo conocer, familiarizarse e interactuar con los usos y funciones de los elementos básicos de higiene bucal (Figura 3 y 4).

SEMANA CUATRO: “Cepillándome y usando seda dental”, se informó y educó sobre la importancia del cepillado (Figura 5) y el uso de la seda dental para evitar patologías bucales y mejorar los hábitos de higiene bucal, se entregó a cada una de las participantes un kit de higiene bucal. (Figura 6 y 7)

SEMANA CINCO: “Tratamiento odontológico seguro”, en esta sesión las gestantes conocieron y asimilaron dentro de su proceso de embarazo el momento indicado para realizarse un tratamiento odontológico seguro (Figura 8), se despejó dudas y se aclaró mitos acerca de la toma de radiografías, la toma de medicamentos y sobre el uso de anestésicos durante esta etapa (Figura 9).

SEMANA SEIS: “Pautas de higiene oral para el bebé”, en esta última sesión se abordó la importancia de la higiene bucal en el bebé, las participantes aprendieron la forma de realizar la limpieza de las encías de su hijo. Posterior a la aplicación de los instrumentos post-intervención se hizo retroalimentación (Figura 10) de la temática desarrollada durante la intervención educativa. En agradecimiento a la participación activa de las gestantes en el desarrollo de la intervención educativa se realizó la entrega del reconocimiento mediante un diploma de graduación (Figura 11).

La evaluación inherente al proceso educativo permitió que las gestantes señalaran con puntajes el nivel alto todas las experiencias de aprendizaje, obtenido durante cada semana, demostrando que la estrategia fue útil, aceptada y comprendida mediante la aprobación del desempeño de las expositoras, la metodología desarrollada y el material de apoyo utilizado

4.4 DIFERENCIAS DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL Y DEL ESTADO DE LA CAVIDAD ORAL DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilks para establecer el estadístico de prueba para comparar las medias. La prueba de Friedman y la de Wilcoxon corroboran que entre el momento uno y dos el resultado presenta diferencias significativas ($p=0,000$); entre el momento dos y tres los resultados no tienen diferencias significativas ($p= 0,238$) y finalmente entre el momento uno y tres nuevamente se encuentran diferencias significativas ($p=0,000$).

El puntaje máximo obtenido en el instrumento inicial de conocimientos fue de 12 respuestas correctas y en los instrumentos post intervención fue de 18, además al finalizar la intervención se evidenció un incremento en el nivel de conocimientos que fue estadísticamente significativo (Tabla 3).

Tabla 3. Puntaje total de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud durante la investigación

	INICIAL	POST UNO	POST DOS
p	0,000	0,238	0,000
Media	7	17	18

	INICIAL	POST UNO	POST DOS
Desviación estándar	4	2	1
Mínimo	0	13	15
Máximo	12	18	18

El nivel de conocimiento inicial fue medio (68,4%) y bajo (31,6%). Posterior a la intervención educativa, el 100% de la población alcanza un nivel de conocimiento alto conservando el resultado en el tercer momento. (Figura 12)

Figura 12. Nivel de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud



El nivel de prácticas de salud bucal en los tres momentos de la intervención se mantuvo estable, el 74% de las gestantes presentaron un índice COP-D en nivel muy alto (Tabla 4), el grupo no presentó incrementos en la experiencia de caries

durante el desarrollo de la intervención, sin embargo se realizó el análisis de cada uno de los ítems evaluados en este índice y al obtener datos por separado, se encontró que en el momento inicial, el máximo de dientes con caries fue de 12, en el post-intervención uno disminuye a 8 y al aplicar el instrumento un mes después el máximo de dientes cariados baja a 7 presentando mayores diferencias entre el primer y el segundo momento.

Los dientes obturados en el momento inicial presentaron un máximo de 16, al aplicar el instrumento post-intervención uno el máximo de dientes tratados aumentó a 17 y al mes de finalizada la intervención el máximo fue de 18 dientes obturados. Los dientes perdidos se mantuvieron iguales en los tres momentos de la intervención con un mínimo de 0 y un máximo de 18 (Tabla 5)

Tabla 4. Índice COP-D de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

NIVEL	INICIAL		POST 1		POST 2	
	n	%	N	%	n	%
MUY BAJO	1	5,3	1	5,3	1	5,3
BAJO	1	5,3	1	5,3	1	5,3
MODERADO	1	5,3	1	5,3	1	5,3
ALTO	2	10,5	2	10,5	2	10,5
MUY ALTO	14	73,7	14	73,7	14	73,7
Total	19	100,0	19	100,0	19	100,0

Tabla 5. Componente individual del Índice COP-D de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud durante la investigación

ITEM A EVALUAR	MOMENTO	MEDIA	DS	MINIMO	MAXIMO
DIENTES CON CARIES	Inicial	2,7	3,8	0	12
	Post uno	1,7	2,7	0	8
	Post dos	0,8	1,8	0	7
DIENTES OBTURADOS	Inicial	6	4,3	0	16
	Post uno	7	4,3	0	17
	Post dos	7,8	4,7	0	18
DIENTES PERDIDOS	Inicial	2,4	4,5	0	18
	Post uno	2,4	4,5	0	18
	Post dos	2,4	4,5	0	18

El IHOS inicial fué regular (63,2%), al aplicar el instrumento post-intervención uno, el 100% de las gestantes mejoraron el índice a nivel óptimo y al mes de finalizada la intervención se encontró que el 89,5% de las mujeres continuaban con un nivel óptimo de higiene oral mientras que el 10,5% regresó a nivel regular. (Tabla 6)

Tabla 6. Índice de higiene oral simplificado IHOS de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

NIVEL	INICIAL		POST 1		POST 2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
ÓPTIMO	1	5,3	19	100	17	89,5
REGULAR	12	63,2	0	0	2	10,5
MALO	6	31,6	0	0	0	0
Total	19	100	19	100	19	100

Según las pruebas realizadas, los resultados obtenidos no fueron producto del azar, la diferencia estandarizada con la *d de Cohen* fue muy alta entre el momento inicial y el post-intervención uno en cuanto a conocimientos ($d=3,8$) y prácticas IHOS ($d=3,2$), entre el post-intervención uno y dos no hay diferencias significativas.

El COP-D general en los tres momentos no presentó variaciones ($d=0$), sin embargo a nivel individual los dientes cariados presentaron diferencias bajas entre el instrumento inicial y el post-intervención uno ($d=0,30$) y moderadas entre el post-intervención uno y dos ($d=0,36$); los dientes obturados presentaron diferencias bajas entre el momento inicial y post uno ($d=0,23$) y entre el post uno y dos ($d=0,18$); los dientes perdidos no presentaron variaciones ($d=0$).

Para ajustar los resultados obtenidos en las pruebas anteriores, se utilizó tanto en conocimientos como en prácticas, un modelo multivariado de medidas repetidas (intra-sujetos) incluyendo variables sociodemográficas, (inter-sujetos) que pueden modificar los efectos del programa evaluado.

En las pruebas intra-sujetos de efectos y contrastes, puede comprobarse que los factores que han tenido efecto significativo sobre la variable Conocimientos en salud bucal son: edad gestacional, número de hijos vivos, comuna, nivel educativo, grupo étnico, estado civil y ocupación, por lo tanto es posible rechazar las hipótesis nulas de igualdad de medias y del componente lineal, por lo tanto se puede concluir que el nivel de conocimientos en salud bucal no es el mismo en los tres momentos de la intervención, que en cada momento se ajusta significativamente a una línea recta, por lo tanto el efecto de la intervención sigue siendo significativo ajustado a las variables sociodemográficas consideradas en el estudio (Tabla 7).

Tabla 7. Prueba de efectos intra sujetos a nivel de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

PRUEBA INTRA SUJETOS				
Medida: CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL				
	EFFECTOS		CONTRASTES	
	Esfericidad asumida		Lineal	
	F	p	F	p
EDAD	3,12	0,06	4,21	,056
EDAD GESTACIONAL	16,39	0,00	21,138	,000
NUMERO DE HIJOS VIVOS	65,57	0,00	88,048	,000
COMUNA	49,32	0,00	61,401	,000
NIVEL EDUCATIVO	49,17	0,00	65,657	,000
ESTRATO	23,15	0,00	31,819	,000
GRUPO ETNICO	117,08	0,00	153,8	,000
ESTADO CIVIL	119,03	0,00	156,0	,000
OCUPACIÓN	82,38	0,00	114,51	,000

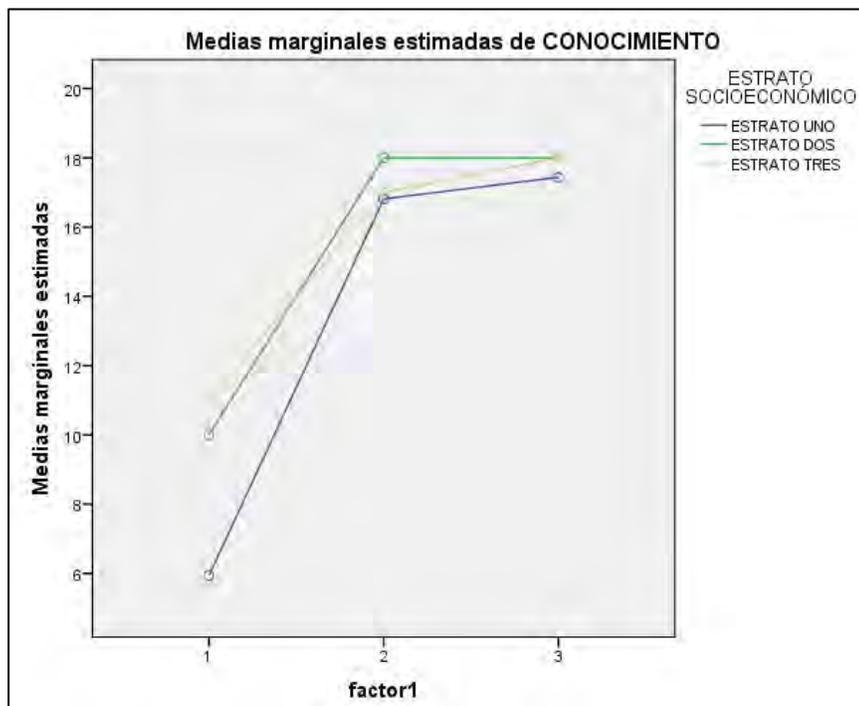
En cuanto a las pruebas inter-sujetos el efecto del factor ESTRATO es significativo ($p < 0,05$), los demás factores no lo son ($p > 0,05$) (Tabla 8), lo anterior indica que el efecto del programa no es el mismo en los estratos considerados, se concluye que el mayor efecto ocurre en estrato 2 (Figura 13).

Tabla 8. Prueba de efectos inter-sujetos a nivel de conocimientos en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

PRUEBA DE EFECTOS INTER-SUJETOS		
Medida: CONOCIMIENTOS		
Variable transformada: Media		
Origen	F	p
EDAD	,169	,686
EDAD GESTACIONAL	,262	,615

Origen		F	p
NUMERO DE HIJOS VIVOS		,892	,429
COMUNA	Lineal	,467	,710
NIVEL EDUCATIVO		,149	,929
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		5,967	,012
GRUPO ETNICO		.	.
ESTADO CIVIL		,397	,678
OCUPACION		,933	,449

Figura 13. Medias marginales estimadas entre el nivel de conocimientos en salud bucal y el estrato socioeconómico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud



A nivel de prácticas se analizaron dos componentes específicos del COP-D debido a los resultados significativos previos, estos fueron los dientes cariados y los dientes

obturados. En las pruebas intra-sujetos, puede comprobarse que los factores que han tenido efecto significativo sobre la variable son número de hijos vivos, grupo étnico y ocupación por lo tanto podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias y concluir que el nivel de prácticas en salud bucal de las gestantes no es el mismo en los tres momentos de la intervención. (Tabla 11)

En los dientes cariados y obturados, las pruebas intra-sujetos de efectos y contrastes, comprueban que los factores que han tenido efecto significativo sobre la variable Prácticas en Salud bucal son: número de hijos vivos, grupo étnico, estado civil y ocupación. Por lo tanto es posible rechazar las hipótesis nulas de igualdad de medias y puede concluirse que el nivel de prácticas en salud bucal no es el mismo en los tres momentos de la intervención, que cada momento se ajusta significativamente a una línea recta y por lo tanto el efecto de la intervención sigue siendo significativo ajustado a las variables sociodemográficas consideradas en el estudio (Tabla 9).

Tabla 9. Prueba de efectos intra-sujetos en el nivel de prácticas en salud bucal - dientes cariados y dientes obturados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

PRUEBA INTRA SUJETOS DE PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL								
EFECTO DEL PROGRAMA	DIENTES CARIADOS				DIENTES OBTURADOS			
	EFECTOS		CONTRASTES		EFECTOS		CONTRASTES	
	Esfericidad asumida		Lineal		Esfericidad asumida		Lineal	
	F	p	F	p	F	p	F	p
EDAD	1,232	,304	1,228	,283	1,232	,304	1,228	,283
EDAD GESTACIONAL	,055	,947	,012	,913	,055	,947	,012	,913
NUMERO DE HIJOS VIVOS	8,366	,001	8,801	,009	8,366	,001	8,801	,009

PRUEBA INTRA SUJETOS DE PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL								
DIENTES CARIADOS					DIENTES OBTURADOS			
EFEECTO DEL PROGRAMA	EFECTOS		CONTRASTES		EFECTOS		CONTRASTES	
	Esfericidad asumida		Lineal		Esfericidad asumida		Lineal	
	F	p	F	p	F	p	F	p
COMUNA	1,496	,240	1,582	,228	1,496	,240	1,582	,228
NIVEL EDUCATIVO	1,833	,177	1,967	,181	1,833	,177	1,967	,181
ESTRATO	,296	,746	,317	,581	,296	,746	,317	,581
GRUPO ETNICO	6,534	,004	6,969	,017	6,534	,004	6,969	,017
ESTADO CIVIL	7,883	,002	8,490	,010	7,883	,002	8,490	,010
OCUPACIÓN	4,425	,021	4,734	,046	4,425	,021	4,734	,046

En las pruebas inter-sujetos de dientes cariados, ningún factor es significativo ($p > 0,05$) por lo tanto no afectan los resultados (Tabla 10).

