



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE SALUD BUCAL EN LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA LLERENA. AREQUIPA - 2016.

YESSICA HANCCO SOTO

Tesis para optar el Título Profesional de:  
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ  
2016

## DEDICATORIA

Doy gracias a Dios quien supo protegerme, proyectar todo mi camino y me ha guiado por el sendero correcto, él que en todo momento está conmigo dándome fuerzas para superar obstáculos a aprender de mis errores, no cometerlos de nuevo y sin desmayar en el intento.

A mi familia y amigos, principalmente a mi madre quien ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional por su trabajo y sacrificio en todos estos años, por brindarme la confianza y la oportunidad de lograr mis objetivos a mi hermanos aunque en la mayoría de veces parece que estuviéramos en guerra, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos, Y por último a esos verdaderos amigos con los que compartimos todos estos años juntos.

## AGRADECIMIENTO

A mi asesora de tesis la Dra. Jessica Araujo Farje, por ser como una madre aunque si no he crecido dentro de su vientre, pero siempre me ha tratado como si fuera su hija por su amistad, cariño y tolerancia durante todo este tiempo, por la orientación y los buenos consejos brindados que me han ayudado a crecer profesionalmente y como ser humano, sobre todo por la paciencia para la realización de este proyecto de tesis.

A la Universidad Alas Peruanas Arequipa "UAP" la cual me abrió sus puertas y me ofreció un gran número de docentes para formarme profesionalmente.

Al Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena. Arequipa, Dra. María Elena Flores Carpio por permitir y otorgar las facilidades en la realización de este trabajo en dicha institución.

## EPÍGRAFE

La revolución del amor comienza con una sonrisa. Sonríe cinco veces al día a quien en realidad no quisieras sonreír. Debes hacerlo por la paz.

(Madre Teresa De Calcuta)

Suspiró y después sonrió con la misma sonrisa que, sin importar cuántas veces la viese, siempre le robaba el corazón. Cada vez que sonreía volvía a ser la primera vez.”

Neil Gaiman

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
EPÍGRAFE .....	iv
RESUMEN .....	3
Abstract.....	4
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	5
1. Título.....	6
2. Justificación:.....	6
3. Problema:.....	7
4. Área De Conocimiento: .....	7
5. Objetivos: .....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
1. Marco Teórico.....	9
1. 1 Concepto De Conocimiento.....	9
1.2 Fisiología De La Erupción Dentaria.....	10
1.3 Dieta.....	17
1.4 Enfermedades Bucales Prevalentes.....	25
1.5 Medidas Preventivas .....	38
1.6 Visita Al Odontólogo.....	44
2. Antecedentes De Investigación.....	45
Antecedentes Internacionales .....	45
Antecedentes Nacionales.....	48
Antecedentes Locales .....	52
3. Hipótesis .....	52
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	53
1. Ambito De Estudio .....	54
2. Tipo De Estudio .....	54
3. Unidad De Estudio .....	54
4. Población Y Muestra: .....	55
5. Técnicas Y Procedimiento:.....	55
A. Definición Operacional De Variables .....	55

B.Técnicas E Instrumentos De Recolección .....	56
6. Producción Y Registro De Datos .....	59
6.2 Procedimientos Para La Recolección De Datos:.....	59
6.3 Plan De Tabulación, Procesamiento Y Presentación De Los Datos:.....	59
7. Tecnicas De Análisis Estadístico .....	59
8. Recursos: .....	60
CAPITULO IV:RESULTADOS Y DICUSION .....	61
1. Presentacion De Resultados: .....	62
2. Discusión.....	96
3. Conclusiones.....	97
4. Recomendaciones.....	98
5. Referencias Bibliografías.....	99
ANEXOS .....	106
ANEXOS N° 1 instrumento de recoleccion de datos .....	107
ANEXOS N° 2 matriz de datos .....	113
ANEXOS N° 3 consentimiento informado .....	119
ANEXOS N° 4 documentacion sustentatoria.....	120
ANEXOS N° 5 secuencia de fotografias.....	121
ANEXOS N° 6 trifoliado.....	125
ANEXOS N° 7 manual basico para gestantes .....	127

## RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en niños de 0 a 36 meses que tenían las madres gestantes que acudieron al Centro de Salud “Víctor Raúl Hinojosa Llerena” del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de gestantes que acudieron al Centro de Salud en busca de atención, durante el mes de junio, y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Finalmente, se trabajó con un total de 131 gestantes.

El tipo de investigación llevado a cabo fue no experimental, así mismo el diseño del trabajo fue transversal, de campo, prospectivo y descriptivo. La técnica de recolección de datos fue una encuesta estructurada de opción múltiple y respuesta cerrada, validada por expertos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El instrumento fue un cuestionario, el cual contenía las preguntas correspondientes para medir el nivel de conocimiento.

Los resultados nos muestran que el mayor porcentaje de gestantes tenían un nivel de conocimiento bueno sobre medidas de salud bucal en niños de 0 a 36 meses (40.5%); en cuanto a sus ocho dimensiones del cuestionario, la dimensión de crecimiento y desarrollo el nivel alcanzado fue malo (51.1%), en lo concerniente a la dimensión de higiene oral y lactancia materna, estuvieron entre regular y bueno (48.9% y 41.2%); en las dimensiones de enfermedad periodontal, caries dental, atención odontológica y tratamientos preventivos, el nivel alcanzado fue bueno (41.2%, 52.7%, 45.0% y 55.0% respectivamente). En lo que respecta la dimensión de maloclusiones, el conocimiento cayó en regular (42.7%). Así mismo, la edad, grado de instrucción, número de hijos y el estado civil de las gestantes no tuvieron relación estadísticamente significativa con su nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en niños de 0 a 36 meses.

### **Palabras clave:**

Nivel de conocimiento, medidas de salud bucal, niños de 0 a 36 meses, gestantes.

## **ABSTRACT**

This research aimed to determine the level of knowledge on oral health measures in children aged 0-36 months were pregnant mothers who attended the Health Center "Victor Raul Hinojosa Llerena" of José Luis Bustamante District.

The study population consisted of all pregnant women attending the health center for care during the month of June, and met the criteria for inclusion and exclusion proposed. Finally, we worked with a total of 131 pregnant women.

The research carried out was not experimental, so does the design work was transverse field, prospective and descriptive. The technique of data collection was a structured survey and closed multiple-choice answer, validated by experts from the National University of San Marcos. The instrument was a questionnaire, which contained the corresponding questions to measure the level of knowledge.

The results show that the highest percentage of pregnant women had a level of knowledge on oral health measures in children or 36 months (40.5%) good; in their eight dimensions of the questionnaire, the dimension of growth and development level reached was bad (51.1%), with regard to the extent of oral hygiene and breastfeeding, were fair to good (48.9% and 41.2%) ; in the dimensions of periodontal disease, dental caries, dental care and preventive treatments, the level reached was good (41.2%, 52.7%, 45.0% and 55.0% respectively). Regarding the dimension of malocclusions, knowledge fell regular (42.7%). Likewise, age, level of education, number of children and marital status of pregnant women had no statistically significant relationship with their level of knowledge on oral health measures in children aged 0-36 months.

### **Keywords:**

Level of knowledge, oral health measures, children 0-36 months pregnant.

# **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

## **1. Título**

Nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses de las madres gestantes que acuden al Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena. Arequipa - 2016.

## **2. Justificación:**

Se observa que la Mortalidad Materna se presenta en forma dramática en países de menor desarrollo económico, afectando a las mujeres más pobres y de menor nivel educativo. No obstante, el problema principal es la falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral. La nutrición influye en el desarrollo cráneo facial y de la mucosa oral, así mismo contribuye en la aparición de enfermedades dentales, progresión y finalmente la pérdida dental. La OMS dio a conocer objetivos y estrategias destinadas a la atención primaria de salud de toda la población para lo cual se establecieron seis metas orientadas, todas a la reducción de enfermedades bucales. En la región de Arequipa la desnutrición crónica oscilaba en niños menores de 5 años pero se observa una disminución leve pero constante en los últimos 3 años, afectando alrededor de 1 de cada 11 niños. Así mismo, se advierte una reducción en el tiempo de lactancia materna exclusiva con inicio temprano de la alimentación complementaria y uso de alimentos inadecuados para la edad. Es evidente la escasa o ausente higiene oral antes de dormir; aún persiste la costumbre de limpiar la tetina del biberón con la boca, soplar la comida del niño o besarlo en la boca, compartir utensilios, entre otros.

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos; la gestante se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé.

### **3. Problema:**

¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses de las madres gestantes que acuden al Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena. Arequipa – 2016?

### **4. Área de conocimiento:**

- a. Área : Ciencias De La Salud
- b. Campo : Odontología
- c. Especialidad : Odontología Preventiva y Odontopediatría
- d. Línea : Medidas De Salud Bucal En Los Niños De 0 A 36 Meses
- e. Tópico : Nivel de Conocimiento

### **5. Objetivos:**

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses de las madres gestantes.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses según la edad de las madres gestantes.
- Describir el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses según el número de hijos de las madres gestantes.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses según el grado de instrucción de las madres gestantes.
- Conocer el nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses según el estado civil de las madres gestantes.

# **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Concepto de Conocimiento (1)

El conocimiento es una actividad esencial de los seres humanos para obtener nueva información, desarrollar su vida y obtener certeza de la realidad, tanto sobre el escenario que lo rodea como de sí mismo, valiéndose de los sentidos y de la reflexión para obtenerlo; luego lo utiliza como material para divisar las características de los objetos que se encuentren en un entorno, empleando generalmente. Podemos mencionar que, es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posterior). El conocimiento tiene dos características o atributos que se presentan de forma simultánea (al mismo tiempo): objetividad y subjetividad.

- **La objetividad:** Se refiere a consignar o plasmar la realidad tal como ocurre, sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones del ser humano.
- **La subjetividad:** Es todo aquello en lo cual entran en acción nuestras creencias, valoraciones y opiniones, es cuando intervienen los gustos, preferencias y posibles odios respecto a algunos temas.

**Características:** El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad. Carece de valor si permanece estático. Solo genera valor en la medida en que se mueve, cuando es transmitido o transformado genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas); tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con

facilidad) o tácito (2). El conocimiento científico, en general, se considera el más importante ya que cuenta con un sistema por medio del cual se desarrollan las proposiciones o teorías que se exponen son el más adecuado para dar respuestas a las interrogantes constantes que se plantean los seres humanos. Este tipo de conocimiento se considera como un proceso laborioso porque muchas veces para alcanzar la evidencia, es necesario pasar por el error antes de llegar a la verdad clara está, este trasciende los hechos, los descarta, produce otros nuevos y los explica. (1)

## **1.2. Fisiología de la erupción dentaria. (3)**

**1.2.1. Desarrollo dentario:** En la sexta y octava semana el proceso mandibular y el proceso maxilar comienza a crecer en profundidad, una cresta epitelial, la cresta labio gingival, mediante la cual la eminencia labial queda separada de la mandíbula, en el lado interno de esta cresta se forma una cresta epitelial continua (lámina dental) en la que surgen a distancias regulares 20 pequeños brotes dentarios esferoidales esto se da a medida que la lámina dental prolifera en las localizaciones específicas y brotan los gérmenes dentarios hacia el tejido mesenquimático subyacente.

Alrededor del quinto mes de vida intrauterina, los gérmenes de los 32 dientes permanentes, los primordios, por lingual o palatino de los elementos primarios para incisivos, caninos y premolares y hacia distal de la lámina para los molares. El inicio del primer molar permanente se establece muy temprano al cuarto mes de vida intrauterina. A partir de ese punto el desarrollo de las piezas dentarias se puede describir en los clásicos estadios de brote. (4) (5).

**A) Estadio de brote o yema:** En la sexta semana se da la fase de yema o brote dentario las células que forman la cresta dental, la proliferación de las células de la lámina dentaria, el

germen dentario está constituido por células periféricas cuboides y células centrales o internas poligonales. Estas se invaginan e introducen en el espesor del mesodermo de ambos maxilares. Esta fase de yema también induce la formación de la encía a uno u otro lado del primordio dental, la muesca que deja la yema dental en el mesodermo se transforma en cresta alveolar o lugar e implantación de las apófisis alveolares.

**Formación de los surcos labial y lingual:** A ambos lados de encía queda un espacio que la separa bien de los labios o de la lengua y paladar. Son unas hendiduras que se conocen con el nombre de:

- Surco labial o vestibular, al espacio situado entre los labios y las encias.
- Surco lingual o palatino, al espacio establecido entre las encias y lengua o paladar, tanto en el maxilar superior como en el inferior.

En esta fase de yema dentaria el número es de diez yemas por cada maxilar que corresponde al esmalte de los primeros dientes de leche.

**B) Estadio de Casquete:** En la novena semana del desarrollo embrionario el brote crece en sus caras laterales formando una nueva estructura denominada casquete, en este estadio el germen dentario está constituido por:

**Órgano del esmalte:** de origen ectodérmico, que dará origen al esmalte dentario:

**La Papila dentaria:** Estructura de origen mesénquima condensado que se ubica por debajo del órgano del esmalte y que dará origen al complejo dentinopulpar.

**Saco o Folículo Dentario:** estructura de origen de la condensación del mesénquima periférico que rodea a todo el

germen dentario, que dará origen a los tejidos de soporte del diente (Periodonto de inserción).

- C) Estadio de Campana:** En este periodo el epitelio dental interno se diferencia, transformándose en una capa de ameloblastos que crece, introduciéndose en el espesor del retículo estrellado. Los ameloblastos de forma poliédrica, se sitúan encima de la papila dental y dan lugar al esmalte definitivo.

**Estadio de campana Inicial:** Esta etapa se inicia alrededor de las 14 – 18 semanas de vida intrauterina y en ella se denotan cambios importantes en la estructura del germen dentario, tales como la conformación de la morfología coronaria, aparición de nuevas capas, aparición del brote del germen dentario del diente permanente. Aunado a esto se inician los cambios que se corresponden con el inicio de la citodiferenciación.

**Limite esmalte dentario:** Al final del periodo de campana aparece una línea de separación entre ameloblastos y odontoblastos, es el límite esmalte dentario. En este estadio se observan las siguientes estructuras en el germen dentario:

**Órgano del esmalte:**

- Epitelio dental externo.
- Retículo estrellado.
- Estrato intermedio.
- Epitelio dental interno.
- Asas cervicales.
- Membrana basal.

**Papila dentaria**

- Sin diferenciación de odontoblastos

**Saco o Folículo dentario:**

- Capa vascular.
- Capa fibrilar.

**Estadio de Campana Avanzada:** constituye la última etapa en el proceso de morfodiferenciación coronario y en este estadio logra evidenciarse el proceso de citodiferenciación (diferenciación de odontoblastos y ameloblastos) y por consecuencia el inicio de formación de los tejidos duros del diente.

### **Papila dental, pulpa**

La parte de la papila dental que no se transforma en odontoblasto forma la pulpa del diente, que es un simple conducto. El pedículo que mantenía unido el epitelio bucal y la yema dentaria desaparece, quedando completamente independizado el germen dental e inmerso en el espesor del mesodermo.

### **Vaina radicular de Hertwig**

La unión de las membranas epiteliales externas e internas se introducen aún más en el espesor mesodermo, originando el primordio de la raíz del diente. A esta envoltura epitelial se le conoce con el nombre de vaina radicular de Hertwig, que queda estructurada en el periodo fetal.

### **Cemento, limite cemento dentinario**

A nivel de la raíz y en donde la dentina no está recubierta por el esmalte, aparece una des diferenciación celular mesenquimatosa que forma una especie de hueso laminar que intenta envolver a la dentina. Se trata de los cementoblastos, que constituirán el cemento definitivo. La línea de separación entre el cemento y la dentina se conoce con el nombre de limite cemento dentinario. (5)

### 1.2.2. Erupción dental

La erupción dentaria es un fenómeno complejo que da lugar al movimiento de un diente a través del hueso alveolar y de la mucosa para emerger en la cavidad bucal. Clínicamente, la erupción se manifiesta cuando se puede contactar directamente la parte de la corona que ha perforado la mucosa. Este proceso se da cuando concluye la formación de la coronaria y lo que es lo mismo cuando comienza la formación radicular. (4) El movimiento eruptivo presenta los típicos caracteres generales comunes a todos los fenómenos de edificación de los tejidos dentarios, ya que hay periodos de mayor actividad. NOVÉS y SCHOUR han determinado en el proceso eruptivo los siguientes tiempos: (6)

- Apertura de la canastilla ósea.
- Movimientos del diente hacia el epitelio.
- Ruptura del epitelio y aparición del diente en la cavidad bucal.
- Relación del diente con el antagonista.
- Ubicación definitiva en el arco dentario.
- Erupción continúa.

En el mecanismo de la erupción, se han reconocido tres fases: (6)

- A. Fase preeruptiva
- B. Fase eruptiva prefuncional (o fase eruptiva)
- C. Fase eruptiva funcional (o fase post eruptiva)

#### **A) Fase Preeruptiva**

Se da en la sexta semana intrauterina al sexto mes posparto, se forma la corona dentro del hueso maxilar y cuando esta ya calcificada, por aposición de Ca y P. (7)

El desarrollo esquelético de los maxilares se produce mediante los procesos de desplazamiento y migración, durante esta fase se da el crecimiento de los maxilares tanto en ancho, alto y

largo. Los dientes primarios se mueven entonces en dirección vestibular y oclusal, la dirección del crecimiento de las caras y los procesos alveolares. Al mismo tiempo, los dientes anteriores se mueven hacia mesial y los molares hacia distal. Los dientes de los gérmenes dentarios permanentes se desarrollan por lingual y cerca del nivel incisal u oclusal de sus predecesores primarios. (4)

### **B) Fase Eruptiva Pré funcional**

Se da a partir de la 6<sup>ta</sup> a 24 meses posparto, el diente tras perforar la mucosa emerge en la boca, esto suele acontecer cuando el diente tiene aproximadamente formada 2/3 de la longitud de la raíz. (7)

Se da el inicio de la formación radicular, señala el comienzo de la erupción de la pieza dentaria. Asociadas al proceso inicial suelen describirse diversas sintomatologías ninguna de las cuales debe comprometer respuestas sistémicas; lo normal es por ejemplo, cambios locales y manifestaciones ocasionales de irritabilidad y aumento de secreción salival. (4)

### **C) Fase Eruptiva Funcional o Erupción Post eruptivo**

Esta fase se inicia cuando los dientes antagónicos establecen contacto y continúa durante la vida del diente. En las etapas tempranas el movimiento eruptivo resulta indispensable para mantener el contacto, compensando el crecimiento de la cara y los maxilares. Cuando el crecimiento se estabiliza, en la misma medida en que se establece la posición dentaria, se producen maduraciones estructurales en el ligamento periodontal, tanto en su organización fibrilar como en los aspectos de irrigación e inervación, al mismo tiempo que se remodela consecuentemente el tejido óseo alveolar. El desgaste de dientes primarios y permanentes es compensado igualmente

por erupción, que además de movimiento vertical expresa los cambios sagitales conocidos como migración mesial. (7)

### 1.2.3. Tipos de dentición

El ser humano tiene dos tipos de dentición la decidua y la permanente.

- a. **Dentición Decidua:** Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 a 3 años. (4) El fenómeno eruptivo puede producir trastornos localizados, aumento en la salivación e irritación, en ningún caso patológico severo como trastornos gastrointestinales o fiebre alta, está compuesta por 20 dientes; 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares. (8)
- b. **Dentición Permanente:** Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir, no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos. (4)

### 1.2.4. Cronología de la erupción primaria

DENTICIÓN DECIDUA O DENTICIÓN PRIMARIA	
MAXILAR	MANDÍBULA
Incisivos centrales superiores 7 meses	Incisivos centrales inferiores 6 meses
Incisivos laterales 9 meses	Incisivos laterales 10 meses

Primeros molares 14 meses	Primer molar 12 meses
Caninos 18 meses	Caninos 16 meses
Segundo molar 24 meses	Segundo molar 20 meses

(7)

<b>DENTICIÓN PERMANENTE</b>	
<b>MAXILAR</b>	<b>MANDÍBULA</b>
Incisivos centrales superior 7 a 8 años	Incisivos centrales inferiores 6 a 7 años
Incisivos laterales 8 a 9 años	Incisivos laterales 6 a 8 años
Caninos 11 a 12 años	Caninos 9 a 10 años
1 <sup>er</sup> premolar 10 a 11 años	1 <sup>er</sup> premolar 10 a 12 años
2 <sup>do</sup> premolar 10 a 12 años	2 <sup>do</sup> premolar 11 a 12 años
1 <sup>er</sup> molar 6 años	1 <sup>er</sup> molar 6 años
2 <sup>do</sup> molar 12 años	2 <sup>do</sup> molar 12 años
3 <sup>er</sup> molar 17 a 21 años	3 <sup>er</sup> molar 17 a 21 años

(7)

### 1.3. Dieta

La nutrición es un proceso mediante los cuales el organismo vivo utiliza, transforma e incorpora la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud y una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. De hecho, la OMS En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la

Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. En el presente documento figura que la salud y la nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de este, y la alimentación del niño durante los primeros meses, son importantes para la prevención de las enfermedades no transmisibles durante toda la vida. La lactancia natural exclusiva durante seis meses, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen a un desarrollo físico y mental óptimas. La actividad física es fundamental para mejorar la salud física y mental de las personas. (8)

La dieta y la nutrición tienen un papel fundamental en la etiología y prevención de las dolencias bucales. Es sabido que la dieta tiene gran influencia en la incidencia de la caries, y es comprendida como uno de sus principales factores etiológicos. Los carbohidratos de la dieta, más específicamente la sacarosa, son estimuladores de la caries y ejercen su efecto criogénico localmente en la superficie dental. Factores como la frecuencia de la ingestión, retención del alimento, la secuencia en que los alimentos son consumidos y la presencia de minerales en los alimentos deben ser considerados. (9)

Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales. Los hidratos de carbono de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (estreptococo mutans) formando una matriz pegajosa que facilita la adhesión de los microorganismos a la superficie del diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del diente. Los carbohidratos asociados con la presencia de caries son: (9)

**Lactosa:** Disacárido de glucosa y galactosa, el cual favorece la implantación oral de las bacterias cariogénicas, desmineraliza el esmalte dental e incrementa la producción ácida en la placa dental cuando actúa a través de los microorganismos.

**Sacarosa:** O el azúcar común, es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa considerado como el más cariogénico de la dieta humana, siendo un producto fácil de metabolizar para los microorganismos. El nivel de colonización del estreptococo mutans está altamente relacionado con los niveles altos de sacarosa.

**Consumo de azúcar:** Tienen relación con la aparición y el progreso de las caries dental, especialmente durante los primeros años de vida, cuando se les considera como los principales responsables de la ocurrencia de caries dental en niños.

**Fructosa:** O denominada también azúcar natural de las frutas. Es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte, ingesta al consumir frutas.

### **1.3.1. Dieta de la madre durante la etapa de embarazo**

Durante el embarazo, la madre se encarga de proveer los nutrientes para el desarrollo y crecimiento del feto que lleva en su vientre. Dada la íntima relación madre-hijo y la total dependencia nutricional del feto, la mujer embarazada debe gozar de una adecuada nutrición. Al escoger la dieta de la embarazada es una actividad que requiere del cuidado y la atención de la futura madre. (10)

Nutrición y dieta son áreas importantes de la odontología preventiva para la madre y el feto. Un entendimiento profundo de los cambios de necesidades nutricionales durante la gravidez es esencial para la buena salud dental. (11)

En la 5<sup>ta</sup> semana de gestación ya se comienza a formar los primeros dientes del bebé. Por eso, en cuanto los futuros dientes del bebé se están desarrollando son necesarios seis minerales (principalmente calcio y fósforo) vitaminas (A,B,C, D), etc. así, la ingesta de una nutrición y dieta balanceada ricos en hierro, calcio, fósforo, yodo, flúor, que nutren a la madre e hijo, asegurando una buena estructura dental del niño. (11)

A partir del 4<sup>to</sup> mes de gravidez también comienza el desarrollo del paladar del bebé. Varios estudios han demostrado que la dieta de la madre influencia la formación del paladar del bebé. (12)

La educación y asesoramiento nutricional es una estrategia que se utiliza por la OMS con mucha frecuencia para mejorar el estado nutricional de las mujeres durante el embarazo. La estrategia se centra principalmente en los siguientes elementos: (13)

- Mejorar la calidad de la dieta materna mediante el aumento de la diversidad y la cantidad de alimentos que se consumen.
- Promover un aumento de peso adecuado mediante una ingesta suficiente y equilibrada de proteínas y de energía.
- Promover el consumo sistemático y regular de suplementos de micronutrientes, complementos alimentarios o alimentos enriquecidos.

