

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.A.P. DE ODONTOLOGIA

**Nivel de conocimiento sobre prevención
en salud bucal en gestantes del Hospital
Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002**

TESIS para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA

AUTOR

MARTHA CECILIA RODRÍGUEZ VARGAS

LIMA- PERÚ 2002

A mi familia: mis padres, Nora y Segundo, y mis hermanos, Irma, Héctor y Sonia por su paciencia, comprensión y apoyo, para el cumplimiento de mis anhelos.

A Paty y Edwin, por la grandiosa amistad que me brindan cada día y por el apoyo que siempre me han dado.

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Marco Madrid Chumacero, Profesor de Epidemiología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Coordinador del Internado Hospitalario, asesor de la Tesis, por su invaluable colaboración en el desarrollo de este trabajo
- A los Miembros del Jurado Evaluador de Tesis, por su acertada decisión
- Al Dr Allan Quiñe, Jefe del Departamento de Odontología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, por brindarme las facilidades para que se realice este trabajo
- A la Sra. Sonia Zegarra, Secretaria del Departamento de Odontología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, por su paciencia y comprensión.
- A las madres gestantes que formaron parte de este estudio por su valiosa colaboración.
- A todas las personas que de una u otra forma, colaboraron en la realización de este trabajo, a todos ellos,

Muchas Gracias

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Antecedentes	2
2.2 Marco teórico	10
2.2.1 Higiene Bucal	10
2.2.2 Fluoruros	18
2.2.3 Dieta	25
2.2.4 Sellantes	36
2.2.5 Caries dental	37
2.2.6 Enfermedad periodontal	40
2.2.7 Maloclusiones	44
2.2.8 Atención odontológica de gestantes	50
2.2.9 Tratamiento odontológico durante lactancia	59
2.3 Definición de términos	60
2.4 Planteamiento del problema	62
2.4.1 Caracterización del problema	62
2.4.2 Delimitación del problema	63
2.4.3 Formulación del problema	64
2.5 Justificación del problema	64
2.6 Objetivos	
2.6.1 Objetivo General	66
2.6.2 Objetivos Específicos	66
2.7 Variables	67
2.8 Operacionalización de variables	68
III. MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 Tipo de estudio	70
3.2 Población y muestra	70
3.2.1 Criterios de inclusión	71

3.2.2	Criterios de exclusión	72
3.3.	Recursos	72
3.4	Métodos	73
3.4.1	Procedimientos y técnicas	73
3.4.2	Recolección de datos	74
3.4.2.1	Procesamiento de datos	74
3.4.2.2	Análisis de datos	75
VI.	RESULTADOS	76
V.	DISCUSIÓN	93
VI.	CONCLUSIONES	99
VII.	RECOMENDACIONES	101
	RESUMEN	103
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	105
	ANEXOS	111

I. INTRODUCCIÓN

Los responsables de la Educación para la Salud Bucal son los hogares, pero no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y muchas veces perjudiciales para el niño. Lo ideal es comenzar con las acciones preventivas desde la gestación. Es así que se trata de motivar a la gestante para llevar una maternidad responsable. Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal, en donde la dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales representan un papel fundamental en los períodos pre y postnatal del desarrollo oral, como por ejemplo las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a las caries durante toda la vida del niño así como una mala salud dental de la madre, también afectaría el buen desarrollo del feto; entre otras cosas. Por lo que comenzamos dirigiendo nuestra educación a la madre.

La atención preventiva es la mejor manera de combatir futuros problemas dentales, entre estos encontramos la aplicación de fluoruros y selladores así como la instrucción a los padres y niños sobre salud dental.

Es por este motivo que el presente trabajo se realizó un estudio a un grupo de primigestas del Hospital Nacional Daniel A. Carrión con respecto a



Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

su nivel de conocimiento sobre prevención de Salud Bucal, para ser aplicadas en ellas como a sus futuros hijos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

LA TORRE GALVEZ, María. (2001). Realizó un estudio con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes, primigestas, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal de la gestante, cuidado de la Salud Bucal del infante, conocimiento del desarrollo dental en el infante, además del registro odontoestomatológico que consta de un odontograma e índices de Higiene bucal simplificado. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHO-S, contra un 12,5% es mala. El cuestionario cuidado de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal

informado es casi equitativo. Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto. ⁽²¹⁾

ARIAS ARCE, C. N (2000). Realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral en un grupo de 263 gestantes que acudieron a los servicios, dos del IPSS y uno de Salud Pública. Para determinar el nivel de conocimiento de las gestantes se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas, referentes a su educación, visita al dentista, Salud Bucal, condición de embarazo y aplicación de flúor, usando una escala de calificación con los niveles de nulo:0-2 respuestas orientadas a la prevención; bajo:3-5 respuestas; mediano:6-7 respuestas y alto 8-9 respuestas. Se estableció la relación del nivel de conocimiento con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y visitas al dentista, se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente, fue el de mediano, con un 87,1% (229 gestantes). Además se pudo establecer que en la mayoría de las gestantes prevalecía el grado de instrucción: secundaria completa a superior. Así mismo, se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción ⁽²⁾

DIAZ NÚÑEZ. (1996) El presente estudio tuvo como propósito determinar el grado de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en un

grupo de gestantes. En el estudio se encuestó a 85 embarazadas que acudieron al Hospital Materno Infantil de Canto Grande quienes mayormente provienen de AAHH con deficiencias en los servicios básicos y con niveles de ingresos bajos. Los resultados muestran que el 30,1% de la muestra mencionó al cepillado como medida preventiva, el 8,4% mencionó a la fluorización y el 1,2% refirió el evitar dulces en la dieta. El resto de la muestra 60,2% no conocía ningún tipo de medida preventiva. En el análisis del estudio se encontró que el grado de conocimiento de las medidas preventivas en salud Bucal por parte de las gestantes es nulo en su mayor parte (60%) y bajo en el grupo restante (40%).⁽⁹⁾

