

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.**

**MISIÓN MÉDICA CUBANA.**

**Modificación de conocimientos sobre salud bucal en embarazadas. Sector Gramoven. Libertador, Caracas.2010.**

**Autora:** Dra. María Elena Cárdenas Martínez.

Estomatólogo General Básico

Máster en Atención Comunitaria en Salud Bucal.

**Tutora:** Dra. Dayami Trujillo Formaris.

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral

Máster en Atención Comunitaria en Salud Bucal.

Profesor Instructor

**Asesor:** Dr. Rafael Castañeda Molerio.

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Especialista de segundo grado en Prótesis Estomatológica.

Máster en Educación Médica y Atención en Urgencias Estomatológicas.

Profesor Instructor

**Tesis para optar por el Título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.**

**Caracas – Venezuela 2010**

# *PENSAMIENTO*

*“Vale millones de veces más la vida de un ser humano,  
que toda la riqueza del mundo”.*

*Che*

## DEDICATORIA

*A mi Dios, por ser mi luz, mi guía y mi fortaleza.*

*A mi esposo, por su paciencia, amor y entrega incondicional.*

*A mi padre, que aunque no esté presente físicamente, será siempre motivo de inspiración en mi vida.*

*A mi madre, por su amor infinito y su eterno ejemplo.*

*A mi hermano, por su ayuda y apoyo en todo momento.*

*A mi sobrino, por ser una bendición en mi vida.*

# *AGRADECIMIENTOS*

*A todos los que han hecho posible la realización de esta investigación.*

*A todos muchas gracias*

*María Elena*

## Resumen

Se realizó un estudio preexperimental de intervención educativa con un pretest y posttest, para mejorar los conocimientos sobre salud bucodental; el universo estuvo constituido por 137 embarazadas, distribuidas en tres consultorios médicos del sector Gramoven Catia, Municipio Libertador, Caracas, República Bolivariana de Venezuela y se consideró como muestra a 45 embarazadas; en el período comprendido de enero a junio 2010. El nivel de conocimiento se identificó a través de una encuesta, una entrevista estructurada y la higiene bucodental mediante el índice de placa. A partir de la información obtenida se diseñó y aplicó un programa educativo denominado: " Una sonrisa feliz", con diversas técnicas participativas. El proceso de recogida de la información se repitió para la valoración con los resultados iniciales. Para el desarrollo del proceso investigativo se utilizaron métodos del nivel teórico y del nivel empírico, que permitieron conformar el marco teórico, recopilar la información necesaria, procesar los datos en forma computarizada utilizando el sistema epi info versión 2002, que se reflejaron en forma de tabla estadística de 2x2. Apareció un cambio de 6,7% de conocimientos sobre salud bucal a 88,9%, la higiene bucal adecuada de un 13,3% a un 82,2%. Se llegó a conclusiones sobre la efectividad de la propuesta, la que demostró que el desarrollo de actividades planificadas, atendiendo a las características de las gestantes y el contexto en que se desenvuelven, contribuyen a la adopción de conocimientos sobre salud bucodental.

# Índice

Resumen

Introducción .....	6
Marco Teórico .....	9
Objetivos.....	9
Diseño Metodológico .....	27
Resultados y Discusión.....	39
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Referencias Bibliográficas .....	52

### Introducción

Es una verdad universalmente reconocida que la educación constituye una de las funciones más importantes de la sociedad. De hecho no es posible concebir el desarrollo de la humanidad, ni su propia historia, si no se hubiera asegurado, de una u otra forma, la transmisión de la experiencia anterior a las nuevas generaciones, si no se hubieran encontrado los medios y las vías para trasladar, de ancianos a jóvenes, de padres a hijos, la herencia cultural contenida en los instrumentos de trabajo, las técnicas y habilidades, las tradiciones y conocimientos. A partir de lo adquirido se logró el crecimiento económico y cultural de la sociedad y se aseguraron las bases para la continuidad del progreso social.

La educación es, por tanto, un fenómeno complejo que se manifiesta en múltiples formas, como práctica social y como actividad diversa de todos los miembros de la sociedad, tanto de forma organizada como espontánea, tanto directamente como indirectamente, a todo lo largo de la vida.<sup>1</sup>

La educación constituye siempre una forma determinada de comportamiento social (puesto que todos participan en ella) y es, al mismo tiempo una relación social entre los individuos, en la que alternativamente se asume el papel de educador o educando, pero siempre a partir de una posición concreta del sujeto dentro de la sociedad, o sea, dentro de la estructura de clases, grupos y sectores sociales históricamente establecidos.

Analizada como función de la sociedad, la educación constituye el medio fundamental para la socialización del sujeto. A través de ella la sociedad logra la asimilación y objetivación, en cada individuo, de los contenidos socialmente válidos, expresados en los sistemas de normas y valores aceptados por la misma sociedad. Por lo tanto, en el logro de este propósito participan múltiples agencias socializadoras dentro de las que se encuentran: la familia, la escuela, los medios de difusión, las organizaciones sociales, las instituciones culturales,

las instituciones de salud, entre otras, y cada una cumple con un rol determinado, que tiene como finalidad la contribución al desarrollo de la personalidad de las futuras generaciones.<sup>1</sup>

Dentro de los aspectos de la cultura que se transmiten mediante la educación, se encuentran los relacionados con la educación para la salud, saberes que se incorporan al acervo cultural de cada individuo a partir de la influencia de las agencias antes mencionadas, y toman una connotación particular en dependencia de las experiencias acumuladas durante el desarrollo de la personalidad. En este propósito tienen un papel fundamental la familia, la escuela y las instituciones de salud, y a cada una le corresponden tareas concretas que tienen como finalidad la adopción de estilos de vida que propicien el logro de estados de salud favorables

La educación para la salud, cobra un significado particularmente importante, dentro de los niveles de prevención, en especial cuando se aborda la promoción de salud dentro del primer nivel de prevención, es decir, el fomento de la salud, siendo en este orden la educación sanitaria la encargada, a través de sus diferentes técnicas de modificar conductas, establecer formas de vida sanas, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable.<sup>1</sup>

En la primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que la Promoción de Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella. La salud se percibe no como el objetivo sino como la fuente de la vida cotidiana, se trata por tanto, de un concepto más, que acentúa los recursos sociales y humanos así como las actitudes físicas. Se dirige a las personas sanas para determinadas enfermedades y sus complicaciones.<sup>2</sup> La salud positiva, el añadir salud a la vida, depende en gran parte de las acciones de promoción de salud dirigida a modificar los estilos de vida insanos y a promocionar estilos de vida positivos.<sup>3</sup>

Las influencias educativas que en materia de salud se ponen en práctica desde el punto de vista social, se encuentran condicionadas a múltiples factores, dentro de los que se encuentran los objetivos e interés del sistema social imperante, que influye en el derecho al acceso a los servicios de salud, que deben garantizar niveles de calidad de vida acordes con el desarrollo científico y tecnológico alcanzado por la humanidad. Sin embargo, son alarmantes las cifras de personas que en el mundo mueren a diario por la carencia de tratamiento a enfermedades curables, y continúan siendo los niños, los ancianos y las embarazadas los grupos más vulnerables.

El derecho a la salud (comprendiendo dentro de este, el derecho a la salud bucal), fue uno de los últimos a ser proclamado por las constituciones de la mayoría de los países a nivel internacional, fue claramente reconocido en 1948, con la declaración universal de los derechos del hombre. La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la posesión del mejor estado de salud capaz de ser alcanzado, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sea cual sea su razón, religión, opiniones políticas, condiciones económicas y sociales.<sup>4</sup>

En los países subdesarrollados del tercer mundo, el respeto a los derechos antes mencionados, es un problema recurrente debido a la desigual distribución de los recursos. Latinoamérica en el período comprendido entre los años finales del siglo XX y los transcurridos del XXI, es objeto de grandes transformaciones sociales dirigidas a la defensa de la identidad regional y los derechos de los sectores poblacionales más pobres.

La República Bolivariana de Venezuela, constituye uno de los países de la región en el que ocurre un proceso revolucionario, que tiene entre sus objetivos garantizar la atención primaria de salud y por ende los niveles de educación para la salud a la población, enfatizando en grupos priorizados que incluyen a niños, discapacitados, embarazadas y ancianos. Con antelación a este proceso la atención estomatológica era eminentemente privada y de alto costo, no

estando al alcance de toda su población, lo que dificultaba el tratamiento de las enfermedades bucales tanto en las embarazadas como en la población general. En la actualidad el gobierno responde a las necesidades de todos los grupos sociales mediante la implementación de la misión Barrio Adentro.

Los servicios estomatológicos, incorporados a esta misión, cuentan con el personal capacitado para realizar trabajo: profiláctico, preventivo, curativo y de rehabilitación, teniendo en cuenta que la práctica de higiene bucal es asunto individual pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos, que les permitan mantener una higiene bucal adecuada.

Entre los problemas de salud que prevalecen en Caracas y que se hacen más latentes en el sector Gramoven, están las enfermedades bucodentales, estas una vez establecidas, son persistentes y no tienen curación espontánea. Por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad causan dolor, malestar, limitación, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de las gestantes y de la población en general, situación que se encuentra determinada en gran medida por las estrategias educativas asumidas para prevenir o mitigar estas dificultades.

Existen estudios realizados por investigadores de otros países que demuestran la relación existente entre la educación para la salud y la conservación de la salud bucal de las gestantes, entre estos se encuentran:

- Estudios efectuados en México informan que las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal formando parte de la política de salud donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestante.<sup>5</sup>
- El Ministerio de Salud Pública de Perú tiene un subprograma nacional con la finalidad de activar la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud bucal general de gestantes y puérperas en control, para lo cual existe un programa de actividades odontológicas a realizar.<sup>5</sup>

- En San Miguel Tucumán República de Argentina la Dra. Irene Garbero realizó un trabajo y evidenció la ausencia de educación para la salud y el auto cuidado de la salud. <sup>5</sup>.

Las enfermedades bucales: son el resultado de condiciones específicas de la salud, respuesta a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica en carbohidratos, carente en fluoruros, y hábitos higiénicos bucales inadecuados, así como un limitado acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas buco-dentales, responsabilidad individual con su propia salud.

Este tipo de enfermedades tienen repercusiones lamentables en las embarazadas pues afectan tanto a las gestantes como al feto. Según los especialistas, el embarazo es un período muy especial durante el cual se deben tomar cuidados extra para la salud bucal. Una mujer embarazada tiene necesidades específicas para el cuidado dental pues se producen cambios físicos y psicológicos complejos que modifican percepciones, sensaciones y ansiedades. A nivel de la cavidad bucal suelen aparecer enfermedades que constituyen un problema de salud como son las caries y las enfermedades periodontales.

Como todo proceso salud-enfermedad, lo biológico no puede aislarse de lo social. Esta etapa también puede provocar cambios en los modos y estilos de vida, aunque de ninguna manera puede hacerse extensivo a todas las embarazadas. Los cambios en los hábitos alimenticios son evidentes, la dieta cariogénica en alta frecuencia comienza a cobrar un papel principal en relación con los restantes alimentos, lo que constituye el sustrato para la bacteria.

Unido a ello, se presenta la deficiencia del cepillado por dos motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y que la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado, todo lo cual contribuye a la acumulación de placa dentobacteriana con bacterias organizadas y adheridas

a ella sobre la superficie del diente, por lo que de forma general presenta una mala higiene bucal, además, existen otros factores que pueden agravarla. La placa sigue siendo el factor etiológico fundamental, por lo que la higiene bucal de la embarazada es el principal problema y a su vez es modificable, lo cual depende de los estilos de vida como se expresó anteriormente.

Los cambios microbianos en esta se presentan fundamentalmente en la placa subgingival asociados con el incremento de hormonas. La bacteria anaerobia gramnegativa, prevotella, que pertenece a un grupo pequeño de microorganismos que están estrechamente asociados con la iniciación de la enfermedad periodontal, estos se ven aumentados en la placa subgingival a partir del tercero al cuarto mes de gestación, los cuales utilizan a la progesterona y estrógenos presentes en el fluido gingival como fuente de alimentos, pues tienen semejanza estructural con la naphthaquinona, alimento esencial para ellas.<sup>6</sup>

La enfermedad periodontal surge como un factor de riesgo en la relación con el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. Esto propicia la búsqueda de factores de riesgo y su control para la prevención de este problema. La salud bucal no sólo es consecuencia para la mamá solamente, sino también para el futuro bebé.