Los datos disponibles indican que la educación y el asesoramiento nutricional pueden mejorar el aumento de peso durante la gestación, reducir el riesgo de anemia al final del embarazo, aumentar el peso al nacer y reducir el riesgo de parto prematuro. Esta intervención puede ser más eficaz cuando a las mujeres también se les presta apoyo nutricional, por ejemplo en forma de complementos alimentarios o suplementos de micronutrientes. (13)  
(14) (15)

El déficit nutricional, el bajo peso pre gestacional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación, incrementan el riesgo de insuficiencia cardiaca para la madre y el feto, parto prematuro, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer, a este último le genera en etapas posteriores de la vida consecuencias deletéreas como trastornos del aprendizaje, alteraciones en el desarrollo psicomotor y de crecimiento y mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta. Por todo lo anterior, la atención a la mujer gestante requiere de una cuidadosa vigilancia alimentaria y nutricional que permita la detección oportuna de riesgo y el desarrollo de intervenciones que contribuyan a la salud del binomio madre hijo. Un desequilibrio nutricional de la madre como deficiencia o exceso de un nutriente durante el periodo de amelogénesis o dentonogénesis conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad de caries dental. Trastornos en el metabolismo del calcio y el fósforo durante el periodo de formación de los dientes, pueden dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos en dentina. (16)

### **1.3.2. Dieta del niño**

#### **1.3.2.1. Durante la lactancia**

##### **Lactancia materna**

Este periodo corresponde a los primeros meses del neonato, durante los cuales se alimenta de la leche materna, único alimento natural capaz de proporcionar todos los nutrientes y además en las proporciones más adecuadas a las necesidades del niño. La lactancia no solo supone unos evidentes beneficios para el lactante, como severa después, sino también para la madre pues es la forma natural y fácil de eliminar el acúmulo de tejido adiposo producto durante la gestación, favorece la involución de útero y proporciona cierto control de natalidad, sin olvidar las

connotaciones emotivas que se establecen entre madre e hijo.(17)(18)

La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan: (19)

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida.
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche.
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, cabe indicar que proporcionan diversos factores inmunológicos que brindan protección al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. En la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño se describe las intervenciones fundamentales para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna. (19)

La capacidad de succionar y deglutir un alimento de una manera coordinada y luego procesar esos nutrientes para la utilización por el organismo puede ser una de las tareas del desarrollo más complejas que enfrenta el recién nacido, el éxito depende del grado

de maduración neurológica, digestiva, de absorción y metabólica. El neonato de término es bastante maduro en estos aspectos. (20)

Por otra parte, estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se asocia con la presencia anomalías dentomaxilofaciales. Al nacimiento la respiración es el primer estímulo funcional, siendo el amamantamiento el segundo. Durante este último, el complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con la mandíbula y lengua predominan sobre los otros huesos y músculos cráneo-faciales, contribuyendo éstos estímulos primarios al buen desarrollo de los maxilares. El amamantamiento favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera, se evitan retrognatismo mandibular y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar disminuye el 50% de cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias). Dada la importancia de favorecer el crecimiento y desarrollo estomatognático y por ende, prevenir las anormalidades dento-maxilofaciales. Durante la succión es necesario morder, avanzar y retraer la mandíbula, por lo que se estimula neuromuscular mente y va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para ser utilizados a la llegada de la primera dentición. El movimiento protrusivo y retrusivo excita, al mismo tiempo, las partes posteriores de los meniscos y partes superiores de la articulación temporomandibular, y se obtiene como respuesta el crecimiento postero-anterior de las ramas mandibulares, y simultáneamente, la remodelación del ángulo mandibular (21)

### **1.3.2.2. Ablactancia (22)**

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa.

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. (22)

La importancia de la ablactación es tal, que adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, ayudarán al bebé a llevar una dieta saludable en los años venideros. A partir de los 4 a 6 meses el lactante ha adquirido una madurez en los procesos de digestión y absorción intestinal, así como en la actividad de las enzimas del metabolismo intermediario y de la función excretora renal, semejante o próxima a la del adulto, es decir, existen razones motivacionales para comenzar la alimentación complementaria a esta edad debido a que los

sistemas y órganos han alcanzado un desarrollo madurativo suficiente. (23)

Cuando aparecen los primeros molares temporales y se produce el primer contacto oclusal, el niño ya es capaz de masticar. En este momento es por eso importante cambiar la alimentación a una dieta sólida. Si este continúa con alimentos blandos se produce un masticador con empleo del músculo temporal en lugar de masticar con los músculos maseteros. La sobrecarga funcional desfavorable del masticador temporal altera el desarrollo de las estructuras óseas y del propio desarrollo y crecimiento del maxilar; entonces es necesario introducir nuevos alimentos complementarios para que predomine el músculo masetero sobre el temporal. (23)

El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación debido a que cada uno de ellos está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego madura para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). (23)

#### **1.4. Enfermedades Bucales Prevalentes**

##### **1.4.1. Caries dental**

La OMS en términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. (24)

En la región de Arequipa La jefa del departamento de Odontología del hospital Honorio Delgado Espinoza, Jaquelin Llerena Núñez, advirtió tanto en Arequipa, como en muchas otras partes del país, gran parte de la población presenta problemas ya sea con su dentadura, encías o cavidad bucal. En lo que compete a esta región, puntualizó que tan solo un 2% de la población tendría la

dentadura completa y sana, pues la mayoría presenta caries, algunas piezas perdidas u otros problemas, agregó, son causados por la deficiente higiene bucal, muestra de ello es que solo el 5% de la población utiliza correctamente el cepillo de dientes, el hilo dental y hasta los enjuagues. Asimismo, la jefa del departamento de Odontología del Honorio Delgado, remarcó que el no contar con una buena dentadura se está expuesto a padecer otros males, incluso cánceres e infecciones considerables, que bien podrían cobrar la vida. (25)

La caries dental es definida como un proceso patológico de destrucción de los tejidos dentales causado por microorganismos; estudios realizados demuestran que los principales microorganismos relacionados con la caries son: estreptococos mutans s. sobrinus. Estos participan en el desarrollo de la enfermedad, estreptococos mutans relacionada con la biopelícula de la placa cariogénica asociada con su comienzo, s. Sobrinus es la segunda de la especie de la formación cariogénica. La progresión de las lesiones cariosas se incluye al lactobacilos spp. Actinomyces spp. Y otros microorganismos, capaces de sobrevivir y proliferar en medios ácidos. (26)(27)

Fundamentalmente es una enfermedad microbiana que afecta a los tejidos calcificados de los dientes, empezando primero con una desmineralización o disolución localizada de las estructuras inorgánicas, por medio de ácidos de origen bacteriano que genera la placa bacteriana , hasta llegar finalmente a la desintegración de la matriz orgánica. Existe interacción entre factores principales: (4) (28)

- Huésped (diente).
- Microflora.
- Sustrato.
- Tiempo.

#### 1.4.2. Caries de infancia temprana

Las caries de la primera infancia, también conocidas como caries de biberón, caries rampante la prevalencia oscila entre 2,5 y 15%. (13)(11) Entre las diferentes formas de presentación de la caries se encuentra la caries de la infancia temprana, también conocida como “caries del biberón”, “caries del lactante”, “caries de la botella de crianza”, “caries del hábito de lactancia prolongada”, entre otras, las cuales hacen referencia a un proceso infectocontagioso destructivo, multifactorial que se presenta en la dentición decidua. Su etiología nos indica que los largos periodos de exposición al sustrato cariogénico, si se produce por el biberón la tetina permanente junto a las superficies palatinas de los dientes anterosuperiores durante más de 8 horas. No obstante, hábitos como el “picoteo” son conductas de riesgos, al igual que el uso de botellas de succión y vasos con boquilla, objetos que siempre acompañan a los niños cuando empiezan a andar. (29)

El término “caries del biberón” fue usado por Elías Fass en 1962. Luego este término se modificó por “caries del lactante” entre otros términos y fue sólo hasta 1994 cuando, la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries de la infancia temprana como la presencia de uno o más órganos dentarios con caries, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores asociada al biberón. Cuando esta condición no es tratada puede llegar a afectar a todos los dientes presentes en la cavidad bucal, lo que se denomina caries rampante. (30)

La caries de la infancia temprana, es una forma particularmente virulenta de caries que inicia poco después de la erupción dental y se desarrolla en las superficies dentales lisas con un rápido progreso. Suele mostrar un patrón característico: caries en los incisivos superiores, los molares de ambas arcadas pero no en los incisivos inferiores; este patrón se relaciona con la secuencia de

erupción y la posición de la lengua durante la alimentación. La caries de la infancia temprana está asociada con la ingesta excesiva de cualquier líquido azucarado como la leche, fórmulas, jugos de frutas, refrescos, la alimentación a libre demanda del seno materno y la falta de higiene después de la ingesta. Los factores de riesgo como la dieta, la higiene oral, la exposición a fluoruros y el uso prolongado de biberón, entre otros, son los principales causantes de caries de la infancia temprana. (31)

Las consecuencias de la caries de la infancia temprana no sólo tiene repercusiones de tipo económico, para los padres y el Estado, sino que representa dolor, sufrimiento y un riesgo para el estado de salud del niño en general (bajo peso, retardo en el desarrollo, malnutrición, celulitis oro facial), además de ubicarla en un grupo de riesgo que, por activación del proceso, pueda desarrollar lesiones en un tiempo futuro. (32)

Características de las caries inducidas por el biberón: (29)

- Las caries rampantes afectan a los dientes anterosuperiores.
- Las lesiones aparecen después en los dientes posteriores, los primeros molares ambas arcadas.
- Los caninos están menos afectados que los primeros molares porque erupcionan después.
- Los dientes antero inferiores no están afectados por el flujo salival y la posición de la lengua.
- El biberón suele utilizarse como chupete para conseguir que el niño se duerma.
- Las caries del biberón se presentan en todos los grupos socioeconómicos y suelen reflejar la dinámica social de la familia.
- Este patrón de caries puede presentarse también a partir de una lactancia materna a de mamadera prologada.

### 1.4.3. Transmisibilidad microbiana de madre a niño

Cuando los bebés nacen, nacen sin ningún tipo de bacterias en la boca, estudios indican claramente que las bacterias bucales son transmitidas por los padre a hijos. (12)

La transmisión se dará por dos vías: (33)

- a. **Transmisión vertical:** Los microorganismos orales comienzan a colonizar la boca del bebé poco después del nacimiento. Los números de bacterias orales aumentan gradualmente según la exposición a fuentes microbianas del ambiente externo. La mayor posibilidad de transmisión desde la madre, es el traspaso de anticuerpos contra *S. mutans* en la placenta y leche materna, que originan una similitud importante en la inmunidad de las mucosas orales entre madres e hijos, dándoles por lo tanto mayor ventaja en la transmisión a los microorganismos que colonizan a la madre.

La mayor fuente externa de SM es su propia madre. La evidencia de este concepto viene de varios estudios clínicos, los cuales han demostrado que las cepas de SM aisladas de las madres y de sus hijos exhiben idénticos o similares perfiles de tipificación de bacteriocina, así como idénticos patrones de ADN plasmático o cromosómico en aproximadamente el 71% de las parejas madre-hijo. La transmisión y colonización infantil de estos microorganismos por vía materna depende de diversos factores, que incluyen madres con grandes experiencias de caries, enfermedad periodontal, mala higiene oral, exposición frecuente al azúcar, nivel socioeconómico bajo y educación. Por lo tanto, las madres que comparten alimentos, bebidas, utensilios, cepillos de dientes y otros artículos con sus niños tienen el mayor riesgo de transmisión de SM a sus hijos y así iniciarlos a edad temprana en la caries dental. (34)

### **Consejos para evitar la transmisibilidad de gérmenes (12)**

- Usar utensilios (platos, copas, cubiertos, etc.) exclusivos para los bebés.
- No soplar o pruebe los alimentos antes de darles al bebé.
- No coloque en su boca el chupete, chupón, o tetina que el bebé está usando.
- Evitar besar al bebé en la boca.
- No lleve los alimentos masticados de su boca a la del bebé.
- No pruebe la temperatura del biberón poniéndose la tetina en su boca.

**b. Transmisión Horizontal:** La transmisión horizontal consiste en la transmisión de microorganismos entre los miembros de un grupo, ya sea compañeros de guardería o familiares, incluso por personas que cuidan por mayor período de tiempo a niños. Una de las razones por las cuales el padre no es considerado dentro de la vía de transmisión vertical y sí en la de transmisión horizontal y que refuerza la mayor posibilidad de transmisión desde la madre, incluye el paso transplacentario y en la leche materna de anticuerpos contra SM, que originan una similitud importante en la inmunidad de las mucosas orales entre madres e hijos, dándoles por lo tanto mayor ventaja en la transmisión a los microorganismos que colonizan a la madre. Se ha observado una baja velocidad de transmisión que puede explicarse por el corto tiempo de contacto y el menor contacto íntimo, en este tipo de transmisión.(34)(33)

#### **1.4.4. Maloclusiones (36)(35)**

**a. Oclusión:** Es la relación entre los dientes maxilar y mandíbula, en contacto en una relación funcional, la oclusal, la alveolo dentaria y la ATM que es la que realiza la oclusión moviendo la

mandíbula mediante los músculos masticatorios elevadores de la mandíbula (temporal, masetero y pterigoideo).

- b. La maloclusión:** Es la alineación incorrecta de los dientes, puede ser debida a anomalías del tamaño o de la posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación, o de los tipos de relaciones oclusal. Puede causar pitidos en los oídos, dolor sinusal, mareos y cefaleas del tipo de las migrañas.

Angle reconoce tres tipos de maloclusión:

### **I. Maloclusión clase I ( maloclusión dental)**

Tiene las mismas relaciones entre los primeros molares que la oclusión normal de clase I, pero ira acompañada de una mala alineación de los dientes, debido a:

- Apiñamiento
- Pérdida de continuidad de la arcada
- Alineación defectuosa de los dientes anteriores( maloclusión estética)
- Relación dental anómala, como mordida cruzada.
- Contactos oclusales prematuros.

### **II. Maloclusión clase II ( oclusión distal o retrognatismo mandibular)**

Es de tipo esquelético, con una mandíbula pequeña en comparación con el maxilar superior. Los dientes inferiores están por distal y a menudo por lingual de los superiores, el perfil del paciente parece tener la barbilla retraída, hay dos tipos de divisiones:

**II.I Clase II división I:** Los incisivos superiores presentan una inclinación hacia vestibular. Individuos con gran resalte.

**II.II Clase II división II:** Los incisivos superiores presentan una inclinación lingual, individuos de cara corta, ancha y apiñamiento anterior.

**III. Maloclusión clases III:** oclusión mesial o prognatismo mandibular, Presentan una gran mandíbula y una cara larga y estrecha. Los dientes inferiores suelen estar en posición avanzada con relación a los superiores, el perfil del paciente suele tener una mandíbula muy prominente.

#### **1.4.5. Hábitos nocivos**

Se podría definir a la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma constante. Los hábitos perniciosos prolongados que se presentan relacionados con la cavidad oral pueden alterar el normal desarrollo facial y dar por resultado la generación de una forma ósea anormal al ejercer precisiones inadecuadas sobre los dientes, estos hábitos se suelen presentar en edades tempranas y prolongarse hasta la edad adulta. Existen algunos hábitos que alteran la oclusión y alteran el correcto desarrollo maxilofacial: (36)

##### **I. Deglución atípica**

**I.I Deglución Atípica:** Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir cuyo mecanismo consiste en adelantar la lengua y producir sus movimientos anteroposteriores, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un

correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto interincisivo.(37)

**a. Etiología De La Deglución Atípica (37)**

- Amígdalas hipertróficas
- Macroglosia (la cual es poco frecuente)
- Alimentación prolongada por medio de tetero
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores

**b. Consecuencias De La Deglución Atípica (38)**

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borda del mentón

Podemos decir que La deglución anormal es el hábito bucal deformante más frecuente en la población infantil, es una de las principales causas de las maloclusiones; agrava la respiración bucal, produce trastornos articulatorios, malformación de las arcadas dentarias y el paladar, y altera el tono labial y la postura corporal general esta debe ser diagnosticada y tratada desde edades tempranas. (39)

**II. Respiración bucal. (40) (41)**

Deglución atípica, se caracteriza por una respiración bucal asociada, posiblemente como factor etiológico. El niño respirador bucal acaba por alterar la morfología y las funciones de la boca. Backlund afirma que hay una correlación entre la respiración bucal, la posición de la y de los labios, determina una postura de baja de la lengua, que pierde, por tanto, el

contacto con el velo del paladar y los labios permanecen separados. Por lo tanto el respirador bucal tiene tendencia a la deformidad de ésta región, mucho más si el proceso se inicia a edades tempranas, presentándose, asimetría de la bóveda palatina, trastornos de calcificación de los maxilares y una oclusión dentaria alterada. La deformación más relevante de este síndrome es la atresia de los maxilares y de los arcos alveolares con apiñamiento dental. En la bóveda palatina se observa un paladar ojival el cual se caracteriza por un paladar profundo y ovalado. Es muy frecuente en niños, lo cual ocasiona: en la edad escolar, el retraso mental, retraso escolar, ya que no acompaña al crecimiento normal del niño. En recién nacidos puede ocasionar la muerte súbita, por asfixia en el momento de la lactancia. Algunos investigadores consideran la respiración bucal como causa directa de la mala oclusión dentaria en especial la clase II de Angle, que ocasiona el adelantamiento de los incisivos superiores, una mandíbula retraída y alteración de tamaño de los maxilares.

## **II.I Consecuencias bucales:**

- Mordida Abierta Anterior Con o Sin Interposición Lingual.
- Mordida Cruzada Posterior, Uní o Bilateral.
- Estrechez Transversal Del Maxilar Superior, es decir Paladar Profundo y estrecho.
- Presencia de hábitos Secundarios (Deglución Atípica, Succión Labial).
- Retrognatismo Del Maxilar Inferior o Rotación Mandibular Hacia Abajo y Atrás.
- Vestibuloversión de Incisivos Superiores.
- Linguoversión de Incisivos Inferiores.
- Linguoversión de Dientes Posteriores Superiores.

- Egresión de Dientes Anteriores Superiores e Inferiores o Posteriores.
- Gingivitis Crónica.

### **III. Succión digital (37)**

Se observa que cuando deja de utilizar el chupete puede aparecer la succión del dedo, es un hábito que llega a considerarse normal en el primer año de vida. Aunque su prevalencia en el periodo de dentición temporal es relativamente baja. El chuparse el dedo pulgar (que es más frecuente) es un hábito que contradice teoría psicoanalítica que lo atribuye a un síntoma de trastorno emocional profundo, aunque sí es considerado como un signo de ansiedad.

La succión digital inicia desde el primer año de vida, aunque a veces se puede dar ya en el periodo prenatal y persistir hasta la época del recambio dentario, porque la presión que ejerce el dedo produce un alivio al dolor de la erupción. Puede llegar a producir una avulsión de dientes temporales o dificultar la erupción de los definitivos. Es un hábito que puede darse por mimetismo y puede mantenerse hasta la edad adolescente o adulta.

La interposición del dedo pulgar en la parte anterior de la boca puede ocasionar una mordida abierta anterior que puede ser reversible si retiramos el hábito de forma precoz. Algunas veces el niño succiona uno o varios dedos o una o ambas manos, no habiéndose observado predilección por una mano determinada . en este caso se produce una mordedura abierta mucho más exagerada.

La succión digital depende de : (42)

- La intensidad con la que se haga

- La frecuencia
- La duración
- El patrón morfogenético
- El número de dedos que se succionan y la posición que tengan.

Existen varias formas y tipos de succión de los dedos, todas darán lugar a precisiones sobre el hueso , dando lugar a la maloclusion. La persistencia del hábito una vez superada la fase de la dentición temporal producirá alteraciones dentarias y deformaciones óseas. (42)

a. A nivel dentario:

- Labioversión de incisivos superiores
- Linguoversión de incisivos inferiores
- Bloqueo de la erupción de los incisivo
- Extrusión de molares, por ausencia de contacto

b. A nivel óseo:

- Protucción de la maxila
- Estimulación del crecimiento sutural del maxilar
- Elevación del paladar con contracción del maxilar

c. A nivel de la oclusión:

- Mordida cruzada unilateral
- Por la desviación funcional mandibular
- Relación molar de clase II
- Resalte
- Mordida abierta anterior

d. A nivel funcional:

- Deglución atípica
- Reducción del espacio de la cápsula bucal
- Posición baja de la lengua

#### **IV. Uso de biberón**

El bebé se alimenta por succión, pero en los periodos inter alimentarios también succiona. Interponiendo algún objeto entre su encías como el chupete, chupón, tetina, biberón, el dedo o sábana. El chupete o ejercitador permite que el niño continúe en los movimientos anteroposteriores. (37)

En los últimos estudios se han observado que el chupete reduce la aparición del síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) el cual se define como "la muerte repentina de un niño menor de un año de edad (generalmente en los primeros meses) sin causas aparentes y a la cual no se encuentra explicación. Realmente se desconoce cómo actúa el chupete en la protección del SMSL. Se han postulado distintos mecanismos: podría evitar la posición de dormir en prono, protegería la permeabilidad de la vía aérea superior, disminuiría el reflujo gastroesofágico a través de la succión no nutritiva y disminuiría el umbral del despertar. En el caso de lactantes que toman el pecho, se puede tardar un poco en introducir el chupete, hasta que la lactancia materna esté bien establecida. No hay que olvidar que la lactancia materna es un factor protector frente al SMSL. También es importante que los profesionales conozcan los efectos secundarios del uso del chupete durante la lactancia, estos efectos serían: la disminución de la duración de la lactancia materna que aún no se haya instaurado plenamente, las infecciones asociadas, la maloclusión dental, el riesgo de accidentes, etc. (43)

Las alteraciones más comunes causadas por el uso del biberón son: Deglución atípica, trastornos en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, apiñamiento dental entre otros. (44)

En resumen el uso del chupetes y biberones es un factor de riesgo no solo para la dentición y la anatomía maxilofacial, el biberón tiene efectos negativos asociados entre otros a malos hábitos nutricionales en el paciente, problemas de fonética y articulación de las palabras, desórdenes gastrointestinales, infecciones bacterianas que pueden conducir a bacteriemias y en pacientes que han sufrido fiebre reumática, se corre el riesgo de producir una endocarditis bacteriana y como ya se mencionó sus efectos adversos se extienden a la disminución de la prevalencia de la lactancia materna. Al contrario, la lactancia natural tiene efectos bastante positivos sobre la vida de los niños y las niñas a continuación se mencionan algunos de estos beneficios sobre la salud bucal. (43)(45)

## **1.5. Medidas Preventivas**

### **1.5.1. Fluoruros .(46)**

El fluoruro tiene carga negativa por lo que se combina con cationes tales como el calcio o el sodio para formar compuestos estables como el fluoruro de calcio o el fluoruro de sodio, el fluoruro ésta principalmente asociado a tejidos calcificantes ( hueso y dientes) debido a su alta afinidad al calcio. Cuando se consume en cantidades óptimas se consigue aumentar la mineralización dental y densidad ósea, reducir el riesgo y prevalencia de las caries dentales y ayudar a la remineralización del esmalte en todas las épocas de la vida.