VELÁSQUEZ HUAMAN. (1995). Este estudio tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al llamado IPSS, para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas referentes a la higiene dental del niño y se utilizó un escala de calificación con los niveles bajo (0-3 rsptas) moderado (4-6) y alto (7-10). Se estableció la relación del nivel de conocimientos con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y número de embarazos. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado con un 60,6% de las madres. También se pudo establecer que dentro de este grupo de gestantes prevaecía el grado de instrucción de secundaria completa. Así mismo se determinó que

existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y grado de instrucción.⁽⁴⁵⁾

SANTE BALAREZO. (1999) En su tesis “Nivel de conocimiento sobre Higiene Bucal y estado Gingival en pacientes gestantes”concluye, que la mayoría de las gestantes tiene conocimientos sobre las consecuencias de una buena higiene bucal pero no saben como conseguirla. Encontrándose que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en gestantes está en relación inversamente proporcional con el grado de inflamación gingival que presentan un promedio general según el test de Hu-dbi (prueba dicotómica para la evaluación del estado periodontal) de 5,52 con un criterio de “regular”.⁽⁴²⁾

EDWARDS Y ROUNTREE . En Estados Unidos, hace más de treinta años (1967) se realizó una encuesta en 300 gestantes para comprobar el conocimiento, actitudes y conducta que afectaba a su salud bucal y a la de sus hijos. Los resultados mostraron ignorancia sobre Salud Bucal e Higiene bucal, falta de conocimiento acerca de dentición primaria y resignación por parte de la mayoría a la pérdida inevitable de dientes permanentes, lo cual con estudios recientes se ha evaluado, y los cambios no han sido muy significativos.⁽¹¹⁾

GONZALES ALIAGA. (2000) En su tesis, presentó un estudio donde relacionaba la educación de la madre y el estado de Salud de las 1ras molares permanentes, aquí confronta la realidad que se encuentra atravesando el país y lo referente a Salud Bucal, ya que en este trabajo el nivel de conocimientos de las madres sobre asuntos odontológicos es deficiente, lo cual se ve reflejado en el estado de los dientes de sus hijos, encontrando un porcentaje superior al 92% en relación a 1ras molares permanentes cariadas, y lo que es alarmante aún es que existe un 6% de niños entre los 6 –10 años que ya han perdido por lo menos la 1ra molar permanente, que pudiera parecer un porcentaje reducido, pero no lo es tomando en cuenta, que esas piezas dentarias erupcionan recién a los 6 años aproximadamente. Con lo cual concluye, que la Educación de las madres es un factor importante para mantener el estado de salud de las piezas dentarias, donde los resultados evidencian que las madres que poseen una mejor educación odontológica, sus hijos poseen un mejor estado de conservación de éstas. ⁽¹⁷⁾

SHEIN, B (1991). En estados Unidos se realizó un estudio sobre la efectividad de la educación odontológica prenatal, se llegó a la conclusión que debe existir un refuerzo educativo y motivación, si es que se quiere lograr resultados más positivos y recomienda trabajar en conjunto con médicos, odontólogos y especialmente con obstetras y pediatras. ⁽⁴³⁾

DIAZ RRM. (2001) Estudio realizado en D.F. México, donde Las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes. Sin embargo, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario. Se realizaron mil encuestas para conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación. Las conclusiones obtenidas se orientaron a fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y generar apoyos para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención a la salud.⁽¹⁰⁾

HOLDINGS LLC. (2000) Realizó varias investigaciones que demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados como, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal (68,66%) y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón (86,57%). Varios estudios, también, comprobaron que casi el 6% de los bebés poseían una alta frecuencia en el consumo de azúcar; 33% fueron contaminados por las madres a través de la saliva y cerca del 13% presentaron

lesiones cariosas ya durante el primer año de vida. Esto refuerza aún más la importancia de la prevención de la salud bucal. La prevención de la enfermedad [caries](#) en bebés se inicia con la educación de los padres. Los padres generalmente no tienen acceso a las informaciones para orientarlos con relación a la salud bucal de sus hijos, excepto a través de las conversaciones con dentistas. Otros, sin embargo, no son concientes de la necesidad del cuidado temprano de los dientes, pues se ha observado que la mayoría de los niños ni siquiera han sido examinados por un dentista antes de alcanzar la edad escolar, cuando el examen dental es realizado. La visita temprana, además de establecer una relación amigable con la introducción de los cuidados de la salud bucal de niños y padres, establece decisiones críticas y fundamentales respecto de los patrones alimenticios, complementación de flúor y programa de higiene bucal. ⁽¹⁹⁾

RIOS DIAZ. (1996). En este estudio se evaluaron los hábitos y los elementos empleados en la higiene bucal en 95 niños de 24 a 42 meses de edad que acudieron a consulta pediátrica en tres centros de salud de diciembre de 1995 a enero de 1996. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta a los padres, encontrándose que el 80% de los padres realizaban algún tipo de higiene bucal, al momento del estudio. El hábito de higiene bucal con gasa o pañal se encontró en el 32% de los casos. El 50% de ellos inició el hábito entre los 0 y 6 meses de edad. La edad de término más

frecuente (50%) se encontró entre los 5 y 15 meses, el 21% continuó con el hábito hasta el momento del estudio. El 67% de los padres lo hacen 1 vez al día, el 13% dos veces al día y el 20 % tres veces al día. El 77% de los niños presentó el hábito del uso del cepillo dental. El 40% de ellos iniciaron entre los 19 y 24 meses de edad y el 31% entre los 6 y 12 meses. El 50% de los padres lo hacen una vez al día, el 11% tres veces al día y el 1% cuatro veces al día. El uso de pasta dental se encontró en el 66% de los niños. La higiene bucal nocturna se encontró en el 25% de los niños.⁽³⁸⁾

MINISTERIO DE SALUD (1996). En el Ministerio de Salud del Perú existe un subprograma Nacional de Salud Bucal (RM 1 702-96-SA/OM/1996) el cual tiene por finalidad motivar la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud Bucal y su relación con la salud General, con énfasis en la higiene bucodental. Dentro de los niveles de atención prioritarios se encuentran en los establecimientos de salud a las gestantes y púerperas en control, para lo cual existe un programa de actividades a realizarse, específicamente en este grupo como: examen y fichaje, eliminación de focos sépticos, tratamientos restaurativos de piezas dentarias, tratamientos de tejidos blandos, profilaxis, consultas y otras atenciones, además de orientación referente a dietas equilibradas y conocimientos odontosanitarios.