En Francia se realizó un estudio donde se aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal a madres con niños bajo peso y se encontró una relación del 18 %. En la Universidad de Carolina del Norte EE.UU, se realizó otro estudio que arrojó como resultado un elevado nivel de bacteroides, actynobacilos y treponema en la placa de las madres con niños de bajo peso, por lo que se enfatizó en la higiene bucal de la embarazada.<sup>6</sup>

En estudios realizados en países latinos sobre embarazo y enfermedades bucales publicados por la federación GCABA, coinciden en que uno de los

factores más importantes es la higiene bucal y que los resultados de sus estudios podrían informar acerca de la conveniencia de implementar un programa de higiene bucal para las mujeres en edad fértil hasta la concepción del embarazo.<sup>6.7</sup>

Todas las mujeres en el estado de gestación son propensas a padecer cambios en su organismo, pero no quiere decir que todas lleven implícitas las alteraciones aquí descritas, que modifican las condiciones bucales e incide de esta forma en la salud bucal; el diente, los tejidos periodontales y la mucosa bucal son los blancos directos que pueden ser afectados, por este motivo un buen control del cepillado conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal, dieta, y el examen bucal periódico, contribuirá a disminuir o controlar estas alteraciones.<sup>7.8.</sup>

Para seguir mejorando el estado de salud bucal de la población venezolana y específicamente el de la mujer embarazada es imprescindible la labor de promoción y educación para la salud bucal, buscar métodos más novedosos, haciendo uso de la creatividad y de una correcta comunicación bidireccional entre los participantes, tener presente que lo más importante es no tratar enfermos sino fomentar la salud de las personas, que los individuos se sientan responsables de su salud y se creen escenarios que promuevan la higiene buco dental.

Por la importancia que se le atribuye a la higiene bucal en la embarazada, y debido a que existen una serie de actividades aisladas pero no un programa educativo previamente planificado, organizado con un conjunto de técnicas educativas para mejorar la higiene bucal y por la importancia que se le da a la labor de enseñar es que se propone la creación y aplicación de un “Programa Educativo de Higiene Bucal”.

Por todo lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante que constituye el problema a solucionar con la presente investigación.

¿Se logrará incrementar los conocimientos sobre salud bucal en embarazadas una vez aplicada la intervención, en el sector Gramoven, Municipio Libertador, Parroquia Sucre, Caracas. Año 2010?

## Marco Teórico

### Consideraciones teóricas de la educación para la salud.

El hombre no puede concebirse independientemente del medio físico, biológico y social en que se desarrolla, tiene que adaptarse de acuerdo con las posibilidades orgánicas que posee e interrelacionarse con él de forma permanente. La interacción del hombre con el medio, la necesidad de adaptación y el hecho de comprender la posibilidad de defender su organismo, constituye una evidencia de que la lucha por preservar la salud no es una actividad nueva a desarrollar, sino que surgió hace millones de años aunque de formas muy distintas a las actuales.

Inicialmente la definición del concepto salud se enmarcó en su contenido estrecho en el que sólo se tenía en cuenta lo biológico, sin concebir la inevitable interacción del hombre con la sociedad y los aspectos psicológicos que lo caracterizan, cuestión esta que no responde a los criterios que en estos momentos se tienen, porque el hombre y la sociedad se encuentran formando un sistema, en el que uno actúa constantemente sobre el otro y a través de las acciones individuales que se realizan, ocurren transformaciones en él y en el medio en que vive.

Otro problema que se ha declarado en torno al concepto referido anteriormente es el hecho de atribuirle el rasgo de “ausencia de enfermedad” y que ha sido fuertemente criticado por varios autores, posición que se comparte en este trabajo, pues en la realidad resulta muy difícil estar completamente sano. Además, se es absoluto al considerar la salud independiente de otros factores que intervienen en ella, por lo que en este caso se coincide con los criterios de quien ha planteado que se ha cometido un error al tratar de equiparar bienestar y salud, pues estos se dan en una unidad dialéctica y es preciso tener en cuenta los distintos grados en que puede manifestarse la salud y la enfermedad con rangos muy variables en cada caso. <sup>9</sup>

En correspondencia con lo anterior se asume a la salud como el “bienestar físico, mental y social del hombre como resultado de la interacción con el medio ambiente en que se desarrolla.”<sup>9</sup> Significa que para que haya salud, debe existir un inevitable equilibrio entre los tres rasgos esenciales que se incluyen en la definición tomando en consideración la relación del hombre con el medio y no la ausencia de enfermedad.

Un número considerable de autores han ofrecido la definición del concepto educación para la salud al escribir sobre el tema, generalmente desde el campo de las ciencias médicas, observándose como tendencia un enfoque asistencial, para prevenir efectos secundarios después que se está enfermo, para convivir con una enfermedad o para facilitar cambios de conductas.<sup>9</sup> En esta investigación, además de los referidos por estos autores, se consideró necesario precisar el que refiere la Organización Mundial de la Salud que la concibe como: “Un campo especial de las ciencias médicas y de la salud pública, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y de la sociedad”.<sup>1</sup>

En la definición anterior queda declarada la máxima aspiración que se desea alcanzar, dirigida a mantener un estado óptimo de la salud individual, la colectiva y de la sociedad en general, sin embargo, se limita a la transmisión de información y al desarrollo de conductas, sin reflejarse en esta, las acciones intencionadas para la adquisición de conocimientos, habilidades y valores que permiten el desarrollo de conductas favorables. Además, se restringe la responsabilidad de educar en esta dirección a la salud pública, sin tener en cuenta que existen otros sectores como: la familia, la comunidad, los medios de difusión masiva, las escuelas, que pueden y deben contribuir a ello, al tener como propósito el desarrollo de personalidades sanas, que asuman actitudes responsables ante la salud individual y colectiva.

El personal de atención primaria de salud, tiene dentro de sus encargos sociales el tratamiento a las enfermedades y la educación para la salud con un enfoque preventivo, teniendo presente que los resultados con respecto a la última de estas tareas no pueden ser alcanzados producto a la implementación de acciones aisladas, sin una intención marcada, sin tener presente las características del personal que se atiende y sin la preparación de los medios necesarios, por lo que es atinado asumir la concepción del Sistema Nacional de Educación (SNE) de Cuba que enfoca la educación para la salud como un “Proceso de educación permanente basado en informaciones y acciones dirigidas a adquirir conocimientos, hábitos saludables y habilidades que nos capacitan y faciliten cambios de conductas negativas; así como, el fortalecimiento de otras en el proceso de fomentar estilos de vida más saludables”.<sup>10</sup>.

El análisis realizado permite reconocer que esta definición recoge elementos esenciales sobre la educación para la salud, por lo que se asumen de ella los que se consideran imprescindibles, como son: es un proceso de educación permanente, que presupone acciones dirigidas a la adquisición de conocimientos, habilidades y hábitos, desarrollo de conductas y el fomento de estilos de vida saludables.

La prevención constituye un elemento valioso al educar para la salud; esta es “una práctica social, responsabilidad de todos los individuos conscientes que forman parte de una sociedad, los cuales deben aportar al mejoramiento de la calidad de vida en forma integral”<sup>11, 12</sup>, el profesional de la salud desempeña una función fundamental, pues debe actuar para que no aparezca una determinada problemática o disminuir sus efectos, es decir, en forma oportuna, actuar para evitar que se incrementen conductas de riesgo tales como: el consumo de bebidas alcohólicas, el hábito de fumar, las relaciones sexuales sin protección, el embarazo en la adolescencia, el aborto, la violencia, los hábitos nutricionales inadecuados y las enfermedades bucodentales.

Esta labor preventiva debe extenderse al ámbito laboral, familiar y comunitario, así como sensibilizar a las personas con la necesidad de que sea tarea de todos, solo así tendrá resultados. Lo anterior implica que se deben crear las condiciones necesarias para que los profesionales de la salud a partir del conocimiento de la realidad, de la investigación, la planificación consecuente, el trabajo integrado y sistemático desarrollen el contenido de la educación para la salud de forma creativa, ajustándose cada vez más a la realidad, contribuyendo a la educación de la personalidad de los sectores poblacionales que se encuentran en el radio de acción del área de salud.

La actividad de consulta constituye un momento ideal para ello, pues este proceso debe efectuarse a partir de una verdadera relación comunicativa a través del diálogo y la negociación, de manera que se logre la empatía necesaria entre el profesional de la salud y el paciente, de forma tal que las transformaciones que se alcancen en el plano educativo con este último, se extienda a la familia y la comunidad.

La educación para la salud está estrechamente relacionada con la promoción de salud; esta última se encarga de promover el desarrollo de habilidades personales y la capacidad de esta para influir sobre los factores que en ella intervienen, para reforzar los que sostienen estilos de vida saludables. Conocer cómo se debe alcanzar la salud implica que se tengan en cuenta los factores que influyen en ella, entre los que se encuentran diversos grupos: económicos, sociales, naturales, biológicos, así como la estructura y funcionamiento de la atención médica y estilos de vida <sup>13.14.</sup>

La efectividad del trabajo que se desarrolla en materia de educación y promoción de salud repercute sobre la calidad de vida del sujeto, que significa, garantizar las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales y ecológicas de la existencia del individuo, incluyendo las condiciones de trabajo y de vida, el tiempo libre y la organización del descanso, las mercancías, los

servicios utilizados, la salud, la educación y el medio ambiente, de manera que se satisfagan las necesidades espirituales y materiales de hombres y mujeres.

La calidad de vida puede ser evaluada empleando diferentes indicadores, entre los cuales está el nivel de salud alcanzado por la sociedad en cuestión y la educación como derecho de cada ciudadano a adquirir los conocimientos, desarrollar actitudes, capacidades, habilidades que le permiten alcanzar un mejor estilo de vida. Este último se puede definir, como la manera de vivir logrando una armonía entre los aspectos cuantitativos y cualitativos, de las condiciones de vida que propicia el contexto social, con los intereses, necesidades y motivaciones de la persona.

Teniendo en cuenta lo planteado hasta el momento se puede afirmar que educar para la salud no consiste sólo en ofrecer información a los sectores poblacionales que se atienden sobre los fundamentos científicos de las problemáticas o sobre el peligro de ciertas conductas, sino en fomentar el análisis de distintos puntos de vista, de adoptar actitudes críticas y solidarias que permitan analizar las problemáticas, exponer las vivencias, acceder a la información adecuada, hacerlos reflexionar sobre los valores que lleva implícito cada acción, creando una atmósfera de confianza, seguridad y empatía, que influya en el desarrollo de la personalidad y que asuman responsabilidades y aprendan a tomar decisiones.

Asumir esta posición significa que al educar para salud se debe concebir el debate de una forma flexible para propiciar la socialización de ideas acerca de diferentes puntos de vista y crear una atmósfera de confianza y empatía que permita a los pacientes hacer valoraciones que conduzcan al crecimiento personal. El debate debe efectuarse a partir de las problemáticas de cada lugar; la detección de problemas y su análisis contextual son el punto de partida para determinar las necesidades básicas de aprendizaje (conocimientos teóricos y prácticos, valores y aptitudes) que en materia de salud los pacientes requieren para satisfacer sus necesidades y solucionar los problemas que les preocupan

o mitigarlos en la medida de sus posibilidades o el nivel de preparación adquiridos.

Potenciar el desarrollo de talleres en los que prime la creación de un ambiente afectivo que favorezca la comunicación para el intercambio y la discusión de los diferentes puntos de vista al analizar las problemáticas, el planteamiento de problemas que se relacionen con el comportamiento ante la salud individual y colectiva, así como combinar el uso de materiales convencionales, la televisión y otras fuentes para la búsqueda independiente de información, constituye una de las formas para concretar la labor educativa del estomatólogo.

Hasta el momento el análisis efectuado, esclarece la posición teórica que se asume con respecto a la Educación para la salud y su tratamiento en el marco del desempeño de los profesionales de este sector, y se describe de manera general las particularidades del proceder metodológico para el desarrollo de los talleres. Una de las vías con las que cuenta el personal de salud para concretar esta labor, la constituye la puesta en práctica de intervenciones educativas, por lo que es necesario tomar una posición con respecto a las particularidades de este tipo de trabajo.

Al analizar resultados científicos relacionados con el desarrollo de intervenciones educativas se pudo constatar la existencia de propuestas de autores entre los que se encuentran: Marrero (2003), Bolaño (2005), Rodríguez (2006), Lazarde (2006), Albelo Yero (2007), Laffita Lobaina (2008), Pérez Leche (2008) entre otros; como regularidad en estos trabajos, aunque no se explicita la definición de intervención educativa que se asume, se mantienen como aspectos comunes la necesidad de la realización de un diagnóstico general de la población que se atiende y de las particularidades de cada uno de los miembros, la determinación de prioridades del trabajo, el diseño de acciones en correspondencia con los objetivos, la puesta en práctica y la evaluación de los resultados.