Tabla 10. Prueba de efectos inter-sujetos en las prácticas en salud bucal y dientes cariados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

PRUEBA DE EFECTOS INTER-SUJETOS		
Medida: PRACTICAS EN SALUD BUCAL – DIENTES CARIADOS		
Variable transformada: Media		
Origen	F	p
EDAD	,335	,570
EDAD GESTACIONAL	1,386	,255
NUMERO DE HIJOS VIVOS	1,103	,356
COMUNA	,679	,578
NIVEL EDUCATIVO	,152	,927
ESTRATO	,773	,478
GRUPO ETNICO	.	.
ESTADO CIVIL	,363	,701
OCUPACION	1,935	,167

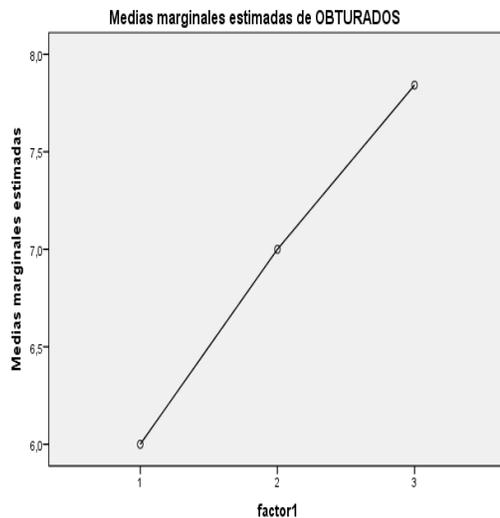
A diferencia de los dientes obturados, por cuanto en las pruebas inter-sujetos, el efecto del factor EDAD y ESTADO CIVIL son significativos ($p < 0,05$), los demás factores no lo son ($p > 0,05$) (Tabla 11), lo anterior determina que el efecto del programa no es el mismo en la edad de la gestante ni en el estado civil, se concluye que el mayor efecto ocurre respecto a la edad en el tercer momento (Figura 14.A) y el estado civil "casada". (Figura 14.B)

Tabla 11. Prueba de efectos inter-sujetos en las prácticas en salud bucal y dientes obturados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

PRUEBAS DE EFECTOS INTER-SUJETOS		
Medida: OBTURADOS		
Variable transformada: Media		
Origen	F	p
EDAD	5,108	,037
EDAD GESTACIONAL	3,898	,065
NUMERO DE HIJOS VIVOS	2,531	,111
COMUNA	,860	,483
NIVEL EDUCATIVO	,527	,670
ESTRATO	1,481	,257
GRUPO ETNICO	.	.
ESTADO CIVIL	5,471	,015
OCUPACION	1,107	,377

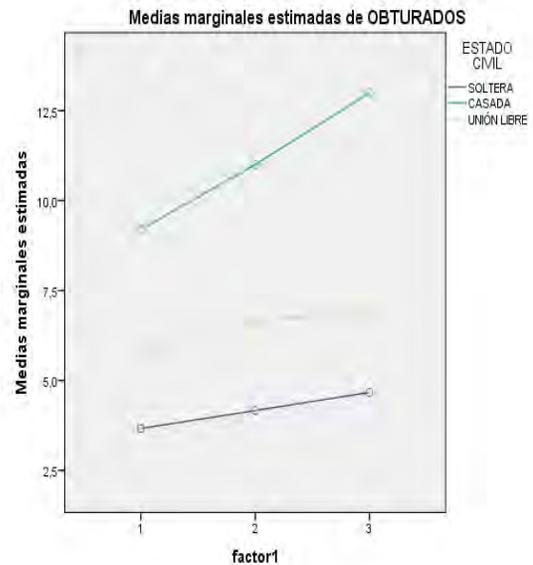
Figura 14. Medias marginales estimadas de las prácticas en salud bucal y los dientes obturados de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud

A. Edad



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los valores siguientes: EDAD DE LA GESTANTE EN AÑOS CUMPLIDOS = 24.63

B. Estado civil



Las pruebas intra-sujetos realizadas con el índice de higiene oral simplificado IHOS, permitieron comprobar que los factores que han tenido efecto significativo sobre la variable Prácticas en salud bucal son: edad gestacional, número de hijos vivos, comuna, nivel educativo, estrato socioeconómico, grupo étnico, estado civil y ocupación por lo tanto se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias y se concluye que el nivel de prácticas en salud bucal correspondiente al índice de higiene oral de las gestantes IHOS no es el mismo en los tres momentos de la intervención, que cada momento se ajusta significativamente a una línea recta, por lo tanto el efecto de la intervención sigue siendo significativo ajustado a las variables sociodemográficas consideradas en el estudio (Tabla 12).

Tabla 12. Prueba de efectos y contrastes intra-sujetos a nivel de prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud mediante el Índice de higiene oral simplificado IHOS

PRUEBA INTRA SUJETOS				
Medida: PRACTICAS EN SALUD BUCAL - IHOS				
	EFECTOS		CONTRASTES	
	Esfericidad asumida		Lineal	
	F	p	F	p
EDAD	,356	,703	,192	,666
EDAD GESTACIONAL	9,099	,001	6,537	,020
NUMERO DE HIJOS VIVOS	35,708	,000	32,776	,000
COMUNA	31,061	,000	26,254	,000
NIVEL EDUCATIVO	32,700	,000	29,000	,000
ESTRATO	12,287	,000	10,661	,005
GRUPO ETNICO	63,000	,000	53,778	,000
ESTADO CIVIL	66,691	,000	57,193	,000
OCUPACIÓN	50,556	,000	45,000	,000

En cuanto a las pruebas inter-sujetos el efecto no es significativo en los factores ($p > 0,05$) (Tabla 13).

Tabla 13. Prueba de efectos inter-sujetos en las prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud mediante el índice de higiene oral simplificado IHOS

PRUEBA DE EFECTOS INTER-SUJETOS		
Medida: IHOS		
Variable transformada: Media		
Origen	F	p.
EDAD	,989	,334
EDAD GESTACIONAL	,430	,521
NUMERO DE HIJOS VIVOS	,561	,581
COMUNA	1,234	,332
NIVEL.EDUCATIVO	,611	,618
ESTRATO	3,576	,052
GRUPO ETNICO	.	.
ESTADO CIVIL	1,498	,253
OCUPACION	,351	,789

5. DISCUSION

La validez de este estudio está dada por la existencia del referente teórico que permitió realizar la construcción del proyecto, además la muestra que se obtuvo fue significativa ya que se basó en cálculos estadísticos y estudios previos. Las pruebas estadísticas aplicadas confirmaron que los resultados no fueron producto del azar, de esta manera, se demostró que la estrategia educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud fue efectiva por el método estadístico utilizado.

Los resultados obtenidos en la caracterización sociodemográfica de las gestantes mostraron que las mujeres tuvieron estudios de secundaria y nivel técnico (79%) además pertenecieron al estrato socioeconómico uno (84,2%) situación que llama la atención debido a que a pesar de tener un nivel económico bajo, el nivel de escolaridad supera la expectativa. Este hallazgo puede contrastarse con la propuesta que el Ministerio de Educación Nacional en Colombia hace a través de diferentes proyectos que incluyen programas de educación gratuita, formación de técnicos laborales por competencias, inversión al sector solidario y la existencia del programa nacional de alfabetización entre otros. Esta situación ha permitido que la educación en el país tenga una mayor cobertura en la población y sea más accesible (72). Los resultados encontrados en la investigación son similares a estudios como el realizado en embarazadas de la India, donde un alto porcentaje (48.5%) presentó estudios de secundaria (73), de igual manera a los resultados reportados por Velásquez Huamán Z, en Perú (16) donde prevaleció en la población el grado de instrucción de secundaria completa. La situación encontrada puede favorecer la adquisición de hábitos saludables ya que según Benavides JA., Cerón XA., en su estudio revelan que un mayor nivel educativo de los padres es un factor protector de enfermedades como la caries y otras alteraciones de la cavidad bucal (74), ya que el hecho de que las madres tuvieran estudios secundarios completos e incluso

algunas con educación técnica, representa un hallazgo alentador para la educación en salud bucal y general de los bebés que acaban de tener, teniendo en cuenta que los niños siguen en su proceso de aprendizaje las actitudes y comportamientos de la madre (75), lo cual se complementa con el estudio de Gaffield M. y Habashneh R. (76), plantean que el nivel socioeconómico influye en una serie de factores de la vida de las personas que se reflejan en hábitos y comportamientos (77,78).

El análisis sobre la relación entre el nivel educativo de las gestantes, el estrato socioeconómico y el nivel alto de conocimientos logrado posterior a la intervención permitió generar una relación con lo planteado por Horton y Hunt quienes consideraron que la clase social y la educación interactúan de dos maneras: La clase social ayuda a la educación, lo cual se traduce en que para tener una educación completa hace falta dinero y en segundo lugar la educación ayuda a la clase social, donde se identifica que una buena educación no sólo da al individuo habilidades ocupacionales, sino que también le enseña el modo de vida de un status superior a aquel en el que se desenvolvía por lo tanto le genera un cambio de intereses, gustos, metas y modales (79-80). Esto asociado a lo encontrado en el presente estudio puede demostrar que las mujeres se interesan por mejorar su modo de vida lo cual en el campo del aprendizaje puede estar relacionado con la actitud de los padres, la capacidad de razonar y las diferencias de personalidad (81) y directamente se relacionó con la movilización social de un estrato a otro.

Así mismo, el acceso a las ocupaciones está asociado con los niveles educacionales, el estrato puede tomarse como un indicador de las bases estructurales de las orientaciones de acción de los distintos sectores sociales respecto de la educación. Desde este punto de vista, la educación no sólo sería un bien prestigioso y deseado en sí mismo, sino también un medio de acceder a posiciones ocupacionales que tienen asociado un cierto prestigio (82).

El grado de escolaridad es un factor asociado positivamente con la asistencia de

las citas de las gestantes, lo que coincide con lo expuesto en la aplicación del modelo de Andersen en México (83), en donde realizó una estratificación y se observó que en todos los estratos la escolaridad interviene como un factor predisponente en la utilización de los servicios de salud (84), esto muestra que a pesar de la existencia de limitaciones económicas, la educación que posee la embarazada es fundamental para el uso de los servicios de salud (85). Esta relación podría explicar el hecho de que las mujeres con un mayor nivel de escolaridad, cuentan con herramientas que le permiten conocer y manejar información sobre la importancia de los servicios de salud así mismo, la educación es fundamental para generar una actitud positiva frente al uso de medidas preventivas y mejores prácticas de auto-cuidado.

Las características del embarazo actual de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud, mostraron que las mujeres se encontraron alrededor de la semana 21 de gestación, dato similar al estudio de Arias Arce C., (17) y Velásquez Huamán Z.,(16), en donde el segundo trimestre del embarazo fue el más representativo de la investigación debido a que se presenta una mayor asistencia al control prenatal, lo cual contrasta con los datos arrojados en el presente estudio. Además, la mayoría de las mujeres fueron primigestantes (63%), este resultado encontrado comprueba según Rengifo HA., et al., que es una característica que determina las experiencias vivenciales de las mujeres las cuales se deben al desarrollo en su entorno social, familiar y cultural y en alguna medida puede generar hábitos y creencias (28).

En Colombia la atención odontológica básica es gratuita, constituyendo a las embarazadas como grupo priorizado para acceder con facilidad a los servicios de salud, sin embargo, en su mayoría no acuden a las citas (13), por lo tanto, en el grupo participante hubo regular interés por recibir atención odontológica ya que el 58% se encontraba recibiendo tratamiento odontológico. De forma similar estudio realizado por Domínguez Alfaro E., y colaboradores en varias clínicas

estomatológicas en Iztacala, México (86) encontró falta de interés de las gestantes en el tratamiento odontológico y observaron que la mayoría sólo acudía en casos de urgencias; resultados similares reporta Rodríguez Vargas MC., (77), donde el 20% de las embarazadas acudieron a la consulta odontológica, en el presente estudio el 15,8% de las gestantes asistieron a consulta odontológica por urgencias, sin embargo, la respuesta obtenida de las inasistentes es porque no les dolió ningún diente, de ahí la importancia de la sensibilización para que el grupo se empodere y asista a consulta odontológica como parte fundamental para tener una buena salud bucodental. De igual manera, el 68,4% de las gestantes que participaron de este estudio respondieron que si recibieron indicaciones sobre los cuidados de salud bucal durante la consulta odontológica, situación que demuestra que es aceptado que el profesional les brinde consejos y enseñanzas para así ser inducidas en el campo preventivo, este aspecto es respaldado por Gonzáles Aliaga R., (20) y Arias Arce C., (17), quienes reportan que la orientación y atención adecuada por parte de los odontólogos hacia las embarazadas permite una mejor comprensión del impacto de la salud bucal en su salud sistémica general (78).

Otro de los hallazgos importantes se pudo reforzar con el estudio de Issler quien refiere que antes de la intervención ninguna de las embarazadas poseía un nivel adecuado de conocimientos sobre higiene bucal, lo que refleja una relación directa entre la elevada incidencia de enfermedad y una mala educación sanitaria (87), este resultado es similar al encontrado en el presente estudio, en este resultado, es importante recalcar que la evidencia científica fundamenta la importancia de la educación para la salud específicamente sobre la salud bucal de las gestantes, debido a que el desconocimiento de los posibles riesgos que pueda generar la madre al bebe al padecer enfermedades bucales, lo corrobora el estudio de Sánchez Martínez R., en donde las mujeres desconocen la repercusión que puede tener la sepsis bucal durante el embarazo, para ellas y su futuro hijo (88). La información educativa que reciben las gestantes del personal de salud sobre este tema fue insuficiente, situación similar a la que se vive en Colombia debido al

sistema de salud que rige al país, sin embargo, se comparte con este autor que existe conciencia en la mayoría de las mujeres, que es la principal responsable de su salud bucal durante el embarazo.

Los resultados de la efectividad de la estrategia de intervención educativa en salud bucal desarrollada en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco focaliza un aporte importante dentro de la Salud Pública, ya que el empoderamiento de una mujer gestante puede ocasionar la réplica en su futuro hijo y modificar las conductas o hábitos que generan los altos índices de morbilidad asociada a enfermedades bucales, es claro que existe la necesidad de realizar una nueva orientación a la aplicación y al desarrollo de programas de promoción y prevención en salud bucal de las embarazadas, e indiscutiblemente consolidar un manejo interdisciplinario que permita obtener el compromiso de todo el personal de salud que tiene contacto con esta población, iniciando un cambio de actitud que a futuro puede generar evidencias significativas relacionadas con el estado de la cavidad bucal de las madres replicadoras y de sus hijos como resultado de los hábitos creados desde el hogar y conservados en la consulta odontológica profesional.