Desde 1909 se conoce el efecto preventivo del flúor sobre la caries dental. Los trabajos de Cox, Dean y Armstrong permitieron concluir que el flúor aumenta la resistencia a la caries dental pero producía manchas en el esmalte y que la concentración de 1 ppm de flúor en agua se relacionaba con la máxima reducción de caries dental y el porcentaje de moteado dental. Este moteado dental se denominó

más tarde como la fluorosis dental debido a la relación que causa el flúor. En las últimas décadas, la prevalencia de caries dental en los niños ha disminuido en la mayoría de países industrializados esto se atribuye al empleo adecuado de flúor tanto sistémico como tópico, así como una mejoría del estado nutricional y el estado dental.

#### **Mecanismo de acción. (46)**

- **Inhibición de la desmineralización y catálisis de la remineralización del esmalte desmineralizado:** Las reacciones químicas son reversibles y se rigen por la ley de acciones de masas, de modo que si aumenta la acidez (aumento de hidrogeniones) se produce una descalcificación o desestructuración de las moléculas de hidroxiapatita (HAP) y de fluorapatita (FAP) para la HAP el cristal empieza a disolverse cuando el PH es menor de 5,5 mientras que para la FAP esto ocurre cuando el PH es menor 4,5 .Cuando el ácido presente en la interfase es neutralizado por sistema tampón ( calcio, fosforo, saliva) se produce una acumulación de Ca y P disponibles para volver a reaccionar y hacer posible la remineralización , formando nuevas moléculas de HAP y FAP. Además el esmalte desmineralizado tendrá mayor capacidad para captar el F que el esmalte sano. En dentina el proceso de desmineralización y remineralización dental sería un proceso dinámico que durara toda la vida del diente.
- **Transformación de HAP a FAP:** Que es mas resistente a la descalcificación. Esta reacción química entre la HAP y la FAP presenta una reversibilidad en el entorno del esmalte dental de modo que la FAP no sería una situación definitiva y estable, este mecanismo es el que se creía fundamental.

- **Inhibición de las reacciones de glucólisis de las bacterias de la placa dental** (streptococcus mutans) con lo que disminuye la formación de ácidos (butírico y acético) mecanismo inicial indispensable para la descomposición de la HAP en iones calcio, fosfato y agua.
- **Reducción de la producción de polisacáridos extracelulares en la placa dental.** En todos los casos parece que el factor más importante en la prevención de caries dental es la exposición a bajas dosis pero continuas de fluoruro en la cavidad oral.
- **Antibacteriano:** Normalmente existe una concentración elevada de hidrógeno en la saliva al entrar en contacto con una gran concentración de flúor forma ácido fluorhídrico y de esta forma es como hace su ingreso al interior de la bacteria ya en su interior se vuelven a separar y es la concentración del hidrogenión que vuelve un medio interno provocando desorganización y muerte bacteriana para el logro de este mecanismo se requiere una concentración de 4000 a 6000 ppm de ion flúor.(47)

Es la actividad de ion fluoruro en el líquido oral lo que es importante para reducir la solubilidad del esmalte, no la presencia de un alto contenido de fluoruro en el esmalte. Por lo tanto, un suministro constante de bajas concentraciones de fluoruro intraoral, en particular en la interfaz saliva/esmalte, tiene el máximo beneficio para prevenir la caries dental. (48)

### **1.5.2. Sellantes de fosas y fisuras .(49)**

La filosofía preventiva de sellar las zonas de fisuras susceptibles de caries, a una filosofía de restauración de la caries mínima (restauración mínimamente invasiva). Cuando los sellantes son

utilizados como alternativa terapéutica se realizan procedimientos restauradores micro conservadores los cuales fomentan la preservación de la estructura dental y no su remoción innecesaria, como es la utilización de la remineralización empleando diversos materiales y métodos como son: barnices fluoruros, aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio, de aminotetrafluoruro (atf), enjuagues de clorhexidina, etc. La técnica del sellado, cuando se emplea paralelamente con flúor, puede presentar un gran efecto en la reducción del índice de caries oclusal, los selladores oclusales fueron desarrollados por Cueto y Buonocore (1965) específicamente para prevenir la caries en la región de fosas y fisuras y se ha demostrado que son muy eficaces.

Los sellantes deben colocarse en aquellos pacientes que se encuentran con alto riesgo a la caries dental, sin importar la edad. La selección del caso depende de un diagnóstico preciso; la anatomía de la fisura determina la facilidad con que los microorganismos y sus ácidos pueden quedar atrapados en ella y por tanto aumentar la potencia de caries. Los sellantes son beneficiosos porque actúan como una barrera protectora en las fosas y hendiduras naturales del esmalte, las cuales están fuera del alcance de las cerdas del cepillo dental, contra los microorganismos y sus productos que pueden atacar a los dientes y causar la caries; también son beneficiosos cuando se utilizan algunos medicamentos los cuales por sus efectos colaterales aumentan el riesgo de caries como por ejemplo en la xerostomía, motivado a que una boca seca es mucho más susceptible a la caries porque no tiene la acción amortiguadora de la saliva. Es importante señalar que los sellantes de fosas y fisuras no son sólo para los niños, sino para pacientes de cualquier edad (jóvenes y adultos) así como para personas que sufren pérdida de habilidades motoras debido a la artritis o cualquier otra enfermedad, lo cual significa que tienen que tener un cepillado más prolongado y difícil

y en estos casos los sellantes pueden ayudar a proteger los dientes que no están limpiándose constantemente porque el paciente no es capaz de hacer un trabajo minucioso, para poder mantener una boca saludable.

Los sellantes tienen 3 efectos preventivos fundamentales:

- Obturan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos.
- Al obturar las fosas y fisuras suprimen el hábitat de los estreptococos mutans y otros microorganismos.
- Facilita la limpieza de las fosas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental y la masticación.

El principal factor a tener en cuenta para la aplicación de un sellador es el diagnóstico del estado de salud de las fosas y fisuras que se pretenden cerrar. Esto es bastante difícil de realizar clínicamente, porque el diámetro promedio de las fisuras en su parte profunda es de 25mm a 50mm, Además, existen varios tipos de surcos: en forma de U o de V de Y de T invertida. En algunos casos, la aplicación de colorantes que detectan la presencia de tejido cariado puede ayudar a establecer el diagnóstico correcto. Para que el sellador sea exitoso, el líquido debe penetrar en la fisura y quedar en ella una vez que llega a estado sólido. Para que la penetración se produzca, la fisura (el espacio capilar) debe también reunir una serie de condiciones, debe generarse además algún mecanismo que posibilite la adhesión entre el sellador y el diente (el esmalte en este caso), ello no sólo para que el material no se desprenda sino también para que no quede ninguna solución de continuidad (brecha) entre él y el diente que posibilite el ingreso de microorganismos (filtración marginal), se deben tomar, entonces, los recaudos necesarios para lograr este objetivo y permitir así que el sellado de la fisura sea exitoso. Los sellantes de fosas y fisuras han demostrado ser eficaces no

sólo en prevenir la caries antes de que empiece, sino también deteniendo el progreso de caries en sus fases más tempranas.

### 1.5.3. Cepillado

Las primeras referencias de un cepillo de dientes con cerdas se remontan al año 1600 en china y la primera patente de cepillo en EE.UU. Se registró en 1859 con características que asemejan a los cepillos actuales. (50)

- Tamaño del mango adecuado para la edad y destreza motora del paciente que lo utilice.
- Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.
- Uso de filamentos de nylon o poliéster de punta redonda y tamaño inferior a 0.009 pulgadas de diámetro.
- Uso de filamentos suaves configurados según los estándares de la industria.
- Filamentos que permitan mejorar la eliminación de placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival.

La mayoría de los cepillos dentales manuales cumplen estos requisitos generales , sin embargo, existe un gran número de diseños de cepillos dentales manuales en el mercados y existen pruebas científicas claras de que un diseño de cepillo específico sea mejor que otro, debido a que los estudios realizados son de corta duración y utilizan muestras de pacientes no representativas.(50)

El objetivo del cepillado es la eliminación de la placa bacteriana, los residuos alimentarios de los dientes y tejidos blandos. Aunque su efecto preventivo es elevado, necesita de otras medidas complementarias (flúor, seda dental, sellantes, etc.) ya que hay zonas del diente, como las superficies oclusal e interdientarias, donde no se llega con el cepillo. (51)

Ya desde la lactancia es conveniente limpiar la boca del bebé después de cada toma con una gasa estéril. El cepillado dental se inicia coincidiendo con la erupción de los primeros dientes. Bien con una torunda o con un cepillo impregnado con flúor (colutorio de fluoruro sódico o mínima cantidad de pasta dental). Al principio serán los padres los que realizarán esta tarea y poco a poco el niño se familiariza con el cepillo y participará cada vez más activa y eficazmente en la higiene de sus dientes. Suele ser necesaria la supervisión paterna hasta, aproximadamente, los 10 años, pero lo importante es que el niño asuma. El cepillado dental diario como algo rutinario y natural. Es importante que se enseñe una técnica de cepillado correcta; simple, que favorezca la continuidad del proceso; sistemática, así no se dejará ninguna superficie dental sin limpiar; y minuciosa. También se cepilla la lengua, el paladar, las encías. En 3-4 minutos se consigue un cepillado correcto, los cepillos dentales para los niños debe ser pequeños, de mango largo y preferiblemente de fibras sintéticas .deben cambiarse con un periodo aproximadamente de 3 meses. En principio con un cepillado correcto al día se consigue desorganizar las colonias bacterianas cariogénicas, pero la protección es mayor con 2 a 3 cepillados diarios. Lo más importante y esencial es cepillarse los dientes antes de irse a dormir, pues es ese momento en el que ciertos mecanismos de defensa, como el flujo salival o los movimientos de la lengua y labios disminuyen, favoreciendo la colonización bacteriana. (51)

### **1.6. Visita al odontólogo**

La Academia Americana de Odontopediatría recomienda que el primer chequeo dental del niño ocurra antes de los 12 meses de edad, en el momento de la erupción del primer diente. Esta primera visita debería incluir: examen oral, evaluación del riesgo de caries del niño e información a los padres sobre guías de prevención y hábitos de salud bucodental. La

detección temprana y manejo de las condiciones orales pueden mejorar la salud bucal del niño, su salud general y su bienestar. Un retardo en el diagnóstico de la enfermedad puede resultar en la exacerbación de los problemas que pueden llevar a una atención más compleja y costosa. Antes de acudir, debemos preparar al niño psicológicamente. Podemos explicarle que será como un juego donde le mirarán la boca y que si se porta bien tendrá un premio. Entramos a la consulta con el niño, dándole confianza para que esté tranquilo y no se sienta abandonado. La actitud de los padres influirá en la imagen que el niño se haga de su primera visita al dentista. (52)

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas. Además el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo. (52)

La interacción dentista-paciente interviene una serie de variables que determinan que esta relación representa simbólicamente el encuentro entre dos personas, una de las cuales dispone de un poder superior a la otra. Es así cómo se generan fenómenos de dependencia y/o de ansiedad, lo que claramente dificulta la toma de conciencia del paciente de su responsabilidad en el cuidado de su salud oral. Por lo tanto la forma que adopte esta relación tiene implicaciones no sólo en la atención individual, sino repercusiones a nivel de salud pública. (53).

## **1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Castillo Alarcón, Hilda Jessica. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS DE CLIENTES

EXTERNAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE IBARRA DURANTE EL PERÍODO JULIO DEL 2008 A MARZO DEL 2009 Universidad Técnica Del Norte. Ibarra- Ecuador. Agosto 2010. (55). La necesidad de cubrir la atención odontológica de las madres embarazadas, dio como resultado del proceso investigativo la implementación de un manual de estrategias de prevención e intervención, cuya finalidad radica en que con este apoyo didáctico, la gestante pueda cuidar su salud bucal desde su hogar ya que por lo general existe poca disposición de acudir a las citas o consultas con el odontólogo. El diseño e implementación del manual de estrategias de prevención e intervención en problemas odontológicos en madres embarazadas, busca disminuir los niveles de insalubridad bucal y mejorar las condiciones de vida de la gestante y de su familia. La salud bucal de las madres embarazadas, no se cumple únicamente con recomendaciones generales sino con acciones de prevención y cuidados en la dieta alimenticia durante el período de gestación. Esta investigación es un primer esbozo de acciones concretas de apoyo para mejorar las condiciones de salud oral en este grupo vulnerable y que por su condición de proyecto factible, puede servir como referente para posteriores revisiones y mejoramiento de la propuesta.

Izaguirre Paredes, Jorge Arturo. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE LAS EMBARAZADAS QUE CONSULTAN AL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE PARA PACIENTES AMBULATORIOS (CENAPA) DE COBÁN ALTA VERAPAZ Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL. Universidad Rafael Landívar. Guatemala, Febrero 2012. (57). Los conocimientos de las gestantes con relación a la salud bucal, son escasos, las actitudes y las prácticas son desfavorables debido probablemente a las creencias transmitidas, desarrolladas y mantenidas a través de la experiencia del grupo social al cual pertenecen y que las práctica, entre las cuales se puede mencionar que el tratamiento odontológico podría causarle daño al bebé o al buen desarrollo del mismo.

El 36 % de pacientes son analfabetas, el 74% tiene algún grado académico, con creencias representativas y que influyen en la mala condición de salud bucal constatada en las gestantes. Se estableció que existe relación directa entre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP.) y el estado actual de caries dental y enfermedad periodontal, ya que una es consecuencia de la otra, evidenciándose la necesidad de establecer programas de promoción y prevención en salud bucal pública que brinden atención a este estrato poblacional que es prioritario en el desarrollo de los objetivos del milenio trazados por la OMS para el 2015.

Jara González, América Dennise. CARIES Y SU RELACIÓN CON HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DE HIGIENE EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD. Universidad Autónoma de Chihuahua- México. Mayo 2012. (58). Solo se encontró un bajo índice de caries que corresponde a un 8.78% de la población estudiada con un 0.14. El 100% de los niños sigue usando biberón, que aunque no es un factor determinante para la presencia de caries en este estudio, si es un factor de riesgo para la misma. Fue encontrada una alta frecuencia en el consumo de líquidos cariogénicos en este grupo de estudio, y aunque es un factor que contribuye a la prevalencia de caries, el índice de caries fue bajo. La prevalencia fue aumentando en nuestro grupo de población conforme aumentaba la edad de los niños. La higiene oral deficiente es un factor de riesgo para la presencia de caries pero no se encontró relación en este estudio. De la relación alimentación-higiene se puede decir que los niños de este estudio se alimentan más veces de la que se le realiza la higiene oral, sin embargo el índice de caries fue bajo.

López Otero, Elsa; Machado Ramos, Sadys; Torres Gárriz, Lina. I.CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR LOS CONOCIMIENTOS Y MODIFICAR HÁBITOS SOBRE SALUD BUCAL EN EMBARAZADAS. Baraguá - Cuba Mediciego 2012. 18(59). La aplicación del programa educativo: "Una sonrisa feliz" incrementó el nivel de conocimientos y el índice de higiene bucal adecuado. Los conocimientos acerca de la frecuencia del cepillado, dieta balanceada, importancia de la lactancia materna y hábitos

deformantes en el bebé se elevaron considerablemente al aplicar la intervención educativa. Tanto el médico y la enfermera de la familia, en conjunto con la dirección del Policlínico, resaltaron la importancia y el valor del programa educativo por la contribución del mismo a la educación para la salud de las embarazadas y del futuro bebé.

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

Barrios Lambruschini, David. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN GESTANTES DEL HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ”- MINSA, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú en el año 2012. (54). Se observó que el nivel de conocimientos sobre Salud Oral que predominó en las gestantes encuestadas fue malo. El nivel de conocimientos sobre prevención en Salud Oral de las gestantes encuestadas fue regular. El nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales y riesgo de caries de las gestantes encuestadas fue malo. El nivel de conocimientos sobre formación y desarrollo dental de las gestantes encuestadas fue malo. El grupo etéreo que obtuvo un mayor porcentaje de un nivel de conocimientos malo fueron las gestantes de 21 a 30 años, seguido por el grupo de menores de 20 años y por último las gestantes mayores de 30 años. Las gestantes que estuvieron en el segundo trimestre de gestación obtuvieron el mayor porcentaje de nivel de conocimiento malo, seguido por las gestantes del tercer trimestre y por último las gestantes del primer trimestre.

Cruz Palacios, Cyndi Carola. SALUD BUCAL MATERNO INFANTIL. Universidad Cayetano Heredia. Lima – Perú 2011. (56). Al existir evidencia comprobada de la transmisión a través de la saliva de las bacterias cariogénicas, especialmente desde la boca de las madres a los niños, es aconsejable reforzar las medidas preventivas para reducir este contagio enfatizando el concepto de higiene bucal en los niños y en sus madres. Deben efectuarse controles odontológicos periódicos como parte del cuidado de la salud de las madres y de sus hijos. Los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud que tienen contacto con madres y niños pequeños, tienen una gran responsabilidad en la mantención de la salud bucal de sus

pacientes. El conocimiento de las medidas de prevención por parte de los profesionales de la salud y población de gestantes permitirá evitar la formación precoz de caries y mejorar los índices de salud bucal de nuestra población infantil.

Nolasco Torres, Aida. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DE SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote- Noviembre 2012.(60).El total de gestantes menores de 25 años encuestadas sobre conocimientos en Salud Bucal se obtuvo un nivel de conocimiento malo 73,3%, el 26,7 % tuvo un nivel regular y 0,0% un nivel bueno. El nivel de conocimientos sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 63,3%, el 33,3% un nivel regular y 3,3% obtuvo un nivel bueno. El nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 86,7%, el 13,3% un nivel regular, y el 0% obtuvo un nivel bueno. El nivel de conocimiento de atención odontológica en gestantes en el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 53,3%, el 33,3% un nivel regular, mientras que el 13,3% un nivel bueno, el nivel de crecimiento y desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 80,0%, el 20% tuvo un nivel regular, y el 0% mostró un nivel bueno. El rango de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años con un 33,3%, donde predomina el nivel de conocimiento Regular en un 18,3%.

Paz Mamani Miguel, Ángel. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD DEL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" MINSA 2014 Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima -Perú. 2014. (61). El nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la Salud bucal de los niños de 0 a 36 meses fue regular. El nivel de conocimiento según la edad de las madres fue el regular en todos los grupos, pero cabe señalar los grupos etáreos extremos (de 18 a 24 años y de 39 años a más) presentan menor frecuencia de nivel bueno. El nivel de

conocimiento guarda relación con el grado de instrucción, ya que fue creciente la frecuencia de nivel de conocimiento bueno y regular a medida que era mayor el grado de instrucción. El nivel de conocimientos guarda relación con el número de hijos, ya que las madres que tienen 2 hijos presentan mayor frecuencia de nivel de conocimiento bueno que las madres que tienen 1 hijo o de las que tienen 3 o más hijos [Sic]. El nivel de conocimientos sobre crecimiento y desarrollo fue malo. El nivel de conocimientos sobre higiene oral fue regular. El nivel de conocimientos sobre lactancia materna y hábitos alimenticios fue regular. El nivel de conocimientos sobre caries dental fue regular. El nivel de conocimientos sobre maloclusión fue regular. El nivel de conocimientos sobre atención odontológica fue regular. El nivel de conocimientos sobre tratamientos preventivos fue regular.

Reyes Gil, Dalia Melissa. EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL PARA INFANTES EN GESTANTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL “EL BOSQUE” .Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo – 2014.(62).La intervención educativa fue eficaz, ya que elevó el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil “El Bosque”. Se determinó que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue regular con 41,3%. Se determinó que inmediatamente después de la intervención educativa el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue muy bueno con 66,3%. Un mes después de la intervención educativa se determinó que el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue bueno con 53,8%.

Ruiz Sisneros, Catherin Angélica. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES DEL CENTRO SALUD DE PAIJÁM. Universidad Nacional De Trujillo. Agosto-Diciembre 2010. (63).En la encuesta se obtuvieron un regular conocimiento sobre prevención en salud bucal de 74%, con un promedio de 9 puntos de un total de 22 preguntas, donde las gestantes menores de 20 años obtuvieron un menor nivel de conocimiento regular 53% y malo 47%, mientras que las gestantes entre 21 y

25 años obtuvieron un mayor nivel de conocimiento regular 92% y malo 8% se encontró una relación diferencia significativamente en cuanto al grado de instrucción de las gestantes. En la categoría del nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales se encontró un 76% malo frente a 1% bueno, en la categoría del nivel de conocimiento sobre gestación y su relación con la atención odontológica se encontró que la mayoría presentaba un nivel de conocimiento malo 56% frente a solo un 11% bueno. En cuanto al nivel de conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental, el 80% obtuvo un conocimiento malo; ninguna gestante obtuvo un buen nivel de conocimiento en esta categoría.

Toledo Sánchez, Katman Bear. CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL EN PACIENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA. Universidad Alas Peruanas Lima -Junio Del Año 2013. (65).El nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en las madres gestantes ha sido malo con 48.4%, lo cual nos afirma que no existe relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción. El rango de edad más frecuente, fue entre 31 - 35 años (30,8%), en el trimestre de embarazo, el tercer trimestre fue el más representativo (92.4%). El grado de instrucción más predominante fue el de universitaria completa (32.8%).El 95.2% de encuestadas han visitado al dentista, considerando que se encuentran motivadas dada su condición de gestantes. El motivo por el cual visitan las gestantes al dentista, es por consulta o control con un 28.8%; tal vez por las recomendaciones dadas por el personal de salud. El embarazo es una puerta abierta para aprender sobre la prevención en salud bucal, no importa raza, cultura ni el nivel socio económico, que esto se convierta en un inicio para el desarrollo de la odontología prenatal, postnatal y así poder orientar a las madres gestantes y también nosotros conocer nuevas tendencias en la salud general.

Yncio Lozada, Sally Isela. PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE HIGIENE ORAL EN PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE SE ATENDIERON EN EL

POLICLÍNICO FRANCISCO PIZARRO ESSALUD RÍMAC DE MARZO A MAYO 2008. Universidad Inca Garcilaso De La Vega Lima – Perú 2009. (66). El Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene Oral fue Regular tanto en Primigestas como Multigestas con un 70% y 72,1% respectivamente, al Comparar se observa que no existe diferencias significativas en los grupos de estudio ( $p= 0,57 > 0,05$ ).

## **ANTECEDENTES LOCALES**

Sánchez Navarros, Lincol German. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CARIES Y GINGIVITIS Y SU RELACIÓN CON LA HIGIENE BUCODENTAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR, AREQUIPA 2010. (64). La población estudiada fue de 35 gestantes que en su mayoría pertenece al grupo de jóvenes gestantes con un 51.4%. El nivel de conocimiento sobre caries y gingivitis es malo a regular con un 28.6% y 25.7% respectivamente de las gestantes del grado de instrucción nivel secundario, mientras que el nivel de conocimiento bueno es exclusivo de las gestantes con el grado de instrucción superior con un 8.6 %. Cabe mencionar que el nivel de conocimiento del total de las gestantes encuestadas es regular a malo con un 51.4% y 40% respectivamente.

## **2. HIPÓTESIS**

Dado que en la población del Perú y en gran parte de Latinoamérica presenta un elevado índice de desnutrición y bajo nivel de conocimientos sobre medidas de Salud Oral.

Es probable que el nivel de conocimiento sobre las medidas de salud bucal de las madres gestantes sea malo.

# **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

## 1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el centro de salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena Arequipa, la cual está ubicada en la Avenida Caracas 807 Urb. Simón, en el Distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

## 2. TIPO DE ESTUDIO

No experimental: este tipo de investigación implica la observación de hecho en su condición natural sin la intervención de la investigadora, para luego informar lo observado.

### 2.1 Diseño De Investigación

- **De acuerdo a la temporalidad:** La presente investigación es transversal porque se realizó una medición de las variables sobre la unidad de estudio.
- **De acuerdo al lugar de recolección:** La presente investigación es de campo porque obtuvo la información directamente sobre la unidad de estudio, las madres gestantes.
- **De acuerdo al momento de la recolección de datos:** La presente investigación es prospectivo porque la aplicación del instrumento se realizó conforme se avanzó en la investigación.
- **De acuerdo a la finalidad investigativa:** Descriptiva porque se midió las variables en sus condiciones naturales.

## 3. UNIDAD DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por todas las madres gestantes que acudieron al Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena durante el mes de junio.