Si se tienen en cuenta las regularidades encontradas en los trabajos antes referidos según lo expresado en el diccionario de la real academia (DRAE) refiere intervenir significa tomar parte de un asunto, interponer uno su autoridad; y que al estar dirigida al tratamiento y prevención de problemas de salud, esta intervención toma una nueva connotación al ser educativa, se puede atender y educar desde estas concepciones a sectores poblacionales priorizados dentro de los que se encuentran las gestantes.

Concretamente en esta investigación se presenta una intervención educativa dirigida a la prevención de enfermedades bucodentales en embarazadas, por lo que a continuación se muestran otros elementos teóricos imprescindibles para la proyección de este trabajo. La literatura científica que refleja los resultados de estudios dedicados a las modificaciones fisiológicas que ocurren en las gestantes, aportan elementos de significativa importancia que debe tener presente el estomatólogo para proyectar el trabajo educativo, entre estos autores se destacan: Rose (1999), Filho (2005) y Salleras (2007).

### **Cambios fisiológicos que ocurren durante la gestación.**

Durante la gestación se producen una serie de cambios fisiológicos que se manifiestan en diferentes sistemas y que deben tomarse en cuenta por el estomatólogo. El primero de estos cambios ocurre en el sistema cardiovascular, que se manifiesta en el aumento del gasto cardíaco a medida que avanza el embarazo, alcanzando su punto máximo de las 28 a las 32 semanas. Durante el primer trimestre es debido al aumento de volumen de eyección y posteriormente a la taquicardia. También se ha observado un progresivo aumento de la frecuencia cardíaca hasta la semana treinta, a partir de la cual debe comenzar a descender<sup>4. 14. 15.</sup>

Debido al aumento de la red vascular en el útero gestante, a la circulación placentaria y a otros factores de tipo hormonales, se manifiesta un aumento del volumen sanguíneo hasta el segundo semestre, que debe mantenerse hasta el

final del embarazo. Se observan también alteraciones en la tensión arterial y venosa.

En el primer caso, como resultado de la disminución de la resistencia periférica, se manifiesta una disminución de la tensión arterial de las 21 a las 24 semanas de embarazo, a partir de las cuales debe comenzar a aumentar hasta alcanzar, al final de la gestación, valores normales. En cuanto a la presión venosa, se observa un aumento en piernas y pelvis, al final del embarazo, debido a la compresión de la vena cava inferior que puede provocar una tendencia a la aparición de várices <sup>15.16</sup>.

Como consecuencia de estos cambios, se observa una disminución de la tolerancia al ejercicio físico, al síndrome de hipotensión supina, a una taquicardia relativa y a la aparición de soplos cardíacos sistólicos, que se manifiestan en un 90 % de las gestantes y que no debe confundirse con la existencia de una enfermedad, que requeriría profilaxis previa al tratamiento dental. <sup>18.19</sup>. En una embarazada en condiciones normales las alteraciones circulatorias descritas son de poca importancia, pero deben tenerse en cuenta cuando la gestante tiene antecedentes de afecciones cardíacas previas al embarazo.

Durante el embarazo tienen lugar importantes cambios hematológicos que se manifiestan en una disminución del valor del hematocrito, ya que, como resultado del aumento del volumen sanguíneo, tiene lugar una gran necesidad de hierro. <sup>20.21</sup>.

Este hecho provoca que aproximadamente el 20% de las gestantes presenten deficiencia de hierro. También, como resultado del aumento de fibrinógeno, plaquetas y otras sustancias y factores se manifiesta una hipercoagulabilidad de la sangre. Durante el período de gestación también se manifiestan cambios en la fisiología renal, respiratoria, digestiva, neurológicas y anatómicas. <sup>22.23</sup>

La manifestación de cambios fisiológicos en las gestantes repercute en la producción de un conjunto de alteraciones psicológicas. Entre estos cambios se observan la aparición de estrías en el abdomen, várices, manchas color marrón en la cara y un aumento de peso, acompañado de una “desfiguración” del cuerpo de la mujer. Al final del embarazo se puede observar una tendencia a la ansiedad y a la labilidad afectiva, así como sensaciones de frustración. El miedo al tratamiento estomatológico puede intensificar aún más el estado de tensión de la paciente. <sup>24</sup>

### **Cambios bucales.**

Durante la gestación tienen lugar importantes cambios a nivel de la cavidad bucal, entre los más frecuentes se encuentra la enfermedad periodontal, que afecta del 35 al 100 % de las embarazadas. Entre los factores influyentes para su aparición se encuentran la mala o insuficiente higiene, las modificaciones hormonales y vasculares, la dieta, la respuesta inmunológica, entre otros <sup>25</sup>.

También se pueden observar diferentes lesiones bucales, como por ejemplo: un edema difuso o una estomatitis hemorrágica, condiciones más evidentes cuando nos encontramos con una higiene bucal deficiente. Los cambios hormonales se manifiestan en un aumento de los niveles plasmáticos de estrógenos y progestógenos. La placenta, además, actúa como órgano endocrino produciendo gonadotropina coriónica, somatotropina o lactógenos y hormonas corticales. <sup>26</sup>.

El aumento de los niveles de progesterona gracias a la placenta, produce dilatación de los capilares gingivales, aumento de la permeabilidad y exudación gingival. Los estrógenos, por su parte, modifican la queratinización del epitelio gingival, provocan hiperplasia del estrato germinativo, alteran las elongaciones del tejido conectivo, provocan degeneración nuclear en las células epiteliales y discreta inflamación de la lámina propia. Todo lo anterior, unido a los cambios

vasculares, predispone a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa.<sup>27</sup>

Se ha observado también que la alteración metabólica del tejido que produce la progesterona podría favorecer la colonización del surco gingival por bacterias anaerobias. Se piensa incluso, que la circulación de esta hormona en el torrente sanguíneo de la madre es, probablemente, suficiente para que disminuya la respuesta inmune y como resultado general se observa una exacerbación de la gingivitis.<sup>28</sup>

### **Enfermedades bucales más frecuentes durante el embarazo.**

Es importante identificar las enfermedades bucales más frecuentes de la gestante a los efectos de tratar de prevenir las mismas mediante la promoción de una adecuada salud bucal. Entre las enfermedades más frecuentes durante el embarazo se pueden citar las siguientes:

### **Alteraciones gingivoperiodontales.**

En algunas gestantes se observa la presencia de cálculo, de bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación empeora con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos. El tratamiento y prevención de esta afección debe ser realizado para evitar complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. Los cambios gingivales iniciales, edema, hiperemia y tendencia al sangrado fueron descritos en la segunda mitad del siglo pasado por Cole. Estas alteraciones, denominadas gingivitis del embarazo, aparecen durante el segundo mes y alcanzan su punto máximo en el octavo mes, a partir del cual se observa una disminución hasta el final del embarazo. Esta gingivitis es el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, lo que unido a otros factores, predispone a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa dentobacteriana considera el factor local más importante<sup>29,30</sup>

En estudios in vitro se demostró que durante el embarazo, gracias a la influencia hormonal, se produce una alteración del equilibrio del sistema fibrinolítico, que influye en la aparición de la gingivitis del embarazo. El sistema fibrinolítico regula la proteólisis pericelular, por lo que juega un papel importante en las reacciones inflamatorias. Esto puede facilitar el fracaso del tejido conectivo y propagar las lesiones inflamatorias. A medida que los cambios iniciales aumentan, la gingivitis gestacional se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento de las gingivorragias, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia.<sup>31.</sup>

### **Alteraciones de la mucosa bucal.**

El granuloma de la embarazada aparece en un 0 - 5 % de las mujeres gestantes, básicamente a nivel anterior de la zona vestibular superior<sup>36. 37.</sup> Es asintomático, y suele aparecer en zonas afectadas por gingivitis inflamatoria y presencia de placa.<sup>32. 33.</sup>

La base de implantación puede ser pediculada o sésil, es típica su aparición en las papilas interdientarias. Se manifiesta en el segundo trimestre y va creciendo puede llegar a un tamaño máximo de 2 cm. Tras el parto el granuloma disminuye espontáneamente y hasta puede desaparecer. Se presenta como tumoración blanda, de origen interdental. El color varía de rojo púrpura a azul oscuro, según la vascularidad de la lesión y el grado de éstasis venoso. Con frecuencia sangran al tocarlos y tienden a recidivar. Además, puede presentar ulceraciones en la superficie recubiertas por un exudado amarillento. Parece ser que en su aparición interviene el aumento de estrógenos y progesterona, así, sigue un curso paralelo al aumento o disminución de éstas<sup>33.</sup>

Durante el embarazo se tiende a adoptar medidas preventivas para mejorar la higiene bucal sin eliminar los granulomas, ya que presentan un alto grado de recidiva. Sólo los casos que presentan una excesiva hemorragia, ulceración o

impedimento importante de las funciones bucales pueden ser abordados quirúrgicamente, preferentemente durante el segundo trimestre. Se ha comparado que las aftas bucales en algunas mujeres desaparecen durante la gestación, mientras que otras, presentan en esta etapa, una clínica más florida.

34

### **Lesiones cariosas.**

La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos.

35

Uno de los efectos erróneos más extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que comporta el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, está en forma cristalina estable y por tanto no disponible para las necesidades maternas <sup>36</sup>.

No se observan otras afecciones asociadas directamente al embarazo, aunque diferentes estudios afirman un aumento de la afección de la ATM, posiblemente debido a pérdidas dentarias y presencia de maloclusiones o de obturaciones mal terminadas. Se aconseja realizar el tratamiento dental durante el segundo trimestre, cuando ya se ha completado la osteogénesis fetal, y los riesgos de malformación disminuyen <sup>37. 38</sup>.

Las gestantes son pacientes muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la de su propio hijo. Por lo que, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene bucal, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía.

### **Relación de la enfermedad periodontal con el parto prematuro y bajo peso al nacer.**

En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. Esto propicia la búsqueda de factores de riesgo y su control para la prevención de este problema. La enfermedad periodontal está surgiendo como un factor de riesgo en la relación con el parto pretérmino y el bajo peso al nacer.

En Francia se realizó un estudio donde se aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal a madres con niños bajo peso y se encontró una relación del 18 %. En la Universidad de Carolina del Norte EE.UU, se realizó otro estudio donde se encontró esta relación y un elevado nivel de bacteroides, actinobacilos y treponema en la placa de las madres con niños de bajo peso.<sup>39</sup>

Se piensa que este problema radica en que las infecciones maternas (entre ellas las alteraciones bacteriológicas periodontales), producen una perturbación en la gestación regulada por hormonas, lo que provoca la ruptura prematura de las membranas. El estado clínico periodontal y bacteriológico materno, así como los perfiles inmunológicos relacionados con la enfermedad periodontal, se han asociado con el riesgo de bajo peso y parto pretérmino, y con el tratamiento de dicha afección ha reducido este.<sup>40. 41</sup>

Se ha indicado que la enfermedad periodontal puede ser un riesgo independiente para el bajo peso al nacer; los mecanismos postulados incluyen traslocación de microorganismos patógenos periodontalmente a la unidad placentaria y la acción de un depósito periodontal de lipopolisacáridos impulsor de mediadores inflamatorios<sup>39</sup>.

### **La dieta y la embarazada.**

La ingestión de alimentos en la embarazada es la vía de entrada de los nutrientes al feto, por lo tanto, el estado nutricional adecuado de la mujer al

comienzo y durante el embarazo es el requisito más importante para que exista un recién nacido, y posteriormente un niño y un adulto saludable.

La malnutrición del feto en los diversos estadios del embarazo puede traer como consecuencias, no sólo secuelas en el desarrollo infantil, sino también una predisposición a enfermedades crónicas durante la vida adulta. La hipótesis del origen fetal de las enfermedades crónicas propone que las alteraciones de la nutrición fetal y del estado endocrino, llevan a adaptaciones que cambian permanentemente las estructuras, la fisiología y el metabolismo, y predisponen a los individuos a enfermedades cardiovasculares, metabólicas y endocrinas en la vida adulta.<sup>42</sup>

Los estudios que exploran los mecanismos que subyacen en esta asociación han hallado que el pobre crecimiento fetal conduce a un reducido número de células b del páncreas y de aquí a la reducida capacidad a la producción de insulina; la pérdida de músculo esquelético en los recién nacidos delgados ha estado asociado a un incremento de la resistencia a la insulina por ser el músculo el centro de acción periférica de la insulina, la cual tiene una función clave en la estimulación de la división celular en la vida fetal.<sup>43.44</sup>

Las alteraciones de las proporciones del recién nacido, como son circunferencia cefálica mayor y circunferencia abdominal pequeña en relación con la talla como resultado de una desnutrición en etapas tardías del embarazo, aún con un peso al nacer adecuado, afectan el crecimiento del hígado y llevan a la reprogramación del metabolismo hepático, por lo tanto trae como consecuencia afectación de sus funciones en la regulación del colesterol y la coagulación sanguínea, alteraciones que resultan características de las enfermedades cardiovasculares.<sup>45.46</sup>

La dieta de la mujer y la composición corporal en el embarazo están relacionadas con el desarrollo de estos factores de riesgo de enfermedades crónicas de su descendencia en la vida adulta. El estrés oxidativo ha estado

implicado en diversos trastornos neurológicos y en la patogénesis de diversas complicaciones neonatales. El alfa-tocoferol, el ácido ascórbico y los carotenoides son vitaminas que participan en la primera línea de defensa antioxidante del organismo, por lo tanto, la situación nutricional de la madre es decisiva en el estado vitamínico del recién nacido; las cantidades deficientes de estas vitaminas pueden incidir en una respuesta insuficiente al estrés oxidativo que representa el parto, y la recuperación adecuada del niño después de este para una sobrevivencia sin secuelas <sup>47. 48</sup>.