De esta investigación surgió la clara idea de lo necesario que es educar en los estratos socioeconómicos bajos para generar cambios significativos en la población ya que se encontró que el nivel de conocimiento inicial fue medio (68,4%) y bajo (31,6%), estos hallazgos coinciden con el estudio de Campo V., y colaboradores (89), donde muestran que prevaleció el nivel de conocimientos regular de las gestantes al inicio del estudio con un 53,7%. De esta información que comparte el presente estudio se considera determinante tener en cuenta que la promoción de la salud se basa fundamentalmente en el conocimiento de las causas y características de las enfermedades y que el nivel educativo es decisivo en el comportamiento de la materna frente a sus prioridades de vida. Las mujeres encuestadas, a pesar de las diferencias de nivel educacional, presentaron escasos conocimientos acerca del

origen y posibles causas del deterioro de la salud bucal, así como de los procedimientos que el odontólogo puede realizar durante su embarazo (90).

En cuanto a las prácticas en salud bucal, los datos del Índice COP-D del presente estudio en los tres momentos de la intervención (al iniciar, al finalizar y un mes después) se mantuvieron estables, Machado Ramos S., y cols., muestran en los resultados del índice COP-D, aunque se mantuvieron igual, el componente caries disminuyó al finalizar el estudio y aumentó el número de los obturados, así mismo no aparecieron nuevas caries al realizar el examen bucal final (91). Los porcentajes de caries dental reportados por Bastarrechea Milián M., y cols., (92), son similares a los encontrados en el estudio realizado, en donde, el grupo no presentó incrementos de aparición de nuevas caries durante el desarrollo de la intervención, sin embargo se analizó cada uno de los ítems del índice COP-D, encontrándose que en el momento inicial los dientes con caries fue de 12, en el post-intervención uno disminuye a 8 y al aplicar el instrumento un mes después los dientes cariados baja a 7.

Los dientes obturados en el momento inicial fueron de 16, al aplicar el instrumento post-intervención uno disminuye a 17 y al mes de finalizada la intervención fue de 18 dientes obturados. Los dientes perdidos se mantuvieron iguales en los tres momentos de la intervención con un máximo de 18, con lo que se obtiene que la incidencia de caries dental disminuye y aumento los tratamientos de dientes obturados, logrando que las gestantes lleguen al momento del parto libres de enfermedad.

El índice de higiene bucal IHOS inicial en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco fue regular (63,2%), sin embargo, luego de aplicar el instrumento post-intervención uno todas las gestantes mejoraron el índice a nivel óptimo (100%), al mes de finalizada la intervención, el 10,5% regresó a nivel regular. Lima Álvarez M., y cols., reportaron que al inicio del estudio el 18.3% presentaron una higiene

bucal aceptable y luego de aplicada la estrategia se observó que más de la mitad de las embarazadas pasaron a aceptable para llegar a un 88.3% (11), igualmente, Pareda ME., y Gonzales FE., describen que la higiene bucal deficiente predominó antes de la intervención, sin embargo, después de aplicado el programa educativo, la higiene bucal mejoró (93).

Con todo lo anterior se reconoce la importancia de la Educación para la Salud (EpS) en grupos prioritarios como las gestantes ya que esta herramienta demuestra que a través de estrategias educativas se puede mejorar considerablemente el nivel de conocimientos y prácticas en salud bucal, sin embargo, se recalca que debe mantenerse una motivación y una retroalimentación constante en las mujeres ya que si bien es cierto se demostró que educar cambia los niveles bajos de conocimientos y prácticas en salud bucal, existen momentos en los cuales puede existir un retroceso del aprendizaje.

La EpS, aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la EpS supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (94).

De esta manera consideramos la promoción de salud (PS) como un proceso educativo de enseñanza-aprendizaje, a partir del cual la comunidad logra ejercer control de su salud y elevar su nivel, con la utilización de los recursos disponibles según las condiciones de vida que posee y la transformación de sus hábitos y costumbres en estilos de vida más saludables, entonces se entiende que la EpS,

constituye un instrumento fundamental en el proceso de promoción de salud (95), el cual cuenta con las siguientes herramientas (96); la información, ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales, en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad.

La comunicación en salud, es el proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La EpS, facilita el aprendizaje a partir de experiencias, que contribuyen al logro de conocimientos, estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí, y se complementan unas con otras, no funcionan de manera aislada. La EpS contribuye y trabaja para que las personas, familias, grupos, colectivos y comunidades, asuman y elijan estilos o condiciones de vida saludables, o modifiquen los comportamientos de riesgo (97).

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de la población incluyen gestantes con un promedio de 25 años, cursando segundo trimestre de embarazo, estrato socioeconómico bajo y nivel de educación secundaria y técnico lo que demuestra acceso a la educación básica y en formación por competencias.
- La educación para la salud debe estar dirigida a los estratos socioeconómicos bajos y el nivel de conocimientos está directamente relacionado con este.
- El 95% de las gestantes han asistido alguna vez al odontólogo, en el momento del estudio el 58% se encontraba recibiendo tratamiento odontológico.
- A pesar de que el 68,4% de las gestantes han recibido indicaciones sobre salud bucal durante la consulta odontológica, el nivel de conocimiento inicial fue bajo y medio lo que muestra que a pesar de que hay instrucciones por cuenta del profesional de la odontología, no se enfatiza en que las gestantes adquieran nuevos conocimientos sobre salud bucal.
- Las diferencias encontradas a nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucal de las gestantes fueron significativas.
- La estrategia de intervención educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco fue efectiva a partir de las pruebas estadísticas.
- Los conocimientos y prácticas, son una consecuencia la una de la otra, evidenciándose la necesidad de establecer programas de promoción en salud bucal pública que brinden atención a este grupo poblacional prioritario.

- La higiene bucal en la población objeto de estudio logró cambios favorables después de aplicar el programa de acciones educativas tales como la disminución del índice COP-D e IHOS.

RECOMENDACIONES

- Se requieren estudios de tipo longitudinal, donde teniendo como base el nivel de conocimiento y prácticas de las gestantes, se pueda evaluar si hay continuidad y aplicación en sus hijos
- Realizar estudios comparativos con gestantes de estratos socioeconómicos más altos.
- Emplear los resultados de este trabajo de investigación como base para la implementación de una política en Salud Pública Bucal para gestantes.
- Realizar mayor labor de promoción de la salud bucal en gestantes de los diferentes centros de salud de la E.S.E Pasto Salud, a partir de la intervención educativa para gestantes, de tal manera que su uso sea motivo de interés permanente.
- Rescatar el programa de salud oral de la E.S.E Pasto salud donde se considera a la gestante como grupo prioritario, con el fin de garantizar salud bucal en el momento del parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Colaboradores de Wikipedia. Conocimiento [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre; 2015 [Consultado 25 de agosto del 2015]. Disponible en <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Conocimiento&oldid=86814026>
2. Porto J, Gardey A. Definición de práctica [Internet]. Definición DE; 2010 [Consultado 25 agosto de 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/practica/#ixzz3js8qqPJ9>
3. Espinosa García J. Educación para la Salud [Internet]. La revista asterisco del I.E.S; 1998 [Consultado 25 agosto de 2015]. Disponible en: <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>
4. Pineal R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
5. Montero LC. Portales Médicos [Internet]. Diccionario medico; 2011 [Consultado 2015 septiembre 10]. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestacion
6. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. Nota Informativa No318; 2012 [Consultado 25 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
7. Pastor L, Balderrama MC. Percepción de mujeres gestantes sobre prevención de salud bucal, Hospital San Francisco de Asís de Villa Tunari Segundo semestre 2011. [Tesis de grado para optar el título de magister en

Salud Pública con mención en gerencia de servicios de salud]. Cochabamba – Bolivia. Universidad Mayor de San Simón. Facultad de Medicina; 2002.

8. Organización Mundial de la Salud/FDI. Metas globales para la Salud Bucal en el año 2000. Revista Salud Bucal CORA (Confederación Odontológica de la República Argentina); 1981 dic.

9. Rodríguez Vargas MC. Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. [Tesis de residencia como cirujano dentista]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2002. Disponible en:[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1718/1/Rodriguez_vm\(1\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1718/1/Rodriguez_vm(1).pdf)

10. Ministerio de Salud y Protección Social; Colombia. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV): Para saber cómo estamos y que hacemos. Bogotá; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abc-salud-bucal.pdf>. [Último acceso 20 de noviembre de 2015].

11. Dobarganes Coca AM, Lima Álvarez M, López Larquin N, Pérez Cedrón RA, González Vale L. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. AMC [Revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Nov 14]; 15(3): 528-541. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300010&lng=es

12. Ministerio de Salud. Grupo de trabajo de la Guía 7 para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival. Colombia; 2005. Pag.404-406. Disponible en:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias07.pdf>. [Ultimo acceso 11 de noviembre 2015].

13. Ministerio de salud. Resolución 412 de 2000. Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Colombia; 2000. Disponible en: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>. [Ultimo acceso 11 de noviembre 2015].

14. Edwards T, Rowntree D. Journal of Periodontal Research. 1969; vol. 4, issue 4, 325p. ISSN 00223484. ISBN 00223484. [Disponible en] http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1600-0765.1969.tb01987.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED

15. Shein B, Tsamtsouris A, Rovero J. Self-reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education. J Clin Pediatric Dent. 1991. Winter;15(2):102-8. PMID: 1931744. [PubMed - indexed for MEDLINE].

16. Velásquez Huamán Z. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social. [Tesis Bachiller UPCH]. Lima – Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1995.

17. Arias Arce C. Nivel de conocimientos sobre prevención de salud oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima de dic.95 a enero.96.

[Tesis Bachiller UNFV]. Lima – Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2000.

18. Díaz Núñez M. Grado de conocimiento de medidas preventivas en Salud Bucal en gestantes. [Tesis Bachiller UPCH]. Lima – Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1996.

19. Sante Balarezo C. Nivel de conocimiento en higiene bucal y estado gingival en pacientes gestantes del hospital materno Infantil San Bartolomé. [Tesis Bachiller UNMSN]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.

20. Gonzales Aliaga R. Educación de la madre y el estado de salud de los primeros molares permanentes en sus hijos de 6 – 10 años. [Tesis Bachiller UNMSM]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.

21. Holdings LLC. Caries y Embarazo. La importancia del Control y la Prevención. Bibliomed. Copyright 2000-2002.

22. La Torre Gálvez M. Gestantes primíparas y conocimiento de salud bucal infantil en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis Bachiller UPSM]. Lima – Perú; Universidad San Martín de Porres; 2001.

23. Díaz Romero RM, Carrillo Cárdenas M, Terrazas Ríos JF, Canales Martínez CE. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM. 58, No. 2; 2001: 68-73.

24. Fontaine Machado O, García Martínez A, Hernández Meléndez E, Castaño Abascal I. Intervención psicológica en salud bucal en embarazadas. Psic y

Salud [Internet]. Enero- Junio 2009. [Consultado agosto 25 2015]. Vol.19, Núm.1:83-91. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29111983008.pdf>

25. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE. Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. Consultorio La California. 2012. Policlínico Docente Área Sur. Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit. 2013 [citado 11 nov 2015]; 15(1) Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100004

26. Yero Mier Ileana María, García Rodríguez Marisel, Nazco Barrios Lidia Ester. Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas. 2012. Gac Méd Espirit [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 abril 16]; 15(1): 83-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100011&lng=es

27. Saldarriaga O, Sánchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003 [Internet]. CES Odontología, Norteamérica, 17, jul. 2009 [citado 2016 abril 16]; Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/482>.

28. Rengifo HA, Ciro F, Obando A, Roldan L, López L. Estado bucodental en gestantes de la ciudad de Armenia, Colombia [Internet]. Revista Estomatología 2008;16(1):8-12 [citado 2016 abril 16]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2353/1/Estado%20bucodental%20en%20gestantes%20de%20la%20ciudad%20de%20Armenia%20Colombia.pdf>

29. Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas [Internet]. Rev. Facultad de Odontología Universidad Antioquia 20(2): 171-178; 2009 enero [citado 2016 abril 16]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121246X200900100008&lng=en.

30. Martínez Delgado C, López Palacio A, Londoño Marín B, Martínez Pabón M, Tejada Ortiz C, Buitrago Gómez L, et al. [Internet]. Rev. Facultad de Odontología Universidad Antioquia. 2011 diciembre 23(1): 76-91. [citado 2016 abril 16]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121246X201100200006&lng=en.

31. Córchuelo J. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012 [Internet]. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (Supl 1): S170-S180. [citado 2016 abril 16]; Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/3b22cdab0ce110eef44c9acb3143cb92/1?pq-origsite=gscholar>

32. López Chalén GC. Importancia de la atención de problemas dentales en estado inicial de gestación en pacientes atendidas en la maternidad Santa Marianita De Jesús. [Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Odontólogo]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3695/1/832%20Geoconda%20Cristina%20L%C3%B3pez%20Chal%C3%A9n.pdf>

33. Natividad M, Betancourt A, Prias M, Betancourt O, García A. Indicadores familiares de salud bucal. Rev. Cubana Estomatológica. [Internet] 2005 [Fecha

de acceso 12 de noviembre del 2015] v.42 n.1. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S00345072005000100003&script=sci_arttext

34. Nakamoto M. Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. Tesis-Bachiller. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

35. Machuca G, Khoshteiz O, Lacalle IR, Machuca C, Bulton P. The influence of general health and sociocultural variables On the periodontal condition of pregnant women. J periodontal 1999 jul;70 (7): 779-85.

36. Organización Mundial de la Salud. "Oral health country/área profile programme. Significant caries index". [Internet]. [Último acceso 11 de noviembre de 2015]. Disponible en:
<http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>

37. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. [Internet] septiembre 2005 [Consulta Agosto 15 de 2015]; 83(9). Disponible en:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/>

38. Valente S. Adolescencia y salud bucal [Internet]. 1998 [Consultado 2015 Agosto 13]; Adolesc. latinoam; 1(3):170-4. [Ultimo acceso 11 de noviembre de 2015]. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=292040&indexSearch=ID>.