(31)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1981). En la Asamblea Mundial de la FDI reunida en septiembre de ese año, se aprobó un documento elaborado por un grupo de trabajo mixto OMS/FDI, denominado Metas Globales para la Salud Bucal en el año 2000, a los efectos de ubicar a la odontología en los objetivos y las estrategias destinadas a la Atención Primaria de Salud de toda la población, para lo cual se establecieron 6 metas orientadas todas a la reducción de enfermedades bucales. En cada una de ellas se resalta la importancia de un correcto conocimiento de medidas preventivas de caries y de enfermedad periodontal. En la meta propuesta como número 1 “50% de niños de 56 años de edad estarán libre de caries”, se resalta que los mejores resultados han sido logrados convenciendo a los grupos de padres de la importancia de una buena dieta y de otras medidas preventivas aplicadas desde el nacimiento en adelante.⁽³⁴⁾

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES. (1984) Los autores realizaron en Medellín- Colombia un programa con el objetivo de elevar el nivel de higiene bucal familiar; para tales efectos se seleccionó a las madres de familia y se les educó con un programa educativo-preventivo. Con esta metodología se consiguió controlar y disminuir las enfermedades bucales en los niños de edad preescolar (caries dental y enfermedad periodontal) Las clases que se impartieron fueron técnicas de cepillado así como una forma casera de aplicación de flúor.⁽³⁵⁾

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 HIGIENE BUCAL

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida. ^(15,16, 20)

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas.

Placa microbiana.

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras

periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries.⁽³⁰⁾ Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial.⁽²⁸⁾

Detección de la placa.

La placa bacteriana varía en su composición dependiendo de factores como el lugar en que se forma, la alimentación de la persona y su edad. Inicialmente invisible, ante la falta de higiene se espesa, haciéndose aparente por acúmulo de restos alimenticios y poniéndose de manifiesto con el empleo de colorante como la eritrosina, la fucsina básica, verde malaquita, mercurocromo, fluoresceína sódica y otros, que en forma de tabletas o gotas se introducen en la boca y con movimientos linguales, van impregnando los lugares en que la placa se asienta.⁽²⁸⁾

Remoción de la placa

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el

niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo.

Asesoramiento prenatal. El objetivo, es esencialmente de educación para la salud. Aún antes de que el bebé nazca, los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño en toda su vida. El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo debido que durante este periodo los padres están más abiertos a las informaciones sobre salud de sus hijos que durante cualquier otro momento. Estos objetivos, incluyen brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Además se debe informar sobre la importancia de la dieta materna durante el embarazo, incluidos efectos de medicamentos, tabaco, alcohol; la necesidad de una supervisión odontológica de las embarazadas, programas de tratamientos dentales durante la gestación, etc.^(37, 38)

Higiene del lactante. Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo). Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite

mantener la supervigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color) se limpia la cavidad bucal con una gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedil con cepillo suave, que existen en el mercado. ⁽⁵¹⁾

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del agente infeccioso. Si al mismo tiempo la mamá le da al bebé alimentos que contienen azúcares (hidratos de carbono), principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries. Todas estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño. ⁽³⁷⁾

También hay que realizar la higiene adecuada luego de la administración de medicamentos como son jarabes, porque generalmente son dulces, para luego con la aparición de los primeros dientes comenzar con el uso del cepillo dental adecuado a las características del niño.

Higiene de la dentición decidua. Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los

dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que

éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años).^(22, 32)

La técnica de cepillado más recomendable para niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los papás al realizar el cepillado, y el niño al no ser capaz de escupir bien puede tragar parte de la misma.

La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Debemos esforzarnos para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario.⁽³⁰⁾

Normas de cepillado Generales.

La limpieza de los dientes debe comenzar con la erupción del primer diente y continuar durante toda la vida. Se debe realizar después de las comidas y sobre todo antes del descanso nocturno.

Técnica de Bass Modificada.

Es la considerada más eficiente en odontología.

Se colocan las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45° grados con las

cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo. Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

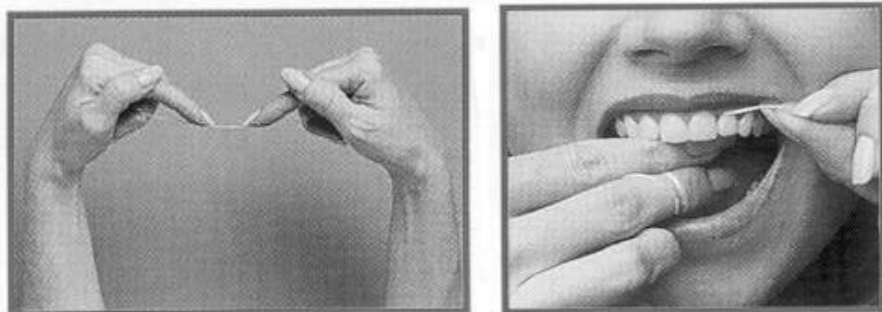


El uso del hilo dental

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.⁽⁴⁹⁾

La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes. En consecuencia la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.

Modo de empleo. Se coge aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cms. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados⁽²⁸⁾



2.2.2 FLUORUROS

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro.

El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.⁽²⁸⁾

Mecanismos de acción

1.- Acción sistémica: durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.

2.- Acción tópica: el efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización ⁽⁵⁾

Vehículos de administración de flúor:

Fluoración de aguas:

La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentados. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries.