El estrés oxidativo ha sido además, un factor invocado en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto como las cardiovasculares, diabetes y cáncer. La riboflavina se encuentra involucrada en todo el sistema enzimático antioxidante del organismo, su deficiencia es un problema nutricional ampliamente distribuido en los países en desarrollo donde son escasos los productos lácteos y las carnes. <sup>49</sup>.

En la dieta, en dosis fisiológicas, es absorbido aproximadamente del 20 al 40 % del alfatocoferol, la eficiencia de la absorción de los carotenoides es relativamente baja en total con valores entre 10 y 30 %, la vitamina C se absorbe en el intestino humano a través de un proceso activo dependiente de la energía que es saturable y dosis dependiente. Estos aspectos son importantes para poder hacer un análisis de la ingestión de alimentos que no siempre van a reflejar las cantidades de vitaminas circulantes en plasma <sup>50</sup>.

La vitamina A comparada con los carotenoides es relativamente pobre antioxidante, pero el retinol tiene su función fundamental en la morfogénesis. El feto comienza a acumular vitamina A durante el tercer trimestre del embarazo y necesita varios meses de suficiente ingestión después del nacimiento para tener una adecuada acumulación hepática. La composición de la leche materna está influida por el estado de vitamina A de la madre y su concentración sérica durante el último trimestre del embarazo. La deficiencia de vitamina A está asociada a embarazo molar, ruptura prematura de membranas o eclampsia,

aunque los bajos niveles de vitamina A no parecen estar relacionados con el retardo del crecimiento intrauterino. <sup>50. 51.</sup>

Durante el embarazo, las bajas concentraciones de folato en la dieta y en la circulación sanguínea están asociadas con un incremento del riesgo de partos pretérminos, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento. La presencia de concentraciones elevadas de homocisteína ha estado asociada a un incremento de abortos espontáneos y complicaciones maternas como abrupción placentaria y preeclampsia <sup>51</sup>.

Es necesario el desarrollo de programas de educación nutricional al profesional de la salud, para que puedan orientar a su población y particularmente a la embarazada en la selección de los alimentos y su preparación, con esto se logrará un mejor balance dietético y por lo tanto una mejor nutrición de la mujer y del feto.

### **La leche materna.**

La leche materna es el alimento más completo para el bebé durante sus primeros cuatro a seis meses de vida, ya que contiene nutrientes específicos que son bien digeridos y asimilados por el aparato digestivo, aún inmaduro del recién nacido. Sus características particulares y su composición especial en las diferentes etapas de vida, la hacen un alimento insustituible <sup>51</sup>

La leche materna es el alimento ideal para los lactantes porque contiene las cantidades y tipos de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales adecuados para su desarrollo, algunos de los cuales son específicos de la especie humana, como taurina, de forma tal que son digeridos y asimilados adecuadamente por el aparato digestivo, aún inmaduro del recién nacido. El 60% de sus proteínas son solubles, de fácil digestión. Sus grasas son más digeribles porque contiene lipasas y enzimas que el lactante todavía no puede producir. Los minerales como el calcio, hierro, zinc y flúor son bien absorbidos por los niños cuando los adquieren a partir de la leche materna. Se le denomina

alimentación natural, porque es la que la naturaleza ofrece al niño: la leche de su madre <sup>51</sup>.

La leche de mujer está adaptada a la fisiología del lactante. Desde el punto de vista nutricional y digestivo va cambiando en su composición y se ajusta a las características fisiológicas del bebé, incluso varía en la misma mamada, ya que al principio es más rica en hidratos de carbono y al final en grasas, lo que regula la función digestiva del niño. Su baja concentración en sodio es un elemento favorable para evitar en el futuro la aparición de hipertensión arterial y afecciones renales. Está constituida por el 80% de agua, lo que garantiza la demanda de líquidos necesaria durante el período de amamantamiento, aun en climas secos y calurosos. <sup>52</sup>.

Una de sus cualidades máspreciadas es la gran cantidad de componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares que conforman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos: su valor inmunológico; además, suministra calcio, flúor y otros oligoelementos al organismo con la consiguiente constitución favorable de huesos y dientes más resistentes, de vital importancia en la prevención de caries. <sup>52</sup>.

Al nacimiento del bebé, la mandíbula tiene forma de arco y se encuentra retraída con respecto al maxilar superior. Adicionalmente, el tercio superior de la cara se encuentra más desarrollado y el espacio bucal se encuentra ocupado por la lengua. El acto de succión contribuye al avance de la mandíbula alcanzando una posición apropiada alrededor de los 8 meses y a una adecuada configuración de los arcos. Por su parte durante este proceso la lengua llega a ocupar una correcta posición lo que facilita el equilibrio craneofacial y fortalece la musculatura oral. <sup>53</sup>.

Si bien la lactancia materna contribuye al fortalecimiento de la musculatura bucal y al correcto desarrollo del sistema de órganos que intervienen en el habla, la lactancia artificial desde las edades tempranas y prolongada en el

tiempo repercute desfavorablemente en el lenguaje oral en tanto propicia el retardo en la aparición de los sonidos articulados y de las primeras palabras, al igual que trae dificultades en la articulación de sonidos. <sup>53</sup>.

Es por esto que se puede afirmar que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el fortalecimiento de la musculatura de los labios y los maxilares y por ende, para la prevención de alteraciones del lenguaje al tiempo que contribuyen a mantener los dientes en una posición adecuada, todo lo cual se logra mediante la lactancia natural.

**Objetivo general:** Realizar una Intervención Educativa que contribuya a la adquisición de conocimientos en embarazadas, del sector Gramoven, municipio Libertador, Parroquia Sucre, Caracas, año 2010.

**Objetivos específicos:**

1. Diagnosticar el nivel de conocimientos de las embarazadas sobre salud bucal y del estado de higiene bucal que poseen.
2. Elaborar una estrategia educativa dirigida a elevar los conocimientos sobre salud bucal en embarazadas.
3. Aplicar la estrategia educativa sobre la base de las necesidades identificadas.
4. Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal adquiridos por las embarazadas.

### **Diseño Metodológico.**

El estudio realizado se clasifica como un estudio pre-experimental (en el que realiza un pretest y un posttest que permite evaluar el nivel de conocimientos obtenido después de implementada la propuesta, a partir de la comparación de los resultados), tipo intervención educativa, para contribuir a la adquisición de conocimientos, sobre salud bucal, en embarazadas de tres consultorios Médicos del sector Gramoven, Catia, Municipio Libertador, Caracas, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de enero a junio de 2010.

El universo estuvo constituido por 137 embarazadas, distribuidas en tres consultorios médicos del sector Gramoven y se consideró como muestra a 45 embarazadas, que acudieron a la consulta y que por sus características pudieran ser seleccionadas al aplicarse los criterios de inclusión y exclusión.

### **Operacionalización de las variables:**

1- **Edad:** Se tuvo en cuenta la edad en años de las gestantes en el momento de aplicada por primera vez la encuesta. Se consignaron las siguientes categorías.

- 15-18 años
- 19-34 años
- 35 años y más.

Tipo de Variable: Cuantitativa discreta

2- **Higiene bucal:** Se tuvo en cuenta según Índice de placa. Se consignaron las siguientes categorías:

- Adecuada. Evaluación (0-1)
- Deficiente. Evaluación (2-3)

Tipo de Variable: Cualitativa ordinal.

3- **Frecuencia de cepillado:** Se tuvo en cuenta el conocimiento de frecuencia en la que se realiza el cepillado.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Después de desayuno, almuerzo y comida
- Después de desayuno y comida
- Después de desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.  
(adecuada)
- Después del desayuno.

Tipo de Variable: Cualitativa nominal.

4- **Alimentos cariogénicos y no cariogénicos:** se tuvo en cuenta qué alimentos conoce que son necesarios consumir durante el embarazo.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Galletas y pan.
- Carnes, frutas y vegetales. (adecuada)
- Dulces.
- Alimentos ricos en grasa.

Tipo de Variable: Cualitativa nominal.

5- **Sangramiento de las encías:** se tuvo en cuenta si conoce que en el embarazo se pueden ocasionar cambios en las encías.

Tipo de Variable: Cualitativa nominal dicotómica.

6- **Beneficios de la lactancia materna:** se tuvo en cuenta si conoce los beneficios de la lactancia materna.

Se consignaron las siguientes categorías:

- No tiene nada que ver con los dientes.
- Disminuye la incidencia de caries dental.
- Contiene calcio.

Tipo de Variable: Cualitativa nominal.

7-**Higiene oral del recién nacido:** se tuvo en cuenta si conoce cuándo comienza la higiene en el recién nacido.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Al brotar sus dientes.
- Desde los 5 años.
- Desde el nacimiento. (adecuado)
- Desde los 11 en adelante.

Tipo de Variable: Cualitativa nominal.

**8-Nivel de conocimientos:** Se tuvo en cuenta los conocimientos de las gestantes sobre los siguientes temas:

- a) Enfermedades bucales relacionadas con el embarazo.
- b) Dieta y aparición de enfermedades bucales.
- c) Medidas para garantizar un adecuado estado bucal.
- d) Momento en el que debe realizarse el cepillado de los dientes.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Bien: Evaluación 30-20
- Regular: Evaluación 19-16
- Mal: Evaluación 15 o menos.

Tipo de Variable: Cualitativa ordinal.

### **Técnicas y procedimientos utilizados para realizar la investigación.**

#### **Criterios de selección.**

#### **Criterios de inclusión.**

Se incluyeron en la investigación todas las embarazadas pertenecientes a tres consultorios médicos del sector Gramoven, previo consentimiento informado (ver Anexo 1), con una captación temprana y plena disposición para participar activamente en el desarrollo de los talleres que formaron parte de la intervención educativa.

#### **Criterios de exclusión.**

Se excluyeron las pacientes que no deseen participar en la investigación, y las que la distancia que las separa del módulo salud les impedía participar en las sesiones de trabajo programadas como parte de la intervención educativa.

#### **Criterios de salida después de la inclusión.**

Las pacientes que dejen de asistir a las actividades educativas y por lo tanto no tienen una participación activa en las sesiones de trabajo.

### **Recolección de datos.**

Los datos se recolectaron a partir de la aplicación de una encuesta (anexo 2) al iniciar y concluir las sesiones de trabajo comprendidas dentro de la intervención educativa, así como la realización de una entrevista grupal (anexo 4) al concluir el trabajo programado

### **Forma de determinar la higiene bucal.**

Para conocer la higiene bucal se realizó un examen bucal así como índice de placa (anexo 3) al inicio y después de concluida la intervención.

### **Índice de Placa:**

Es para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo. La ausencia o presencia de placa se realiza en forma visual En esta evaluación se pueden incluir todos los dientes o seleccionar seis dientes y se asigna un puntaje a cada una de las cuatro zonas gingivales de cada diente, que se corresponden a la superficie vestibular, lingual, mesial y distal. El puntaje tiene un rango entre 0 y 3, de acuerdo con los siguientes criterios:

<b>Puntaje</b>	<b>Criterios</b>
<u>0</u>	Ausencia de placa en el área gingival.
<u>1</u>	Película de placa adherida al margen libre gingival y las zonas adyacentes del diente. La placa sólo es detectable con la sonda o con alguna sustancia revelante.
<u>2</u>	Acumulación moderada de depósitos blandos dentro del surco gingival o sobre el diente y el margen gingival que se puede detectar a simple vista.

- 3 | Abundante presencia de placa dentro del surco gingival y/o margen gingival y sobre la superficie del diente.