39. Touger-Decher R, Mobley CC. Position of the American Dietetic Association: oral health and nutrition. *J Am Diet Assoc.* 2007 Aug; 107(8):1418-28.
40. Johnson J. Salud bucal: la flora bucal, un equilibrio delicado de mantener [internet]. España 12 de julio 2016 [Consultado 2016 Julio 22]. Disponible en: <http://www.listerine.es/enjuague-bucal/higiene-bucal> [Internet].
41. Medina E, Maupomé G, Pelcastre B, Ávila L, Vallejos A, Casanova A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. *Rev. investí clín.* [internet]. 2006 jul./ago.;58(4):16-21. [Consultado 2016 Julio 22]. Disponible en <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/817/175>
42. Rodríguez H, López M. El embarazo, su relación con la salud bucal. *Rev. Cubana Estomatología* [internet]. 2003, vol. 40(2). [citado: 13 sep. 2015]; [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est09203.htm
43. Díaz M. Grado de conocimiento de medidas preventivas de salud bucal en gestantes. Tesis-Bachiller Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1996.
44. Salvalini E, Di Giorgio R, Curatola A, Mazzanti L, Pratto G. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(6):656-60.
45. Murtomaa H, Holttinen T, Meurman JH. Conceptions of dental amalgam and oral health aspects during pregnancy in Finish women. *Scand J Dent Res* 1001; 99(6):522-6.

46. Central Odontológica del Ejército. Salud Oral y embarazo [Internet]. Santiago de Chile; Julio 3 de 2014. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: <http://www.cosalcoe.cl/?p=988>
47. Manso J. Prevención de la maloclusión. [Internet]. 2006. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: http://www.zonaortodoncia.com/maloclusion_prev.htm.
48. Lindhe K. Periodontología Clínica. Edit. Médica Panamericana. 1992. Capítulo 2. Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal" Pág. 75.
49. López J. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. Rev. Operatoria Dental y Endodoncia 1998; 2(3):11
50. Rubio C, Robledo T, et. Al. Revista Española de Salud Pública. Criterios Mínimos de los estudios epidemiológicos de Salud Dental en Escolares [Internet]. 1999. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: www.msc.es/revistas/resp/199703/saluddental.htm
51. Klein H, Palmer K. "Studies on Dental Caries: Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children," Public Health Reporter, Vol. 53 (1938), 751-765.
52. Chuqui huaccha V. Manejo odontológico de la paciente gestante. [Internet]. Lima, Perú; 2014. [Consultado 2015 Julio 17]. Disponible en: <http://dentalw.com/papers/general/gestante.htm>
53. Bass CC. An effective method of personal oral hygiene II. J la state Med Soc; 106: 100-112; 1954.

54. Colaboradores de Wikipedia. Dentífrico [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre; 2015 [Consultado 25 de agosto del 2015]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Dent%C3%ADfrico>
55. Colgate. Cómo Usar El hilo dental [Internet]. Argentina; 2015 [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: <http://www.colgate.com.ar/es/ar/oc/oral-health/basics/brushing-and-flossing/article/how-to-floss>
56. Educadores de salud oral. [Internet]. [Consultado 2015 Julio 28]. Disponible en: <http://educadoresorales.es.tl/Elementos-para-la-higiene-oral-tradicionales-y-alternativos.htm>
57. Cot P. La prevención de las caries: el flúor En: 3º Congreso Latinoamericano CORA-FOLA 6º Simposio Nacional de Prevención y Educación para la salud Bucodental 24º Congreso Internacional de la Federación Odontológica Latinoamericana FOLA-ORAL, Buenos Aires <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/FLUOR.HTM> [CONSULTADO 25-7-2015]
58. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud [Internet]. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>.
59. Armfield JM, Roberts-Thomson KF, Spencer AJ. The Child Dental Health Survey, Australia 1999: trends across the 1990s. Dental Statistics and Research Series 27. Cat. no. DEN 95. Canberra: AIHW.
60. Ignarra R, Informação, Educação e Comunicação para a Promoção da Saúde: Uma Experiência do Projeto Nordeste. Brasília, DF, Ministério da Saúde, ASCOM, 1998.

61. Silva J, Educação em Saúde: Notas para a Discussão de um Campo Temático. Saúde em Debate. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, N. 42, março/94

62. Freire, P. Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI Editores. 2005.

63. De Salazar L, Díaz C, Ortiz N, Viafara L, Vélez J. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud Guía de Evaluación Rápida. CEDETES, Universidad del valle, OPS [Internet]. Santiago de Cali; agosto de 2004. [Consultado 2015 Julio 28]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008DESeva.pdf>

64. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (1999) La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Un Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, para la Comisión Europea. Parte Dos. Libro de evidencia.

65. Organization for Economic Cooperation and Development (1998). Review of the DAC Principles for Evaluation Development Assistance. [Internet]. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/evaluation>

66. Alcaldía de Pasto. Secretaria de Salud. Plan territorial de Salud 2012-2015. Pasto. 19-22p. [Último acceso 11 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.pasto.gov.co/phocadownload/documentos2012/salud/plan_territorial_de_salud_2012-2015.pdf.

67. Empresa Social del Estado. Pasto Salud E.S.E. [Último acceso 11 de

Noviembre de 2015]. Disponible en:
<http://www.pastosaludese.gov.co/index.php/nuestra-empresa/quienes-somos>

68. Rodríguez León CA. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. [Tesis para optar al título de cirujano dentista]. Santiago, Chile; 2005. 153p. Disponible en:
http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez_c/sources/rodriguez_c.pdf. [Último acceso 11 de noviembre de 2015]

69. Hernández Sampieri. Metodología de Investigación. [Internet]. Cuarta edición. México: McGraw-Hill; 2006. [Consultado: 2016 Julio 27]. Disponible en:
https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf

70. Nolasco A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes del distrito de Chimbote provincia del Santa, departamento de Ancash - noviembre 2012. Lima – Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/10/162855/16285520140630073852.pdf>

71. Kohan, N, Macbeth, G. El Tamaño del Efecto en la Investigación Psicológica. Revista de Psicología UCA [Internet]. 1994 [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Tama%C3%B1o_del_efecto

72. Ministerio de Educación, Colombia. [Internet]. 2015 [citado 20 jul 2015]. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-propertyvalue-55265.html>

73. Gupta S, Jain A, Mohan S, Bhaskar N, Kaur P. Comparative Evaluation of Oral Health Knowledge, Practices and Attitude of Pregnant and Non-Pregnant Women, and Their Awareness Regarding Adverse Pregnancy Outcomes. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2015;9 (11): ZC26-ZC32
74. Benavides JA, Cerón XA. Salud oral en poblaciones vulnerables. Datos sin publicar.
75. Thomas JF, Startup R. Some social correlates with the dental health of young children. *Community Dent Health* 1992; 9:11-7. [Links]
76. Gaffield M, Gilbert B, Malvitz D, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal of The American Dental Association* 2001; 132(7): 1009-1016.
77. Rodríguez Vargas MC. Tesis digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2002. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis>
78. Jeelani S, Khader KA, Rangdhol RV, Dany A, Paulose S. Coalition of attitude and practice behaviors among dental practitioners regarding pregnant patient's oral health and pregnant patient's perception toward oral health in and around Pondicherry. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015 Aug; 7(Suppl 2): S509-12.
79. Gómez J. y Domínguez G. Sociología de la Educación. Manual para maestros. Ediciones Pirámide. Madrid 1996. Disponible en: http://es.slideshare.net/Johana_educacion/estratificacin-movilidad-social-y-educación

80. Cataño G. Estratificación, movilidad social y educación [Internet]. Universidad Pedagógica Nacional. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: <https://carmeligm.files.wordpress.com/2012/07/tema-7.pdf>
81. Guevara A. Sociología de la Educación Facultad de Educación y Humanidades de Melilla [Internet]. España, 2008/09. [Consultado 2015 agosto 12]. Disponible en: http://www.ugr.es/~aguevara/SOCIOLOGIA_archivos/Tema9s.pdf
82. Machinea J. Educación, clases sociales y estratificación socio-ocupacional en América Latina. [Internet]. [Consultado 2015 agosto 12]. Chile; 2007 Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/25613/18Desarrollo%20y%20educacionT1cap2.pdf>
83. González S, Valle R, Eibenschutz Hartman, Méndez C. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. [Internet]. 2006 [citado 14 Feb 2016]; Mex 2006; 48:418-429. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n5/32100.pdf>
84. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo materno infantil. Disponible En: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf> (Fecha de Acceso: 13-06-2011).
85. Ministerio De Protección Social. Resolución 0412 de 2000, febrero 25, Por medio de la cual se establece los requerimientos para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá: El Ministerio; 2000. Disponible En: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf> (Fecha de Acceso: 05-03-2016).

86. Domínguez E, Flores J, Hernández GI, Mireles J y col. Perfil de las pacientes embarazadas que acuden a las clínicas odontológicas periféricas de las FES Iztacala. 2005 [citado 15 Jun 2005].

87. Issler, J. Embarazo en la adolescencia. Rev. Post. Cat. Med., 107, 3. 2003.

88. Sánchez Martínez R, Cadenas JL, De la Torre Menéndez L. Factores que limitan el acceso de las embarazadas al tratamiento estomatológico. Rev. Méd Electrón [Internet]. 2011 Sep-Oct [citado: Julio 21 de 2016]; 33(5). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol5%202011/tema02.htm>

89. Campo V. Impacto del programa madre con salud en embarazadas Camagüeyanas, Camagüey Cuba. [Internet]. 2012. [Ultimo acceso Julio 21 de 2016]. Disponible en:

http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista38_art1.pdf

90. Garbero I, Delgado A, Benito de Cárdenas I. Oral health in pregnant: knowledge and attitudes. Acta Odontol Venez 2005; 43:135-40. [Links]

91. Machado S, López E, Torres L, Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en embarazadas. Educational intervention to raise knowledge and change habits on dental health in pregnant women. [Citado 6 jun 2015]; Disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdc121f.pdf>

92. Bastarrechea Milián M, Fernández Ramírez L, Martínez N. La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 7 Sep. 2010]; 46(4):

[aprox. 16 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-072009000400007&lng=es&nrm=iso

93. Pareda ME, González FE. Intervención educativa sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez. vol.19 no.2 Holguín abr.-jun. 2015. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200005

94. Universidad de Cantabria. [Internet]. España: 1972 [citado 4 abr 2016]. Disponible en:
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps/>

95. Reyes Sigarreta M, Garrido García RJ. Promoción de salud. En: Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública. t 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 547-53

96. Pupo Ávila NL, Acosta Cabrera OS. Promoción y educación para la salud. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. t 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 82-5.

97. Ochoa Soto R. Promoción de salud. En: Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública. t 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 554-62

ANEXOS



ANEXO A. OFICIO DE SOLICITUD PARA DESARROLLAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN LA E.S.E PASTO SALUD



Universidad de Nariño
Centro de Estudios en Salud – CESUN



Sistema 530-9013
28/07/2015 04:43:01
SUBGERENCIA DE SALUD E
INVESTIGACIONES S/A
0009013

San Juan de Pasto, 28 de julio de 2015

CSU 15 - 0453

Doctora:
ANA BELEN ARTEAGA
Subgerente de Salud e Investigación
Pasto Salud ESE
Ciudad.

Cordial saludo.

Comedidamente le solicito autorizar a los profesionales, SORANY ESPAÑA CORAL C.C. 27.436.123 y CLAUDIA BARRERA HIDALGO C.C. 36.953.293 para que puedan desarrollar el trabajo de investigación denominado "EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SALUD ORAL EN LAS GESTANTES, PERIODO 2015-2016" como trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Pública. Siguiendo los parámetros de calidad estipulados por la ESE, una vez recibamos la respuesta de la viabilidad sobre el desarrollo del proyecto, las estudiantes entregarán el proyecto para obtener el aval del comité de ética.

Los resultados de la investigación se socializarán en la Institución y en caso de ser publicados se dará los correspondientes créditos a la ESE Pasto Salud.

Agradezco de antemano su colaboración;

Atentamente;

MARIA CLARA YEPEZ CHAMORRO
Directora CESUN

Proyecto Maribel Palomares

ANEXO B. OFICIO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR CUENTA DE LA
E.S.E PASTO SALUD



COMUNICACIONES OFICIALES			
VERSIÓN	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
2.0	GESTION DOCUMENTAL	GD	058
SUBGERENCIA DE SALUD E INVESTIGACIÓN			

530-9070

San Juan de Pasto, 03 agosto de 2015

Doctora
MARIA CLARA YEPEZ CHAMORRO
Directora CESUN
Ciudadela Universitaria Torobajo, Bloque Tecnológico, Piso 1
Pasto

Ref.: CSU 15-0453. RAD: 28-07-2015.

Cordial Saludo,

En respuesta al oficio de la referencia me permito solicitar se envíe en medio físico el anteproyecto correspondiente a la investigación denominada: "EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SALUD ORAL EN LAS GESTANTES, PERIODO 2015-2016", para la revisión. Con el propósito de ser evaluado en el Comité de Ética Hospitalaria.

Atentamente.

Ana Belen Arteaga Torres
ANA BELEN ARTEAGA TORRES
Subgerencia de Salud e Investigación

Universidad de Nariño
Cesar Estrada N.
Archivo y Correspondencia

Maritza P.

Universidad de Nariño
Cesar Estrada N.
Arr

04 AGO 2015

ANEXO C. OFICIO DE ENTREGA DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LA E.S.E PASTO SALUD



Universidad de Nariño
Centro de Estudios en Salud – CESUN



San Juan de Pasto, 14 de septiembre de 2015

CSU 15 - 0606

Doctora:
ANA BELEN ARTEAGA
Subgerente de Salud e Investigación
Pasto Salud ESE
Ciudad.

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito enviar el anteproyecto correspondiente a la investigación denominada "EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SALUD ORAL EN LAS GESTANTES, PERIODO 2015-2016" de las profesionales, SORANY ESPAÑA CORAL C.C. 27.436.123 y CLAUDIA BARRERA HIDALGO C.C. 36.953.293, para su revisión.

Agradezco de antemano su colaboración;

Atentamente;

MARIA CLARA YEPEZ CHAMORRO
Directora CESUN

Proyecto: María del Perito M.

ANEXO D. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PROYECTO

EFFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD

Las consideraciones éticas del presente estudio se basaran en las disposiciones éticas conforme a la resolución 8430 de 1993 emanada por el Ministerio de Salud de Colombia y por la declaración de Helsinki; en los cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud enfatizando: Título II (de la investigación en seres humanos), capítulo I (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) y capítulo V (de las investigaciones en grupos subordinados).

La Resolución 8430 establece que la investigación según ARTICULO 11 se encuentra clasificada dentro de investigación de riesgo mínimo por lo que presenta el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios que no presentan alteración mayor en el paciente.

Esta investigación se ajusta a estas características por cuanto la metodología se centra en la selección de individuos, recolección de datos y análisis de resultados.