Por otra parte el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas. ⁽⁴⁶⁾

Villena, R. en 1988 realizó un estudio con el propósito de conocer la concentración natural de fluoruros en las aguas de consumo de Lima Metropolitana y Callao, con lo que se reveló que esta concentración oscilaba entre 0,11 a 0,33 ppm, considerándolo un valor bajo para una acción preventiva contra la caries dental (aproximadamente la quinta parte del valor ideal).⁽⁴⁶⁾

Otros aportes de flúor sistémico:

En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluoración de las aguas de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluoración de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral. Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico. Antes de tragarse deben ser masticados y tanto éstos como las gotas, debieran recorrer las superficies externas de los dientes, con lo que realizarían un efecto preventivo local y al ingerirse, un efecto sistémico general. Para la administración de suplementos de flúor debemos tener en cuenta una serie de factores:

-Edad del niño

-Consumo de flúor por otras fuentes: agua corriente y embotellada, alimentos (pescados, mariscos), fármacos y suplementos vitamínicos, leches maternizadas, ingestión de pasta o colutorios fluorados (los niños menores de 5 años no deben utilizar dentífricos ni colutorios con sabor ya que pueden estimular su ingesta)

- Nivel de motivación de los responsables: la falta de continuidad en la administración de fluoruro alcanza a más del 80% de los niños a los tres años de iniciado.

- Factores de riesgo de caries: hábitos alimenticios del niño, malos hábitos higiénicos, presencia de caries en el niño o en sus padres, hospitalización prolongada y enfermedades discapacitantes.⁽⁵⁰⁾

La valoración de los factores descritos nos permitirá la individualización del tratamiento. Si se decide iniciar un tratamiento con flúor sistémico recomendamos las dosis indicadas por la Asociación Dental Americana y por la Academia Americana de Pediatría, que establecen los suplementos de fluoruro, relacionando el nivel de flúor en el agua de consumo y la edad del niño:

Nivel de flúor en el agua en ppm.

Flúor en el agua	<0,3 mg	0,3-0,6 mg	>0,6 mg
Hasta 6 meses	0 mg	0 mg	0 mg
6 meses-3 años	0,25 mg	0 mg	0 mg

El margen terapéutico de los suplementos orales de flúor es muy amplio. La dosis letal aguda para el niño es de 5 a 15 mg de F / Kg . La intoxicación aguda es muy rara y sólo se produce de forma accidental, aunque la dosificación y envasado de los preparados comerciales hacen muy difícil esa posibilidad.

Administración de flúor prenatal

Con frecuencia se ha cuestionado los beneficios de la administración de flúor prenatal para la prevención de caries en dientes temporales. No existen dudas de que el flúor pasa la placenta y de que el feto es capaz de absorberlo, pero la eficacia verdadera de que estos suplementos a través de la madre, ya sea mediante el agua fluorada o mediante tabletas, pueda influir en la no aparición de caries es controvertido. Los diferentes estudios no se ponen de acuerdo sobre si existe una evidencia clara que apoye su utilización.

Little J.W. en 1986 en un estudio efectuado en EUA se administró a 492 mujeres una dosis de 2,2 mg. de fluoruro de calcio diaria, en combinación con

agua fluorada, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se observó que los hijos quedaron libres de caries por un período de 10 años. Además de la eliminación de la caries, también se redujo el porcentaje de prematuridad, y se apreció un ligero incremento del peso y la talla al nacer. No se observó ninguna evidencia de alteraciones médicas o dentales (incluyendo fluorosis) en ninguno de los niños.⁽²⁵⁾

Leverett y col. en 1997 analizaron el efecto del flúor prenatal sobre la incidencia de caries en dientes temporales, así como en la aparición de fluorosis. Se administró 1 mg. de flúor diario a un grupo de mujeres embarazadas durante los últimos 6 meses de gestación mediante tabletas, mientras que el grupo control recibió un placebo. Los dos grupos fueron aconsejados de recibir suplementos de flúor en la dieta postnatal. Se analizó la incidencia de caries a los 3 y 5 años, así como la existencia o no de fluorosis a los 5 años. Los niveles de caries eran muy bajos en los dos grupos (91 % de niños libres en el primer grupo y 92 % en el grupo control). Se observó fluorosis leve en un porcentaje muy bajo de sujetos. Estos resultados no confirman la hipótesis de que el flúor prenatal tiene un fuerte efecto preventivo de las caries. Tampoco se demuestra una fuerte relación entre la aparición de fluorosis y la administración de flúor prenatal. Hemos de tener en cuenta de que, por motivos éticos, se animó a los dos grupos para que tomaran flúor postnatal. Esto pudo contribuir a la disminución de los niveles de caries en los dos grupos.⁽²⁴⁾

Aunque durante la vida fetal se forma una parte mínima de esmalte, es posible que el flúor prenatal penetre en los huesos del feto y sea capaz, en concentraciones suficientes, de tener algún efecto en el desarrollo del esmalte.

Administración de flúor postnatal

La eficacia de una dieta postnatal con suplementos de flúor en la prevención de la caries en dientes permanentes ha estado demostrada. En comunidades con deficiencias de flúor estos suplementos adquieren una gran importancia.

Flúor tópico:

El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración del las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no solo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.

Flúor tópico de aplicación profesional: se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo- eficacia en grupos de

población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

Soluciones fluoradas

Geles: en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que por ser acidulado, permite un rápida y profunda captación del ión flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 o 6 meses.

Barnices con flúor: compuestos por fluoruro de silano al 0,7% o por fluoruro de sodio al 0,2%, siendo su eficacia entre 17 y 50% de reducción de caries. Es de sabor picante, desagradable para los niños. ⁽⁵⁾

Pastas de profilaxis

Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodóncicos e iontoforesis.

Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil. ⁽⁵⁾

Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo. ⁽⁵⁰⁾

Flúor de autoaplicación:

Los programas de autoaplicación son mucho más económicos que los métodos de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja añadida de crear un hábito en el paciente. El flúor mediante este método se puede aplicar en forma de: dentífricos, colutorios, geles, seda dental y chicles.

Dentífricos fluorados: el nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F EN 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva ^(5,48). Las ventajas son su efectividad (entre 20- 30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.

Colutorios: son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La

frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución.⁽⁵⁾ Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.

2.2.3 DIETA

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral.⁽³⁰⁾ Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida. 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.^(8, 30)

Nutrición Durante El Embarazo.