## 4. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 4.1 Población:

Estuvo constituida por todas las madres gestantes que acudieron al Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena para su atención, la suma de las madres gestantes fue de 135.

Se tomó 131 madres gestantes que reunieron los criterios de inclusión que fueron encuestadas durante el mes de junio.

#### a. Criterios De Inclusión:

- Madres mayores de 18 años de edad.
- Madres gestantes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Madres gestantes que acudan al Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena.

#### b. Criterios De Exclusión:

- Madres gestantes odontólogas.
- Madres gestantes que presenten alguna alteración física o mental.
- Madres gestantes analfabetas.

## 5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO

### a. Definición operacional de variables:

#### Principal

- Nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en niños de 0 a 36 meses.

#### Secundarias:

- Grado de instrucción
- Número de hijos
- Edad
- Estado civil.

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses.	Bueno(16-20) Regular(15-11) Malo(10-0)	Cualitativa	ordinal

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Grado de instrucción	Primaria Secundaria Técnica Superior	Cualitativa	Ordinal
Hijos	Nº de Hijos	Cuantitativa	Razón
Edad	Años	Cuantitativa	Razón
Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Cualitativa	Nominal

#### b. Técnicas e instrumentos de recolección

**Técnica de investigación:** se empleó encuestas validadas.

**Instrumentos:** Se utilizó un Cuestionario con preguntas cerradas (anexo 1). Constituidas de una parte con 20 preguntas de prevención en salud

bucal los cuales se dividieron en ocho áreas: crecimiento y desarrollo, higiene oral, lactancia materna y hábitos alimentarios, enfermedad periodontal, caries dental, maloclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos. Cada parte del cuestionario se evaluó por separado como se describe a continuación.

Cuestionario (conocimiento) parte de prevención en salud bucal:

Cada pregunta contestada correctamente tuvo el valor 1 punto y la incorrecta 0, por lo que se podría obtener un máximo de 20 puntos al finalizar del cuestionario. Este cuestionario permitió determinar el nivel de conocimiento de las madres gestantes de la siguiente manera:

- Conocimiento bueno: 16 – 20 puntos
- Conocimiento regular: 11 – 15 puntos
- Conocimiento malo: 0 - 10 puntos

También se consideró una escala por cada área:

Preguntas sobre Crecimiento y Desarrollo.....3 Preguntas en total.

- Bueno 3 preguntas correctas
- Regular 2 preguntas correctas
- Malo 0-1 preguntas correctas

Preguntas sobre Higiene Oral.....4 Preguntas en total.

- Bueno 4 preguntas correctas
- Regular 2-3 preguntas correctas
- Malo 0-1 preguntas correctas

Preguntas sobre Lactancia Materna y Hábitos Alimenticios..... 3

Preguntas en total.

- Bueno 3 preguntas correctas
- Regular 2 preguntas correctas
- Malo 0-1 preguntas correctas

Preguntas sobre Enfermedad Periodontal.....2 Preguntas en total.

➤ Bueno 2 preguntas correctas

➤ Regular 1 preguntas correctas

➤ Malo 0 preguntas correctas

➤ Preguntas sobre Caries Dental.....2 Preguntas en total.

➤ Bueno 2 preguntas correctas

➤ Regular 1 preguntas correctas

➤ Malo 0 preguntas correctas

➤ Preguntas sobre Maloclusión.....2 Preguntas en total.

➤ Bueno 2 preguntas correctas

➤ Regular 1 preguntas correctas

➤ Malo 0 preguntas correctas

➤ Preguntas sobre Atención Odontológica.....2 Preguntas en total.

➤ Bueno 2 preguntas correctas

➤ Regular 1 preguntas correctas

➤ Malo 0 preguntas correctas

➤ Preguntas sobre Tratamientos Preventivos.....2 Preguntas en total.

➤ Bueno 2 preguntas correctas

➤ Regular 1 preguntas correctas

➤ Malo 0 preguntas correctas

Finalmente se procedió a la redacción del informe final de la tesis de investigación.

**Validación del instrumento:** La validación del instrumento fue a través de la tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Odontología “Nivel de Conocimiento de las Madres Sobre las Medidas Preventivas en la Salud Bucal de los Niños de 0 a 36 meses de Edad del Honadomani “San Bartolomé” MINSA 2014. ”Del CD. Miguel Ángel Paz Mamani, lo cual, fue validado localmente con una prueba piloto realizada a las madres gestantes y a su vez fue previamente calibrada y sometido a juicio de expertos.

## **6. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS**

### **6.1 Procedimientos Para La Recolección De Datos:**

Se obtuvo el permiso correspondiente para la ejecución del trabajo de investigación del Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena.

Se procedió a informar a las madres gestantes sobre el proyecto de investigación y seguidamente se hizo firmar el consentimiento informado (anexo 2) aceptando su participación en el presente estudio. Se garantizó el anonimato para una mayor seguridad y confiabilidad de las respuestas dadas. Seguidamente se entregó los cuestionarios (anexo 1) y se dieron las indicaciones respectivas para su desarrollo. Se dio un tiempo aproximado de 15 – 20 minutos para el desarrollo del mismo a cada madre gestante. Luego de finalizado el tiempo se procedió a recoger las encuestas y se les brindó las respuestas correctas para poder orientar y reforzar el conocimiento que tienen. Durante la ejecución de la encuesta no se le facilitó ayuda para su resolución. Al finalizar se procedió a la entrega de trifoliados para seguir informando a la madre gestante.

### **6.2 Plan De Tabulación, Procesamiento Y Presentación De Los Datos:**

Una vez recolectado los datos de interés, toda la información obtenida de los instrumentos fue ordenada en una matriz de sistematización. El tipo de procesamiento de los datos se realizó en forma manual, el recuento fue de tipo computarizado, se utilizó tablas de entrada simple y doble, y se elaboraron gráficas de barras para cada tabla.

## **7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos se manejaron, en un primer momento, de manera descriptiva, para lo cual se calcularon frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés.

Los datos expresados en las tablas fueron jerarquizados, comparados y apreciados críticamente. En una segunda parte se relacionaron las variables de

interés, para lo cual se aplicó la prueba estadística chi cuadrado a un nivel de significancia del 95%. Es importante mencionar que todo el proceso estadístico se llevó a cabo con ayuda del software EPI-INFO versión 6.0.

## **8. RECURSOS**

### **8.1 Humanos**

- **Investigador** : Bach. Yessica Hancco Soto.
- **Asesor director** : Mg. Jessica Araujo Farje.
- **Asesor metodológico** : Dr. Xavier Sacca Urday.
- **Asesor de redacción** : Dra. María Luz Nieto Muriel.

### **8.2 Financieros**

- Son cubiertos en su totalidad por la investigadora.

### **8.3 Materiales:**

- Escritorio
- Computadora
- Impresora
- Engrapador
- Folder
- Lapiceros
- Hojas papel bond

### **8.4 Institucionales:**

- Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa.
- Centro De Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena.

# **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

**TABLA N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD**

Edad	N°	%
18 a 20 años	14	10.7
21 a 30 años	86	65.6
31 a 38 años	31	23.7
Total	131	100.0

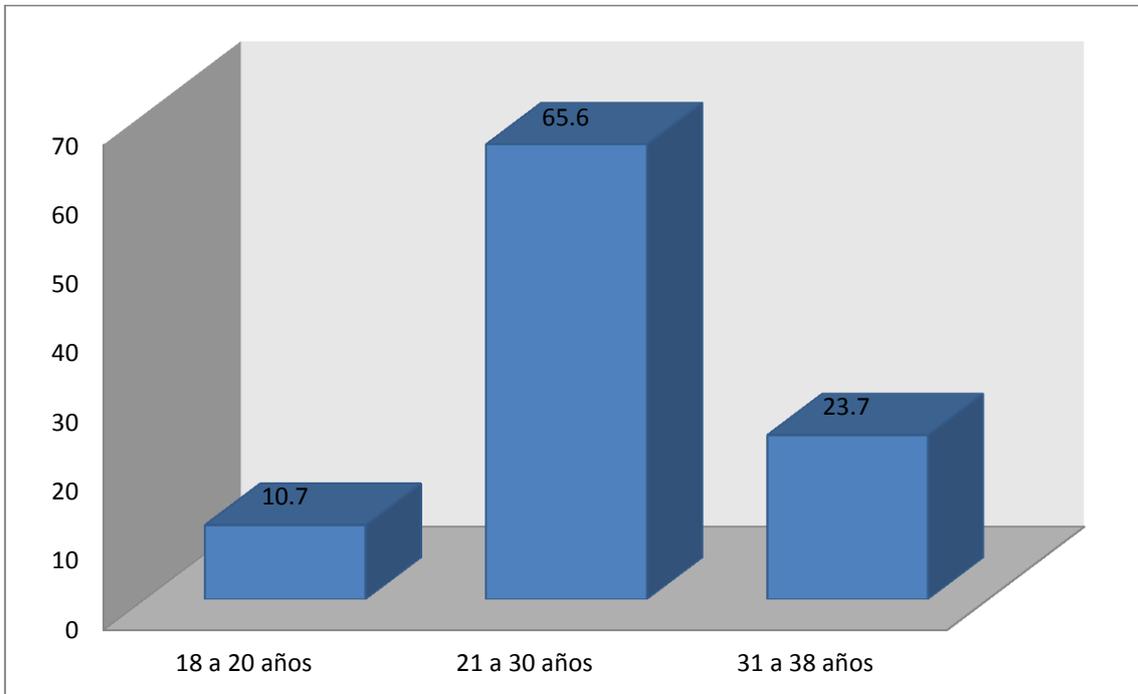
Fuente: Matriz de datos

### INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos apreciar que la mayoría de gestantes motivo de investigación (65.6%) tenían entre los 21 a 30 años; mientras que el menor porcentaje de ellas (10.7%) estaban entre los 18 y 20 años, es decir, eran adolescentes.

## GRÁFICO N° 1

### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD



**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Grado de Instrucción	N°	%
Secundaria	43	32.8
Técnica	40	30.5
Superior	48	36.6
Total	131	100.0

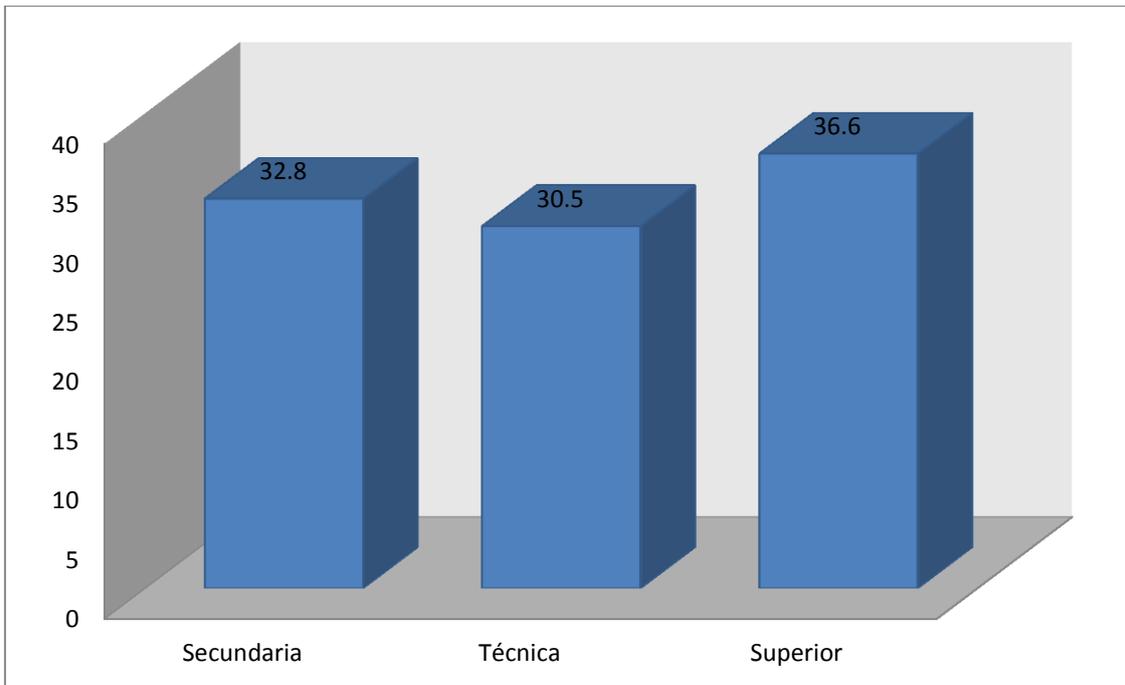
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La presenta tabla nos muestra que el mayor porcentaje de gestantes investigadas (36.6%) correspondían al grado de instrucción superior, mientras que el menor porcentaje de ellas (30.5%) indicaron estar en un grado de instrucción de técnico.

**GRÁFICO N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



**TABLA N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL**

Estado Civil	N°	%
Conviviente	90	68.7
Casada	41	31.3
Total	131	100.0

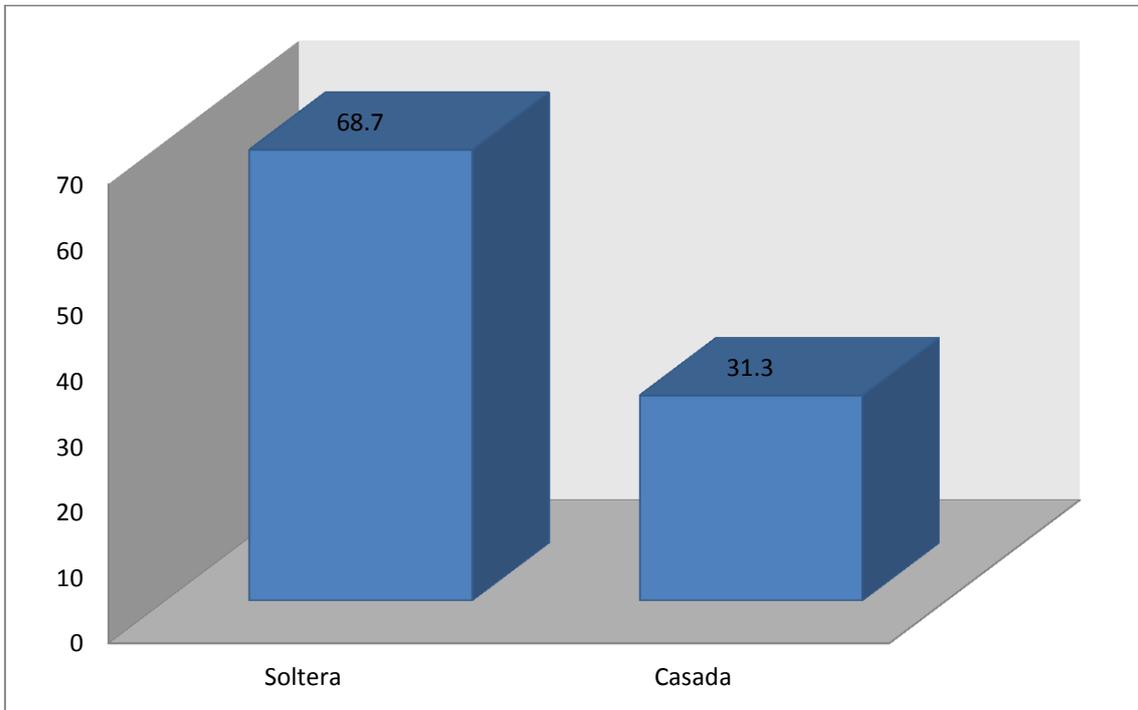
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La presente tabla nos permite observar que la gran mayoría de gestantes incluidas en la presente investigación (68.7%) tenían un estado civil de convivientes; mientras que el menor porcentaje de ellas (31.3%) estaban casadas.

### GRÁFICO N° 3

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL



**TABLA N° 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN NÚMERO DE HIJOS**

Número de Hijos	N°	%
Hasta 1 hijo	84	64.1
De 2 a más	47	35.9
Total	131	100.0

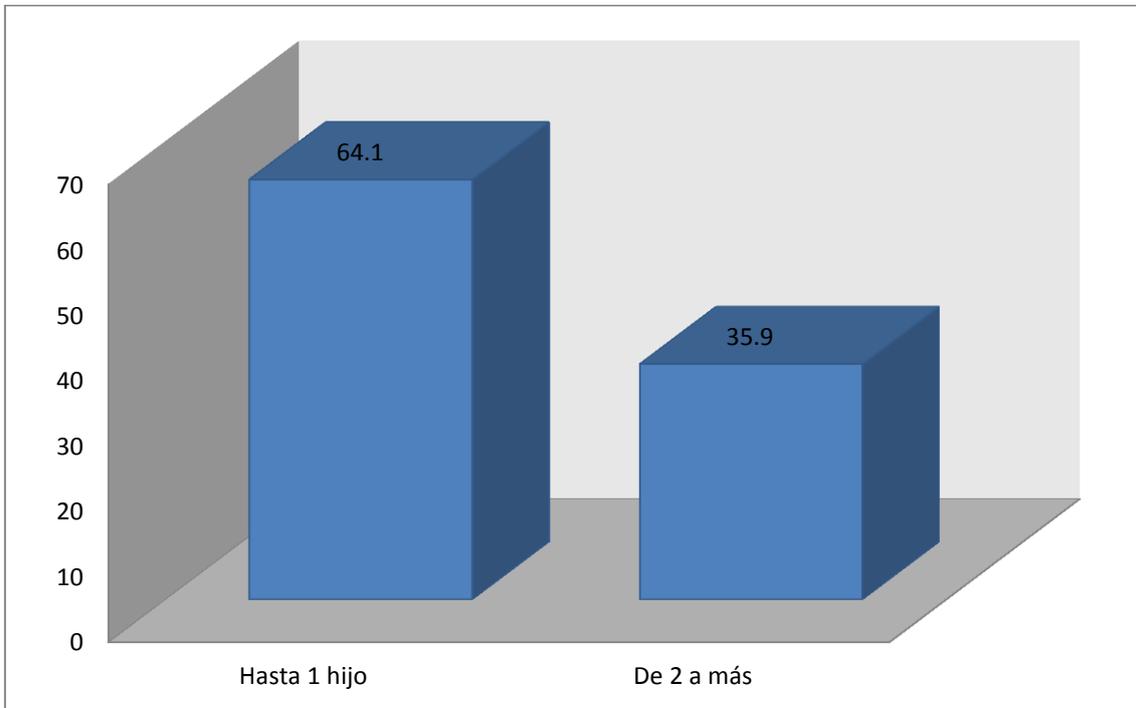
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La presente tabla nos permite observar que la mayoría de las gestantes estudiadas (64.1%) tenían hasta un hijo, mientras que el menor porcentaje de ellas (35.9%) tenían de dos a más hijos (siendo el mayor número de cuatro).

## GRÁFICO N° 4

### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN NÚMERO DE HIJOS



**TABLA N° 5**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36**  
**MESES EN LAS GESTANTES**

Nivel de Conocimiento	N°	%
Malo	48	36.6
Regular	30	22.9
Bueno	53	40.5
Total	131	100.0

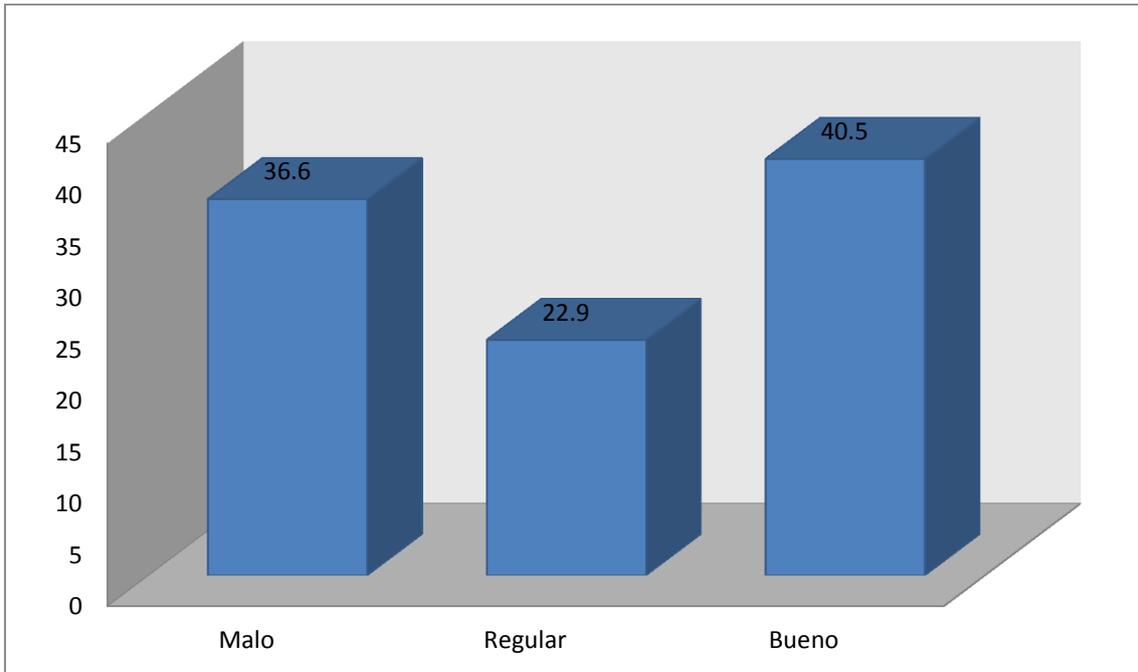
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres gestantes incluidas en el estudio (40.5%) tenían un nivel de conocimiento sobre salud oral de niños de 0 a 36 meses considerado como bueno; mientras que el menos porcentaje de ellas (22.9%) cayeron en un nivel de conocimiento correspondiente a regular.

### GRÁFICO N° 5

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 6**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS  
DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Crecimiento y Desarrollo	N°	%
Malo	67	51.1
Regular	41	31.3
Bueno	23	17.6
Total	131	100.0

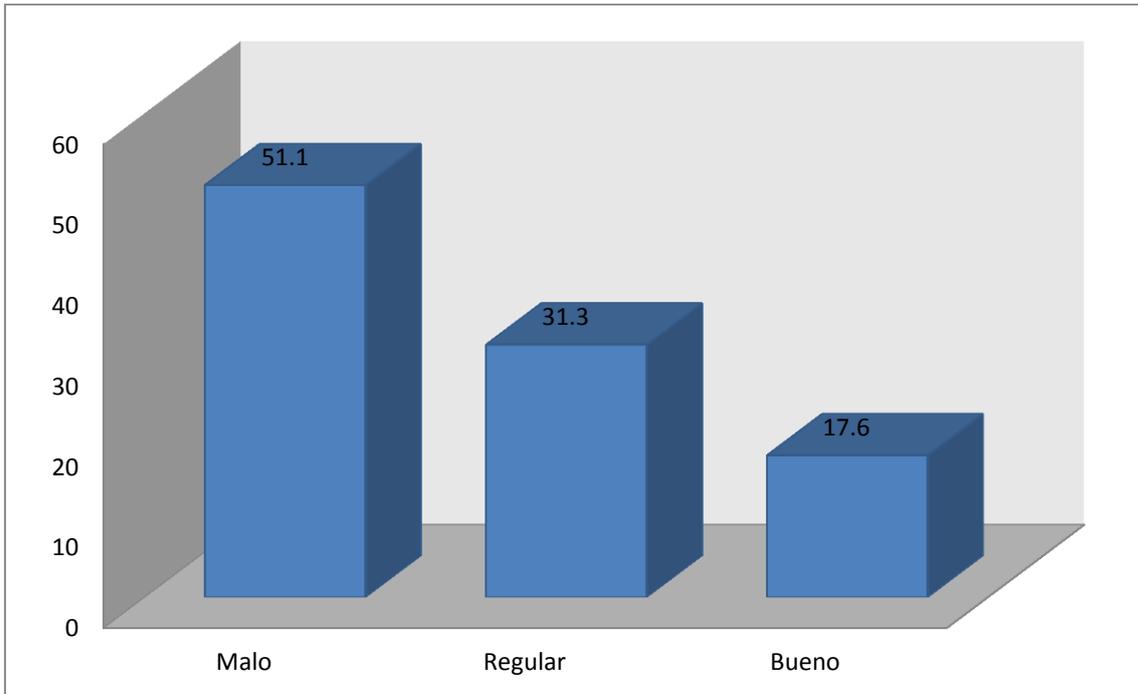
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que la mayoría de las gestantes (51.1%) presentaron un nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 36 meses considerado como malo, mientras que el menor porcentaje de ellas (17.6%) estaban con un nivel de conocimiento catalogado como bueno.