Todos los participantes en el estudio deberán firmar el documento de consentimiento informado para dar inicio a la aplicación de la encuesta, se diligenciará un consentimiento informado individual (Anexo I), a través del cual el sujeto o su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Este formato contiene la siguiente información: justificación y objetivos de la investigación, procedimientos que serán utilizados y su propósito incluyendo la identificación de molestias, beneficios que puedan obtenerse, garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento, seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Los consentimientos están diseñados para fines del estudio y avalados, junto con el protocolo general de investigación, por el Comité de Ética de la E.S.E Pasto Salud. El protocolo de investigación se presentará a los comités de ética de las instituciones participantes: Universidad de Nariño y la E.S.E Pasto Salud. El proyecto se iniciará cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de las instituciones donde se realice la investigación; la firma del consentimiento informado por cuenta de las participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité curricular del Centro de Investigaciones en Salud de la Universidad de Nariño (CESUN).

El estudio se realizara por los integrantes del grupo de investigación con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano con la asesoría de profesionales especialistas con alto conocimiento del tema y de igual forma contando con la responsabilidad de las instituciones de salud nombradas anteriormente.

Así también se usarán criterios de inclusión y exclusión para la selección de las participantes y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Las acciones para la recolección de datos se harán única y exclusivamente por las investigadoras, para esto se enviará una solicitud a las diferentes instituciones, informándole las características y objetivos del estudio, con el fin de obtener su permiso. El uso de la información recolectada será utilizada con fines científicos y recogida a través de un instrumento de recolección de información diseñado por los investigadores principales; en la recolección, análisis y presentación de la información se tendrá en cuenta la confidencialidad y la veracidad, en la publicación de los resultados, se mostraran los verdaderos resultados y una vez presentados a la Universidad se darán a conocer a las instituciones que participaron.

Frente al derecho a la privacidad con respecto a la información específica del instrumento, se garantizara el manejo reservado de la información y del manejo responsable y veraz de las mismas, de manera anticipada y dentro de la solicitud que se realizara al comité de ética de cada entidad participante se les comunicara el uso de la información, la forma de almacenamiento y transmisión que garantizaran la seguridad de la misma. Se mantendrá de manera discreta la información concerniente a cada uno los participantes, además el informe final va a constar de cifras numéricas y descriptivas que no incluyen nombre, números de identificación, ni ningún otro dato

Entre los beneficios que el estudio brindará está el conocimiento de la EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS

GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD. Cada persona participante del estudio tendrá como incentivo por su participación un refrigerio por sesión de intervención programada además de los presentes y productos que se obtengan como resultado de cada fase de intervención.

Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud física o psicológica de los participantes en quienes se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten. Si bien es cierto que el objetivo del proyecto no está orientado hacia el tratamiento odontológico de las pacientes, ellas serán sensibilizadas y canalizadas al servicio de la Entidad promotora de salud (EPS) para solucionar su condición oral y durante todo el proceso desde que las participantes acceden a ser parte del estudio podrán hacer las preguntas deseen a cualquiera de los integrantes del grupo de investigación.

ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de la firma en el presente documento, yo _____, identificada con cedula de ciudadanía _____ de _____ EXPRESO MI ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DE PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN denominado “EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD”, desarrollado por el grupo de investigación de Salud Pública del Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño - CESUN y aprobado por el comité curricular de este centro de investigación.

Declaro que antes de firmar este documento se me ha informado que el presente estudio tiene como objetivo: Determinar la efectividad de una estrategia de intervención educativa sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud.

Este estudio se guía por los aspectos éticos planteados para la investigación en seres humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código odontológico y bioético y otras disposiciones. Artículo 2 Disposiciones generales, numeral 9: investigación con seres humanos). Además ha sido avalado por el comité de ética de la E.S.E Pasto Salud. Mi intervención consistirá en participar en el desarrollo de encuestas, guías de aprendizaje y ejercicios prácticos, podré retirarme antes si es mi deseo. Mi participación en la investigación NO implica gastos monetarios, ni la adquisición de algún tipo de responsabilidad o remuneración alguna. Si tengo alguna inquietud relacionada con el estudio o que se suscite a partir de mi participación en el mismo, puedo manifestarla a las investigadoras, cuyo nombre, correo electrónico y número telefónico aparecen al final del presente documento.

Con la firma del presente, doy mi autorización para que se me tomen fotografías mientras participo en el desarrollo de la temática del proyecto. El término “fotografía” incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes. La información suministrada por mí, será utilizada como parte de un grupo de datos y en ningún momento se asociará directa o indirectamente con mi identidad. Podré conocer los resultados del estudio una vez este culmine y si estoy interesada los desarrollos posteriores que se lleven a cabo a partir de la información recolectada con este trabajo de investigación.

El trabajo es desarrollado por las facilitadoras CLAUDIA JANNETH BARRERA HIDALGO y SORANY DEL SOCORRO ESPAÑA CORAL, estudiantes de la maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño; la asesora de la investigación es la profesora SONIA GOMEZ ERAZO identificada con cédula de ciudadanía número 30.737.627 de Pasto y como coasesora la profesora CARMEN EUGENIA QUIÑONEZ ARTEAGA, identificada con cédula de ciudadanía 59.825.338 de Pasto, que puedo contactar al teléfono 3155827593 y 3013584715 o al correo electrónico soniagomeze@hotmail.com y carmeneugeniaqu@gmail.com respectivamente. El teléfono del Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño - CESUN al cual se adscriben los profesionales que desarrollan el estudio es: 7312283.

Firma de la participante: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Teléfonos de contacto: _____

Firma del testigo 1: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Teléfonos de contacto: _____

ANEXO F. OFICIO DE RESPUESTA DE APROBACIÓN PARA DESARROLLAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN LA E.S.E PASTO SALUD

18486

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD NIT. 900091143-9	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
	2.0	GESTION DOCUMENTAL	GD	058

SUBGERENCIA DE SALUD E INVESTIGACION

530-12374

San Juan de Pasto, 16 de octubre de 2015

Doctora
MARIA CLARA YEPEZ CHAMORRO
Directora CESUN
Ciudadela Universitaria Torobajo, Bloque Tecnológico, Piso 1
Pasto

Cordial Saludo,

Una vez revisad el proyecto de investigación denominado: "EFECTIVIDAD DE UNA ESTRETEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SALUD ORAL EN LAS GESTANTES, PERUIODO 2015-2016".

Al respecto me permito manifestar de manera inicial lo siguiente:

- > Los objetivos descritos son claros y mensurables
- > Existe coherencia entre la metodología y los objetivos
- > Están expresamente delimitadas las consideraciones éticas y acordes con el derecho de los usuarios de participar o rehusarse hacerlo en proyectos de investigativos, a través del consentimiento informado

En virtud de lo planteado se informa que después de someter el proyecto de investigación al Comité de Ética de PASTO SALUD ESE, fue aprobado.

Agradezco su atención,

Atentamente,


ANA BELEN ARTEAGA TORRES
Subgerente de Salud e Investigación.

Proyecto: Maritza P.

16 OCT 2015
11: 5: 42 pm
Universidad de Nariño
Cesar Estrada
Archivo y Correspondencia

ANEXO G. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL DIRECTOR OPERATIVO DE LA RED NORTE DE LA E.S.E PASTO SALUD PARA TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN



Universidad de Nariño
Centro de Estudios en Salud – CESUN



San Juan de Pasto, 19 de noviembre de 2015.

EMPRESA SOCIAL DEL E.S.E. PASTO SALUD E.S.E. RED NORTE	
NO.	13371
FECHA	20-11-15
HORA	5:14 pm
EXAMINADO	Andrec
ANEXO	—

CSU 15 – 0785

Doctor:
HERNÁN GUERRERO BURBANO
Director Operativo Red Norte
Pasto Salud E.S.E.
Ciudad

Cordial saludo.

Teniendo en cuenta que el Comité de Ética de Pasto Salud E.S.E mediante el oficio N° 530-12374 del 16 de Octubre de 2015 aprobó el proyecto denominado "Efectividad de una estrategia educativa sobre conocimientos y prácticas de salud oral en las gestantes del Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud en el periodo comprendido entre los meses de octubre 2015 y junio 2016" el cual es desarrollado por las estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño: CLAUDIA JANNETH BARRERA HIDALGO CC 36.953.293 de Pasto y SORANY DEL SOCORRO ESPAÑA CORAL CC 27.436.123 de Sandoná, comedidamente le solicito autorizar:

1. El ingreso de las estudiantes al Hospital Civil con el fin de realizar la prueba piloto del instrumento denominado "Cuestionario inicial de conocimientos de Salud Oral de las para gestantes".
2. El ingreso al Centro de Salud Pandiaco con el fin de acceder a la base de datos de los usuarios para el cálculo de la muestra que será objeto de estudio.
3. Acceso a las historias clínicas odontológicas de las gestantes de dicha muestra para obtener el índice COP-D.

De antemano agradezco su colaboración;

Atentamente,


MARÍA CLARA YÉPEZ CHAMORRO
Directora CESUN

Adjunto: Visto Bueno de Comité de Ética E.S.E. Pasto Salud

Proyectó: Luis Carlos Souza Ordóñez, Profesional CESUN 

ANEXO H. OFICIO DE RESPUESTA CON AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR OPERATIVO DE LA
RED NORTE DE LA E.S.E PASTO SALUD

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD NIT. 900091143-9	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
	2.0	GESTION DOCUMENTAL	GD	058

RED NORTE - HOSPITAL LOCAL CIVIL

551-14050

San Juan de Pasto, 24 noviembre de 2015

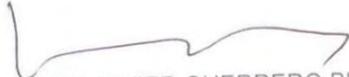
Doctora
MARIA CLARA YEPES CHAMORRO
Directora CESUN
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
San Juan de Pasto

Asunto: Respuesta Solicitud

Cordial saludo.

En atención a su solicitud, me permito informar que se autoriza a las estudiantes de la maestría en salud pública de la Universidad de Nariño CLAUDIA JANNETH BARRERA HIDALGO, identificado con cedula 36953293 y SORANY DEL SOCORRO ESPAÑA CORAL identificada con cedula 27436123; el ingreso a las instalaciones del Hospital Local Civil; acceso a una muestra de la base de datos e historias clínicas odontológicas de gestantes del Centro de Salud Pandiaco desde el Hospital Local Civil

Atentamente,


HERNAN JAVIER GUERRERO BURBANO
Director Operativo

Andrea M.

R/H 25.11.15
2:58 pm

ANEXO I

CUESTIONARIO INICIAL SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar los conocimientos y prácticas de salud oral en gestantes, por lo cual se solicita su participación contestando cada pregunta según su criterio.

I. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y responda lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera.

Edad:		Semanas de gestación:		Dirección donde vive y Comuna:		Número de hijos vivos	
Teléfonos:				Correo electrónico:			
Nivel educativo:	0.Ninguno	1.Primaria	2.Secundaria	3.Técnico	4.Profesional		
Estrato socioeconómico:	0	1	2	3			
Grupo étnico:	0.Afrocolombiano	1.Indígena	2.Raizal	3.Mestizo			
Estado civil:	0.Soltera	1.Casada	2.Unión libre	3.Divorciada	4.Viuda		
Ocupación:	0.Estudiante	1.Empleada	2.Desempleada	3.Independiente	4.Ama de casa		

II. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Marque una equis (X) sobre la línea que corresponda a la respuesta que usted considere correcta.

1. Ha ido alguna vez al odontólogo: 1.SI _____ 0.NO _____

2. Actualmente recibe tratamiento odontológico: 1.SI _____ 0. NO _____

3. Responda el motivo de su última visita al odontólogo:

0. Urgencias _____

1. Tratamiento _____

2. Control _____

3. Otros _____ Especifique: _____

4. ¿En el momento en el que su odontólogo le está realizando el tratamiento, le da indicaciones sobre los cuidados de su Salud Oral? 1. SI _____ 0. NO _____

5. Si Respondió NO en la pregunta número 2, seleccione cual es el motivo de su inasistencia:

0. Porque estoy en embarazo _____

1. Porque no me duele ningún diente _____

2. Por miedo _____

3. Motivos económicos _____

4. Falta de tiempo _____

5. No me reciben en mi estado _____

III. CONOCIMIENTOS DE SALUD ORAL

Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que considere más adecuada, marque con una equis (X) sobre la línea.

1. ¿Considera que los alimentos que consume durante el embarazo afectarán el desarrollo de los dientes de su hijo?
1. SI _____ 0. NO _____

2. ¿Considera importante lavar las encías a su bebe antes de que salgan los dientes? 1. SI _____ 0. NO _____

3. La placa bacteriana es:

0. Comida acumulada en los dientes _____

1. Manchas blanquecinas en los dientes _____

2. Microorganismos en la boca _____

3. Todas las anteriores _____

4. No sé _____

4. Para usted, la caries dental es producida por:

0. Consumir dulces _____

1. No hacer buen uso de los elementos de higiene oral _____

2. No realizar aseo correcto de los dientes _____

3. Todas las anteriores _____

4. No sé _____

5. ¿Considera que la caries es una enfermedad contagiosa? 1. SI _____ 0. NO _____

6. Considera cierto que "por cada embarazo, se pierde un diente" 1. SI _____ 0. NO _____
7. Que nombre recibe la enfermedad de las encías: 0. Periodontitis _____ 1. Gingivitis _____ 2. Inflamación del labio _____ 3. No sé _____
8. La enfermedad periodontal es: 0. Heridas en la boca _____ 1. La que afecta a los tejidos de soporte del diente _____ 2. La pigmentación de los dientes _____ 3. No sé _____
9. ¿Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo podrían afectar los dientes de su hijo? 1. SI _____ 0. NO _____
10. ¿Considera que tomarse radiografías dentales con un accesorio de protección (chaleco de plomo) durante su embarazo, le afectará a su hijo? 1. SI _____ 0. NO _____
11. ¿Considera que el uso de anestesia dental afectará el desarrollo de su embarazo? 1. SI _____ 0. NO _____
12. En qué mes de embarazo puede recibir cualquier tipo de tratamiento odontológico: 0. Entre el 1er y 3er mes _____ 1. Entre el 3er y 6to mes _____ 2. Entre el 6to y 9no mes _____ 3. En ningún mes de gestación _____ 4. En todos los meses de gestación _____
13. ¿Al cepillarse los dientes, qué limpia? 0. Solo los dientes delanteros de arriba y de abajo y paladar _____ 1. Todas las superficies de los dientes por fuera y la lengua _____ 2. Todas las partes de los dientes por dentro, por fuera y en forma circular, lengua y paladar _____
14. ¿Usa seda dental? 1. SI _____ 0. NO _____ <i>SI CONTESTA "SI" PASE A LA PREGUNTA N° 16</i>
15. ¿Por qué NO usa la seda dental? 0. Por falta de costumbre _____ 1. No la conoce _____ 2. No es necesario _____ 3. Es muy cara _____ 4. Le sangra o le duelen las encías _____ 5. No sabe cómo usarla _____
16. ¿Para que se usa el flúor? 0. Para fortalecer el diente _____ 1. Para evitar la gingivitis _____ 2. Para evitar el mal aliento _____ 3. No sé _____
17. ¿Le han colocado Flúor en los dientes? 1. SI _____ 0. NO _____
18. ¿Qué tipo de cepillo de dientes usa? 0. Cepillo de dientes con cerdas suaves _____ 1. Cepillo de dientes eléctrico _____ 2. Cepillo de dientes con cerdas duras _____ 3. No sé _____
19. ¿Con que frecuencia debe ser cambiado el cepillo de dientes? 0. Cada dos meses _____ 1. Cada seis meses _____ 2. Cada tres meses _____ 3. Cuando tenga las cerdas abiertas _____ 4. Nunca _____

ANEXO J

FORMATO INICIAL DE PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO

1. INDICE DE GREEN Y VERMILLON

INDICACIONES:

Mide las superficies: Vestibular de los dientes: 11 – 16 – 26 – 31 y superficie lingual de los dientes: 46 – 36 Si no está presente alguno de estos dientes se toma el adyacente, de la siguiente manera: En el caso de ausencia del Incisivo Central Derecho se toma el Incisivo Central Izquierdo y en el caso de los molares en ausencia del Primer molar se elige el Segundo molar.