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial de una criatura en el vientre de su madre. Durante el embarazo, hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el feto en desarrollo. En sentido nutricional, estos cambios están asociados con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La madre embarazada tiene una mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre de la madre. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes y el oxígeno de la madre al feto a la vez que elimina el dióxido de carbono y otros desechos del feto, retornándolos a la sangre materna para su excreción.

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales. Se debe tener en cuenta que se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces, en este periodo, que, junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries ya que durante el embarazo tienen deseos de comer entre comidas y generalmente alimentos dulces, ricos en azúcares. Cada vez que se ingieren dulces, los ácidos que se generan por la ingestión de los mismos, atacan durante 30 minutos la superficie del esmalte. Por esto, si sienten deseos de comer entre comidas, es preferible que sea algo salado y de todas maneras,

cepillarse después de haber comido. La dieta es también importante para el desarrollo de la dentición durante la etapa fetal porque influye en la composición química en el momento de la erupción, en las maloclusiones y en la susceptibilidad de caries del niño.⁽²⁶⁾

El estado nutricional de la mujer embarazada influye en la salud del recién nacido y en su posterior desarrollo. Un desequilibrio nutricional de la madre como deficiencia o exceso de un nutriente durante el periodo de amelogénesis o dentinogénesis, conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad a la caries dental.⁽²³⁾

Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Asimismo la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.^(3, 23)

Minerales como el calcio y fósforo constituyen tejidos duros como los huesos y dientes en un porcentaje aproximado de 99% y 80% respectivamente y adicionalmente proporcionan a dichos tejidos, fuerza y rigidez.⁽³³⁾

Una deficiente estructura dentaria que se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental puede ser el resultado de una ingesta

deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo de calcio y fósforo durante el periodo de formación de los dientes puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos de dentina.⁽⁸⁾

Los dientes deciduos empiezan a calcificarse en el feto aproximadamente a las 20 semanas. Es de suma importancia que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de su erupción, que comienzan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina. Dependerá mucho de las cualidades nutricionales de la dieta de la madre para que influya en el proceso de maduración del esmalte, al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.^(23, 33, 48)

Muchos estudios se han realizado, con respecto a este tema, así tenemos a Larios Olaechea, que en 1996 en su tesis evaluó la asociación entre la dieta de la madre durante el embarazo y la prevalencia de caries dental del infante. El estudio fue de tipo transversal, descriptivo y observacional. La muestra se consiguió de 248 infantes entre las edades de 6 a 42 meses de edad, que acudieron a los servicios de pediatría de dos policlínicos limeños, en donde no encontró una diferencia significativamente estadística entre la caries dental del infante y la dieta de la madre durante el embarazo. Asimismo no hubo asociación entre la cantidad de consumo de proteínas, vitamina A y minerales como el calcio y fósforo consumida por la madre durante el embarazo y la

caries dental del infante. Este estudio recomienda a los centros hospitalarios desarrollen programas de salud dirigidas a las madres durante el embarazo, de este modo se podrían mejorar las condiciones de salud Bucal en las madres como en sus hijos y de esta forma se reduciría los niveles de caries dental en la población infantil.⁽²³⁾

Sin embargo Bello, A. en 1997 realizó una investigación de los efectos de una nutrición deficiente en niños, en el periodo prenatal. En un estudio realizado en 200 niños en el Hospital Ginecobstétrico Docente de la ciudad de Santa Clara (Cuba) se separaron en dos grupos de 100 niños, uno con malnutridos fetales, el otro con niños de crecimiento normal. La malnutrición repercute especialmente en el desarrollo del niño, produciendo trastornos como parálisis cerebral, retraso mental, alteraciones en el crecimiento, defectos en el desarrollo de hueso, tejido periodontal, dientes, etc. La hipoplasia del esmalte fue más frecuente en niños con malnutrición fetal y predominaron los dientes cariados, obturados y extraídos en el grupo estudio con respecto al control en ambas denticiones. Así se determinó el importante papel de la malnutrición fetal en la producción de hipoplasias del esmalte y la prevalencia de caries dentales, cuando la nutrición en el período fetal es deficiente.⁽³⁾

Consideraciones nutricionales durante la lactancia

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. En general el peso

al momento del nacimiento se duplica en los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. En consecuencia las necesidades nutricionales están en este periodo en un nivel muy alto.⁽³⁰⁾

La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebe y puede ser probablemente la única alimentación del niño en sus primeros 4 ó 6 meses de vida. Después de esto, la leche puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean estos caseros o preparados comerciales.⁽³⁰⁾

Si se compara los potenciales acidógenos y de disolución del esmalte, entre la leche materna y la leche de vaca, parece ser que la leche materna disminuye el pH de la placa dental más que el de la vaca. Esta última tiene contenidos más altos de calcio, fósforos y proteínas y 4% de lactosa, en contraste con 7% de la leche materna.^(12, 37, 40)

Por lo anterior, tanto la leche materna como la de vaca, pueden inducir caries, y su ingestión sin cuidados bucales diarios llega a originar la caries de la lactancia. Sin embargo, la supremacía de la lactancia materna cuando es comparada con la lactancia artificial, es innegable. Las ventajas nutricionales, psicológicas inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento la hacen la alimentación más apropiada para el lactante. Con relación a su posible potencial cariogénico, la leche humana como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte siempre que se mantenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas. Las mezclas de fórmulas

lácteas y cereales constituyen soluciones de mayor concentración de hidratos de carbono y en consecuencia son más cariogénicas. Si el niño debe alimentarse con leche, es obvio que la leche materna es insustituible. ⁽³⁹⁾