### GRÁFICO N° 6

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 7**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE NIÑOS DE 0 A 36**  
**MESES EN LAS GESTANTES**

Higiene Oral	N°	%
Malo	3	2.3
Regular	64	48.9
Bueno	64	48.9
Total	131	100.0

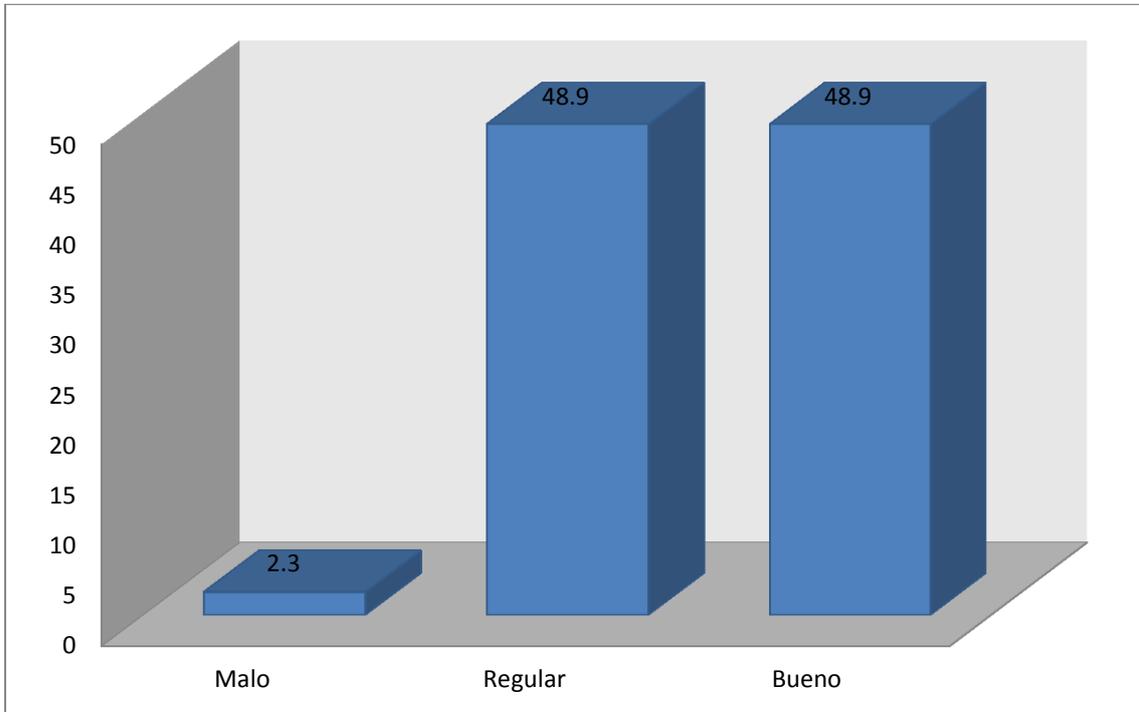
Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN.

La tabla N° 7 nos muestra que el mayor porcentaje de gestantes investigadas coincidieron en su nivel de conocimiento sobre higiene oral de niños de 0 a 36 meses al ubicarse en regular y bueno (48.9% para cada una), en tanto, el menor porcentaje de ellas (2.3%) estaban consideradas con un nivel de conocimiento malo.

### GRÁFICO N° 7

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 8**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE NIÑOS DE 0 A**  
**36 MESES EN LAS GESTANTES**

Lactancia Materna	N°	%
Malo	23	17.6
Regular	54	41.2
Bueno	54	41.2
Total	131	100.0

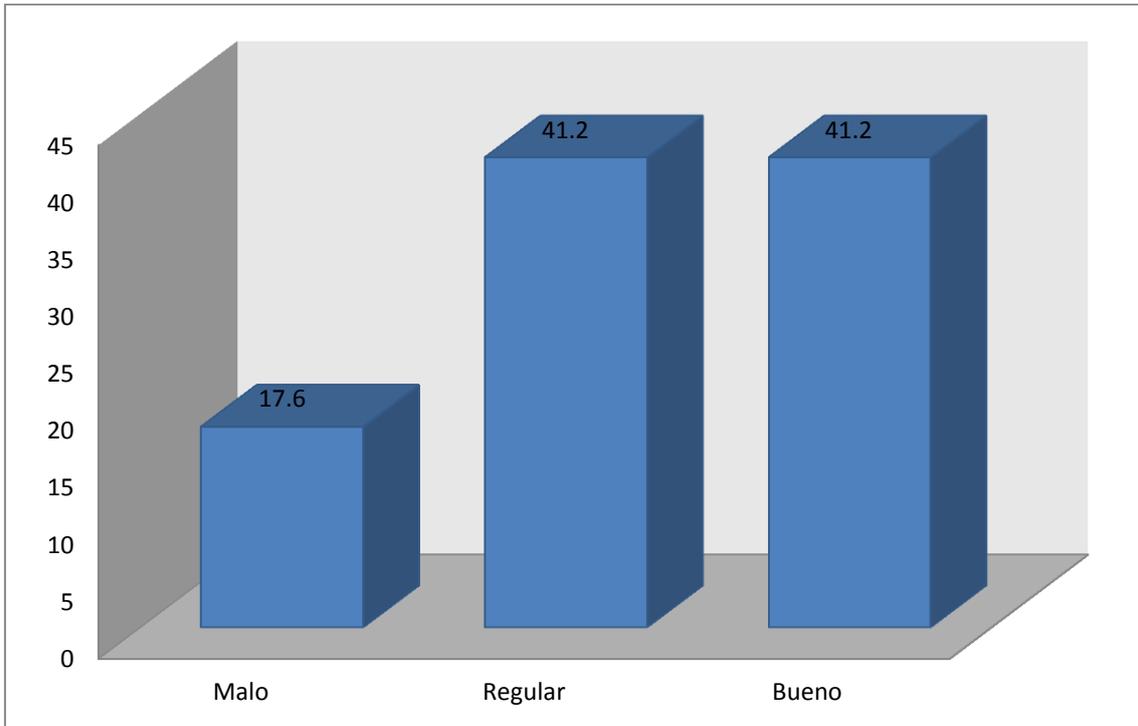
Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN.

La tabla N° 8 nos muestra que el mayor porcentaje de gestantes investigadas coincidieron en su nivel de conocimiento sobre lactancia materna de niños de 0 a 36 meses al ubicarse en regular y bueno (41.2% para cada una), en tanto, el menor porcentaje de ellas (17.6%) estaban consideradas con un nivel de conocimiento malo.

### GRÁFICO N° 8

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 9**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE NIÑOS  
DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Enfermedad Periodontal	N°	%
Malo	35	26.7
Regular	42	32.1
Bueno	54	41.2
Total	131	100.0

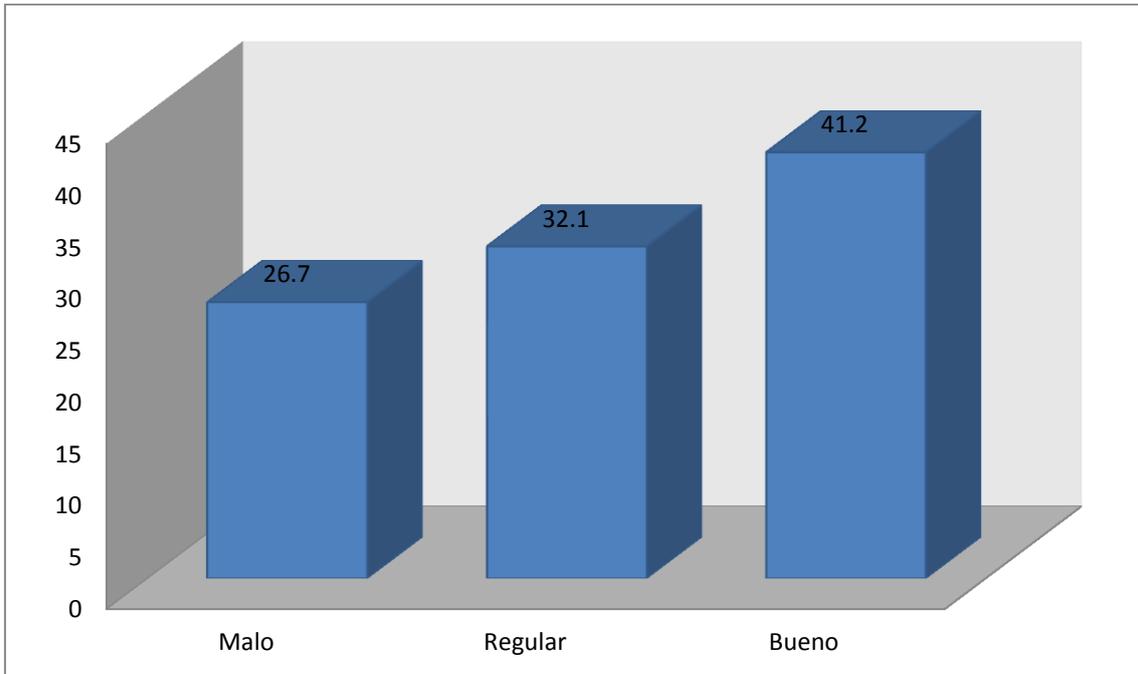
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de gestantes estudiadas (41.2%) tuvieron un nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en niños de 0 a 36 meses considerado como bueno; mientras que el menor porcentaje de ellas (26.7%) se ubicaron en un nivel de conocimiento considerado como malo.

### GRÁFICO N° 9

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 10**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL DE NIÑOS DE 0 A 36**  
**MESES EN LAS GESTANTES**

Caries Dental	N°	%
Malo	32	24.4
Regular	30	22.9
Bueno	69	52.7
Total	131	100.0

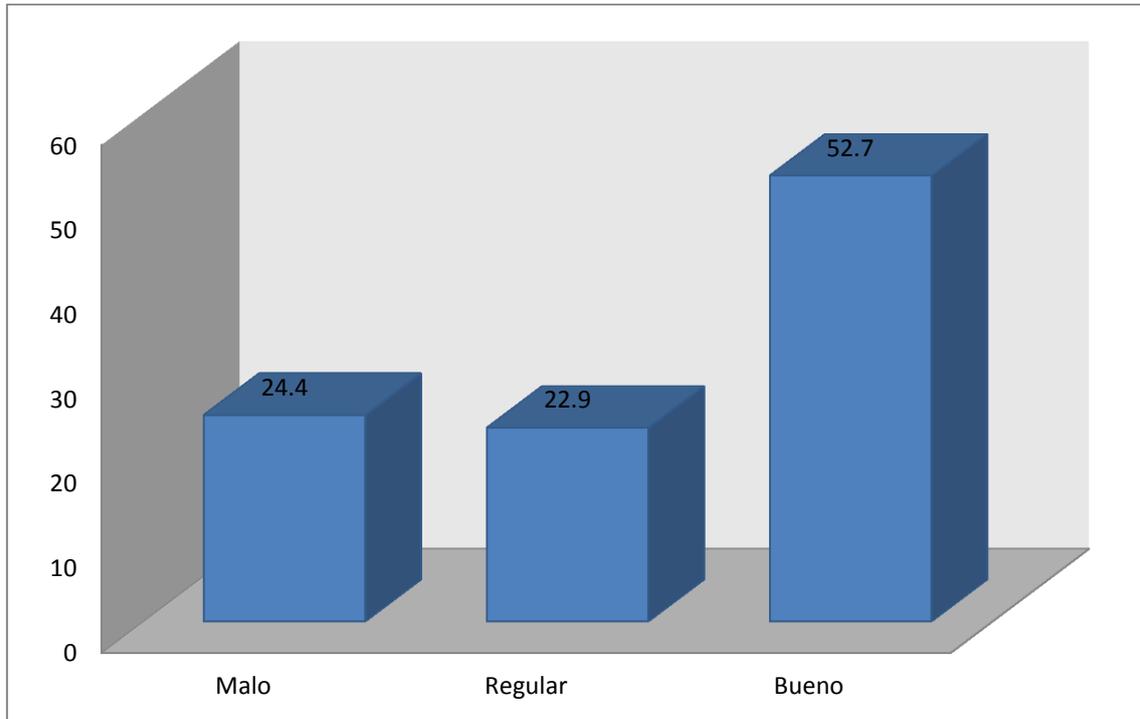
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La presente tabla nos muestra que la mayoría de gestantes investigadas (52.7%) tenían un nivel de conocimiento sobre caries dental de niños de 0 a 36 meses considerado como bueno, mientras que el menor porcentaje de ellas (22.9%) su conocimiento se ubicó en el rango de regular.

### GRÁFICO N° 10

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 11**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIONES DE NIÑOS DE 0 A 36**  
**MESES EN LAS GESTANTES**

Maloclusiones	N°	%
Malo	35	26.7
Regular	56	42.7
Bueno	40	30.5
Total	131	100.0

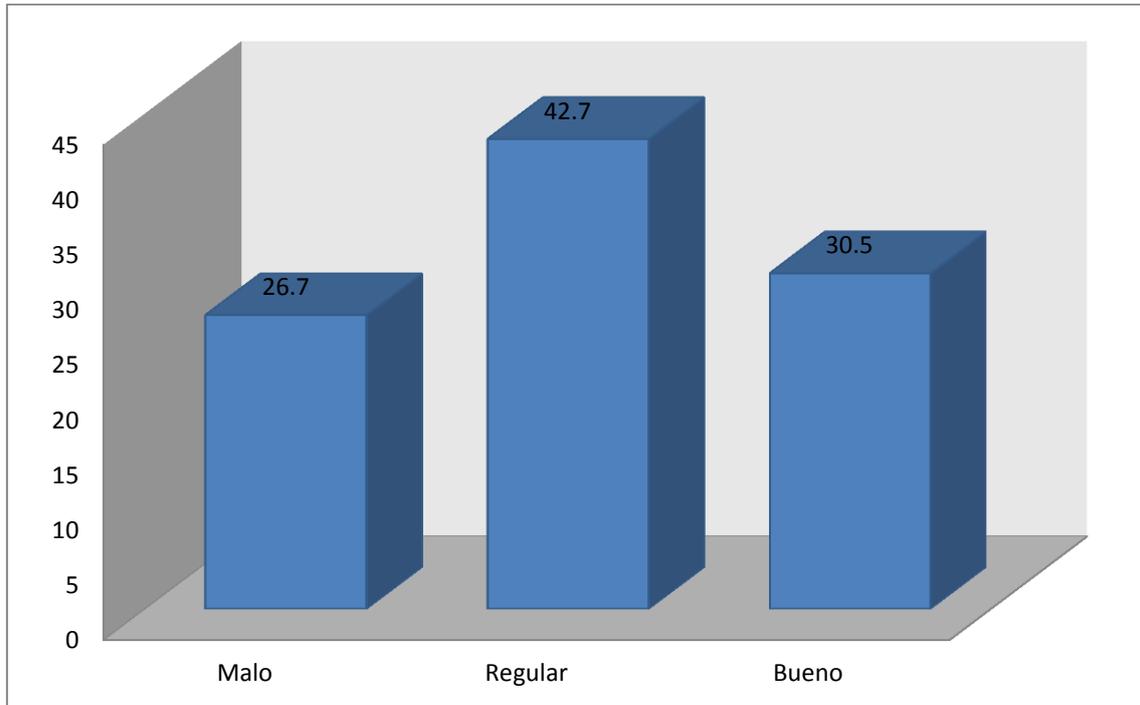
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La presente tabla nos permite evidenciar que el mayor porcentaje de gestantes investigadas (42.7%) tuvieron un nivel de conocimiento sobre maloclusiones de niños de 0 a 36 meses considerado como regular; mientras que el menor porcentaje de ellas (26.7%) se clasificaron dentro del nivel de conocimiento malo.

### GRÁFICO N° 11

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOCLUSIONES DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 12**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Atención Odontológica	N°	%
Malo	20	15.3
Regular	52	39.7
Bueno	59	45.0
Total	131	100.0

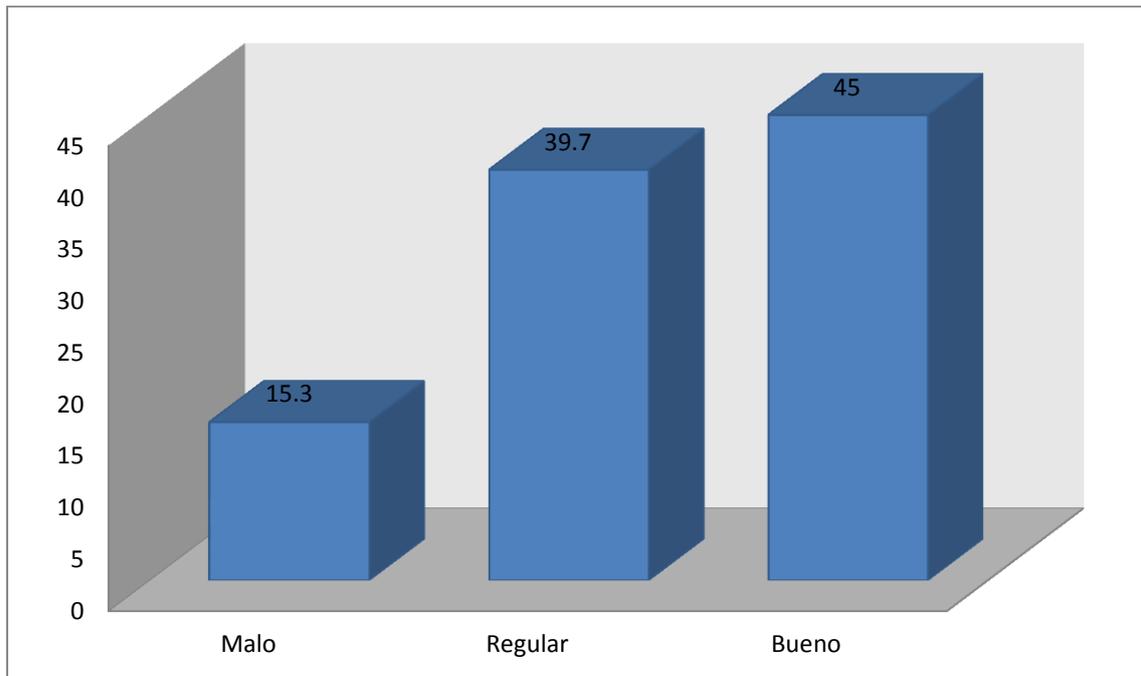
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La presente tabla nos permite evidenciar que el mayor porcentaje de madres gestantes (45.0%) tuvieron un nivel de conocimiento sobre atención odontológica de niños de 0 a 36 meses considerado como bueno; mientras que el menor porcentaje de ellas (15.3%) estuvieron clasificadas dentro del nivel de conocimiento malo.

## GRÁFICO N° 12

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 13**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE NIÑOS  
DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Tratamientos Preventivos	N°	%
Malo	23	17.6
Regular	36	27.5
Bueno	72	55.0
Total	131	100.0

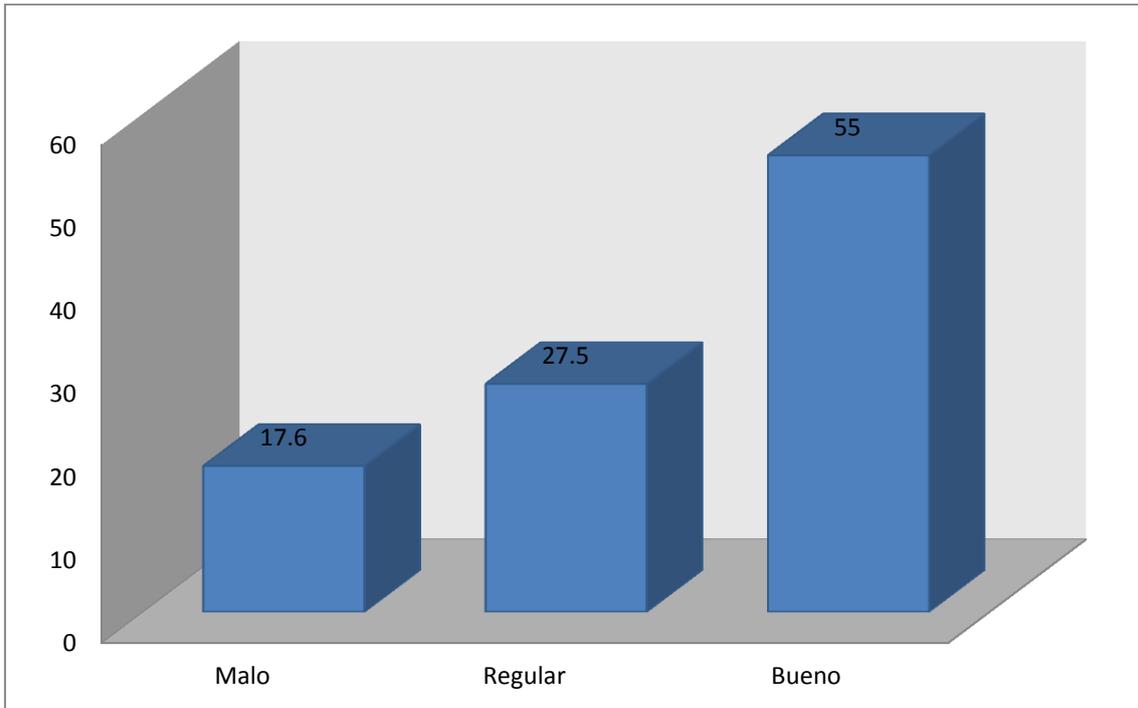
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que la mayoría de madres gestantes estudiadas (55.0%) alcanzaron un nivel bueno de conocimiento sobre tratamientos preventivos; en tanto el menor porcentaje de ellas (17.6%) llegaron a un nivel de conocimiento clasificado como malo.

### GRÁFICO N° 13

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 14**

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Edad	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
18 a 20 años	6	42.9	2	14.3	6	42.9	14	100.0
21 a 30 años	33	38.4	22	25.6	31	36.0	86	100.0
31 a 38 años	9	29.0	6	19.4	16	51.6	31	100.0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>36.6</b>	<b>30</b>	<b>22.9</b>	<b>53</b>	<b>40.5</b>	<b>131</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.560$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

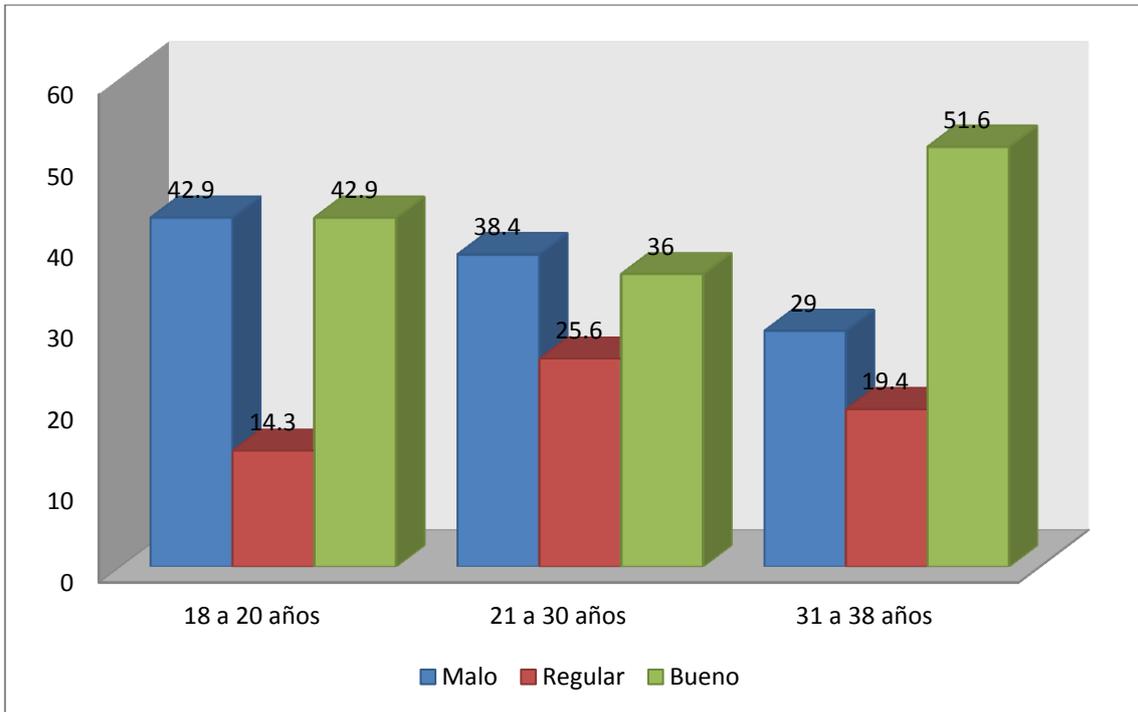
**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que las gestantes entre los 18 a 20 años, en mayor porcentaje, tuvieron un nivel de conocimiento sobre salud bucal de niños de 0 a 36 meses entre malo y bueno (42.9% para cada una); las gestantes entre los 21 a 30 años, en mayor porcentaje (38.4%), tuvieron un nivel de conocimiento malo, finalmente, las gestantes entre los 31 a 38 años, en su mayoría (51.6%) alcanzaron un nivel de conocimiento bueno.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre las variables; por tanto la edad de la gestante no influye en su nivel de conocimiento.