Se confeccionó una encuesta de conocimiento, la cual fue validada por criterios de expertos, (especialistas en Promoción y Educación para la Salud), y se sometió a un pilotaje para hacer los ajustes que requería. La misma fue aplicada a cada gestante para determinar los conocimientos que poseían estas sobre los diferentes aspectos explorados antes y después de la intervención. (Anexo 2). Se evaluaron las respuestas emitidas en cada pregunta de la encuesta en correctas e incorrectas, además se otorgó una calificación a cada opción de respuesta y teniendo en cuenta los percentil 60,80 y 100 se creó una escala de calificación:

- Conocimientos bien: 30 - 20 puntos
- Conocimientos regular: 19 - 16 puntos
- Conocimientos mal: 15 puntos o menos

Pregunta 1. Se consideró:

Respuesta correcta: Si señaló la opción (c). se le concedió 5 puntos.

Respuesta incorrecta: Si se señaló la opción (a) se le concedió 3 puntos, por la opción (b) se le concedió 2 puntos; si identificaron las demás opciones no se otorgó ningún punto.

La pregunta tuvo una puntuación de 5 puntos.

Pregunta 2. Se consideró:

Respuesta correcta: Si señaló la opción (b), se les concedió 5 puntos.

Respuesta incorrecta: Si se identificaron las demás opciones no se otorgó ningún punto.

La pregunta tiene una puntuación de 5 puntos.

Pregunta 3. Se consideró:

Respuesta correcta: Si señaló la opción (a), se le otorgó 5 puntos.

Respuesta incorrecta. Si señaló la opción (b), no se le otorgó ningún punto

La puntuación de la pregunta es de 5 puntos.

Pregunta 4. Se consideró:

Respuesta correcta: Si identificó la opción (a); se le otorgó 5 puntos.

Respuesta incorrecta: Si identificó la opción (b), no se le otorgó puntos.

La puntuación de la pregunta es de 5 puntos.

Pregunta 5. Se consideró:

Respuesta correcta: Si señaló la opción (a), se les concedió 5 puntos.

Respuesta incorrecta: Si señaló la opción (b); no obtuvo puntos

La pregunta tiene un valor de 5 puntos.

Pregunta 6. Se consideró:

Respuesta correcta: Si identificó la opción (c); se le otorgó 5 puntos.

Respuesta incorrecta: Si identificó las otras opciones, no se le otorgó puntos.

La puntuación de la pregunta es de 5 puntos.

Se confeccionó una entrevista grupal con vistas a determinar el nivel de preparación de las embarazadas, seleccionadas como muestra, sobre los elementos esenciales a tener en cuenta para mantener un adecuado estado de salud bucal (Anexo 4).

### Implementación del programa educativo.

Para el diseño del programa educativo se tuvo en cuenta los resultados de la aplicación del diagnóstico, su propósito fundamental es propiciar la adquisición de conocimientos vinculados con la higiene bucodental en las embarazadas de manera tal que perduren e influyan positivamente en la familia. En su concepción se utilizaron un conjunto de técnicas participativas (anexo 5).

1. **Diagnóstico.** Parte del programa que alertó e involucró a todas las personas que de una forma u otra se relacionan con las embarazadas acerca de sus necesidades cotidianas e higiene bucal.
2. **Intervención.** Las actividades educativas propiamente dichas encaminadas a resolver los problemas detectados sobre salud bucodental en las embarazadas.
3. **Evaluación.** Se incluye este punto para evaluar la efectividad de las sesiones de trabajo y la contribución realizada en cuanto a la adquisición de conocimientos en las embarazadas.

El programa educativo: “Una sonrisa feliz”, se estructuró en 8 sesiones de trabajo, en su diseño se precisa: el objetivo con que se realiza, una introducción y en la motivación de la actividad se emplean técnicas participativas; en el desarrollo de cada actividad educativa se emplearon los siguientes medios de enseñanza: láminas, dramatizaciones y videos educativos, para contribuir de manera ilustrativa y amena a la apropiación de conocimientos sobre salud bucodental.

Los temas a tratar fueron:

1ra sesión: Presentación del programa educativo: “Una sonrisa feliz”.

2da sesión: ¿Cómo cepillar mis dientes correctamente?

3ra sesión: Dieta cariogénica y no cariogénica.

4ta sesión: Mis dientes y encías sanas.

5ta sesión: Lactancia materna. Su importancia en el recién nacido.

6ta sesión: ¿Cómo puedo prevenir la aparición de hábitos deformantes en mi bebé?

7ma sesión: ¿Qué aprendimos sobre el cuidado del aparato bucal durante la gestación?

8va sesión: ¿Cómo llegue, cómo me voy?

### **Procesamiento de la información.**

La información obtenida de todas las variables del estudio se volcaron en una tabla de vaciamiento.

Una vez verificado el correcto llenado se procedió a capturar los datos en un archivo para computadora personal. Los datos fueron procesados de forma computarizada utilizando el sistema epi info. Versión 2002, donde se calcularon frecuencia y porcentaje de cada uno de los atributos de las variables .los resultados se reflejaron en forma de tablas estadísticas de 2 x 2 y de doble entrada los textos, los gráficos se procesaron en el paquete comercial office 2003 sobre Windows xp, empleando el paquete estadístico spss-pc v11 para el procesador estadístico inferencial.

### **Métodos teóricos.**

En los diferentes momentos de la investigación y desde su proyecto se emplearon para el planteamiento del problema, formulación de objetivos, entre otros, fundamentalmente el método hipotético-deductivo, en el análisis y discusión de los resultados el binomio analítico-sintético, y para obtener conclusiones se empleó el método de inductivo-deductivo.

Para la elaboración de la propuesta se tuvo en cuenta la revisión documental, a partir de búsqueda bibliográfica, textos, publicaciones seriadas y páginas Web en Internet, consultando las principales bases de datos biomédicas disponibles tales como Medline, LILACS, EBSCO y las bibliotecas virtuales de la salud de Cuba, Venezuela, entre otras.

Finalmente se utilizó el método de triangulación de la información basado en los datos obtenidos en la revisión documental, el estudio y el procesamiento estadístico.

### **Métodos empíricos.**

Para la obtención y elaboración de los datos y el conocimiento de los hechos fundamentales en la etapa de recolección del dato primario se emplearon los métodos empíricos de observación, presente en todo proceso investigativo, intervención (experimento) y la medición empleando para ello los instrumentos diseñados al efecto tales como la encuesta efectuada donde se recogen algunos datos epidemiológicos para caracterizar el grupo de estudio e identificar el nivel de conocimiento que poseían sobre el tema al realizar una prueba de conocimientos acerca del mismo (Anexo 2) y la segunda encuesta para constatar el nivel de conocimientos alcanzados después de la intervención cuestionarios fundamentados en otros trabajos ya citados donde los acápites abordados son similares a los de este estudio.

### **Ética de la investigación**

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos propuestos en la declaración de Helsinki para la realización de investigaciones en seres humanos, cumpliendo con el primero de estos que se refiere al respeto o autonomía de la personas, que se materializa mediante el consentimiento informado (anexo I), en este caso de forma verbal y escrita; respetando los criterios de Levine que plantean que el mismo será informado, comprendido, voluntario y competente desde el punto de vista legal. Al entrevistar a las pacientes objeto de estudio, para confirmar si estaban de acuerdo en ser incluidas en la investigación, la aceptación se complementó con la firma de un documento por parte de las pacientes, y de la autora de la investigación.

### Análisis y discusión de los resultados.

Se examinaron 45 embarazadas distribuidas en tres consultorios del médico de la familia del sector Gramoven representadas por grupos de edades como se aprecia en la tabla 1.

**Tabla1 Embarazadas según grupo de edades del sector Gramoven, Municipio Libertador, Parroquia Sucre, Caracas. Año 2010.**

Grupos de Edades	Embarazadas	
	No	%
15 - 18	6	13,3
19 - 34	35	77,8
35 y más	4	8,9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada.

Las mujeres embarazadas constituyen un grupo priorizado en la atención estomatológica porque durante el estado de gestación se producen cambios en los tejidos orales y en su conducta que convierten a la mujer en una persona susceptible a padecer enfermedades bucales. La población tiene mitos y creencias que dan respuesta a los cambios orales que se generan durante el embarazo.

A pesar que se recomienda la atención estomatológica en la embarazada desde el mismo comienzo del embarazo, en muchos casos se observa la visita al estomatólogo cuando se han producido ya serios daños bucales. Además, aunque en la estomatología moderna la gestante y su feto están cada vez más

## Análisis y discusión de los resultados

seguros durante el tratamiento, la promoción y prevención son las medidas más eficaces para mantener la salud bucal de las embarazadas.

El trabajo enfocado desde la educación para la salud adquiere dimensiones importantes en este grupo (embarazadas) en particular, por lo que es necesaria la elaboración de estrategias educativas que sean aceptadas por la comunidad, sin esta condición la educación carece de sentido.

La información científica es necesaria para fomentar la aparición de nuevas creencias, las embarazadas necesitan saber qué hacer y cómo hacerlo. La educación para la salud es el acto concreto de elevar el conocimiento de las personas de la comunidad y abrir el campo de elección para que pueda elegir lo más conveniente para su salud.

Cuanto se haga por promover y mantener la salud bucal de las embarazadas será recompensado, porque se crearan las bases para que el niño sea educado en un ambiente saludable.

**Tabla 2 Conocimiento de frecuencia del cepillado dental antes y después de la intervención educativa.**

Frecuencia del cepillado	Después del desayuno, almuerzo y comida		Después del desayuno y comida		Después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.		Después del desayuno		Nunca	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<b>Antes</b>	20,0	44,4	14,0	31,1	9,0	20,0	2,0	4,4	-	-
<b>Después</b>	5,0	11,1	1,0	2,2	39,0	86,7	-	-	-	-

## Análisis y discusión de los resultados

En la tabla 2 se muestra como se comportó el conocimiento de la frecuencia del cepillado dental antes y después de la intervención educativa realizada. Al inicio 20 embarazadas (44.4%) conocían del cepillado después del desayuno, almuerzo y comida, 14 (31.1%) después del desayuno y comida, 9 (20%) después del desayuno, almuerzo y comida y antes de acostarse y 2 (4.4%) después del desayuno. Al término de la intervención educativa 39 embarazadas expresaron su conocimiento del cepillado después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse, cifra que se incrementó notablemente con respecto al valor antes de la intervención.

Los resultados de la presente investigación son similares a los obtenidos en la provincia de Sancti Spíritus, en una intervención realizada a embarazadas del Área Centro, por Martínez <sup>51</sup> (2007) donde se logró aumentar el nivel de conocimientos sobre el tema de un 48.1% a un 87.4%

También fueron semejantes los resultados de la presente investigación a los que se apreciaron en una intervención efectuada a embarazadas en Camagüey, (2004) que incrementaron a un 90% los conocimientos sobre frecuencia de cepillado dental.<sup>52</sup>

**Tabla 3 Conocimiento sobre alimentos cariogénicos y no cariogénicos antes y después de la intervención.**

Alimentos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Galleta y pan	6	13,3	1	2,3
Dulces	7	15,6	2	4,4
Carnes ,frutas y vegetales	32	71,1	42	93,3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

## Análisis y discusión de los resultados

---

En la tabla 3 se observa que la mayoría de las embarazadas conocen acerca de los alimentos cariogénicos y no cariogénicos por medio de la entrevista inicial, sin embargo, una vez realizado el programa educativo se elevaron los conocimientos sobre el control dietético que se debe tener para una adecuada salud bucal de 42 embarazadas para un 93.3%.

Arbelo <sup>50</sup>, después de realizada la intervención educativa sobre salud bucal en las embarazadas del Policlínico Comunitario Sur del Municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, demostró que se logró incrementar el número de embarazadas con conocimientos sobre dieta criogénica (84.91%).

Se observaron resultados similares a esta investigación en un mural educativo que se realizó en Melena del Sur, (2003), para orientar hábitos adecuados de dieta a niños y sus familiares <sup>29</sup>.

En Cuba se han observado resultados alentadores con la aplicación de estrategias educativas para la salud bucal. Se puede citar el Programa Educativo para la Nutrición de la Embarazada y la Salud Bucal del Futuro Niño, realizado en la Ciudad de La Habana en el año 2004

**Tabla 4 Conocimiento sobre enfermedades bucales que constituyen causas de bajo peso al nacer antes y después de la intervención.**

<b>Conocimientos sobre enfermedades bucales</b>	<b>SI</b>		<b>No</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Antes</b>	5,0	11,1	40,0	88,9
<b>Después</b>	41,0	91,1	4,0	8,9

Al analizar el resultado inicial se pudo comprobar que las embarazadas no conocían casi nada sobre las enfermedades bucales que constituyen causas de bajo peso al nacer, sin embargo después de la intervención el nivel de conocimiento respecto a este tema se elevó demostrándolo las 41 embarazadas que respondieron acertadamente para un 91.1% del total de ellas.