Mayores esfuerzos deben realizarse para orientar tanto a los profesionales de la salud como a las madres de los lactantes, en relación a los efectos perjudiciales del hábito de dormir con biberón o amamantando. Por otro lado debe recomendarse a la madre que amamanta que, sólo debe suspender la comida cuando siente el seno vacío, en caso contrario el bebé, no habrá obtenido la leche del final rica en grasas, que tienen efecto protector sobre los dientes frente al ataque de los ácidos producidos por microorganismos cariogénicos. Generalmente la madre primeriza que no reconoce el vaciamiento del seno debe comenzar la ración por el último pecho, para terminar de vaciarlo. ⁽³⁹⁾. En cualquier caso, si la ración alimenticia es usada como pacificador durante el sueño, la higiene bucal es la única alternativa para evitar el inicio y el progreso del proceso carioso. Los dientes deciduos deben comenzar a limpiarse tan pronto como hacen emergencia en la cavidad bucal, para ello la madre puede envolver su dedo índice con una gasa y remover los restos alimenticios que se depositan sobre la superficie dental después de cada ración alimenticia y especialmente la última (previa al sueño). La administración de un biberón que contenga agua después de la alimentación (ya sea artificial o materna), debe fomentarse como hábito, ya que su efecto de limpieza constituye un mecanismo auxiliar de la higiene del

lactante. Por ninguna razón se debe callar a lactantes inquietos con un biberón que contenga leche u otras bebidas endulzadas, sea durante el día, a la hora de la siesta diurna o al acostarnos por la noche. ⁽³⁰⁾ Cuando los lactantes están acostumbrados a tomar un biberón a la hora de la siesta o al acostarse por la noche, los padres deben estar con ellos mientras se alimentan, para después acostarlos sin el biberón. En caso de que necesiten succionar de manera adicional, un chupón o un ejercitador de las encías, son preferibles al biberón.

La lactancia materna tiene ventajas tanto para el niño, como para la madre, tales como protegerlo contra enfermedades, principalmente la diarrea , recibir una nutrición que lo previene de la desnutrición y la obesidad ,no le provoca alergias, se expone menos tratamientos de ortodoncia como los niños que se alimentan con biberón. La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con biberón desarrollará un reflejo de succión y deglución inadecuado. ⁽¹⁸⁾

Las ventajas para las madres son ayudar a recuperar más rápido la figura, evita hemorragias después del parto, ahorra dinero, disminuye el riesgo de cáncer mamario, etc.

También se han realizado estudios con el propósito de determinar los patrones de lactancia e inicio de la ablactancia y su relación con la caries dental. Pacheco Álvarez n 1996 en su tesis tomó a niños de 0 a 42 meses de edad que acudieron a los servicios de pediatría de dos hospitales limeños. La

muestra consistió de 306 niños. El estudio fue de tipo transversal descriptivo. Los resultados muestran que la lactancia materna estuvo presente en el 99,6% de la muestra, siendo la edad promedio de término de 8,5 meses. La lactancia artificial (uso del biberón) fue frecuente en un 52,9% e iniciada a la edad promedio de 4,4 meses. La edad de inicio de la ablactancia fue en promedio a los 5,6 meses. La prevalencia de caries dental en los niños de 12 a 42 meses fue de 20,4%. No se encontró relación de la caries con el tipo de lactancia (materna, artificial o ambas) y el tiempo de duración de la lactancia materna o artificial ($p>0,05$). Sin embargo se observó una tendencia de mayor prevalencia de caries en aquellos niños que tenían lactancia artificial que aquellos de otro grupo (materna o mixta).⁽³⁶⁾

Nutrición durante la erupción dentaria

La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia, facilita su continuación en etapas posteriores. Es usual la adición de alimentos diversos, cuando hacen erupción las primeras piezas dentarias. Hay que orientar a los padres sobre alimentos apropiados, que además de nutritivos, sean adecuados para la salud dental. Los alimentos que se comen con los dedos, primeramente frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatina, galletas sin sal, ni queso, son aceptables y hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución, que le permitan

ingerir estos nuevos alimentos. ⁽³⁷⁾ Deben evitarse los que contengan alto porcentaje de carbohidratos, se adhieren a los dientes o son de disolución lenta. Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas y los yogurts para que el niño lo acepte mejor. Recordemos la cariogenicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa, pero aunque en menor escala también lo son la glucosa, la fructuosa, maltosa, almidón, etc., nutrientes naturales del St. Mutans, que se encuentra presente en la boca del lactante desde la aparición del primer diente, siendo la mamá o el resto del entorno, los responsables de esta infección temprana. ^(6, 13, 47)

Villena, M. Bernal, J. en 1998 estudió e identificó el momento en que los azúcares son introducidos en la dieta y su frecuencia de consumo en un grupo de niños de 0-36 meses de edad. Para ello se aplicó un cuestionario de opciones múltiples a madres de 385 niños bajo control en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital nacional Cayetano Heredia, Lima Perú. En el 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad. Los principales vehículos fueron “líquidos” y la razón principal fue “dar sabor”. El porcentaje de niños que consumían azúcares y su frecuencia de consumo aumentó con la edad. El 30% de los niños de 0-5 meses de edad

consumían azúcares en un promedio de 2,5 veces al día y el 85% de los niños de 6-11 meses de edad consumían azúcar en un promedio de 3,5 veces por día. Al cumplir el primer año de edad, el 100% de los niños consumían azúcares en un promedio de 4,6 veces al día; este patrón se repitió durante el segundo año de vida. En su mayoría los alimentos azucarados, fueron ingeridos durante las comidas principales; sin embargo un porcentaje considerable (34,4%) fue ingerido en refrigerio o entre comidas, en especial antes de que el niño vaya a dormir. En este trabajo se busca formular programas educativos materno-infantiles que permitan disminuir el riesgo de caries en la dentición primaria y formar hábitos alimenticios adecuados. La educación en salud dental impartida a las madres y motivada en los niños resulta, por lo tanto, mejor que tratar de cambiar rutinas ya establecidas. ⁽⁴⁷⁾

Asesoramiento Dietético

Desde hace tiempo se conoce la relación directa entre dieta rica en hidratos de carbono y caries. Después de numerosos estudios comparativos se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

- El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que si lo es durante las mismas.
- El riesgo es asimismo mayor cuando el azúcar va incorporado a alimentos viscosos.

En resumen es necesario actuar sobre los hábitos dietéticos de los niños, motivándolos para que coman de forma equilibrada en las horas habituales y alimentos de bajo contenido en azúcares refinados (glucosa, fructosa, sacarosa). Es conveniente que el niño finalice las comidas con frutas fibrosas.