**GRÁFICO N° 14**

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**



**TABLA N° 15**

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Grado de Instrucción	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Secundaria	18	41.9	11	25.6	14	32.6	43	100.0
Técnica	10	25.0	9	22.5	21	52.5	40	100.0
Superior	20	41.7	10	20.8	18	37.5	48	100.0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>36.6</b>	<b>30</b>	<b>22.9</b>	<b>53</b>	<b>40.5</b>	<b>131</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.336$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

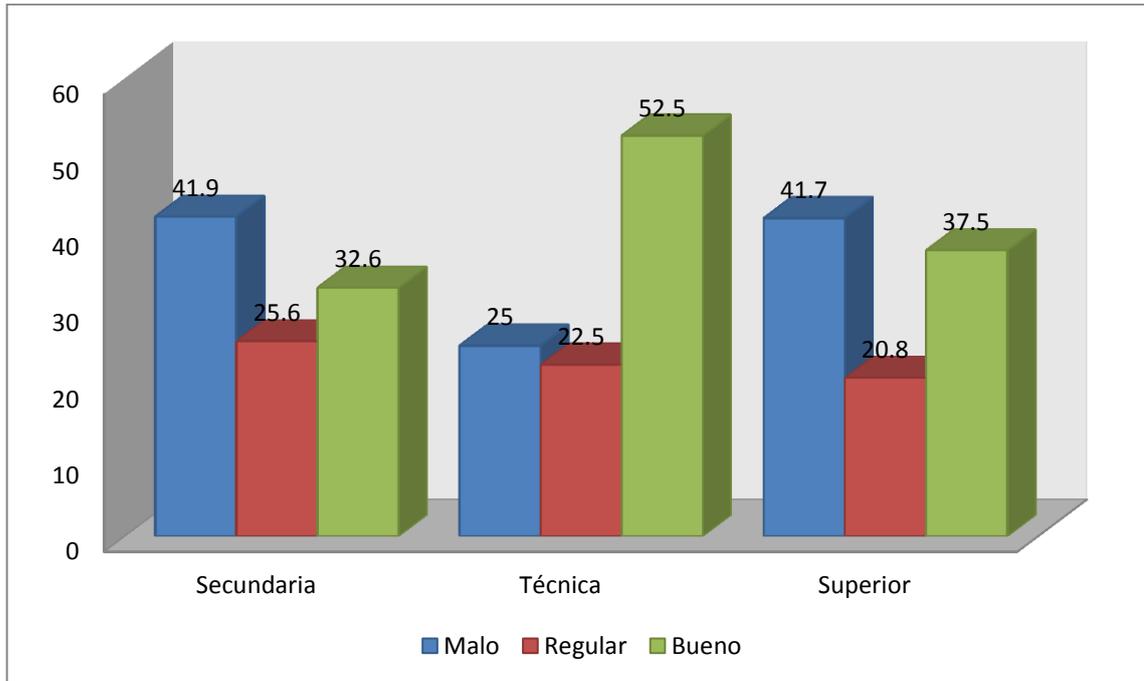
**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que las gestantes con un grado de instrucción de secundaria, el mayor porcentaje de ellas (41.9%) tuvieron un nivel de conocimiento sobre salud bucal de niños de 0 a 36 meses considerado como malo; en tanto el 52.5% de gestantes con grado técnico, se ubicaron con un nivel de conocimiento bueno, finalmente las de grado superior, el mayor porcentaje de ellas (41.7%) su conocimiento fue malo.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre las variables; por tanto el grado de instrucción de la gestante no influye en su nivel de conocimiento.

**GRÁFICO N° 15**

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**



**TABLA N° 16**

**RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Estado Civil	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Conviviente	32	35.6	22	24.4	36	40.0	90	100.0
Casada	16	39.0	8	19.5	17	41.5	41	100.0
Total	48	36.6	30	22.9	53	40.5	131	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.816$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

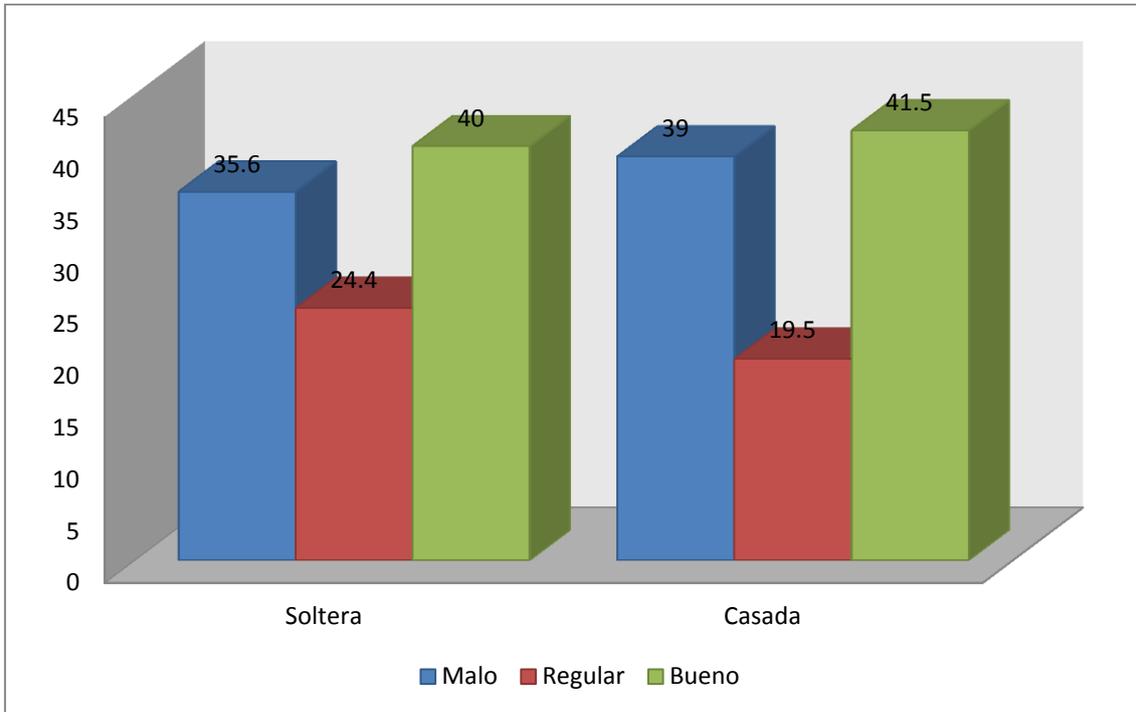
**INTERPRETACIÓN.**

En la presente tabla podemos apreciar que tanto las gestantes convivientes como las casadas alcanzaron un nivel bueno de conocimiento sobre salud bucal del niño de 0 a 36 meses (40.0% y 41.5% respectivamente).

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre las variables; por tanto el estado civil de la gestante no influye en su nivel de conocimiento.

## GRÁFICO N° 16

### RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



**TABLA N° 17**

**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES**

Número de Hijos	Nivel de Conocimiento						Total	
	Malo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Hasta 1 hijo	30	35.7	22	26.2	32	38.1	84	100.0
De 2 a más	18	38.3	8	17.0	21	44.7	47	100.0
Total	48	36.6	30	22.9	53	40.5	131	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.476$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

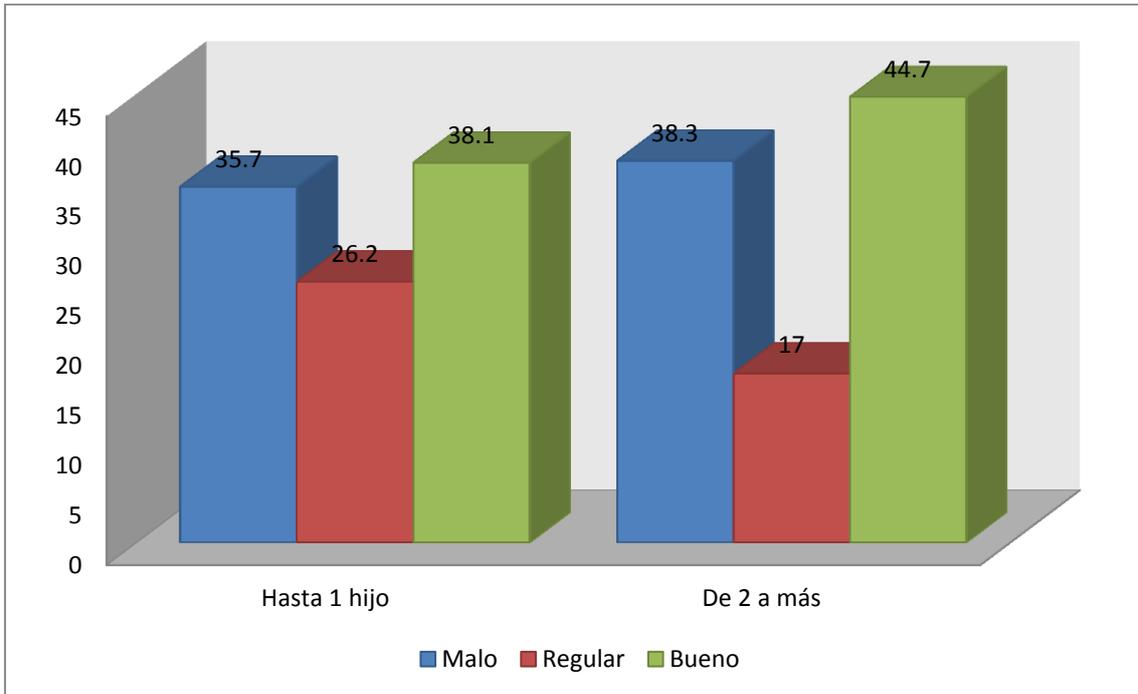
**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar que tanto las gestantes que tiene hasta un hijo como aquellas con 2 a más alcanzaron un nivel bueno de conocimiento sobre salud bucal del niño de 0 a 36 meses (38.1% y 44.7% respectivamente).

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre las variables; por tanto el número de hijos de la gestante no influye en su nivel de conocimiento.

### GRÁFICO N° 17

#### RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES EN LAS GESTANTES



## 2. DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó que las gestantes tienen un nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en niños de 0 a 36 meses bueno 40.5% seguido de malo 36.6% y regular 22.9% respectivamente. Estos datos no coinciden con la tesis de **Paz Mamani Miguel Ángel** donde encontró que las gestantes tenían un nivel de conocimiento regular 56.9%, seguido por el nivel malo con el 31.7% y menor frecuencia es nivel bueno con un 11.4%. No coincide con la tesis de **Barrios Lambruschini David** donde se observa que el nivel de conocimiento es malo 54.7 % y en menor proporción fue bueno 6.7 % y tampoco coinciden con la tesis de **Sánchez Naveros, Lincol German**, el nivel de conocimiento del total de las gestantes encuestadas es regular a malo con un 51.4% y 40% respectivamente.

Al evaluar las dimensiones sobre crecimiento y desarrollo en los niños de 0 a 36 meses, en el área de higiene oral, en lactancia materna, en el área de nivel de conocimiento de maloclusión, en el área de nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos, estos datos coinciden con la tesis de **Paz Mamani Miguel Ángel**.

En el área de conocimiento de enfermedad periodontal, en caries dental, en el nivel de conocimiento sobre atención odontológica, lo cual no coincide con la tesis **Paz Mamani Miguel Ángel**.

En la relación entre la edad de la gestante , el grado de instrucción, Respecto al número de hijos, y su nivel de conocimiento sobre salud bucal en niños de 0 a 36 meses podemos apreciar que según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre ellas; por tanto la edad de la gestante no influye en su nivel de conocimiento, lo cual no coincide con la tesis de **Paz Mamani Miguel Ángel** quien encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento y la edad de las madres.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA:**

El nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses de las madres gestantes fue, en el mayor porcentaje de ellas, catalogada como buena (40.5%). Respecto a la dimensión de crecimiento y desarrollo, el nivel alcanzado fue malo (51.1%), en lo concerniente a higiene oral y lactancia materna, estuvieron entre regular y bueno (48.9% y 41.2%); en relación a la enfermedad periodontal, caries dental, atención odontológica y tratamientos preventivos, el nivel alcanzado fue bueno (41.2%, 52.7%, 45.0% y 55.0% respectivamente). En lo que respecta a maloclusiones, el conocimiento cayó en regular (42.7%).

### **SEGUNDA:**

La edad de las gestantes no tuvo relación estadísticamente significativa con su nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses.

### **TERCERA:**

El número de hijos que tenían las madres gestantes no influyó de manera estadísticamente significativa con su nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses.

### **CUARTA:**

El grado de instrucción de la madre gestante no fue un factor que influya de manera significativa estadísticamente sobre su nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses.

### **QUINTA:**

El estado civil de las madres gestantes no tuvo relación estadísticamente significativa con su nivel de conocimiento sobre medidas de salud bucal en los niños de 0 a 36 meses.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA:**

Se sugiere que el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena siga con el programa de las charlas que les brinda a todas madres gestantes al momento de pasar por el departamento de odontología.

### **SEGUNDA:**

Se sugiere que se les brinde a todas las madres gestantes un trifoliado como el que se realizó con la información necesaria sobre salud bucal del niño y de la gestante.

### **TERCERA:**

Se sugiere que el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena, les brinde un manual básico como el que se elaboró con toda la información necesaria sobre medidas preventivas de salud bucal.

### **CUARTA:**

Se sugiere que se haga un taller de educación continua sobre medidas preventivas de salud bucal a las madres gestantes hasta que los niños cumplan los tres años con el manual propuesto u otros relacionados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landean Rebeca. Elaboración De Trabajos De Investigación. 1<sup>era</sup> Edición. Venezuela. Editorial Alfa; 2007.
2. Delgado Llancari, Roxana. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Bucal De Los Docentes De Educación Inicial Y Primaria En Los Distritos Rurales De Huachos Y Capillas, Provincia De Castrovirreyna – Huancavelica, Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2012.
3. Horacio Negrete, Jorge. Embriología Funcional: Una Perspectiva Desde La Biología Del Desarrollo .3<sup>er</sup> Edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2007.
4. Bordoni, Noemí; Escobar Rojas, Alfonso; Castillo Mercado, Ramón. Odontología Pediátrica. La Salud Bucal Del Niño Y El Adolescente En El Mundo Actual. 1<sup>o</sup> Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2010.
5. Smith Agreda, Víctor. Manual De Embriología Y Anatomía General. Volumen 5 De Educación. Serie Materials. Universitat De Valencia; 1991.
6. Figún, Mario Eduardo; Gariño, Ricardo Rodolfo. Anatomía Odontológica Funcional Y Aplicada. 2<sup>o</sup> Edición. Buenos Aires-Argentina. Editorial El Ateneo; 2007.
7. Díez Cubas, Cesar. Anatomía Dental Para Higienistas De Atención Primaria. 1<sup>o</sup> Edición. Madrid. Editorial Visión Net. 2007.
8. Organización Mundial De La Salud Estrategia Mundial De La Organización Mundial De La Salud Sobre Régimen Alimentario, Actividad Física Y Salud. 2004.  
[Http://Www.Who.Int/Dietphysicalactivity/Strategy/Eb11344/Strategy\\_Spanish\\_Web.Pdf?Ua=1](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/Eb11344/strategy_Spanish_Web.Pdf?Ua=1)
9. Saliba, Nemre Adas; Saliba Moimaz, Suzely Adas; Carvalho, Maria De Lourdes; Tonini Dos Santos, Karina. Análisis Crítico De Las Metodologías De Registro De Dieta Alimentaria. Acta Odontol. Venez. V. 46 N. 1 Caracas Mar. 2008.
10. Marín Rodríguez, Zoila Rosa. Elementos De Nutrición Humana. 1<sup>o</sup> Edición. España. Editorial Euned; 1996.

11. Valera López, Jorge. El Embarazo En La Adolescencia. 1° Edición. Perú. Indecopi Perú; 2009.
12. Sánchez Saravia, Claudia. Protegiendo Los Dientes De Tu Bebé. Guía Practica Para Padres. 1° Edición. Bolivia. Bolivia dental; 2005.
13. Palacios, Santiago. Salud Y Medicina De La Mujer. 5° Edición. Madrid. Ediciones Harcourt, S. A; 2000.
14. OMS. Asesoramiento Nutricional Durante El Embarazo. Biblioteca Electrónica De Documentación Científica Sobre Medidas Nutricionales (Elena); 2015. [Http://Www.Who.Int/Elena/Titles/Nutrition Counselling Pregnancy/Es/](http://Www.Who.Int/Elena/Titles/Nutrition_Counselling_Pregnancy/Es/)
15. Hernández, Ángel Gil. Tratado De Nutrición / Nutrición Humana En El Estado De Salud. 2° Edición .Madrid. Editorial- Médica Panamericana. 2010.
16. Restrepo M. Sandra Lucía; Mancilla L. Lorena Patricia; Parra S. Beatriz Elena; Manjarrez C Luz Mariela; Zapata L. Natalia Janeth; Restrepo Ochoa. Paula Andrea; Martínez S. Mónica Isabel. Evaluación Del Estado Nutricional De Mujeres Gestantes Que Participaron De Un Programa De Alimentación Y Nutrición. Rev. Chile Nutr Vol. 37, N° 1, Marzo 2010: Págs. 18-30.
17. Reyes Gil, Dalia Melissa. Eficacia De Una Intervención Educativa Sobre El Nivel De Conocimiento En Salud Bucal Para Infantes En Gestantes Del Centro Materno Infantil “El Bosque” .Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo – 2014.
18. Valera López, Jorge. Niños Sanos. Enfermedades Infantiles, Alimentación Y Nutrición Infantil, Dietas Y Recetas Infantiles. 1° Edición. Perú. Indecopi Perú; 2010.
19. OMS. Lactancia Materna. Salud De La Madre, El Recién Nacido, Del Niño Y Del Adolescente. [Http://Www.Who.Int/Maternal Child Adolescent/Topics/Newborn/Nutrition/Breastfeeding/Es/](http://Www.Who.Int/Maternal_Child_Adolescent/Topics/Newborn/Nutrition/Breastfeeding/Es/)
20. Gordon Baveryn.; Fletche, Mary Ann. Neonatología: Fisiopatología Y Manejo Del Recién Nacido. 5° Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2001.
21. BENÍTEZ, L.; CALVO, L.; QUIRÓS O; MAZA, P; D JURISIC, A; ALCEDO C; FUENMAYOR, D. ESTUDIO DE LA LACTANCIA MATERNA COMO UN FACTOR DETERMINANTE PARA

PREVENIR LAS ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES. REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA "ORTODONCIA.WS EDICIÓN ELECTRÓNICA SEPTIEMBRE 2009.

22. OMS. Nutrición Complementaria. Nutrición.  
[Http://Www.Who.Int/Nutrition/Topics/Complementary\\_Feeding/Es/](http://Www.Who.Int/Nutrition/Topics/Complementary_Feeding/Es/)
23. Arsenia Abellas, María; Urgellés Pérez, Yanelis. Algunas Consideraciones Sobre La Alimentación Del Lactante Para La Conservación De Su Salud Bucal. Cuba. Medisan 2012; 16(4):596.
24. OMS. Salud Bucodental. 2012.  
[Http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs318/Es/](http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs318/Es/)
25. El Pueblo. El Diario. Caries Dentales Aumentan En La Región; 25 De Octubre De 2015. [Http://Elpueblo.Com.Pe/Noticia/Locales/Caries-Dentales-Aumentan-En-La-Region](http://Elpueblo.Com.Pe/Noticia/Locales/Caries-Dentales-Aumentan-En-La-Region)
26. Negroni Marta. Microbiología Estomatológica: Fundamentos Y Guía Práctica. 2º Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2009.
27. Federación Nacional De Colegio De Cirujanos Dentistas. Asociación Dental Mexicana .A.C. Caries Dental. México. Revista Adm; 1997.  
[Https://Books.Google.Com.Pe/Books?Id=Nd6aaaaaiaaj&Pg=Pa147&Dq=Caries+Dental+Revistas&HI=Es&Sa=X&Ved=0ahukewibs9tu1lvnahwbmsykhzsqct8q6aeimjaa#V=Onepage&Q=Caries%20dental%20revistas&F=False](https://Books.Google.Com.Pe/Books?Id=Nd6aaaaaiaaj&Pg=Pa147&Dq=Caries+Dental+Revistas&HI=Es&Sa=X&Ved=0ahukewibs9tu1lvnahwbmsykhzsqct8q6aeimjaa#V=Onepage&Q=Caries%20dental%20revistas&F=False)
28. Federación Nacional De Colegio De Cirujanos Dentistas .Asociación Dental Mexicana .A.C. Caries Dental. México. Revista Adm; Vol. Lv; 1998.  
[Https://Books.Google.Com.Pe/Books?Id=6tqaaaaaiaaj&Pg=Pa234&Dq=Caries+Dental+Revistas&HI=Es&Sa=X&Ved=0ahukewibs9tu1lvnahwbmsykhzsqct8q6aeinjab#V=Onepage&Q=Caries%20dental%20revistas&F=False](https://Books.Google.Com.Pe/Books?Id=6tqaaaaaiaaj&Pg=Pa234&Dq=Caries+Dental+Revistas&HI=Es&Sa=X&Ved=0ahukewibs9tu1lvnahwbmsykhzsqct8q6aeinjab#V=Onepage&Q=Caries%20dental%20revistas&F=False)
29. Cameronk, Angus C; Widmer, Richard P. Manual De Odontología Pediátrica. 3º Edición. España. Editorial Elzevir Mosby; 2010.
30. Loaiza De La Cruz, Rosario; Ricse Cisneros, Rosario; Rivas Escobar, Paola; Torres Ramos, Gilmer. Impacto Económico En Las Familias de Niños Que Presentan Caries De Infancia Temprana Atendidos De Atención De Infante Del Instituto Nacional De salud Del Niño. Lima-2009. Odontol Pediatr Vol. 12 N° 1; 2013.