PUNTAJE	CRITERIO DEPÓSITOS BLANDOS	
0 (0)	No hay depósitos ni pigmentaciones en la superficie dentaria	
1 (1)	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación en la superficie dentaria	
2 (2)	Existen depósitos que cubren menos de 2/3 de la superficie dentaria	
3 (3)	Los depósitos cubren 3/3 de la superficie dentaria	

CALCULO DEL INDICE:

Para cada persona se suman los valores de depósitos blandos y se les divide por la cantidad de superficies valoradas.	$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$
---	---

2. NIVELES DE IHO-S

VALOR	INDICADOR	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN:							
(0) 0.0 – 1.0	Optimo								
(1) 1.1 – 2.0	Regular	FECHA	11 V	16 V	26 V	31 V	36 L	46 L	OHS
(2) 2.1 – 3.1	Malo								
(3) >3	Muy malo	INICIAL							

2. INDICE DE CARIES DENTAL

INDICACIONES:

Índice COP-D (Prevalencia de la caries dental. Índice COP individual = C + O + P, se expresa en porcentaje). Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes COP-D (Cariados, Obturados, Perdidos – Dientes; incluidas las extracciones indicadas. Se consideran solo 28 dientes, excepto terceros molares.

CUANTIFICACIÓN PARA EL INDICE:

FECHA	C	O	P	TOTAL	RANGO	INDICADOR
INICIAL					(0) 0.0 – 1.1	Muy bajo
					(1) 1.2 – 2.6	Bajo
					(2) 2.7 – 4.4	Moderado
					(3) 4.5 – 6.5	Alto
					(4) > 6.6	Muy Alto

ANEXO K

CUESTIONARIO POST-INTERVENCIÓN SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar los conocimientos y prácticas en salud oral de gestantes, por lo cual se solicita su participación contestando cada pregunta según su criterio y teniendo en cuenta lo aprendido durante el desarrollo de las actividades programadas dentro de la intervención educativa a la cual usted asistió.

I. CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL

1. ¿Considera que los alimentos que consume durante el embarazo afectarán el desarrollo de los dientes de su hijo?

1. SI _____ 0. NO _____

2. ¿Considera importante lavar las encías a su bebe antes de que salgan los dientes? 1. SI _____ 0. NO _____

3. La placa bacteriana es:

0. Comida acumulada en los dientes _____

1. Manchas blanquecinas en los dientes _____

2. Microorganismos en la boca _____

3. Todas las anteriores _____

4. No sé _____

4. Para usted, la caries dental es producida por:

0. Consumir dulces _____

1. No hacer buen uso de los elementos de higiene oral _____

2. No realizar aseo correcto de los dientes _____

3. Todas las anteriores _____

4. No sé _____

5. ¿Considera que la caries es una enfermedad contagiosa? 1. SI _____ 0. NO _____

6. Considera cierto que "por cada embarazo, se pierde un diente" 1. SI _____ 0. NO _____

7. Que nombre recibe la enfermedad de las encías:

0. Periodontitis _____

1. Gingivitis _____

2. Inflamación del labio _____

3. No sé _____

8. La enfermedad periodontal es:

0. Heridas en la boca _____

1. La que afecta a los tejidos de soporte del diente _____

2. La pigmentación de los dientes _____

3. No sé _____

9. ¿Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo podrían afectar los dientes de su hijo?

1. SI _____ 0. NO _____

10. ¿Considera que tomarse radiografías dentales con un accesorio de protección (chaleco de plomo) durante su embarazo, le afectará a su hijo? 1. SI _____ 0. NO _____

11. ¿Considera que el uso de anestesia dental afectará el desarrollo de su embarazo? 1. SI _____ 0. NO _____

12. En qué mes de embarazo puede recibir cualquier tipo de tratamiento odontológico:

0. Entre el 1er y 3er mes _____

1. Entre el 3er y 6to mes _____

2. Entre el 6to y 9no mes _____

3. En ningún mes de gestación _____

4. En todos los meses de gestación _____

13. ¿Al cepillarse los dientes, qué limpia?

0. Solo los dientes delanteros de arriba y de abajo y paladar _____

1. Todas las superficies de los dientes por fuera y la lengua _____

2. Todas las partes de los dientes por dentro, por fuera y en forma circular, lengua y paladar _____

14. ¿Usa seda dental? 1. SI _____ 0. NO _____ SI CONTESTA "SI" PASE A LA PREGUNTA N° 16

15. ¿Por qué NO usa la seda dental?

0. Por falta de costumbre _____

1. No la conoce _____

2. No es necesario _____

3. Es muy cara _____

4. Le sangra o le duelen las encías _____

5. No sabe cómo usarla _____

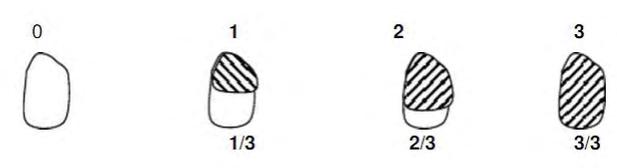
16. ¿Para que se usa el flúor? 0. Para fortalecer el diente _____ 1. Para evitar la gingivitis _____ 2. Para evitar el mal aliento _____ 3. No sé _____
17. ¿Le han colocado Flúor en los dientes? 1. SI _____ 0. NO _____
18. ¿Qué tipo de cepillo de dientes usa? 0. Cepillo de dientes con cerdas suaves _____ 1. Cepillo de dientes eléctrico _____ 2. Cepillo de dientes con cerdas duras _____ 3. No sé _____
19. ¿Con que frecuencia debe ser cambiado el cepillo de dientes? 0. Cada dos meses _____ 1. Cada seis meses _____ 2. Cada tres meses _____ 3. Cuando tenga las cerdas abiertas _____ 4. Nunca _____

ANEXO L
FORMATO POSTINTERVENCIÓN DE PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO

3. INDICE DE GREEN Y VERMILLON

INDICACIONES:

Mide las superficies: Vestibular de los dientes: 11 – 16 – 26 – 31 y superficie lingual de los dientes: 46 – 36
 Si no está presente alguno de estos dientes se toma el adyacente, de la siguiente manera: En el caso de ausencia del Incisivo Central Derecho se toma el Incisivo Central Izquierdo y en el caso de los molares en ausencia del Primer molar se elige el Segundo molar.

PUNTAJE	CRITERIO DEPÓSITOS BLANDOS	
0 (0)	No hay depósitos ni pigmentaciones en la superficie dentaria	
1 (1)	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación en la superficie dentaria	
2 (2)	Existen depósitos que cubren menos de 2/3 de la superficie dentaria	
3 (3)	Los depósitos cubren 3/3 de la superficie dentaria	

CALCULO DEL INDICE:

Para cada persona se suman los valores de depósitos blandos y se les divide por la cantidad de superficies valoradas.

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$$

4. NIVELES DE IHO-S

VALOR	INDICADOR	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN:							
(1) 0.0 – 1.0	Optimo								
(1) 1.1 – 2.0	Regular	FECHA	11 V	16 V	26 V	31 V	36 L	46 L	OHS
(2) 2.1 – 3.1	Malo	INICIAL							
(3) >3	Muy malo								

3. INDICE DE CARIES DENTAL

INDICACIONES:

Índice COP-D (Prevalencia de la caries dental. Índice COP individual = C + O + P, se expresa en porcentaje). Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes COP-D (Cariados, Obturados, Perdidos – Dientes; incluidas las extracciones indicadas. Se consideran solo 28 dientes, excepto terceros molares.

CUANTIFICACIÓN PARA EL INDICE:

FECHA	C	O	P	TOTAL	RANGO	INDICADOR
INICIAL					(0) 0.0 – 1.1	Muy bajo
					(1) 1.2 – 2.6	Bajo
					(2) 2.7 – 4.4	Moderado
					(3) 4.5 – 6.5	Alto
					(4) > 6.6	Muy Alto



¡Creando, jugando y aprendiendo los cuidados de mi boca y la de mi bebé!

ESTRATEGIA EDUCATIVA
EN SALUD BUCAL
PARA GESTANTES

CLAUDIA BARRERA HIDALGO
SORANY ESPAÑA CORAL
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA UDENAR



OBJETIVO GENERAL:

Incluir la salud bucal como uno de los componentes principales en la atención de la mujer gestante con el fin de mejorar la calidad de la salud integral del binomio madre-hijo.

CONTENIDO

SEMANA UNO: Conozcámonos

SEMANA DOS: Esta es mi boca y sus posibles enfermedades

SEMANA TRES: Para mis dientes cuidar, debo conocer lo que debo utilizar.

SEMANA CUATRO: Cepillándome y usando seda dental

SEMANA CINCO: Tratamiento odontológico seguro

SEMANA SEIS: Pautas de higiene oral para el bebé





¡Conozcámonos!

SEMANA

UNO





OBJETIVO:

Lograr que las gestantes y las facilitadoras se conozcan y construyan un ambiente favorable de aprendizaje que permita el intercambio de ideas en un entorno amigable y de confianza para llevar a cabo el desarrollo de la estrategia educativa en salud bucal para gestantes.

PROPÓSITOS:

1. Permitir al grupo conocerse y familiarizarse entre si y con las facilitadoras.
2. Lograr que conozcan y asimilen el objetivo general de la estrategia.
3. Sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de su participación y compromiso con el desarrollo de las actividades propuestas.
4. Identificar las expectativas personales del proyecto.
5. Indagar acerca de los conocimientos previos y determinar la situación actual de la salud bucal de cada una de las participantes.
6. Afianzar los conocimientos sobre la gestación y los cambios fisiológicos que ocurren durante este periodo.





ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. Presentación de las facilitadoras y socialización del objetivo general de la Estrategia educativa en salud bucal para gestantes.
2. Entrega de materiales (plantilla en forma muelita) para que cada participante elabore una escarapela con su nombre para identificarse durante las actividades que se desarrollaran a lo largo de la intervención.
3. Entrega de un cuaderno a cada una de las gestantes para la construcción de su propio diario de campo, este le permitirá llevar anotaciones, realizar las actividades programadas durante la sesión y cumplir con las tareas para trabajar en casa.
4. Se provocará un diálogo entre facilitadoras y gestantes, a cada una de las participantes se le hará entrega de marcadores y de una hoja de papel donde deberá escribir su mayor expectativa frente a la estrategia planteada, deberá socializarla al grupo para posteriormente pegarla en un papelógrafo.
5. Para la conformación de grupos se realizará un juego indicando que busquen 5 compañeras, luego 3 y luego 4 hasta indicar el número adecuado para formar grupos pequeños, a cada grupo se le entregará un set de tarje-





tas con contenidos de embarazo y cambios fisiológicos, con las cuales cada grupo deberá discutir y reflexionar para que posteriormente con sus palabras puedan participar de forma activa frente al auditorio explicitando las definiciones que consideren pertinentes según sus propios conocimientos acerca de estos contenidos. Cada grupo deberá ponerse un nombre, el juego genera puntos y el grupo que acumule el mayor número de puntos ganará un premio.

¿Cuáles son los alimentos adecuados en la dieta de una mujer embarazada?
 La mujer embarazada debe tener una alimentación rica en hierro, proteínas, vitaminas, calcio y ácido fólico. Estos nutrientes se pueden encontrar en alimentos como las frutas, las verduras, los cereales, el pescado, etc.



http://www.proyecto-bebe.es/etapas_delEmbarazo.htm

EMBARAZO

- Es el proceso de desarrollo y madurez del embrión. Tiene una duración de unos nueve meses y tiene varias fases:
- Primer trimestre.
- Segundo trimestre.
- Tercer trimestre.

¿QUÉ CAMBIOS PUEDE PRESENTAR UNA MUJER EN EL EMBARAZO?

Un embarazo es una completa transformación para la mujer tanto en su física como en su interior. Por eso, es normal que la mujer sufra aumento de peso, fatiga, cambios en su digestión, micción frecuente, aumento en la sensibilidad de las mamas, estreñimiento, sialorrea (salivación excesiva), pigmentación de la piel, aumento de la presión arterial, entre otros.

Primer trimestre

1^{er} mes: El embrión mide alrededor de 1cm y pasa más que un gusano. Se inicia la formación del sistema nervioso y los órganos de los sentidos, el corazón comienza a latir.

2^o mes: Inicia la formación de los órganos internos. Se forman las extremidades y mide alrededor 3cm y pesa 10 gramos.

3^{er} mes: El embrión pasa a llamarse Feto, continúan la formación de órganos internos, los ojos y oídos están en su posición definitiva. Inicia la formación de gónadas y comienza a funcionar los sistemas circulatorio y renal. Mide entre 5 a 7 cm y pesa 30 gramos.

Etapas del embarazo

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
1 ^{er} mes de embarazo (semana 1-4)	4 ^o mes de embarazo (semana 13-17)	7 ^o mes de embarazo (semana 21-27)
2 ^o mes de embarazo (semana 5-12)	5 ^o mes de embarazo (semana 18-21)	8 ^o mes de embarazo (semana 28-35)
3 ^{er} mes de embarazo (semana 13-20)	6 ^o mes de embarazo (semana 22-27)	9 ^o mes de embarazo (semana 36-40)

Segundo trimestre

4^o mes: El feto mide alrededor de 10 cm. Aparece algunas reflejos como succión del dedo y angustia. Se observan el esqueleto, ya tiene aspecto humano pero no puede sobrevivir fuera del útero.