Son semejantes los resultados de esta investigación a los encontrados en la provincia de Sancti Spíritus, en una intervención realizada a embarazadas del Área Centro, por Martínez <sup>51</sup> (2007) donde se logró aumentar el nivel de conocimientos sobre el tema de un 58.1% a un 97.4%

También fueron análogos los resultados de esta investigación a los que se apreciaron en una intervención efectuada a embarazadas en Camagüey, 2004 que incrementaron a un 92% los conocimientos de las enfermedades bucales.<sup>52</sup>

**Tabla 5 Conocimiento sobre alteraciones de las encías durante el embarazo antes y después de la intervención**

Conocimiento sobre alteraciones de encías	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	19	42,2	38	84,4
No	26	57,8	7	15,6
<b>Total</b>	45	100	45	100

Esta tabla muestra cómo hay más embarazadas que no conocen acerca de las alteraciones de las encías que se producen en este período en la entrevista inicial, lo que cambió bruscamente después de realizada la intervención quedando solamente 7 el 15.6 % de ellas que no supieron responder.

Arbelo <sup>50</sup>, al final de la investigación logró que el 100% de las encuestadas considerara importante las enfermedades de las encías. A pesar de que gran parte de las embarazadas al inicio de su investigación consideraban importantes las enfermedades de las encías, el 37.73% de ellas no conocían la forma de prevenirlas Después de realizada la estrategia educativa todas sus embarazadas conocían cómo prevenir las enfermedades de las encías.

**Tabla 6 Conocimiento sobre importancia de la lactancia materna para los dientes del bebé antes y después de la intervención.**

Importancia de la lactancia materna	Si		No	
	No	%	No	%
<b>Antes</b>	29,0	64,4	16,0	35,6
<b>Después</b>	40,0	88,9	5,0	11,1

Al inicio del estudio solo 29 embarazadas conocían acerca de la importancia de la lactancia materna para un 64.4% del total, al llevar a cabo la intervención educativa el número de embarazadas que conocían sobre los beneficios de esta se incrementaron con 40 embarazadas para un 88.9%, demostrándose así un nivel de conocimiento superior con respecto al anterior.

Martínez <sup>51</sup> después de realizada la estrategia educativa consiguió que un 89.9% de sus embarazadas aumentaran conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna resultados similares a los obtenidos en esta investigación.

**Tabla 7 Conocimiento sobre a qué edad se debe comenzar la higiene oral del recién nacido antes y después de la intervención.**

Conocimiento sobre higiene oral del bebé	Antes		Después	
	No	%	No	%
Cuando brotan	23	51,1	5	11,1
Desde los 5 años	9	20,1	2	4,4
Desde que nacen	7	15,6	37	82,2
Desde los 11 años	6	13,2	1	2,3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

La tabla muestra que la mayor cantidad de embarazadas (23 para un 51.1%) plantean que los dientes del niño se deben cepillar cuando brotan, todo lo cual fue revocado al aplicar la intervención educativa donde 37 embarazadas para un 82.2% confirmaron que desde el nacimiento se debe tener una higiene bucal diaria y meticulosa de la boca del bebé.

Arbelo <sup>50</sup>, luego de realizar la estrategia educativa logró que el 79.25% de las gestantes conocieran que limpiar la boca de su bebé con agua hervida desde su nacimiento es uno de los cuidados a tener en cuenta para la salud bucal del bebé.

**Tabla 8 Evaluación del nivel de conocimiento de salud bucal antes y después de la intervención**

Conocimiento de salud bucal	Bien		Regular		Mal	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<b>Antes</b>	3	6.7	5	11.1	37	82.2
<b>Después</b>	40	88.9	5	11.1	0	0

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en ambas etapas de este estudio, se observó en la tabla 8 que el 82.2% de las embarazadas obtuvieron calificación de mal en la etapa inicial, el 11.1% de ellas regular y el 6.7% solamente bien. Al aplicar el programa educativo los resultados variaron considerablemente pues 40 embarazadas obtuvieron como calificación bien para un 88.9%, 5 obtuvieron regular para un 11.1% y ninguna mal, lo cual demuestra la eficacia del programa al aumentar el nivel de conocimiento en este grupo de pacientes.

Arbelo <sup>50</sup>, luego de realizar la intervención educativa sobre salud bucal en las embarazadas del Policlínico Comunitario Sur del Municipio Morón, provincia Ciego de Ávila planteó que el 79.25% de las encuestadas fueron evaluadas de bien y no hubo embarazada evaluada de mal.

Los resultados de esta investigación indican la efectividad que genera ensayar instrumentos de comunicación social que desarrollen la motivación y el trabajo en equipos, y potencialice los recursos disponibles. Esto fue posible mediante

## Análisis y discusión de los resultados

una tarea educativa capaz de transmitir conocimientos, iniciar, orientar y organizar los procesos que han de proveer experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en las actitudes y prácticas del individuo y la comunidad respecto a su salud bucal.

Autores tales como: Añé Glez,<sup>19</sup> García Alpizar,<sup>25</sup> Lazarde<sup>25</sup> y Bolaños<sup>49</sup> han reportado una notable mejoría del nivel de conocimientos al igual que en el presente estudio.

**Tabla 9 Índice de higiene bucal (Índice de Placa) antes y después de la intervención.**

Índice de placa	Adecuado		Deficiente	
	No	%	No	%
<b>Inicio</b>	6	13,3	39	86,7
<b>final</b>	37	82,2	8	17,8

En el estudio realizado no solo se obtuvo una notable mejoría del nivel de conocimientos sino que mejoró la higiene bucal en la fase final lo cual también ha sido reportado por otros autores

Bolaño<sup>49</sup> en un estudio realizado en una escuela con excelentes condiciones estructurales y en el que contó con la colaboración activa de profesores, alumnos y familiares planteó que mejoró la higiene bucal de los alumnos al aplicar el programa. El estudio de la muestra que se describe se comportó de manera similar pues la higiene bucal de las embarazadas dio un cambio significativo ya que 37 de ellas obtuvieron valores normales de higiene bucal lo que representó un 82.2% del total, demostrándose una vez más los beneficios del programa educativo.

## Análisis y discusión de los resultados

---

En un estudio realizado en adultos en la ciudad nuclear de Cienfuegos tanto el nivel de conocimientos como el índice de placa se incrementaron al final del estudio <sup>25</sup>.

Arbelo <sup>50</sup> destacó que al comienzo de su estudio el 56.60% de las gestantes tenían una higiene bucal deficiente, seguido por un 33.96% con higiene bucal regular, mientras que después de realizar varios controles de placa dentobacteriana y la realización de charlas educativas, demostraciones del cepillado correcto logró que el 81.13% de las gestantes tuvieran una buena higiene bucal, seguido de un 18.87% evaluado de regular y ninguna fue evaluada de deficiente.

Se considera el programa educativo como un elemento importante dentro del trabajo, en la preparación de las embarazadas para la vida, particularmente en la formación de hábitos de higiene bucal importantes tanto para las embarazadas como para sus familiares.

El programa educativo despertó el interés de todas las embarazadas incluidas en él asimilando los conocimientos recibidos sobre la protección de sus dientes y encías y todo lo relacionado con la salud de su futuro bebé, convirtiéndose de esta forma en facilitadores de salud al transmitir los conocimientos adquiridos a sus compañeros y familiares.

### Conclusiones

- ✓ Al hacer un diagnóstico de salud en embarazadas del sector Gramoven se pudo constatar los limitados conocimientos, que posee este sector en cuanto a la salud bucodental lo que se corrobora en las encuestas aplicadas y con el índice de placa.
- ✓ La estrategia educativa se implementó teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico, está dirigida a la lactancia materna, hacia hábitos nutricionales e higiénicos adecuados, y la prevención de hábitos deformantes en el bebé.
- ✓ Después de aplicada la intervención educativa se lograron cambios positivos en cuanto al nivel del conocimiento en las embarazadas; del sector Gramoven.

### **Recomendaciones**

- Extender la aplicación de este programa educativo a otros lugares con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos e higiene bucal en las embarazadas.
- Ser perseverantes con las embarazadas en las consultas de los servicios estomatológicos con el propósito de obtener beneficios en cuanto al estado de salud bucal de ellas y de su futuro bebé.

### Referencias Bibliográficas

1. González Sosa A, Reinoso Cápuio C. Nociones de sociología, psicología y pedagogía. Editorial Pueblo y Educación, 2008.
2. Proenza CO, Ortuela IZ, Calzadilla RA. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Rev Cubana Estomatol. 2005.
3. Sosa RM, Salas AMR. Promoción de salud bucal y prevención de enfermedades. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.493-9.
4. Rodríguez Chalal HE, López Santanl M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Policlínico Docente "Párraga". Rev Cubana Estomatol v.40 (2) Ciudad de la Habana Mayo-Ago.2007.
5. Valverde T. Estado de salud bucal en embarazadas J can Dent Assoc 2003; 68(3):165-9.
6. Madianos PN, Lieff S, Murtha AP, Boggess KA, Auten RL Jr, Beck JD. maternal periodontitis and prematurity. Part II: Maternal infection and fetal exposure. Ann Periodontol 2006;6:175-82.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington, DC 2002:1-233.
8. Sanchis IM. Manifestaciones bucales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas.2005.
9. Torres Cueto, G. M. A (1999). Programa Director de Promoción y Educación para la Salud. La Habana. Rodes María José (1995).
10. OPS/OMS: Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas. Publicación Científica. Nº 473. Washington, DC, 2004.
11. García Martínez, A. Educación para la salud: Una propuesta para la calidad de vida. Madrid: Editorial Aran.2007.
12. Gómez Zamudio, M. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal: Editorial Universidad de Montreal.1998.

13. Dueñas Becerra, J. (1999). Educación para la salud. Bases psicopedagógicas. Disponible <http://www.bvs.sld>.
14. Costa Cabanillas, M. (2000) Educación para la salud. Barcelona: Ed Pirámide
15. Ruiz Gamio, X. El taller como innovación pedagógica en promoción y educación para la salud en la escuela. Curso prerreunión. V taller regional sobre promoción y educación para la salud. La Habana.2006.
16. Calero Palacios, A. (2008). Educación para la salud. Disponible en: <http://www.Mongrafias.com>.
17. Carvajal Rodríguez, C. Educación para la salud en la escuela. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.2007.
18. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
19. Cuenca E, Manan C, Serra Májame L, Falgas J, Taberner JL, Batalla J. Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. Med Clin2008; 102 (Supl 1): 134-4.
20. Rodríguez Calzadilla A. Proyecto para el funcionamiento de un servicio de higiene o área de control de placa dentobacteriana. Rev. Cubana Estomatol.2006; 25 (2): 7-19.
21. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev. Cubana Estomatol.1999, 34 (1): 28-39.
22. Añé González B, Seguí León O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Revista Cubana de Estomatología 2007, 24 (1): 59-66.
23. Pérez Borrego A, Barrios Felipe L, Fernández Fregio MJ, Rodríguez Llanes R. Estudio comparativo del nivel de educación para la salud en maestros de la enseñanza primaria y media. Revista Cubana de Estomatología 2005; 26 (4): 268-76.
24. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med. Clin.2008, 102 (Supl 1): 5-12.

25. Salleras L, Martín Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JL. La integración de la prevención en la práctica asistencial. Med Clin 2007; 102 (Supl 1): 35-41.
26. Carvajal Rodríguez, C. Educación para la salud en la escuela. La Habana: Ed Pueblo y Educación. 2008.
27. Arreaza A. Odontólogo. (base de datos en Internet). (citado 8 Mar 2006). (aprox. 11a) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40-2-03/est09203.htm>.
28. Lazarde J. (base de datos en Internet) (citado 8 Mar 2006). (aprox. 11a). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revista/est/vol40-2-03/est09203.htm>
29. Cuenca E. Maran C, Cerra LL. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: 2005.
30. Normas de educación para la salud en Estomatología. Rev. Cubana Estomatol. 2005; 28 (2):135-42.
31. Duque de Estrada Riverón J, et al. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental. Rev. Cubana Estomatol. 2007; 40 (2).
32. García Alpizar B, El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. Rev. Cubana Estomatol. 2004; 37 (3): 176-81.
33. Rodríguez Calzadilla A. Diagnóstico de salud bucal. Revista Cubana de Estomatología 2006; 32 (2).
34. Galindo F. Caries dental. Rev. Salud Hoy, 2006. Disponible en: <http://www.ensa.com.co> 2006.
35. Sosa Mojáiber A. Análisis de la situación de las Comunidades. "Componente Bucal Una Guía para su ejecución. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba. 2005.
36. López J, Roselló X, Chimenos E, Mundet N, Blanco A, Jané E. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico en la embarazada. Rev Oper Dent Endod 1999; 2 (3): 11.

37. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. Rev Dental Update 2007; 27 (8): 380- 83.
38. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Actualización Carpeta Metodológica. La Habana: MINSAP; 1999.
39. Yalcin F, Basegmez C, Isik G, Beréber L, Eskinazi E, Soydinc M, Issever H, Onan U. The effects of periodontal therapy on intracrevicular prostaglandin E2 concentrations and clinical parameters in pregnancy. J Periodontol. 2006 Feb; 73 (2):173-7.
40. Olivar Bonilla A. Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. Rev Fed Odontol Colombia 1999; (195): 57- 68.
41. Little, JM. Y Falace, DA. Odontología en pacientes con afección previa. De. Medici, Barcelona, 1999.
42. Gaffield Lyn M, Colley Malvitz D. Oral health during pregnancy. Rev. JADA 2006; 132 (3): 9-16.
43. Olivar Bonilla A. Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. Rev Fed Odontol Colombia 2006; (195): 57- 68.
44. Filho Gómez de Oliva A, Oliveira de Souza L. Odontología na gravidez. Rev Pagina de Costo 2005; (1): 117- 32.
45. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. Rev Dental Update 2006; 27 (8): 380- 83.
46. Rose, LF. Y Kaye, D. Medicina interna en odontología. Barcelona: Salvat; 1999.
47. Carranza FA, Sznajde NG. Compendio de periodoncia. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 26-7, 49, 98, 12.
48. Jeffcoat Marjonek, Geurs Nico C, Reddy Michael S. Periodontal infection and preterm birth. Rev JADA 2005; 132 (7): 875- 88.
49. Lascala NT, Moussalli NH. Compendio terapéutico periodontal. 3ª ed. Sao Paulo: Editora Artes Médicas; 2006.p .31-5, 190,211.
50. Prichard JF .Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.p.20, 143-5,149.

51. Duque de Estrada Riverón, J, Pérez Quiñones J. A, Hidalgo-Gato Fuentes I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a tratar. Rev Cubana Estomatol 2006; 43 (1)
52. Bolaño Escofet M. V. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares del 4to grado. Tesis para optar por el título de especialista de 1er grado en Estomatología General Integral. Ciego de Ávila, 2005.
53. Arbelo Yeras Y. Intervención educativa “Mamá y bebé por una sonrisa feliz” en embarazadas del Policlínico Comunitario Sur de Morón. Tesis para optar por el título académico de máster en Salud Bucal Comunitaria. Morón, 2007.
54. Martínez Pérez R. Evaluación de un programa educativo de higiene bucal para embarazada, Rev Cubana Estomatol, 2007. 25 (1): 34-38.
55. Marrero Fente Estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes, Rev Cubana Estomatol, 2006.29 (1): 52-55.
56. Machuca G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes en estado de gestación y lactancia. Madrid: Editorial Norman; 2005. p. 18- 23.

- Añé González B, Seguí León O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. *Revista Cubana de Estomatología* 2004, 24 (1): 59-66.
- Arreaza A. Odontólogo.(base de datos en Internet).(citado 8 Mar 2006).(aprox. 11a) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40-2-03/est09203.htm>.
- Blagojevic D, Brkanic T, Stojic S. Oral health in pregnancy. *Oral health in pregnancy. Med pregl* 2004, 55(6):213-6.
- Bolaño Escofet M. V. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares del 4to grado. Tesis para optar por el título de especialista de 1er grado en Estomatología General Integral. Ciego de Ávila, 2005.
- Carranza FA, Sznajde NG. Compendio de periodoncia. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 26-7, 49, 98, 12.
- Casamassimo Paul S. Maternal Oral Health. *Rev Dental Clinics NA*2001; 45 (3): 469- 477.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Actualización Carpeta Metodológica. La Habana: MINSAP; 1999.
- Cuenca E, Manan C, Serra Májame L, Falgas J, Taberner JL, Batalla J. Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. *Med Clin*2001; 102 (Supl 1): 134-4.
- Cuenca E. Maran C, Cerra LL. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: 2001.
- Dasanayake AP, Russell S, Boyd D, Madianos PN, Forster T, Hill E. Preterm low birth weight and periodontal disease among African Americans. *Dent Clin North Am* 2003; (47) (81):115-25.
- Dasanayake AP, Boyd D, Madianos PN, Offenbacher S, Hills E. The association between Porphyromonas gingivalis-specific maternal serum IgG and low birth weight. *J Periodontol* 2004; 72 (11):1491-7.

- Díaz Romero RM. Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. A medical opinion. Ginecol. Obstet. Mex2002; (11):507-11.
- Duque de Estrada Riverón J, et al. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental. . Rev. Cubana Estomatol.2003; 40 (2).
- Duque de Estrada Riverón, J, Pérez Quiñones J. A, Hidalgo-Gato Fuentes I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a tratar. Rev Cubana Estomatol 2006; 43.
- Filho Gómez de Oliva A, Oliveira de Souza L. Odontología na gravidez. Rev Pagina de Costo 2001: 117- 32.
- Fonseca Scavuzzi AL, Siquara da Roca MC, Pereira Vaina MI. Influencia da gestacao na prevalencia da carie dentaria e da doenca periodontal. Rev da faculta de de odontología da FUBA 1999; 18: 15-21.
- Gaffield Lyn M, Colley Malvitz D. Oral health during pregnancy. Rev. JADA 2003; 132: 9-16.
- Galindo F. Caries dental. Rev. Salud Hoy, 2006. Disponible en: <http://www.ensa.com.co> 2004.
- García Alpizar B, El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. Rev. Cubana Estomatol.2001; 37 (3): 176-81.
- Jeffcoat Marjonek, Geurs Nico C, Reddy Michael S. Periodontal infection and preterm birth. Rev JADA 2001; 132 (7): 875- 88.
- Laine M. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. Acta Odontol Scand 2005; 60(5):257-64.
- Laine M, Pienihakkinen K. Effect in relation to late pregnancy and postpartum. Acta Odontol Scand 2005; 58(1):8-10.
- Lascala NT, Moussalli NH. Compendio terapéutico periodontal. 3ª ed. Sao Paulo: Editora Artes Médicas; 1999.p .31-5, 190,211.
- Lazarde J. (base se datos es Internet)(citado 8 Mar 2006). (aprox.11a).Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revista/est/vol40-2-03/est09203.htm>.

- Litle, JM. y Falace, DA.: Odontología en pacientes con afección previa. De. Medici, Barcelona, 1999.
- López J, Roselló X, Chimenos E, Mundet N, Blanco A, Jané E. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico en la embarazada. Rev Oper Dent Endod 1999; 2 (3): 11.
- McGaw T. Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants. J can Dent Assoc 2004; 68(3):165-9.
- Machuca G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes en estado de gestación y lactancia. Madrid: Editorial Norman; 2003. p. 18- 23.
- Madianos PN, Lieff S, Murtha AP, Boggess KA, Auten RL Jr, Beck JD. maternal periodontitis and prematurity. Part II: Maternal infection and fetal exposure. Ann Periodontol 2004: 175-82.
- Normas de educación para la salud en Estomatología. Rev. Cubana Estomatol.2005: 135-42.
- Nuamah, Y. Periodontal Status and oral hygiene practices of pregnant and non pregnant women. East Afr. Med J 2005: 712- 4.
- Olivar Bonilla A. Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. Rev Fed Odontol Colombia 1999: 57- 68.
- Olivar Bonilla A. Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. Rev Fed Odontol Colombia 1999: 57- 68.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington, DC 2002:1-233.
- Pérez Borrego A, Barrios Felipe L, Fernández Fregio MJ, Rodríguez Llanes R. Estudio comparativo del nivel de educación para la salud en maestros de la enseñanza primaria y media. Revista Cubana de Estomatología 2001: 268-76.
- Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003.
- Prichard JF .Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.p.20, 143-5,149.

- Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
- Rodríguez Calzadilla A, et al. Proyecto para el funcionamiento de un servicio de higiene o área de control de placa dentobacteriana. Rev. Cubana Estomatol.2003; 25 (2): 7-19.
- Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev. Cubana Estomatol.1997, 34 (1): 28-39.
- Rodríguez Calzadilla A. Diagnóstico de salud bucal. Revista Cubana de Estomatología2003; 32 (2).
- Romero BC, Chiquito CS, Elejalde LE, Bernardoni CB. Relationship between periodontal disease in pregnant women and the nutritional condition of their newborns. J periodontol 2006; 73(10):1177-83.
- Rose, LF. y Kaye, D. Medicina interna en odontología. Barcelona: Salvat; 1999.
- Salvolini, E. Biochemical modifications of human whole saliva introduced by pregnancy. Br. J. Obstet. Gynecol2006; 105(6):656- 60.
- Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med. Clin.2002, 102 (Supl 1): 5-12.
- Salleras L, Martín Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JL. La integración de la prevención en la práctica asistencial. Med Clin 1999; 102 (Supl 1): 35-41.
- Sanchis IM. Manifestaciones bucales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas.2004.
- Santoro F, Maiorana C, Galleta A, Novi S, Pavanello W. Università degli Studi di Milano. "Evaluation of a prevention and prophylaxis program for the handicapped" Prev Assist Dent 2003 Mar-Apr; 17(2):8-15
- Sembene M, Moreau JC, Mbaye MM, Diallo A, Diallo PD, Ngom M, et al. periodontal infection in pregnant women and low birth weight babies. Odontostomatol Trop 2000; 23(89):19-22.

## Bibliografía Consultada

---

- Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. Rev Dental Update 2000; 27 (8): 380- 83.
- Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. Rev Dental Update 2002; 27 (8): 380- 83.
- Sosa Mojáiber A. Análisis de la situación de las Comunidades."Componente Bucal Una Guía para su ejecución. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba. 2005.
- Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. Aust Dent J 2004; 47 (2):106-15.
- Villgran, E. Count of salivary Streptococci Mutans in pregnant women of the metropolitan region of Chile: Cross- Seccional Study. Rev Med Chile 1999; 127(2):165-70.

**Anexo No.1**

Consentimiento informado de la embarazada, para participar en el programa de higiene bucal “Una sonrisa feliz”.

El programa de educación higiene bucal denominada “Una sonrisa feliz”. Será efectuado en 8 sesiones, aproximadamente 90 minutos de duración. Este consiste en la realización de diferentes técnicas participativas donde se emplearán películas, conversatorios, demostraciones, entre otras actividades, lo cual facilitará la comunicación de mensajes esenciales sobre higiene bucal, y permitirá, a los participantes apropiarse de conocimiento sobre las enfermedades bucales más frecuentes en el embarazo sus causas, la importancia del cepillado buco dental, a desarrollar habilidades en este y así mantenerlo de por vida, lo que contribuirá de manera favorable, al mantenimiento de la higiene bucal. El programa será guiado por una estomatóloga, residente en la especialidad de Estomatología General Integral.

Consentimiento para que usted participe en el programa educativo

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ he sido informada sobre los objetivos del proyecto en cuestión, y en uso de todas mis facultades mentales he decidido participar \_\_\_\_\_ en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente (embarazada)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Anexo No.2**

**Encuesta de conocimientos sobre salud bucodental a embarazadas.**

No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1-Marque con una X la respuesta que considere correcta. ¿Cuándo realiza usted el cepillado dental?

- a) \_\_\_\_\_ Después de desayuno, almuerzo y comida.
- b) \_\_\_\_\_ Después de desayuno y comida.
- c) \_\_\_\_\_ Después de desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.
- d) \_\_\_\_\_ Después de desayuno.
- e) \_\_\_\_\_ Nunca.

2.- Marque con una X la respuesta que considere correcta. ¿Qué alimentos usted conoce que son de suma importancia en el embarazo?

- a) \_\_\_\_\_ Galletas y pan.
- b) \_\_\_\_\_ Carnes, frutas y vegetales.
- c) \_\_\_\_\_ Dulces.
- d) \_\_\_\_\_ Alimentos ricos en grasa.