-No se debe acostumbrar al bebé a los dulces. Puesto que todos los sabores son nuevos para un recién nacido, es mejor acostumbrar su paladar a las cosas naturales, sin agregado de condimentos, azúcar o miel.

- Se debe tener cuidado, en la prescripción de medicamentos, muchos de ellos endulzados para facilitar su aceptación. Estos productos pueden afectar los dientes a largo plazo. ⁽³⁷⁾

Lista orientativa de alimentos cariogénicos que tienen relación con glucosa, fructosa o sacarosa: mermelada ,fruta fresca y seca ,mostaza , ketchup, paté de hígado ,morcilla , corn-flakes ,galletas ,bollería industrial ,bebidas, instantáneas en polvo ,yogur edulcorado ,chocolate con leche ,helados ,zumos preparados ,patatas chips ,yogures ,bebidas dulces con y sin gas ,aderezo de ensalada preparado

Otro factor que también influye en la cariogenicidad de los alimentos es el pH. Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos naturales de remineralización. Así los azúcares refinados acidifican el ambiente sobre el esmalte, al igual que frutas como la manzana, con un pH de 3,69.

2.2.4. APLICACIÓN DE SELLANTES

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes. ⁽³⁰⁾

2.2.5 CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. ^(28, 37) Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización.

Las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición decidua o permanente, son las fosas y fisuras, las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres.

Caries dental en gestantes.

La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas en las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene defectuosa y cambio de los hábitos dietéticos y horarios. ⁽¹⁹⁾

Uno de los conceptos erróneos más extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que comporta el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, está en forma cristalina estable y por tanto no disponible para las necesidades maternas. ^{(27,}

41)

Caries del biberón

En años recientes se ha reconocido, que la alimentación por biberón prolongada, más allá del tiempo que se hace la ablactación del niño y su introducción a las comidas sólidas, puede dar como resultado caries tempranas y rampantes. ^(30, 37)

Aspecto clínico. El aspecto clínico de los dientes en la “caries por biberón” en un niño de 2, 3 o 4 años de edad es típico y sigue por un patrón definido.

Hay afección temprana por caries en los dientes anteriores superiores, los primeros molares temporarios superiores e inferiores y los caninos inferiores. Los incisivos inferiores por lo general no están afectados. ^(28, 30)

Causas. Las caries dentales por biberón son causadas por la exposición frecuente y prolongada de los dientes a líquidos con [azúcares](#). Entre estos líquidos pueden estar la leche, fórmula, jugos, ponches, bebidas dulces, gelatinas u otros líquidos endulzados. La placa bacteriana en los dientes usa estos azúcares como un recurso de energía para formar ácidos que atacan el esmalte de los dientes. La [caries dental](#) afecta también a los lactantes que permanecen en el pecho de la madre por períodos prolongados (lo que ocurre, por ejemplo, cuando la madre se queda dormida mientras el bebé está [lactando](#)). ^(1, 22, 37)

Prevención.

- Nunca se debe llevar el niño a la cama con un biberón.
- Se debe evitar el uso prolongado de chupones.
- Después de cada alimentación, se deben limpiar los dientes y encías con una toalla limpia o gasa para eliminar la placa.
- La pasta no es necesaria en menores de tres años por su acción espumante.
- El uso del hilo dental se debe comenzar cuando toda la dentadura temporaria (dentadura del bebé) haya erupcionado.

-Entre comidas, si el bebé necesita un consolador, ofrecerle un biberón de agua pura y fresca.

-No se debe llenar el biberón con líquidos que sean principalmente de azúcar como gelatinas y bebidas dulces.

-Es preciso asegurarse que el niño obtenga flúor de alguna manera. Si no se dispone de agua con flúor, se le debe administrar ya sea sistémico o tópico.

-Los dientes de los niños se deben inspeccionar regularmente y comenzar las visitas al odontólogo cuando los dientes comiencen a erupcionar.

-La mamá (o el papá) deben ayudar con la higiene bucal por lo menos una vez al día que si es a la noche antes de dormir mucho mejor, ya que es durante las horas de sueño cuando las bacterias tienen vía libre para actuar. Porque cuando estamos despiertos actúa lo que denominamos “autoclisis ”, y significa que el movimiento de la lengua, los labios y los músculos de la boca ayudan en una auto-limpieza de todas las superficies bucales.^(4, 22)

2.2.6. ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las alteraciones ginivoperiodontales son reacciones conectivo vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea este placa bacteriana, tártaro, etc. Para su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color

de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival. De igual manera debe hacerse un sondaje, evaluar si existe gingivorragia, y movilidad. Si esta lesión continuara, se daría un proceso inflamatorio crónico hasta el periodonto de inserción, reemplazando la médula por un exudado de leucocitos y fluido.

Alteraciones periodontales en gestantes

En algunas gestantes se observa la presencia de cálculo, de bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación empeora con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos. El tratamiento y prevención de esta patología debe ser realizado para evitar así complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. ⁽²⁷⁾

Esta alteración gingival, denominada **gingivitis del embarazo**, aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, momento en que va disminuyendo hasta el final del embarazo. Clásicamente se le acepta una prevalencia del 35 %, pero algunos autores hablan de hasta el 100%. Se observa una afectación mayor en la zona anterior, sobretodo a nivel interproximal. ^(26, 27)

Diferentes estudios sugieren que esta gingivitis es el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, o también debido a cambios hormonales que alteran el metabolismo tisular, acompañado

de alteraciones locales como la mala higiene, modificaciones del pH salivar y disminución de las IgA.

A medida que los cambios iniciales aumentan, la gingivitis gestacional se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento de las gingivorragias, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia.