5^o mes: la madre siente los movimientos del feto, comienza a crecer bastante en los brazos, cabeza y ganchos. Mide el sistema nervioso mide 20 y 25 cm.

6^o mes: la piel del feto se torna rosado, los parpados se abren y comienza a abrir los ojos. Al final del sexto mes, el feto mide más de 30cm y pesa cerca de un kilo.

Tercer trimestre

7^o mes: el feto comienza acumular grasa, espicho dental, percibe sabores dulces y amargos en nueve caso vez más. Puede mover para escapar de cualquier estímulo que le incomode.

8^o mes: el feto continúa aumentando de peso y tamaño (2.5 kg y mide 40cm) Casi todos los órganos se han desarrollado.

9^o mes: el sistema nervioso controla movimientos respiratorios y la temperatura corporal. Aumenta notoriamente de tamaño y pesa 3.4 kg (mide alrededor de 50cm) Ya se ha desarrollado completamente.

PLANTILLA



<https://www.dreamstime.com/royalty-free-stock-photo-tooth-icon-vector-image15840165>

6. Se proyectarán dos videos para educación y sensibilización:

– LA ODISEA DE LA VIDA DESARROLLO EMBRIONARIO

– FORMACION DE DIENTES





RETROALIMENTACIÓN:

Entrega de información escrita para que la peguen y decoren en su cuaderno.

Se deja una tarea corta para realizar en casa.

EVALUACIÓN:

La evaluación es inherente a los procesos educativos con el fin de mejorar. Mediante un formato que incluye una muelita feliz, intermedia y triste, cada gestante debe pintar la muelita que más la identifique con su aprendizaje y experiencia obtenida durante la sesión. Se comparte un refrigerio con las participantes. (Anexo 1)





Esta es mi boca y sus
posibles enfermedades

SEMANA

DOS





OBJETIVO:

Conocer e identificar la cavidad bucal y las enfermedades más comunes.

PROPÓSITOS:

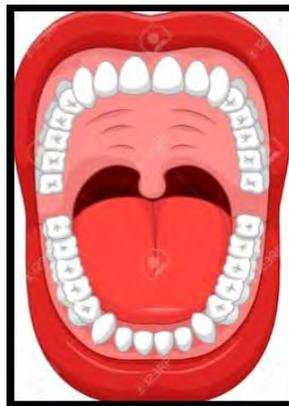
1. Identificar la anatomía y fisiología de la boca.
2. Reconocer las enfermedades más comunes que afectan la cavidad bucal durante el embarazo.
3. Conocer la importancia de tener una boca sana durante el periodo gestacional.





ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. Se inicia con preguntas acerca de que partes de la boca conocen y la función de cada una de ellas.
2. Mediante la técnica participativa visual se realiza una actividad en forma grupal con una cartelera que contiene un gráfico de las partes de la boca (Labio superior – Labio Inferior – Dientes – Lengua – Garganta – Úvula), se orienta que cada subgrupo previamente conformado identifique y coloque adecuadamente los nombres de las partes presentes en el respectivo dibujo mediante la participación de una representante a quien se le vendarán los ojos haciendo que el resto de participantes la orienten permitiendo que se enfatice en la comprensión del tema tratado durante la sesión.



<https://es.dreamstime.com/stock-de-ilustraci-piezas-de-la-historieta-de-la-boca-humana-abra-la-boca-y-el-diente-sano-blanco-image55839914>



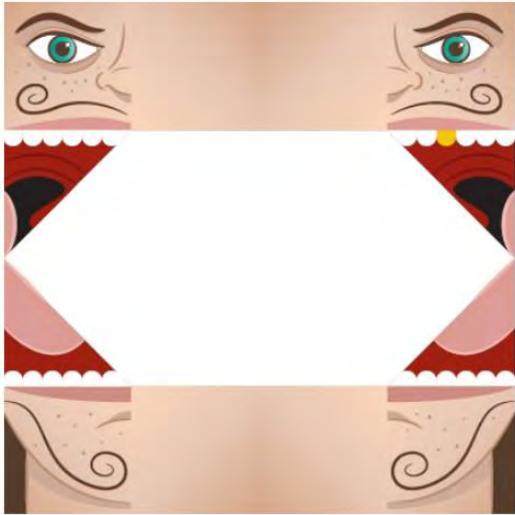


2. Se solicita a las participantes un listado de las enfermedades bucales o dentales que conozcan y a través de imágenes se sensibiliza sobre las enfermedades que puedan presentarse durante el embarazo.

3. Se realiza una actividad denominada “Armar la boca”. A cada una de las participantes se le hará entrega de una hoja con una plantilla que les permitirá obtener un plegado de la boca con el cual podrán socializar y retroalimentar la actividad del día. Cada una deberá seguir las siguientes instrucciones para participar:

1. Colocar el lado impreso hacia abajo
2. Plegar las cuatro esquinas hacia el centro siguiendo la línea
3. Doblar el papel donde se ve la x
4. Plegar las cuatro esquinas hacia el centro de la x
5. Doblar el cuadrado por la mitad
6. Deslizar el pulgar y los tres dedos debajo de las solapas del papel
7. Separar los dientes con los dedos y hacer hablar a la boca





http://www.caseyconroy.com/images/print_fortune_01.jpg





RETROALIMENTACIÓN:

Se entregará a cada participante una hoja impresa con adivinanzas para que las peguen en el cuaderno de actividades y mediante la ayuda de sus familiares deberá encontrar las respuestas para socializarlas en la próxima sesión.

EVALUACIÓN:

La evaluación es inherente a los procesos educativos con el fin de mejorar. Mediante un formato que incluye una muelita feliz, intermedia y triste, cada gestante debe pintar la muelita que más la identifique con su aprendizaje y experiencia obtenida durante la sesión. Se comparte un refrigerio con las participantes. (Anexo 1)





Para mis dientes cuidar,
debo conocer lo que debo
utilizar

SEMANA

TRES





OBJETIVO:

Lograr que las gestantes conozcan, identifiquen y diferencien los usos y funciones de los elementos básicos de higiene oral (Cepillo de dientes + crema dental + seda dental + enjuague bucal).

PROPÓSITOS:

1. Permitir al grupo conocer, familiarizarse e interactuar con los elementos básicos de higiene oral
2. Identificar usos de los elementos básicos de higiene oral
3. Identificar funciones de los elementos básicos de higiene oral





ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. Proyección del video “Dr. Muelitas y el viaje al reino de los dientes”
2. Presentación de los elementos básicos de higiene oral mediante imágenes y fichas con información correspondiente para aclarar las funciones de cada uno de los elementos.
3. Se pedirá a las gestantes que conformen en total cuatro grupos, cada grupo deberá buscar un nombre alusivo a un elemento de higiene oral y deberán construir una pequeña historia en el cuaderno donde relacionen el video con la temática vista. Se entregan materiales tales como plantillas impresas, colores, marcadores, cinta y pegante, con los cuales deberán realizar una pequeña función con títeres de dedo.
4. Cada participante recibe una hoja con ilustraciones y frases que deberá recortar y pegar según corresponda, esta hoja será pegada en el cuaderno como actividad de refuerzo.
5. Se solicita a las gestantes que para la próxima sesión acudan con su cepillo de dientes en las condiciones actuales como se encuentra.





RETROALIMENTACIÓN:

Se entregará a cada participante una hoja impresa con dibujos de los elementos de higiene oral la cual deben decorar, pintar y recortar para que luego puedan pegarla en el cuaderno de actividades.

EVALUACIÓN:

La evaluación es inherente a los procesos educativos con el fin de mejorar. Mediante un formato que incluye una muelita feliz, intermedia y triste, cada gestante debe pintar la muelita que más la identifique con su aprendizaje y experiencia obtenida durante la sesión. Se comparte un refrigerio con las participantes. (Anexo 1)





Cepillándome y usando
seda dental

SEMANA

CUATRO





OBJETIVO:

Educar a las gestantes en la técnica correcta de cepillado y en el uso de los elementos de higiene oral.

PROPÓSITOS:

1. Proporcionar información sobre la importancia del cepillado y el uso de seda dental para evitar patologías orales
2. Enseñar a las participantes la técnica de cepillado y el uso de seda dental adecuados para practicarla diariamente
3. Educar sobre la importancia que tiene en la salud el cepillado y el uso de seda dental a diario

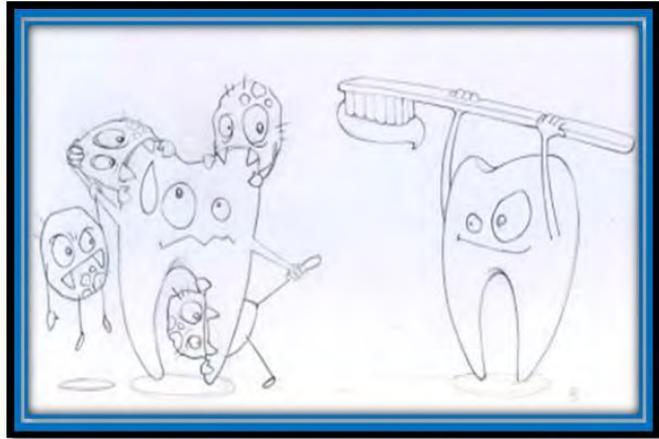
ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. En grupos de 4 personas mirar atentamente la siguiente imagen y contar una historia, respondiendo las preguntas adjuntas:





¿Qué le ocurre al primer diente?
¿Quiénes son los "monstruitos" que están encima suyo?
¿Qué ocurre cuando se enferma un diente?
¿Cuántas veces al día se deben lavar los dientes? ¿Por qué?
¿Qué pasa si comemos golosinas?



<http://es.helokids.com/c.5967/dibujos-para-cobrar/profesiones-y-oficios/dentista/unas-caries>

2. Se aplica la técnica de mostrar, decir y hacer, a través de un macromodelo y un cepillo de dientes se explican los pasos del cepillado y el uso de la seda dental para que luego cada una de las participantes lo replique en el mismo. Previamente se les solicitó que traigan su cepillo de dientes con el fin de mostrar al grupo dos cepillos de dientes: uno viejo y uno nuevo para que ellas puedan identificar diferencias visuales entre ambos
3. En grupos recortarán fotografías de personas que aparezcan en revistas, a algunos les pintarán los dientes, dichas imágenes las pegarán en dos secciones de una cartelera, aquí deberán mostrar las diferencias entre una persona con dientes sanos y otra con dientes enfermos, las gestantes harán sus propios comentarios y luego se enfatizarán en cómo se ven las imágenes y en que pudo haberse hecho para evitar que se dañaran los dientes afianzando la actividad en el presente. De igual manera, se mostrará una fotografía o el dibujo de una persona que ha perdido todos sus dientes





para comentar al grupo sobre lo difícil que le resulta comer bien, hablar claramente mostrando cómo puede alterarse la parte física.

RETROALIMENTACIÓN:

1. Las facilitadoras apoyarán, reforzarán o corregirán los conocimientos y apreciaciones del grupo asertivamente.
2. En el cuaderno de actividades y como tarea para la casa cada participante responderá las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo fue el cuidado de los dientes cuando era niña?
 - ¿Quién le enseñó a cepillarse?
 - ¿Cuántas veces se cepillaba al día?
 - Compare lo aprendido con su experiencia personal para que en la siguiente sesión sean socializadas al grupo.
3. A cada una de las participantes se le obsequia un kit de higiene oral que contiene (cepillo de dientes + crema dental + enjuague + seda dental + vaso + instrucciones impresas).





EVALUACIÓN:

La evaluación es inherente a los procesos educativos con el fin de mejorar. Mediante un formato que incluye una muelita feliz, intermedia y triste, cada gestante debe pintar la muelita que más la identifique con su aprendizaje y experiencia obtenida durante la sesión. Se comparte un refrigerio con las participantes. (Anexo 1)





Tratamiento
odontológico seguro

SEMANA

CINCO





OBJETIVO:

Lograr que las gestantes conozcan y asimilen dentro de su proceso de embarazo, cuando pueden realizarse un tratamiento odontológico seguro.

PROPÓSITOS:

1. Definir el concepto de tratamiento odontológico seguro
2. Conocer la edad gestacional en la que las mamitas pueden realizarse un tratamiento odontológico seguro
3. Despejar dudas y aclarar mitos acerca de la toma de radiografías, medicamentos y sobre el uso de anestésicos durante el embarazo.





ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. El grupo observará un video alusivo a la temática a tratar durante la sesión programada, al finalizar se organizará un círculo en el que todas las participantes puedan observar y lanzar un dado gigante, se organizarán en binas y según el número que obtenga la pareja al lanzar el dado se les realizará una pregunta sobre el video que observaron, por cada respuesta acertada obtendrán un punto. La bina que obtenga más puntos se ganará un premio al final.
2. Se organizará el grupo en mesa redonda y se les pedirá que realicen preguntas referentes a la temática, teniendo en cuenta el abordaje de mitos o falsas creencias frente al tema de recibir tratamiento odontológico durante el embarazo.

RETROALIMENTACIÓN:

1. Se entregará a cada participante unas imágenes que debe relacionar de acuerdo a los conceptos aprendidos en la sesión para posteriormente pegarlas en el cuaderno de actividades.





2. Se les pedirá que con ayuda de sus familiares o amigos, escriban una experiencia relacionada con el tratamiento odontológico que alguien pudo haber recibido cuando se encontraba en embarazo o una situación en la cual no recibió atención por el mismo motivo, lo cual se socializará en la próxima sesión.

EVALUACIÓN:

La evaluación es inherente a los procesos educativos con el fin de mejorar. Mediante un formato que incluye una muelita feliz, intermedia y triste, cada gestante debe pintar la muelita que más la identifique con su aprendizaje y experiencia obtenida durante la sesión. Se comparte un refrigerio con las participantes. (Anexo 1)





Pausas de higiene oral
para el bebé

SEMANA

SEIS





OBJETIVO:

Orientar y educar a las gestantes sobre la importancia de la higiene oral en el bebé.

PROPÓSITOS:

1. Concientizar la importancia de realizar la higiene oral en el bebé
2. Enseñar a las participantes la forma de realizar la higiene oral al bebé.
3. Evaluar lo aprendido en la intervención educativa realizada.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. Se llevará a cabo una actividad lúdica denominada “Póngale el diente al burro”; en donde se organizará a las integrantes en grupos.