31. Aguilar Ayala, Fernando Javier; Duarte Escobedo, Claudia Gabriela; Rejón-Peraza, Marina Eduviges; Serrano Piña, Rodrigo; Pinzón Te, Alicia Leonor. Prevalencia De Caries De La Infancia Temprana Y Factores De Riesgo Asociados. Acta Pediatr. Méx. Vol. 35 No .4 México Jul. /Ago. 2014
32. Arango, María Cristina; Baena, Gloria Patricia .Caries De La Infancia Temprana Y Factores De Riesgo. Revisión De La Literatura. Volumen 12
33. Rojas F. Sandra; Echeverría L. Sonia. Caries De Infancia Temprana. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(3) 581-587.
34. Podestá, Mario Elías; Velásquez Vergara, Olga. Adquisición Temprana De Estreptococos Mutans Y Caries Dental. Dental Tribune Hispanic & Latin America.
35. Langlais, Robert P. Miller, Craig S.; Nield Gehrig, Jill S. Atlas A Color De Enfermedades Bucales. 1º Edición. México .Editorial El Manual Moderno S. A; 2009.
36. Fernández Mondragón, Pilar; García Suarez, Ángela; Hernández Gonzales, Luis; López Iglesias, Libia. Higienistas Dentales.1º Edicion. Vol 2.España. Editorial Mad: 2006.
37. Ustrell I Torrent, Josep Maria. Manual De Ortodoncia. 1º Edición. Barcelona. Publicación. Ediciones De Universitat De Barcelona; 2011.
38. Lugo, Carmen; Toyo, Irasema. Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones. Revista Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatría Depósito Legal Nº: Pp200102cs997 - Issn: 1317-5823 - Rif: J-31033493-5 - Caracas – Venezuela; 2011.
39. Estrada Verdeja' Viviana; Expósito Martín, Idelbys; García Peláez' Soledad; Martín Zaldívar' Ledia; Pérez Llanes' Yoicet. Deglución Anormal: Algunas Consideraciones Sobre Este Hábito. Amc. V. 14 N. 6 Camagüey Nov.-Dic. 2010.
40. Parra, Yahaira. El Paciente Respirador Bucal Una Propuesta Para El Estado Nueva Esparta 1996-2001. Volumen 42 N° 2 / 2004
41. Rivera Villarroel Carol Katherine; Rodríguez Gallardo Ana Zulma. Síndrome De Respiración Bucal. Rev. Acta. Clin. Med V. 20 La Paz Mayo 2012.

42. Borrás Sánchez, Salvador; Rosell Clar, Vicente. Guía Para La Reeduación De La Deglución Atípica Y Trastornos Asociados. 1º Edición. España. Edición libre; 2011.
43. Carrasco Loyola, Milagros B.; Pachas Barrionuevo, Flor M. ;Sánchez Huamán, Yhedina D; Villena Sarmiento, Rita S. Lactancia Materna Y Hábitos De Succión Nutritivos Y No Nutritivos En Niños De 0-71 Meses De Comunidades Urbano Marginales Del Cono Norte De Lima. Rev. Estomatol. Herediana. 2009; 19(2).
44. Arango María Cristina. Estrategia Instituciones Amigas De La Mujer Y La Infancia –la mi Integral influencia Del Uso De Chupos Y Biberones En La Práctica De La Lactancia Materna Y La Salud Bucal De La Infancia Temprana. Revista Estomatológica 1996.
45. Cahuana, A; Gómez, L.; Palma, C. Guía De Orientación Para La Salud Bucal En Los Primeros Años De Vida. Barcelona. Acta Pediatr Esp. 2010; 68(7): 351-357.
46. Minaña, Victoria I. Flúor Y Prevención De La Caries En La Infancia. Revista Pediátrica De Atención Primaria Volumen v. Número 15. Julio/Setiembre 2002.
47. Alvarado Menancho, Anticona Hauynape; Cinthya; Sergio; Guillen Astete, Antonio; Guillen Borda, Celso; Loayza De La Cruz, Rosario; Pérez Zamora, Segundo; Torres Ramos, Gilmer. El Flúor En La Prevención De Caries En La Dentición Temporal. Barnices Fluorados. Odontol. Sanmarquina. 2006. 9(1):31-35.
48. Duggal, Monty; Cameron, Angus; Toumba, Jack. Odontología Pediátrica. 1º Edición. México. Editorial Manual Moderno; 2014.
49. Faleiros Chioca S; Urzúa Araya I; Rodríguez Martínez G; Cabello Ibacache R. Uso De Sellantes De Fosas Y Fisuras Para La Prevención De Caries En Población Infanto-Juvenil: Revisión Metodológica De Ensayos Clínicos. Rev. Clin. Periodoncia, Implantología. Rehabilitación. Oral Vol. 6(1); 14-19, 2013.   
[Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Pid=S0719-01072013000100003&Script=Sci\\_Arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072013000100003&script=sci_arttext)
50. Enrile De Rojas, Francisco; Fuenmayor Fernández, Vicente. Manual De Higiene Bucal. 1º Edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2009.

51. García-Caballero, Carlos. Tratado De Pediatría Social. 2° Edición. España. Edición Díaz De Santos S.A.; 2000.
52. Carrasco-Loyola, Milagros; Orejuela-Ramírez, Francisco. Visita Al Dentista Y Hábitos Higiénicos En Escolares De 6-7 Años Kiru. 2015; 12(1):33-41.
53. Rojas Alcayaga, G; Misrachi Launert C. La Interacción Paciente-Dentista, A Partir Del Significado Psicológico De La Boca. Avances En Odontoestomatología Vol. 20 - Núm. 4 – 2004.
54. Barrios Lambruschini, David. Nivel de Conocimientos sobre Salud Oral en Gestantes del Honadomani “San Bartolomé”- MINSA, Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2012.
55. Castillo Alarcón, Hilda Jessica. Estrategias De Prevención E Intervención En Problemas Odontológicos De Clientes Externas Embarazadas Que Acuden Al Centro De Salud N° 1 De Ibarra Durante El Período Julio Del 2008 A Marzo Del 2009 Universidad Técnica Del Norte .Agosto 2010.
56. Cruz Palacios, Cyndi Carola. Salud Bucal Materno Infantil. Universidad Cayetano Heredia. Lima – Perú 2011.
57. Izaguirre Paredes, Jorge Arturo. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de las embarazadas que consultan al centro de atención permanente para pacientes ambulatorios (CENAPA) de Cobán Alta Verapaz y su relación con prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal. Universidad Rafael Landívar. Guatemala, Febrero 2012.
58. Jara González, América Dennise. Caries y su relación con hábitos alimenticios y de higiene en niños de 6 a 36 meses de edad. Universidad Autónoma de Chihuahua. Mayo 2012.
59. López Otero, Elsa; Machado Ramos, Sady; Torres Gárriz, Lina I. Clínica Estomatológica Intervención Educativa Para Elevar Los Conocimientos Y Modificar Hábitos Sobre Salud Bucal En Embarazadas. Mediciego 2012; 18.
60. Nolasco Torres, Aida. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Bucal En Gestantes Del Distrito De Chimbote, Provincia Dela Santa, Departamento De Ancash. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote- Noviembre 2012.
61. Paz Mamani Miguel, Ángel. Nivel De Conocimiento De Las Madres Sobre Las Medidas Preventivas En La Salud Bucal De Los Niños De 0 A 36 Meses De

Edad Del Honadomani “San Bartolomé” MINSA 2014 Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2014.

62. Reyes Gil, Dalia Melissa. Eficacia De Una Intervención Educativa Sobre El Nivel De Conocimiento En Salud Bucal Para Infantes En Gestantes Del Centro Materno Infantil “El Bosque” .Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo – 2014.
63. Ruiz Cisneros, Catherine Angélica. Nivel De conocimiento Sobre Prevención Sobre Salud Bucal En Gestantes Del Centro Salud De Paijam. Universidad Nacional De Trujillo. Agosto-Diciembre 2010.
64. Sánchez Navarros, Lincol German. Nivel De Conocimiento Sobre Prevención De Caries Y Gingivitis Y Su Relación Con La Higiene Bucodental En Gestantes Que Acuden Al Consultorio Odontológico Del Centro De Salud Mariano Melgar, Arequipa – Perú 2010.
65. Toledo Sánchez, Katman Bear. Conocimiento De Medidas Preventivas En Salud Bucal En Pacientes Gestantes En El Hospital Luis Negreiros Vega. Universidad Alas Peruanas Lima -Junio Del Año 2013.
66. Yncio Lozada, Sally Isela. Prevalencia De Caries Dental En Relación Al Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Higiene Oral En Primigestas Y Multigestas Que Se Atendieron En El Policlínico Francisco Pizarro EsSalud Rímac De Marzo A Mayo 2008. Universidad Inca Garcilaso De La Vega Lima – Perú 2009.

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIO

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque Ud. con un aspa

**(x) sólo sobre una de las letras que crea como respuesta correcta de cada pregunta.**

### I. DATOS GENERALES

Ficha Nro. : \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ años

**GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Técnica.
- d) superior.

**NÚMERO DE HIJOS** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:**

- a) Soltera
- b) conviviente
- c) Casada
- d) Divorciada

### II. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

**1. ¿Cuál de estos factores cree Ud. que durante el embarazo puede afectar el desarrollo adecuado del aparato bucal de su hijo?**

- a) La alimentación.
- b) El uso de algunos fármacos.
- c) El consumo de alcohol, cigarros y/o drogas.
- d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b y c.

**2. ¿A qué edad terminan de salir en boca todos los dientes de leche de su hijo?**

- a) A los 6 meses.
- b) Al año y medio aproximadamente.
- c) A los 2 años aproximadamente.
- d) A los 5 años aproximadamente.
- e) No sé.

**3. ¿Cuántos dientes de leche en total debe tener su hijo a los 3 años?**

- a) 12 dientes.
- b) 16 dientes.
- c) 20 dientes.
- d) 24 dientes.
- e) No sé.

**4. ¿Cuándo debe Ud. empezar a limpiar la boca de su hijo?**

- a) Desde el nacimiento.
- b) Cuando le empiezan a salir sus dientes de leche.
- c) Cuando le terminan de salir todos los dientes de leche.
- d) Cuando le empiezan a salir los dientes permanentes.
- e) No sé.

**5. ¿En qué momento del día Ud. debería limpiar la boca de su hijo?**

- a) Sólo en las mañanas.
- b) Sólo en las noches.
- c) Antes de cada comida.
- d) Después de cada comida.
- e) No sé.

**6. ¿A qué edad debe Ud. empezar a realizar el cepillado de los dientes de su hijo?**

- a) A los 2 años de edad aproximadamente.

- b) Al año de edad.
- c) Cuando terminen de salir todos los dientes de leche.
- d) Apenas le aparezca el primer diente de leche.
- e) No sé.

**7. ¿Cuál de estas acciones se recomienda al realizar la higiene bucal de su hijo menor de 3 años?**

- a) Echarle bastante pasta dental al cepillo.
- b) Usar enjuagatorios bucales.
- c) Usar el cepillo grande de adulto.
- d) Usar un cepillo pequeño de cerdas suaves.
- e) Todas las anteriores.

**8. ¿Por qué es importante la lactancia materna para la boca de su hijo?**

- a) Porque hará que tenga dientes más blancos.
- b) Porque ayudará a que se desarrollen bien los huesos de la boca.
- c) Porque aprenderá a respirar por la boca.
- d) Porque hablará mejor.
- e) No sé.

**9. ¿Hasta qué edad debe recibir su hijo lactancia materna exclusiva?**

- a) Hasta los 3 meses.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta los 9 meses.
- d) Hasta los 12 meses.
- e) No sé.

**10. ¿Hasta qué edad el niño podría hacer uso del biberón?**

- a) Hasta el año.
- b) Hasta los 2 años.
- c) Hasta los 3 años.
- d) Hasta que su hijo lo deje solo.

e) No sé.

**11. La enfermedad periodontal es aquella que daña los tejidos de sostén del diente: hueso, ligamento y encía. ¿Qué indicaría que su hijo presente un problema periodontal?**

- a) Que tenga oscuras las encías o mucosa.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas.
- c) Que le sangren las encías al realizar la limpieza bucal.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

**12. De las siguientes alternativas ¿Qué afirmación es incorrecta?**

- a) La gingivitis es la enfermedad periodontal más frecuente en niños.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas son signos de gingivitis.
- c) Las encías sangran sólo por la presencia de caries en los dientes.
- d) La placa bacteriana se adhiere sólo a las encías.
- e) Sólo alternativas c y d.

**13. ¿Qué acciones predisponen la aparición de caries dental en su niño?**

- a) El uso del biberón con líquidos azucarados antes de hacerlo dormir a su hijo.
- b) El consumo de una dieta rica en harinas y azúcares.
- c) Limpieza bucal deficiente.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

**14. ¿Qué acciones pueden contagiar caries dental a su hijo?**

- a) Darle un beso a la boca de su hijo.
- b) Soplar su comida de la cuchara o plato que usa para alimentarlo.
- c) Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

**15. Maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la mala forma en que éstos encajan entre sí. ¿Qué lo puede causar?**

- a) El uso prolongado del biberón y/o del chupón.
- b) El chuparse el dedo constantemente.
- c) Factores genéticos.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

**16. De las siguientes alternativas ¿Cuál es correcta?**

- a) La pérdida de dientes de leche antes de tiempo no origina problemas en el futuro.
- b) Interponer frecuentemente la lengua entre los dientes puede originar maloclusión.
- c) La respiración bucal a largo plazo no afecta el correcto desarrollo de los maxilares.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

**17. ¿A qué edad debe ser la primera visita de su hijo al dentista?**

- a) Antes de los 6 meses de edad.
- b) Al año de edad.
- c) A los 2 años de edad.
- d) A los 3 años de edad.
- e) No sé.

**18. Sobre la visita al dentista: ¿Qué afirmación es la correcta?**

- a) Se debe castigar a su hijo llevándolo al dentista.
- b) Durante la cita los padres deben transmitir a su hijo una sensación de confianza y de seguridad.
- c) No conviene tener el hábito de examinar regularmente los dientes de su hijo para su mejor manejo en el consultorio.
- d) Es necesario que entre el niño y el dentista haya una buena relación y no se creen miedos o temores desde el principio.
- e) Sólo alternativas b y d.

**19. ¿Cuál alternativa es incorrecta con respecto al flúor?**

- a. El flúor remineraliza los dientes e intensifica la resistencia del esmalte.
- b. Para su consumo masivo se ha agregado a productos como la sal y pasta dental.
- c. Su consumo excesivo puede generar enfermedades como fluorosis dental y fluorosis esquelética.
- d. La pasta dental para niños menores de 3 años debe ser la misma pasta dental fluorada que la del adulto, sólo que en menor cantidad.
- e. Basta sólo con la aplicación tópica del flúor para que no aparezcan caries en los dientes.

**20. ¿Qué tratamientos preventivos se realizan para prevenir la instalación de caries en niños?**

- a) Control mecánico de la placa dental.
- b) Uso del flúor de forma sistémica y/o tópica.
- c) Uso de Clorhexidina de forma tópica.
- d) Aplicación de sellantes en dientes con fosas y fisuras profundas.
- e) Todas las anteriores.

## Anexo N° 2 matriz de datos

numero	edad	grado de instrucción	estado civil	N° de hijos	nivel de Conocimiento
1	38	técnica	casada	2	bueno
2	29	superior	casada	1	bueno
3	27	técnica	soltera	1	bueno
4	32	técnica	casada	2	bueno
5	20	secundaria	soltera	1	bueno
6	27	primaria	soltera	2	bueno
7	33	secundaria	soltera	1	malo
8	29	técnica	casada	2	bueno
9	35	superior	casada	1	bueno
10	26	técnica	soltera	2	bueno
11	26	secundaria	soltera	1	bueno
12	28	superior	casada	2	malo
13	18	secundaria	soltera	1	malo
14	25	superior	casada	1	malo
15	25	secundaria	casada	3	malo
16	21	técnica	soltera	1	bueno
17	22	técnica	soltera	1	bueno
18	20	técnica	soltera	1	bueno
19	30	secundaria	casada	3	bueno
20	34	superior	casada	2	bueno
21	19	secundaria	soltera	0	regular
22	21	secundaria	soltera	3	regular
23	26	superior	casada	1	regular
24	30	técnica	casada	2	regular
25	30	técnica	soltera	3	regular
26	23	superior	soltera	1	regular
27	22	superior	soltera	1	regular
28	26	secundaria	soltera	2	regular
29	22	secundaria	soltera	1	regular
30	25	técnica	soltera	1	regular
31	25	secundaria	soltera	1	regular
32	28	superior	soltera	1	regular
33	27	secundaria	soltera	1	regular
34	25	superior	soltera	1	regular
35	26	técnica	soltera	1	regular
36	18	secundaria	soltera	0	regular
37	32	superior	casada	1	regular
38	26	secundaria	casada	1	regular
39	23	superior	soltera	1	regular
40	26	superior	casada	1	regular
41	30	técnica	soltera	3	regular
42	32	técnica	casada	2	regular
43	28	técnica	soltera	1	regular

44	28	secundaria	casada	1	regular
45	36	superior	soltera	1	regular
46	33	técnica	soltera	1	regular
47	27	superior	soltera	1	regular
48	38	secundaria	soltera	4	regular
49	23	superior	casada	1	malo
50	30	superior	soltera	1	malo
51	20	secundaria	soltera	1	malo
52	28	técnica	casada	2	malo
53	34	superior	casada	3	malo
54	18	secundaria	soltera	1	malo
55	28	superior	casada	1	malo
56	26	técnica	soltera	1	bueno
57	36	superior	soltera	1	bueno
58	19	secundaria	soltera	1	bueno
59	23	secundaria	soltera	1	bueno
60	28	técnica	soltera	1	bueno
61	18	secundaria	soltera	0	malo
62	28	superior	soltera	0	malo
63	27	superior	soltera	1	malo
64	23	secundaria	soltera	1	malo
65	24	secundaria	soltera	1	malo
66	32	secundaria	soltera	4	regular
67	29	secundaria	soltera	1	malo
68	32	primaria	soltera	2	malo
69	28	técnica	casada	1	regular
70	22	superior	soltera	0	malo
71	18	secundaria	soltera	0	malo
72	38	técnica	casada	3	malo
73	29	superior	soltera	1	malo
74	29	superior	casada	2	malo
75	34	secundaria	soltera	2	malo
76	24	secundaria	soltera	2	malo
77	28	técnica	soltera	1	malo
78	28	superior	soltera	1	malo
79	21	técnica	casada	0	malo
80	32	superior	soltera	3	bueno
81	21	secundaria	soltera	2	bueno
82	20	secundaria	soltera	0	bueno
83	24	técnica	soltera	1	bueno
84	38	superior	casada	1	bueno
85	31	superior	soltera	1	bueno
86	30	superior	soltera	2	bueno
87	28	técnica	soltera	1	bueno
88	27	secundaria	soltera	2	bueno
89	24	técnica	soltera	2	bueno
90	28	secundaria	soltera	1	bueno

91	26	superior	casada	1	bueno
92	23	técnica	soltera	1	bueno
93	28	superior	soltera	2	malo
94	36	técnica	casada	2	malo
95	30	técnica	casada	2	bueno
96	28	superior	casada	1	bueno
97	33	técnica	casada	2	bueno
98	36	superior	casada	3	bueno
99	28	técnica	casada	1	bueno
100	36	técnica	casada	3	bueno
101	34	superior	casada	1	bueno
102	25	superior	soltera	0	bueno
103	22	superior	soltera	1	malo
104	18	secundaria	soltera	0	malo
105	38	técnica	casada	3	malo
106	29	superior	soltera	1	malo
107	29	superior	casada	2	malo
108	34	secundaria	soltera	2	malo
109	24	secundaria	soltera	2	malo
110	28	técnica	soltera	1	malo
111	28	superior	soltera	1	malo
112	21	técnica	casada	1	malo
113	32	superior	soltera	3	bueno
114	21	secundaria	soltera	2	bueno
115	20	secundaria	soltera	1	bueno
116	24	técnica	soltera	0	bueno
117	38	superior	casada	1	bueno
118	31	superior	soltera	1	bueno
119	30	superior	soltera	2	bueno
120	28	técnica	soltera	1	bueno
121	29	superior	soltera	1	malo
122	29	superior	casada	2	malo
123	34	secundaria	soltera	2	malo
124	24	secundaria	soltera	2	malo
125	28	técnica	soltera	1	malo
126	28	superior	soltera	1	malo
127	21	técnica	casada	1	malo
128	32	superior	soltera	3	bueno
129	21	secundaria	soltera	2	bueno
130	20	secundaria	soltera	1	bueno
131	24	técnica	soltera	1	bueno

## Dimensiones del cuestionario

crecimiento y desarrollo	higiene oral	lactancia materna	enfermedad periodontal	caries dental	maloclusión	atención odontológica	tratamientos preventivos
regular	bueno	bueno	regular	bueno	regular	Bueno	regular
regular	bueno	bueno	regular	bueno	regular	Bueno	bueno
regular	bueno	regular	bueno	bueno	regular	Regular	bueno
bueno	bueno	regular	bueno	bueno	bueno	Regular	bueno
regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
bueno	bueno	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
malo	regular	regular	malo	regular	regular	malo	bueno
malo	bueno	regular	bueno	bueno	regular	bueno	bueno
regular	regular	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
regular	bueno	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
regular	bueno	bueno	regular	bueno	bueno	regular	bueno
malo	malo	bueno	malo	malo	malo	malo	malo
regular	regular	regular	malo	bueno	malo	bueno	malo
malo	malo	malo	bueno	bueno	regular	bueno	malo
malo	regular	malo	malo	malo	malo	regular	malo
bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	regular	bueno	bueno
regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
bueno	bueno	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
bueno	bueno	regular	bueno	regular	regular	regular	bueno
bueno	bueno	bueno	regular	bueno	regular	bueno	bueno
malo	bueno	regular	bueno	malo	regular	bueno	bueno
malo	bueno	regular	bueno	malo	regular	bueno	bueno
malo	bueno	regular	regular	bueno	regular	regular	bueno
bueno	regular	bueno	regular	regular	regular	bueno	bueno
regular	regular	regular	bueno	regular	malo	regular	regular
malo	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
regular	regular	bueno	regular	bueno	regular	bueno	bueno
regular	regular	bueno	malo	bueno	bueno	regular	bueno
malo	bueno	regular	malo	bueno	bueno	regular	bueno
regular	bueno	regular	regular	regular	regular	bueno	regular
regular	regular	bueno	regular	regular	regular	regular	regular
malo	bueno	regular	malo	bueno	regular	bueno	malo
malo	regular	bueno	bueno	bueno	malo	regular	regular
regular	bueno	regular	regular	regular	regular	regular	bueno
malo	regular	regular	bueno	regular	regular	bueno	bueno
malo	regular	regular	bueno	regular	regular	malo	regular
malo	regular	bueno	malo	regular	regular	bueno	regular
malo	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
malo	bueno	regular	regular	bueno	regular	regular	bueno
regular	regular	regular	bueno	regular	malo	regular	regular
bueno	regular	regular	regular	regular	regular	bueno	bueno
bueno	regular	regular	regular	regular	bueno	bueno	bueno

regular	bueno	malo	bueno	regular	regular	regular	bueno
malo	bueno	malo	regular	bueno	regular	bueno	regular
regular	bueno	malo	bueno	regular	regular	regular	regular
malo	bueno	bueno	regular	bueno	regular	bueno	regular
malo	regular	regular	regular	bueno	regular	bueno	bueno
malo	regular	malo	regular	regular	regular	malo	malo
malo	regular	malo	malo	regular	malo	regular	bueno
malo	regular	malo	regular	malo	regular	regular	malo
bueno	malo	malo	malo	bueno	regular	malo	malo
malo	regular	malo	bueno	malo	malo	malo	malo
malo	regular	malo	malo	regular	malo	regular	bueno
regular	regular	malo	malo	malo	regular	bueno	regular
regular	bueno						
regular	bueno	regular	bueno	bueno	regular	bueno	bueno
malo	bueno						
regular	regular	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	regular
regular	bueno	bueno	bueno	regular	bueno	bueno	bueno
malo	bueno	malo	malo	malo	malo	malo	malo
malo	regular	regular	malo	malo	regular	regular	malo
malo	regular	regular	malo	malo	malo	regular	malo
malo	bueno	regular	regular	regular	regular	regular	malo
malo	regular	malo	malo	regular	regular	bueno	regular
malo	regular	malo	regular	bueno	regular	regular	bueno
malo	regular	bueno	malo	regular	malo	regular	regular
malo	regular	malo	malo	malo	bueno	regular	regular
malo	bueno	regular	bueno	regular	regular	malo	malo
malo	regular	malo	bueno	bueno	malo	regular	malo
malo	regular	malo	regular	malo	malo	regular	regular
malo	regular	regular	regular	malo	malo	malo	regular
malo	regular	bueno	regular	malo	malo	malo	regular
malo	regular	regular	regular	malo	regular	regular	bueno
malo	bueno	malo	malo	bueno	malo	malo	malo
malo	regular	regular	malo	malo	malo	malo	regular
malo	regular	regular	malo	regular	regular	regular	regular
malo	regular	bueno	regular	malo	malo	regular	malo
bueno							
bueno							
bueno	regular						
regular	regular	bueno	regular	bueno	bueno	regular	bueno
regular	bueno	regular	regular	bueno	regular	bueno	bueno
malo	bueno	regular	bueno	bueno	bueno	bueno	bueno
malo	bueno	bueno	bueno	bueno	regular	regular	bueno
regular	bueno	bueno	bueno	bueno	regular	regular	bueno



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_

(Nombre de la madre)

Domiciliada en \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de participar en la encuesta donde responderé a unas preguntas cuyo objetivo principal es informar acerca de las medidas preventivas y educativas que conozco y aplico para la salud bucal del niño.