3.- Marque con una X la respuesta que considere correcta. Conoce alguna enfermedad bucal que pueda ocasionar bajo peso y/o parto prematuro.

a) Sí \_\_\_\_\_

b) No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

4.- Marque con una X la respuesta que considere correcta. Consideras que durante el estado de gestación se pueden producir alteraciones en las encías.

a) Sí \_\_\_\_\_

b) No \_\_\_\_\_

5.- Marque con una X la respuesta que considere correcta ¿Usted cree que la lactancia materna tiene alguna importancia para los dientes de su niño aunque no estén brotados?

a) Sí \_\_\_\_\_

b) No \_\_\_\_\_

¿Por qué?

a) \_\_\_\_\_ No tiene nada que ver con los dientes.

b) \_\_\_\_\_ Disminuye la incidencia de caries dental.

c) \_\_\_\_\_ Contiene calcio.

6.- Marque con una X la respuesta que considere correcta ¿Cuándo usted considera que debe comenzar la higiene oral de su niño?

a) \_\_\_\_\_ Al brotar sus dientes.

b) \_\_\_\_\_ Desde los 5 años.

c) \_\_\_\_\_ Desde el nacimiento.

d) \_\_\_\_\_ De los 11 en adelante.

**Anexo No 3**

**Dentigrama e índice de placa de las pacientes.**

No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de la embarazada: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

18 17 16 15 14 13 12 11 11 12 13 14 15 16 17 18

18 17 16 15 14 13 12 11 11 12 13 14 15 16 17 18

Índice de placa dentobacteriana.

Higiene bucal buena: 0-1

Higiene insuficiente: 2-3

## Anexo 4

### Entrevista grupal.

**Objetivo:** Determinar el nivel de preparación de las embarazadas, seleccionadas como muestra, sobre los elementos esenciales a tener en cuenta para mantener un adecuado estado de salud bucal.

### Cuestionario:

1-¿Cuáles son las principales afectaciones que sufre el aparato bucal en el período de gestación?

2-¿Existe alguna relación entre la dieta y la aparición de enfermedades bucodentales?

3-¿Qué medidas debe tener en cuenta la gestante para garantizar un adecuado estado de salud bucodental?

4- Momento en el que debe realizarse el cepillado de los dientes.

## Anexo No.5

### **Programa educativo para las embarazadas del sector Gramoven: “Una sonrisa feliz”**

**Objetivo:** contribuir a la adquisición de conocimientos sobre salud bucal, en embarazadas, del sector Gramoven, municipio Libertador, Parroquia Sucre, Caracas, año 2010.

El programa consta de varias intervenciones organizadas con el fin de hacer más sencillo y asequible el contenido de manera que las embarazadas puedan incorporar los nuevos conocimientos en pos de mejorar su salud bucal y calidad de vida. Consta de ocho sesiones que aparecen a continuación:

**1ra sesión: Presentación del programa educativo: “Una sonrisa feliz”.**

**2da sesión: ¿Cómo cepillar mis dientes correctamente?**

**3ra sesión: Dieta cariogénica y no cariogénica.**

**4ta sesión: Mis dientes y encías sanas.**

**5ta sesión: Lactancia materna. Su importancia en el recién nacido.**

**6ta sesión: ¿Cómo puedo prevenir la aparición de hábitos deformantes en mi bebé?**

**7ma sesión: ¿Qué aprendimos sobre el cuidado del aparato bucal durante la gestación?**

**8va sesión: ¿Cómo llegué, cómo me voy?**

#### **1ra sesión**



**Tema: Presentación del programa educativo: “Una sonrisa feliz”.**

**Objetivo:** Caracterizar el programa educativo mediante el empleo del método expositivo propiciando la comprensión de la necesidad de la participación de las embarazadas del sector Gramoven, municipio Libertador, Parroquia Sucre, Distrito Capital.

En el momento introductorio del taller se organiza el lugar de forma tal que todas las participantes puedan observarse mutuamente garantizando la comunicación extraverbal.

### **Introducción.**

**Motivación:** Se aplica la técnica de presentación: “El piropo”, se forman parejas de embarazadas, se les orienta que sostengan un diálogo en el que se comuniquen sus expectativas y preocupaciones con respecto al estado de gestación, y teniendo en cuenta estos elementos se dediquen un piropo con el cual presentarán a su compañera en colectivo.

### **Desarrollo.**

Después de realizada la presentación del grupo de embarazadas, la persona que dirige el taller hace la lectura de una reflexión titulada: “Todo pasa”. La que permitirá, mediante el intercambio, reflexionar sobre la etapa en la que se encuentran, la necesidad de mantener un adecuado estado de salud, y de asistir a estos momentos de aprendizajes para la vida.

Se presenta la estructura del programa, los temas a tratar, los objetivos que se proponen, acuerdan la frecuencia con que se reunirán, y en qué horario de forma que se garantice una buena asistencia. Se aplica la entrevista individual y grupal se realiza el examen bucal.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

### **Medios de enseñanza:**

- Tarjetas.
- Hojas de papel.
- Lápices.
- Set de clasificación.

## 2da sesión.



### **Tema: ¿Cómo cepillar mis dientes correctamente?**

**Objetivo:** Explicar el proceder a seguir para realizar un correcto cepillado dental.

#### **Introducción:**

Como motivación se les presenta un video en el que se explica el proceso de fabricación de los cepillos atendiendo a las características anatómicas de la boca, para garantizar una adecuada limpieza de la cavidad bucal.

Se reflexiona sobre la importancia de cepillar los dientes, encías y lengua, de forma tal que permita seguir diagnosticando el nivel de preparación de las gestantes en este sentido.

#### **Desarrollo.**

Se explica que el cepillo dental debe ser de uso personal, de tamaño y textura adecuada a cada persona, ya que de no ser así pudiera lesionar los tejidos de la boca. Se precisa el objetivo del cepillado dental que es el de eliminar la placa dentobacteriana y restos alimenticios. Se enfatiza que el horario de antes de dormir es fundamental para el cepillado, pues es el mayor tiempo que el alimento estará en la boca, el flujo salival está disminuido y aumenta la actividad de los microorganismos, lo cual produce con mayor facilidad y durante mayor tiempo la caries dental. Se emplea como técnica educativa la demostración para enseñar de forma sencilla y práctica los procedimientos y así desarrollar habilidades que permitan un correcto cepillado. Se realiza un control de placa para determinar el índice de higiene bucal.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Evaluación:** se realizará a través de preguntas sobre los aspectos abordados de forma tal que se compruebe la adquisición de los conocimientos esenciales sobre el cepillado dental. Cada embarazada con su cepillo procede a hacer una demostración de los aprendizajes logrados sobre los cuidados de higiene bucal.

**Medios de enseñanza:**

- Video casetera.
- Casete “Mi familia cepillo”.
- Televisor.
- Cepillos dentales.
- Espejo facial.
- Hojas de papel.
- Lápices.
- Set de clasificación.

### 3ra sesión



#### **Tema: Dieta cariogénica y no cariogénica.**

**Objetivo:** Identificar los alimentos que favorecen la producción de caries dental así como aquellos que no la provocan.

#### **Introducción:**

Para iniciar el taller y motivar la participación de las gestantes se les pide que mencionen los alimentos que consideran deben consumir durante este período y expliquen por qué estos y no otros, las respuestas serán utilizadas para propiciar el debate sobre la importancia de la adecuada selección de alimentos beneficiosos para la salud general de la embarazada así como del futuro bebé.

**Desarrollo:** Se explica la existencia de alimentos con alto riesgo de dañar nuestra salud general y particularmente la bucal. Se ponen ejemplos. Se hace énfasis en los carbohidratos y en los alimentos azucarados, además, del período más crítico para consumirlos. Se habla sobre la frecuencia de ingestión y la consistencia de los alimentos.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Evaluación:** con ayuda de los familiares de las gestantes se prepara una merienda, en la que existan alimentos cariogénicos y no cariogénicos, se les invita a consumirlos pero antes deben hacer una selección de lo que prefieren y decir cuáles son beneficiosos para su salud bucal de forma tal que controle el

aprendizaje alcanzado.

**Medios de enseñanza:**

- Afiches con mensajes educativos.
- Cesta.
- Frutas, vegetales y otros alimentos.
- Papelógrafos.

**4ta sesión**



**Tema: Mis dientes y encías sanas.**

**Objetivo:** Identificar los elementos que favorecen la salud de las encías y el control de la placa dentobacteriana.

**Introducción.**

**Motivación:** se comenta sobre la existencia de organismos microscópicos que habitan el aparato bucal y son causantes de enfermedades si no se toman las medidas pertinentes, se presentan láminas en las que se pueden observar encías de personas sanas y otras afectadas por enfermedades, y se les pregunta cuáles son las medidas a tener en cuenta para evitarlas.

**Desarrollo:** se presenta el video: “Cuide sus dientes y encías” una vez observado se reflexiona sobre la responsabilidad personal por el cuidado del aparato bucal, las principales enfermedades que afectan las encías, sus agentes causales y las medidas a tener en cuenta para eliminar o mitigar sus efectos.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Evaluación:** se realiza sobre la base del debate ulterior a la observación del video comprobando si asimilaron la información necesaria e imprescindible para detectarse cualquier alteración en las encías así como las medidas para prevenirla.

**Medios de enseñanza:**

- Video casetera.
- Casete “Cuide sus dientes y encías”

- Televisor.
- Computadora.

### 5ta sesión



#### **Tema: Lactancia materna. Su importancia en el recién nacido.**

**Objetivo:** Reflexionar sobre los beneficios de la lactancia materna para el futuro bebé.

**Introducción:**

**Motivación:** Se establece una conversación con las embarazadas para descubrir todo lo que conocen acerca del tema.

**Desarrollo:** a partir de la presentación de datos, la lectura de fragmentos de investigaciones y la propia experiencia de las participantes en el taller, se demuestran los beneficios para el recién nacido si tiene una lactancia libre por 6 meses previniendo de esta forma alteraciones bucales.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Evaluación:** Reflexión para verificar si las embarazadas concientizaron lo importante que es la lactancia materna para su niño.

**Materiales:**

- Láminas.
- Libros.
- Propagandas.
- Computadora.

**6ta sesión.**



**Tema: ¿Cómo puedo prevenir la aparición de hábitos deformantes en mi bebé?**

**Objetivo:** Explicar cómo prevenir la aparición de hábitos deformantes en mi bebé.

**Introducción.**

**Motivación:** Se les entregan láminas con pacientes que presentan alteraciones bucales (maloclusiones) producidas por hábitos deformantes.

Se comenzará preguntando si alguna conoce cómo prevenir que su bebé tenga alguna alteración en la boca.

**Desarrollo:** mediante la utilización de ejemplos se explican las consecuencias de los hábitos deformantes en el bebé y las medidas a tener en cuenta para su prevención y tratamiento.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Evaluación:** con antelación al desarrollo del taller debajo de algunas de las sillas en las que se encuentran las gestantes se ubican tarjetas con fotografías de deformaciones en el aparato bucal, de niños, producidos por hábitos deformantes que servirán para comprobar los conocimientos adquiridos durante la sesión.

**Medios de enseñanza:**

- Láminas.
- Hojas de papel.
- Lápices.
- Pizarra.
- Tizas.

7ma sesión.



**Tema: ¿Qué aprendimos sobre el cuidado del aparato bucal durante la gestación?**

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos y el estado de salud alcanzado luego de concluir el programa educativo.

**Introducción:**

**Motivación:** Se les invita a jugar el juego didáctico “Juega y aprende”, conformado por fichas que imitan piezas del domino en la que se resumen las principales temáticas abordadas durante el desarrollo de la intervención educativa, se formarán equipos de jugadoras que seleccionarán una representante que se sentará a la mesa y ejecutará sus jugadas en correspondencia con las decisiones del equipo.

**Desarrollo:** se desarrollará a partir de las reflexiones sobre los aspectos fundamentales reflejados durante el desarrollo del juego, se realiza el examen bucal y un control de placa final.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Medios de enseñanza:**

- Juego didáctico “Juega y aprende”
- Hojas de papel.
- Lápices.
- Set de clasificación.

## 8va sesión



### Tema: ¿Cómo llegué, cómo me voy?

**Objetivo:** evaluar el impacto de la intervención educativa.

**Introducción:**

**Motivación:** Se inició con la técnica de participación. La pregunta escondida, para comprobar los conocimientos adquiridos.

**Desarrollo:** se parte de la presentación por parte del estomatólogo de un análisis comparativo entre los resultados del examen bucal de las embarazadas a iniciar y terminar la intervención educativa, se aplica una técnica en la que cada participante debe expresar de manera sintética: ¿cómo se encontraba antes de participar en los talleres?, ¿cómo se encuentra una vez concluidos? y ¿cuáles son sus expectativas? Las respuestas permitirán obtener una valoración general de la labor realizada y el impacto transformador del programa educativo “Una sonrisa feliz” en la muestra seleccionada.

**Tiempo:** 90 minutos.

**Forma:** taller.

**Medios de enseñanza:**

- Láminas.
- Hojas de papel.
- Lápices.