Las participantes después de contestar una ficha con preguntas acorde a la higiene oral del bebe, tendrán la oportunidad de colocarle el diente al burro, el grupo que más puntos tenga será el ganador de un obsequio.

2. Las pautas de higiene oral en el bebé se explicarán a través de unos modelos especiales que simulan la boca, con ellos se explica a la futura madre como realizar la higiene oral, tanto a las encías como a los primeros dientes erupcionados, se realiza la réplica de lo aprendido por cuenta de cada una de las participantes en los modelos acondicionados para dicha actividad.

RETROALIMENTACIÓN:

1. Las facilitadoras agruparán a las gestantes en tríos para comentar sobre los encuentros anteriores, se pedirá que voluntariamente expresen lo que recuerdan. Se corrige o rectifica la información.
2. Las participantes elaboran una actividad de refuerzo para el grupo en forma conjunta con acciones para favorecer la salud bucal, recordando todos los temas sobre los cuales se trabajó.





EVALUACIÓN:

La evaluación es inherente a los procesos educativos con el fin de mejorar. Mediante un formato que incluye una muelita feliz, intermedia y triste, cada gestante debe pintar la muelita que más la identifique con su aprendizaje y experiencia obtenida durante la sesión. Se comparte un refrigerio con las participantes. (Anexo 1)

ACTIVIDAD DE FINALIZACIÓN

- Se promueve la participación activa de las gestantes para realizar comentarios y conclusiones finales.
- Se realiza la graduación y la entrega de diplomas a todas las participantes en la Estrategia educativa en salud bucal para gestantes. (Anexo 2)
- Agradecimiento especial de las facilitadoras a las participantes que hicieron realidad el desarrollo de este proyecto hecho con amor.



ANEXO 1

FORMATO DE EVALUACION

EFFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD

Fecha: D_____ M_____ A_____

OBJETIVO: Realizar la actividad evaluativa para garantizar que el tema expuesto haya brindado un entendimiento claro, adecuado y satisfactorio; capaz de incidir en los hábitos de higiene y autocuidado de la cavidad bucal, los cuales son favorables para las gestantes del Centro de Salud de Pandiaco de la E.S.E Pasto Salud.

INSTRUCTIVO: Lea cuidadosamente la pregunta asociada a cada ítem y marque de acuerdo a su apreciación el gráfico que coincida con su respuesta.

N°		3 Puntos	2 Puntos	1 Punto
1	UTILIDAD: ¿Fué de su interés el tema tratado en la actividad?			
2	DESEMPEÑO DE LOS EXPOSITORES Y METODOLOGÍA: ¿Cómo le pareció la explicación y el manejo del tema por parte de los expo-			
3	MATERIALES DE APOYO DIDÁCTICO: ¿Le llamó la atención los materiales didácticos que se utilizaron en la presentación de la actividad?			
4	ACEPTACIÓN: ¿Cómo se sintió en el desarrollo de la actividad?			
5	COMPRENSIÓN: ¿Fue de fácil comprensión el tema tratado?			
PUNTAJE:		NIVEL: Alto 8-10 Regular 4-7 Deficiente 0-3		PUNTAJE: TOTAL: 

DIPLOMA ENTREGADO A CADA UNA DE LAS GESTANTES QUE PARTICIPARON DEL PROYECTO DENOMINADO EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD



Reconocimiento especial a:

MARÍA CHALLACAN

POR SU SOBRESALIENTE DESEMPEÑO Y PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA "ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO DE LA E.S.E PASTO SALUD"

CLAUDIA BARRERA HIDALGO SORANY ESPAÑA CORAL
SANJUAN DE PASTO, MAYO 12 DE 2016

FIGURAS

Figura 1. Integración de gestantes y conformación de grupos amigables



Figura 2. Gestante afianzando la temática mediante la actividad “Armar la boca”



Figura 3. Gestantes realizando función de títeres de dedo



Figura 4. Actividad de retroalimentación realizada por una de las gestantes

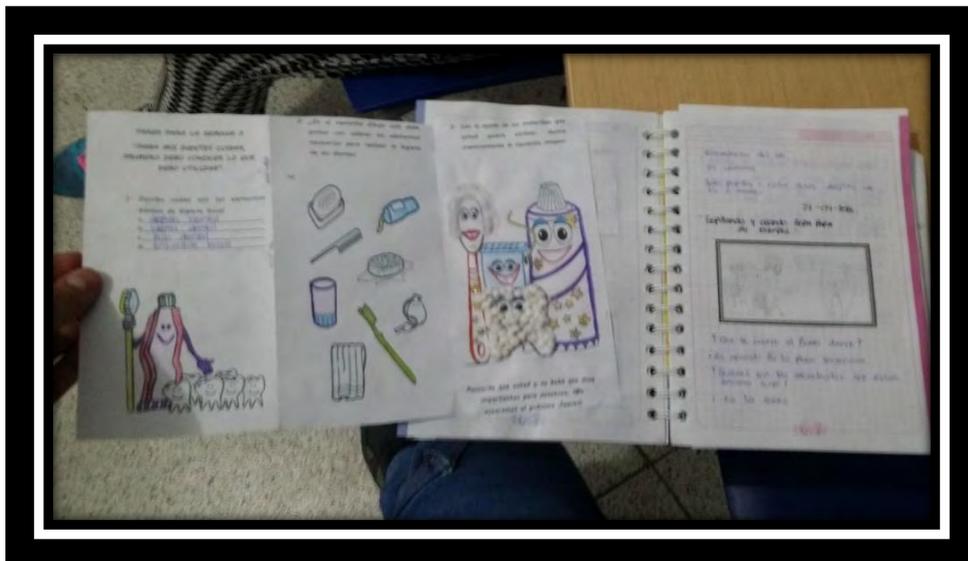


Figura 5. Gestantes recibiendo instrucción en técnica de cepillado



Figura 6. Kits de higiene bucal



Figura 7. Entrega de kits de higiene bucal a las gestantes



Figura 8. Gestantes observando video de tratamiento odontológico seguro



Figura 9. Gestante participando de actividad lúdica de la sesión para despejar dudas y mitos



Figura 10. Gestantes participando de la retroalimentación de la estrategia



Figura 11. Graduación de las gestantes



ANEXO N. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	FORMA DE MEDICION DEL INSTRUMENTO	INDICADOR
CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y DEL EMBARAZO ACTUAL						
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.	Años cumplidos a la fecha de la aplicación del instrumento	Interviniente Cuantitativa	Razón	Número de años cumplidos	Frecuencia absoluta
Comuna	Unidad administrativa del área urbana de una ciudad media o principal del país que agrupa sectores o barrios terminados	Urbana y rural	Interviniente Cuantitativa	Ordinal	Área urbana o rural, Numero de la comuna 1 a 12 si es urbana y 0 si es corregimiento	Frecuencia absoluta
Nivel educativo	Unidad administrativa del área urbana de una ciudad media o principal del país que agrupa sectores o barrios determinados	Grado de escolaridad	Interviniente Cualitativa	Ordinal	Nivel de escolaridad	(0) Ninguno (1)Primaria (2)Secundaria (3)Técnico (4) Profesional
Estrato socio - económico	Datos obtenidos según la encuesta de clasificación socioeconómica (SISBEN)	Según clasificación SISBEN	Interviniente Cualitativa	Ordinal	Clasificación estrato económico según SISBEN	(0)Estrato0 (1)Estrato1 (2)Estrato2 (3) Estrato3
Grupo étnico	Es aquel que se diferencia en el conjunto de la sociedad nacional o hegemónica por sus prácticas socioculturales, las cuales pueden ser visibles a través de sus costumbres y tradiciones.	Conformación de grupos étnicos en Colombia.	Interviniente Cualitativa	Nominal	Conformación del grupo étnico	(0)Afrocolombiano (1)Indígena (2)Raizal (3) Mestizo
Estado civil	Situación de las personas fijas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Clasificación del estado civil según la constitución colombiana de 1991	Interviniente Cualitativa	Nominal	Clasificación del estado civil según la Constitución Colombiana de 1991	(0)Soltera (1) Casada (2) Unión libre (3) Divorciada (4) Viuda
Ocupación	Oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que pueda estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Se define en términos de la combinación de trabajos tareas y funciones desempeñadas	Actividad a la cual se dedica la gestante	Interviniente Cualitativa	Nominal	Clasificación nacional de ocupaciones	(0)Estudiante (1)Empleada (2)Desempleada (3)Independiente (4) Ama de casa

Semanas de gestación	Periodo comprendido entre el primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha actual	Semanas y días de la edad gestacional	Interviniente Cuantitativa	De intervalo	Número de semanas y días cumplidos	Frecuencia absoluta
Número de hijos vivos	Número de hijos vivos como resultado de embarazos previos a término o adopción	Número de hijos vivos	Interviniente Cuantitativa	De intervalo	Número de hijos vivos como resultado del antecedente ginecológico de la gestante	Frecuencia absoluta
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	FORMA DE MEDICION DEL INSTRUMENTO	INDICADOR
ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS						
Consulta por odontología	Asistencia ambulatoria, proporcionada por un odontólogo a un paciente, incluye valoración, apertura de historia clínica odontológica	Asistencia ambulatoria de la gestante proporcionada por un odontólogo.	Interviniente Cualitativa	Nominal	Se evalúa con base a la pregunta número uno del instrumento inicial sección II, antecedentes odontológicos	(1)Si (0) No
Tratamiento odontológico actual	Es la propuesta de resolución en forma integral de los problemas de salud bucal identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual debe plantearse de manera secuencial, lógica y ordenada, tomando en consideración todos los aspectos multidisciplinarios, con el objetivo de recuperar y mantener la salud bucal	Resolución actual de forma integral de los problemas de salud bucal de las gestantes	Interviniente Cualitativa	Nominal	Se evalúa con base a la pregunta número dos del instrumento inicial sección II, antecedentes odontológicos	(1)Si (0) No
Motivo de última consulta odontológica	Motivo por el cual la gestante asiste a su última consulta odontológica	Motivo por el cual la gestante asiste a su última consulta odontológica	Interviniente Cualitativa	Nominal	Se evalúa con base a la pregunta número tres del instrumento inicial sección II, antecedentes odontológicos	(0)Urgencias (1)Tratamiento (2)Control (3) Otros
Indicaciones salud bucal recibidas durante la consulta	Recomendaciones e instrucciones sobre cuidados de salud bucal recibidas durante la consulta odontológica habitual	Indicaciones sobre cuidados de salud bucal recibidas durante la consulta odontológica	Interviniente Cualitativa	Nominal	Se evalúa con base a la pregunta número cuatro del instrumento inicial sección II, antecedentes odontológicos	(1)Si (0) No

Motivo de inasistencia al odontólogo	Motivo por el cual la gestante no asistió al odontólogo	Motivo por el cual la gestante dejó de asistir a la consulta odontológica	Interviniente Cualitativa	Nominal	Se evalúa con base a la pregunta número cinco del instrumento inicial	(0) Por qué estoy en embarazo (1) Porque no me duele ningún diente (2) Por miedo (3) Por Motivos económicos (4) Falta de tiempo (5).No me reciben en mi estado	
CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL							
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	FORMA DE MEDICION DEL INSTRUMENTO	INDICADOR	SUB VARIABLES
Efectividad de una estrategia sobre conocimientos en salud bucal	Capacidad de lograr un efecto deseado o esperado en el reconocimiento de la importancia de la salud bucal en las gestantes en su vida diaria	Aplicación de un instrumento inicial y pos intervención, con preguntas de conocimientos de salud bucal	Dependiente cuantitativa	Ordinal	Nivel de conocimientos bajo, medio o alto	Nivel bajo 0 – 6 Nivel medio 7 – 12 Nivel alto 13 - 18	Cuestionario inicial de 19 preguntas, contenidas en el anexo J sección III, conocimientos en salud bucal y anexo L sección 1
PRACTICAS DE SALUD BUCAL							
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	FORMA DE MEDICION DEL INSTRUMENTO	INDICADOR	SUB-VARIABLES
Efectividad de una estrategia sobre prácticas en salud bucal	Capacidad de lograr un efecto deseado o esperado en la práctica de técnicas de la salud bucal en las gestantes en su vida diaria.	Índice de placa de higiene oral de Green y Vermillon; índice para valorar la presencia de placa bacteriana y medir la capacidad de controlarla mecánicamente CARIES DENTAL: Presencia actual y pasada de lesiones cariosas en dentición permanente	Dependiente cuantitativa	De intervalo	Índice de higiene oral simplificado IHOS Indicé COP-D para dientes permanentes	INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICAD O IHOS (0) Óptimo de 0.0 a 1.0 (1) Regular de 1.1 a 2 (2) Malo de 2.1 a 3.1 (3) Muy malo Mayor de 3	Formato inicial y post- intervención de prácticas en salud bucal, correspondiente al anexo K y M respectivamente

						<p>INDICE COP-D</p> <p>(0) Muy bajo de 0 a 1.1</p> <p>(1) Bajo de 1.2 a 2.6</p> <p>(2) Moderado de 2.7 a 4.4</p> <p>(3) Alto de 4.5 a 6.5</p> <p>(4) Muy alto Mayor a 6.6</p>	
INTERVENCION EDUCATIVA							
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	FORMA DE MEDICION DEL INSTRUMENTO	INDICADOR	SUBVARIABLES
Intervención educativa	Acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral de la persona	Se construyó a partir de los datos obtenidos en la aplicación de instrumentos iniciales sobre conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes	Cuantitativa independiente	Nominal	Cruce de variables del instrumento inicial y pos intervención de conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes	<p>NIVEL DE CONOCIMIEN TOS</p> <p>Nivel bajo 0 – 6</p> <p>Nivel medio 7 – 12</p> <p>Nivel alto 13 – 18</p> <p>INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICAD O IHOS</p> <p>(0) Óptimo de 0,0 a 1.0</p> <p>(1) Regular de 1.1 a 2</p> <p>(2) Malo de 2.1 a 3.1</p> <p>(2) Muy malo > de 3</p>	<p>Cuestionario inicial de 18 preguntas, contenidas en el anexo J sección III, conocimientos en salud bucal y anexo L sección 1</p> <p>Formato inicial y post- intervención de prácticas en salud bucal, correspondiente al anexo K y M respectivamente</p>

						<p>INDICE COP-D</p> <p>(0) Muy bajo de 0 a 1.1</p> <p>(1) Bajo de 1.2 a 2.6</p> <p>(1) Moderado 2.7 a 4.4</p> <p>(2) Alto de 0.1 a 6.5</p> <p>(3) Muy alto > a 6.6</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--