Al respecto, la Srta. Yessica Hanco me ha explicado que estos datos serán registrados con el fin de realizar un estudio de investigación cuyos resultados serán publicados únicamente con fines científicos, sin embargo mis datos personales serán confidenciales, y no serán publicados de modo individual.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro, sencillo y aclarado alguna duda que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance de la misma

\_\_\_\_\_

Firma de la madre.

\_\_\_\_\_

Firma de la investigadora.

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

Anexo N° 4 documentaciones sustentaría



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
" " "AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU "



## CONSTANCIA

El Médico Jefe de la Micro Red Víctor Raúl Hinojosa, de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Hace Constar que:

La Señorita **YESSICA HANCCO SOTO**, estudiante de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Estomatología, han realizado el Proyecto de Investigación titulado: " NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE SALUD BUCAL EN LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA, DEL DISTRITO DE JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, AREQUIPA 2016 ", durante el mes de Junio del presente año, demostrando iniciativa, responsabilidad y seriedad en el trabajo realizado.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Arequipa, 2016 Agosto 08

MEFC/afm  
C.C. Archivo



Gobierno Regional Arequipa  
Regional Health Directorate  
Micro Red Victor Raúl Hinojosa  
*M. Elena Flores Carpio*  
Dña. **Maria Elena Flores Carpio**  
C.M.P. 14885  
JEFE DE MICRORED

Anexo N° 5 secuencia de fotografías

**Fotografías 1: presentando e indicando el llenado de la encuesta**



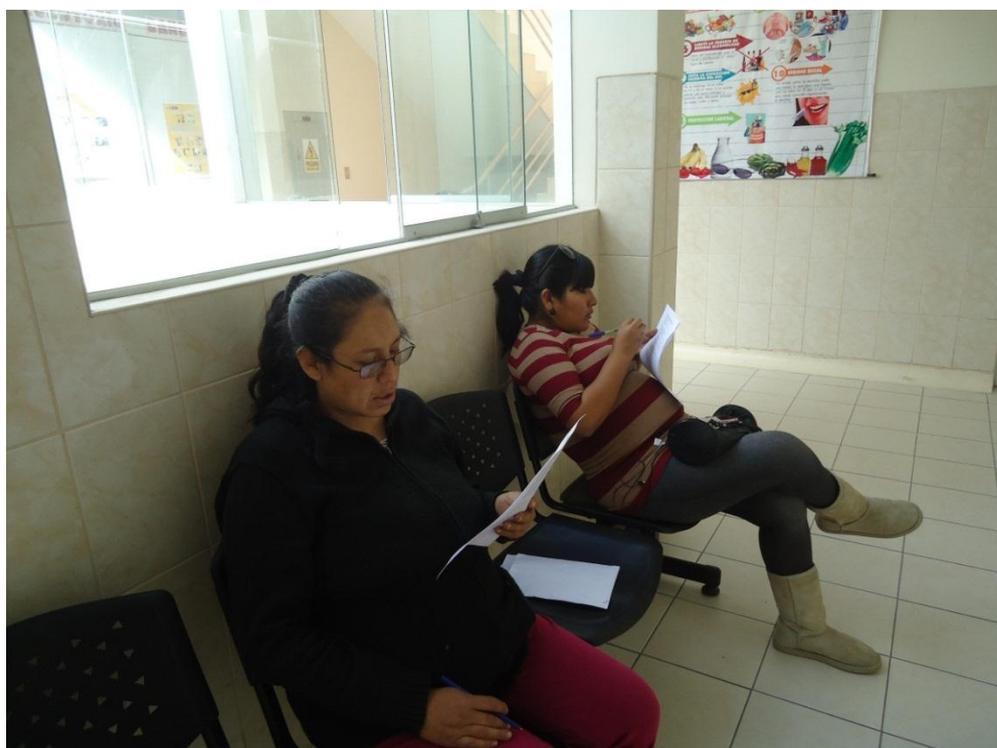
Fotografía N 2: llenado de la encuesta



Fotografía N° 3



Fotografía N° 4



Fotografía N° 5



Fotografía N° 6 dando las respuestas correctas



Fotografía N° 7



## SALUD BUCAL EN NUESTROS NIÑOS

Los dientes y encías saludables son esenciales para la salud general del niño. Los dientes que están cariados, encías inflamadas o el mal desarrollo de los maxilares, pueden ocasionar una nutrición insuficiente, infecciones, hinchazón, dolor, problemas en lenguaje y problemas de autoestima personal.



## ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DE LECHE O TEMPORALES

- La erupción de los dientes empieza a partir de los 6 meses y termina de erupcionar a los 2 a 3 años aproximadamente.
- Los dientes de leche son en total 20 dientes.
- La erupción de los dientes de leche va acompañado de babeo abundante, picazón de las encías, febrículas cortas.



## VENTAJA DE LA LACTANCIA MATERNA

- Evita la desnutrición.
- Rica en grasas e hidratos de carbono.
- Maduración y desarrollo de los huesos, músculos de la boca.
- Proporciona defensas.
- Fácil digestión.
- más económica.



## CONSEJOS PARA EL USO DEL BIBERÓN (CHUPÓN)

- Posición del cuerpo y la cabeza más elevada durante la succión.
- La mamadera debe tener un agujero pequeño.
- El biberón no debe permitir un flujo continuo y fácil.
- No usar el chupón continuamente.

- Suspender el biberón al año cuando erupcionen los dientes.

## CUIDADOS DE LA BOCA DEL RECIÉN NACIDO

Aunque los recién nacidos o los bebés no tienen dientes, es importante el cuidado de la boca y encías se recomienda las siguientes pautas:

- Usar un trozo de gasa en el dedo índice para limpiar las encías y la lengua del bebé después de cada comida, con una parte de agua oxigenada por tres partes de agua hervida.
- No llevar al niño a la cama con el biberón de leche, jugo o agua azucarada. Se debe utilizar solamente agua para los biberones que el niño se toma a la hora de dormir.
- Comenzar a usar un cepillo de cerdas suaves en lugar de la gasa para la limpieza de los dientes tan pronto que aparezca el primer diente. Aproximadamente entre los 5 a 8 meses de edad.



## CARIES RAMPANTE O DE BIBERÓN

La primera caries en el bebé es la caries del biberón o caries de infancia temprana. Los niños que les permiten ir todo el día con biberón, los que se lo llevan a la cama, o los que disfrutaban el chupón endulzado con miel, azúcar. Son los más afectados.

La caries puede aparecer desde que sale el primer diente, pero puede no llegarse a percibir hasta que el bebé cumpla un año. La primera señal apreciativa de que tu bebé puede tener caries, son unas manchas blancas que suelen aparecer principalmente en los incisivos superiores.



## PRIMERA VISITA AL ODONTÓLOGO

La primera visita al odontólogo debe de ser antes de la erupción de sus dientecitos, una segunda visita entre el momento en que aparezca el primer diente (5 a 8 meses) y el momento en que todo sus dientes de leche aparezcan (antes de los 2 a 3 años).

Muchos odontólogos recomiendan una visita de prueba para exponer al niño a las visitas, sonido, olores y sensaciones del consultorio antes del examen real.

Se realiza estas visitas con la intención de acostumbrarlos, para evitar miedos y temores. Los niños que han sido acostumbrados a la limpieza de sus dientecitos todos los días estarán más cómodos en las visitas al odontólogo.

## MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDO DE LA BOCA DEL BEBÉ

- Aplicación de flúor, este remineralizara y fortalecerá la resistencia del esmalte (diente).
- Aplicación de sellantes en fosas y fisuras profundas.
- Para su consumo se ha agregado a agua y pasta dental.
- Cepillado de los dientes 3 veces al día, especialmente antes de ir a la cama.
- Llevar al odontólogo cada 6 meses para su examen de rutina.
- Cuando el niño llega a la adolescencia, puede necesitar aparatos ortopédicos o extracciones para prevenir problemas a largo plazo como al maloclusión.
- Hacerle saber al niño que no debe chuparse el dedo o pulgar para evitar problemas de maloclusión.
- Hacerle saber a su odontólogo si presenta una respiración a través de la boca, porque, puede presentar a largo plazo problemas de maloclusión.

# Prevención en salud bucal de nuestros niños

Presentado por: Bachiller Hanco Soto  
Yessica



# Bibliografía

1. Hanco Soto Yessica tesis nivel de conocimiento sobre salud bucal de niños de 0 a 36 meses en madres gestantes que acuden al centro de salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena Arequipa 2016.
2. [WWW.google.com.pe](http://WWW.google.com.pe)



Manual básico dirigido  
para gestantes sobre  
salud bucal de sus bebés

Redactado por Hanco  
Soto Yessica

2016



# Introducción

En el día a día de la vida profesional podemos decir que los dientes y encías saludables son esenciales y está relacionada a la salud general del niño así como a la comunidad en general.

La necesidad que existe en nuestro medio de dar información clara y concisa sobre salud bucal y de fácil acceso a las embarazadas lo cual ha motivado el desarrollo de este manual para su mayor conocimiento y así poder trabajar en equipo paciente odontólogo.

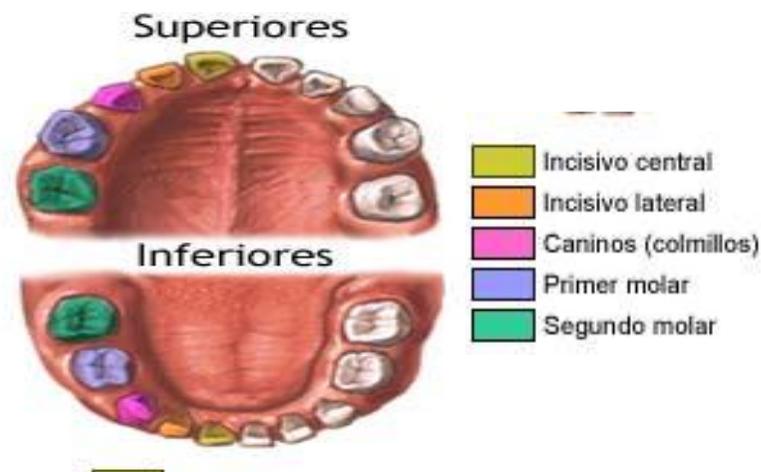


**Desarrollo dentario:** En la sexta y octava semana de gestación se da el proceso de crecimiento y desarrollo mandibular y maxilar.

## Tipos de dentición

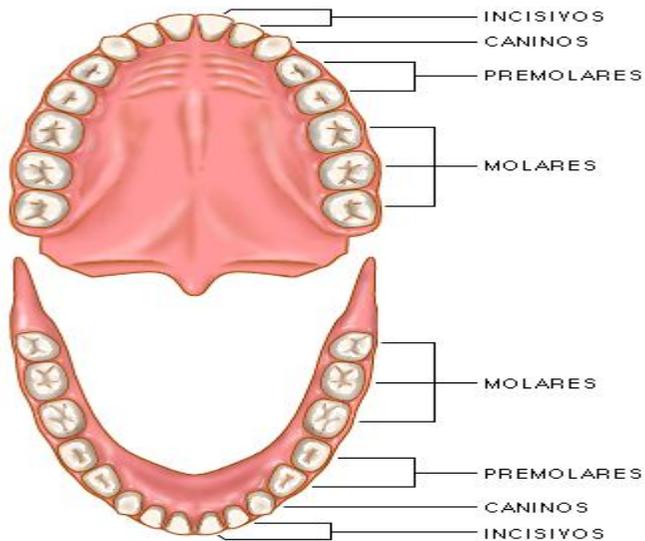
### Dentición Decidua

- La erupción de los dientes empieza a partir de los 6 meses y termina de erupcionar a los 2 a 3 años aproximadamente.
- Los dientes de leche son en total 20 dientes.
- La erupción de los dientes de leche va acompañado de babeo abundante
- picazón de las encías
- febrículas cortas



## Dentición Permanente:

- La erupción de los dientes permanente comienza a los 6 años.
- Los dientes permanentes son en total 32 dientes.



## Dieta

La dieta tiene gran influencia en la incidencia de la caries, y es comprendida como uno de sus principales factores causantes. Los carbohidratos como las galletas, harina, chocolates, entre otros, específicamente el azúcar (la sacarosa), son estimuladores de la caries y ejercen su efecto

iniciador de caries (cariogénico) localmente en la superficie dental.

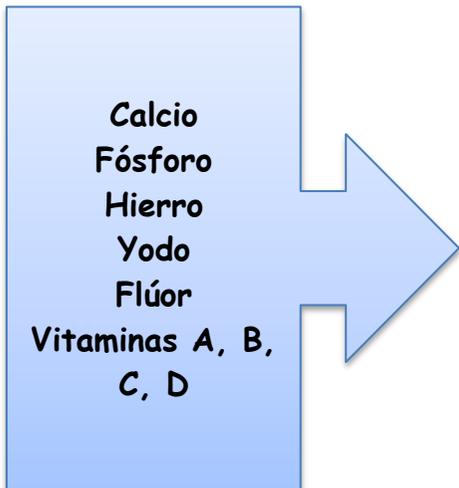


## Dieta de la madre durante la etapa de embarazo

Durante el embarazo, la madre se encarga de proveer los nutrientes para el desarrollo y crecimiento del feto que lleva en su vientre, la mujer embarazada debe



gozar de una adecuada nutrición en la odontología preventiva para la madre y el feto. En la 5<sup>ta</sup> semana de gestación ya se comienza a formar los primeros dientes del bebé. Por eso, en cuanto los futuros dientes del bebé se están desarrollando son necesarios minerales (principalmente calcio y fósforo) vitaminas (A,B,C,D).



### Dieta del niño - Lactancia materna

Este periodo corresponde a los primeros meses del neonato, durante los cuales se alimenta de la leche materna, único alimento natural capaz de proporcionar todos los nutrientes y además en las proporciones más adecuadas a las necesidades

del niño. La leche materna promueve el desarrollo de sus sentidos y su inteligencia, cabe indicar que proporcionan diversos factores inmunológicos que brindan protección al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. Por otra parte, estudios odontológicos realizados indican que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se asocia con la presencia de deformidades en dientes y maxilares.



*Produce esto*



Los movimientos musculares que el niño debe efectuar con la mandíbula y lengua predominan sobre las otras estructuras del cráneo y cara permitiendo el desarrollo de los maxilares.



Durante la succión es necesario morder, avanzar y retroceder la mandíbula, por lo que se estimula

neuromuscularmente y va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para ser utilizados a la llegada de la primera dentición.

### **Ablactancia**

La alimentación complementaria de acuerdo a la OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. A partir de los 4 a 6 meses el lactante ha adquirido una madurez en los procesos de digestión y absorción intestinal, de la función excretora por orina y heces, semejante o próxima a la del adulto, es decir, existen razones motivacionales para comenzar la alimentación complementaria a esta edad debido a que los sistemas y órganos han alcanzado un desarrollo madurativo suficiente. Cuando aparecen los primeros molares temporales y se produce el primer contacto oclusal, el niño ya es capaz de masticar. En este momento



es por eso importante cambiar la alimentación a una dieta sólida.

### Enfermedades bucales prevalentes

**Caries dental:** La caries dental es definida como una enfermedad que destruye las estructuras del diente causado por microorganismos.

Fundamentalmente es una enfermedad microbiana que afecta a los tejidos calcificados de los dientes, empezando primero con una mancha blanca y conforme va avanzando termina creando cavidades o destruyendo al diente.

### Caries de infancia temprana

también conocida como "caries del biberón", "caries del lactante", "caries de la botella de crianza", "caries del hábito de lactancia prolongada", entre otras, que hacen referencia a cuáles son las probables se produce la caries que se presenta en la dentición decidua, inicia con la aparición de una mancha blanca. Su origen nos indica que los largos periodos de exposición al azúcar y harinas, asociada con la ingesta excesiva de cualquier líquido azucarado como la leche, fórmulas, jugos de frutas, refrescos, la alimentación a libre

demanda del seno materno y la falta de higiene después de la alimentación.



Características de las caries inducidas por el biberón:

- Las caries rampantes afectan a los dientes anterosuperiores.
- Las lesiones aparecen después en los dientes posteriores, los primeros molares ambas arcadas.
- Los caninos están menos afectados que los primeros molares porque erupcionan después.

- Los dientes antero inferiores no están afectados por el flujo salival y la posición de la lengua.
- El biberón suele utilizarse como chupete para conseguir que el niño se duerma.
- Las caries del biberón se presentan en todos los grupos socioeconómicos y suelen reflejar la dinámica social de la familia.
- Este patrón de caries puede presentarse también a partir de una lactancia materna a de manada prolongada.

### CONSEJOS PARA EVITAR LA TRANSMISIBILIDAD DE GÉRMENES

- Usar utensilios (platos, copas, cubiertos, etc.) exclusivos para los bebés.
- No soplar o pruebe los alimentos antes de darles al bebé.
- No coloque en su boca el chupete, chupón, o tetina que él bebé está usando.
- Evitar besar al bebé en la boca.
- No lleve los alimentos masticados de su boca a la del bebé.
- No pruebe la temperatura del biberón poniendose la tetina en su boca.



Existen algunos hábitos que alteran la oclusión y alteran el correcto desarrollo del cráneo y la cara:

#### **Deglución atípica**

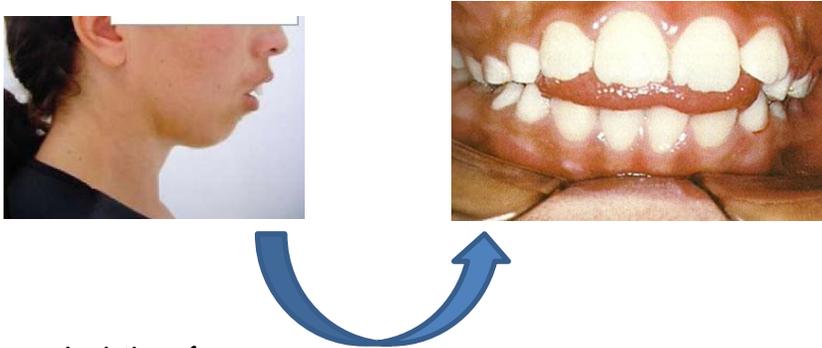
Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir.

**Succión digital:** en este caso se produce una mordedura abierta mucho más exagerada.

#### **Consecuencias bucales**

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borda del mentón
- Mordida Abierta Anterior Con o Sin Interposición Lingual.

- Mordida Cruzada Posterior, Uní o Bilateral.
- Estrechez Transversal Del Maxilar Superior, es decir Paladar Profundo y estrecho.



### Uso de biberón

- La mamadera debe tener un agujero pequeño.
- El biberón no debe permitir un flujo continuo y fácil.
- No usar el chupón continuamente.
- Suspender el biberón al año cuando erupcionan los dientes.
- El chupete o ejercitador permite que el niño continúe en los movimientos anteroposteriores.

Las alteraciones más comunes causadas por el uso del biberón son:

- Deglución atípica
- trastornos en el crecimiento y desarrollo de los maxilares

- apiñamiento dental entre otros.

En resumen el uso de los chupones y biberones es un factor de riesgo no solo para la dentición y la anatomía maxilofacial el biberón tiene efectos negativos asociados entre otros a malos hábitos nutricionales en el paciente, problemas de fonética y articulación de las palabras, desórdenes gastrointestinales, infecciones bacterianas, entre otros.



### Fluoruros

El fluoruro está principalmente asociado a tejidos calcificantes (hueso y dientes) debido a su alta afinidad al calcio. Cuando se consume en cantidades óptimas se consigue aumentar la mineralización dental y densidad ósea, reducir el riesgo y prevalencia de las caries dentales y ayudar a la remineralización del esmalte en todas las épocas de la vida.



## Sellantes de fosas y fisuras

Específicamente para prevenir la caries en la región de fosas y fisuras. Los sellantes deben colocarse en aquellos pacientes que se encuentran con alto

riesgo a la caries dental, sin importar la edad. Los sellantes

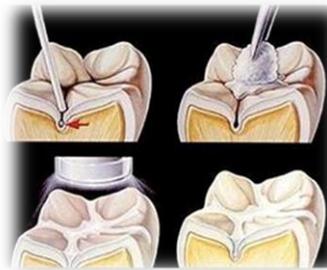
Tapan los surcos y fisuras de las muelitas principalmente. Evitando que microbios y comida se queden atrapados en estos surcos y comiencen la caries.

Facilita la limpieza de las fosas y fisuras mediante métodos como el cepillado dental y la masticación.

## Cepillado

El objetivo del cepillado es remover esa masita blanda blanquecina y también los restos de alimentos que se encuentran entre la encía, el diente y los surcos. Aunque su efecto

preventivo es elevado, necesita de otras medidas complementarias (flúor, seda dental, sellantes, etc.) ya que



hay zonas del diente, como las superficies oclusal e interdientarias, donde no se llega con el cepillo.

Ya desde la lactancia es conveniente limpiar la boca del bebé después de cada toma con una gasa estéril. Usar un trozo de gasa en el dedo índice para limpiar las encías y la lengua del bebé después de cada comida, con una parte de agua oxigenada por tres partes de agua hervida.



El cepillado dental se inicia coincidiendo con la erupción de los primeros dientes. Bien con una torunda o con un cepillo impregnado con flúor. Al principio serán los padres los que realizarán esta tarea y poco a poco el niño se familiarizará con el cepillo y participará cada vez más activa y eficazmente en la higiene de sus dientes. Suele ser necesaria la supervisión paterna hasta, aproximadamente los 10 años, pero lo importante es que el niño asuma el cepillado dental diario como algo rutinario y natural.

Es importante que se enseñe una técnica de cepillado correcta; simple, que favorezca la continuidad del proceso; sistemática, así no se dejará ninguna superficie dental sin

limpiar; y minuciosa. También se cepillara la lengua, el paladar, las encías. En 3-4 minutos se consigue un cepillado correcto, los cepillos dentales para los niños debe ser pequeños, de mango largo y preferiblemente de fibras sintéticas. Deben cambiarse con una prioridad aproximadamente de 3 meses.

### Visita al odontólogo

- La primera visita al odontólogo debe de ser antes de la erupción de sus dientecitos, una segunda visita entre el momento en que aparezca el primer diente (5 a 8 meses) y el momento en que todo sus dientes de leche aparezcan (antes de los 2 a 3 años).
- Esta primera visita debería incluir: examen oral, evaluación del riesgo de caries del niño e información a los padres sobre guías de prevención y hábitos de salud bucodental.
- Antes de acudir, debemos preparar al niño psicológicamente. Podemos explicarle que será como un juego donde le mirarán la boca y que si se porta bien tendrá un premio.
- Muchos odontólogos recomiendan una visita de prueba para exponer al niño a las visitas, sonido, olores y sensaciones del consultorio antes del examen real.
- Se realiza estas visitas con la intención de acostumbrarlos, para evitar miedos y temores. Los niños que han sido

acostumbrados a la limpieza de sus dientecitos todos los días estarán más cómodos en las visitas al odontólogo.

- Entramos a la consulta con el niño, dándole confianza para que esté tranquilo y no se sienta abandonado.
- La actitud de los padres influirá en la imagen que el niño se haga de su primera visita al dentista
- La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud bucal de esas personas.