Hay estudios, aunque muy pocos, acerca de las consecuencias de la enfermedad periodontal sobre la salud sistémica. El periodonto puede servir como un reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores inmunoinflamatorios, los cuales pueden interactuar con otros órganos de sistemas alejados de la cavidad bucal. Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo estadísticamente significativo para el nacimiento pretérmino, hecho esta hace pocos años desconocido. Es conocido que la respuesta del huésped a la infección periodontal resulta en la producción de mediadores inflamatorios que incluyen citoquinas y prostaglandinas. Por otro lado, el rol de las prostaglandinas en la regulación de la fisiología normal del parto ha sido bien documentado. Así las infecciones maternas durante el embarazo provocan una traslocación de productos bacterianos y mediadores inflamatorios, de esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad al provocar que los niveles de PGE_2 y citoquinas (flúidos biológicos que por lo

general inducen el trabajo de parto) se incrementan velozmente, produciendo trabajo de parto y nacimiento pretérmino. ⁽²⁷⁾

Alteraciones periodontales en niños.

Los tipos predominantes de gingivitis y enfermedad periodontal en niños no van acompañados prácticamente de sintomatología subjetiva, y en consecuencia existe un gran riesgo de no prestar la debida atención de esta patología en sus estadios iniciales. Como las afecciones gingivales pueden progresar a una enfermedad periodontal grave, con perdida de los dientes como última consecuencia, el diagnóstico precoz de estas alteraciones es fundamental, además de resultar muy eficaz.

Aspectos Gingivales de la dentición decidua. La encía del niño con una dentición decidua completa es, por lo general, más rojiza y tiene un carácter más flácido que la del adulto. Además el borde marginal gingival presenta un aspecto más protrusivo y redondeado, lo que posiblemente guarde relación con el reborde cervical tan pronunciado que tienen las coronas de los dientes de leche. El punteado típico que se observa en las encías sanas del adulto se desarrolla lentamente a partir de los 2 ó 3 años de edad, y por o general, es fácilmente observable como una zona estrecha en los primeros años de la edad escolar .En las zonas de los diastemas entre los dientes de leche, los tejidos interdentarios tienen una forma de silla de montar. Cuando se han establecido

los contactos proximales entre los molares, la zona interproximal queda totalmente rellena por una papila interdental, con una concavidad marginal que corresponde a la zona de contacto.

En las radiografías el hueso alveolar que rodea los dientes de leche tiene una lámina dura fina, pero bien definida, y una membrana periodontal comparativamente amplia; además presenta escasas trabéculas y grandes espacios medulares con una vascularización rica. El cemento radicular es también fino y principalmente de tipo celular.⁽²⁸⁾

Cuadro Clínico. La encía marginal libre tiene una coloración rojiza y un aspecto inflamado, con las papilas que hacen protrusión desde los espacios interproximales. La superficie se encuentra distendida y brillante y la exudación de las crestas es clínicamente evidente, sobre todo cuando se aplica una ligera presión a la encía libre. También existe una mayor tendencia a la hemorragia gingival al explorar con la sonda; estamos ya frente a una lesión preestablecida. Al ir progresando la enfermedad, la inflamación y el enrojecimiento pueden extenderse hacia la encía adherida. Como el factor causal es la acumulación de placa, puede eliminarse rápidamente los síntomas clínicos con un régimen eficaz de higiene oral.

La gingivitis es el síntoma dominante en la infancia dado que hay una gran tendencia a que la lesión establecida progrese a una lesión avanzada con pérdida de inserción del tejido conjuntivo y del hueso de sostén. En principio

rara vez se desarrollan procesos más avanzados hasta después de la pubertad.

(28)

2.2.7. MALOCLUSIONES

Existen muchos factores que contribuyen en la instalación de las maloclusiones, estas pueden ser de origen congénito o hereditario o de orden local, funcional o ambiental.

Las maloclusiones frecuentemente, se originan de hábitos musculares bucofaciales nocivos, atribuidos a funciones alteradas: succiones no nutritivas prolongadas, hábitos alimenticios inadecuados, enfermedades nasofaríngeas, disturbios en la función respiratoria, postura anormal de la lengua. Por tanto, la mayoría de las maloclusiones puede ser prevenida, porque una atención profesional no se debe limitar a la higiene bucal, cualidades de la dieta, o aplicación de flúor. ⁽³²⁾ Esto también es importante para mantener una integridad dentaria, la atención profesional debe también revisar no se debe limitar a penas de la higiene bucal las funciones del sistema estomatognático, como succión, respiración, deglución, masticación y habla. Los movimientos musculares y los ejercicios funcionales, son igualmente importantes en la prevención de las maloclusiones.

Las funciones realizadas correctamente desarrollan actividades neuromusculares que estimulan el crecimiento óseo, permitiendo que el

maxilar y la mandíbula tengan tamaños y relaciones adecuadas para alojar a los dientes, posicionándose con armonía y equilibrio en sus bases.⁽³²⁾

El crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dentales dependen de múltiple factores tales como: corto periodo de amamantamiento, caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución y masticación, traumas y factores hereditarios.

Las madres, ya desde la primera visita deben ser advertidas contra las posturas inadecuadas en el acto de dar el pecho; una postura anómala que comprima las fosas nasales contra el seno de la madre, la colocación de mamaderas u otros recipientes sobre el rostro del pequeño pueden producir alteraciones o desviaciones que en el futuro, al actuar sobre las partes óseas de la cara, pueden originar maloclusiones en el niño. Insistirán sobre la importancia de las posturas durante el sueño que adopte el niño, la interposición de la mano sobre el mentón, los dedos sobre la boca, etc., ya que todo ello puede producir situaciones lamentables en los años posteriores del desarrollo.

Influencia de la Lactancia materna

Cuando el bebé nace, la mandíbula se encuentra en posición posterior o distal en relación al maxilar superior, llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido (entre 2cm a 5 cm), dando origen a un perfil convexo absolutamente normal en el recién nacido. Durante el primer año de vida, los

dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular, que durante el intervalo de amamantamiento provocan fatiga y sueño al niño, controlando el tiempo preciso de alimentación y coadyuvando al logro de la digestión perfecta.⁽¹⁸⁾

En el momento del nacimiento hay una desproporción entre el cráneo y la cara. El cráneo no recibe influencia del medio ambiente, mientras que la cara, desde el nacimiento a la pubertad, va a recibir influencias muy notorias, debido que allí se encuentran los órganos de la audición, olfato, gusto y tacto. También en esta área van a ocurrir las funciones del aparato bucal que son determinantes para la maduración y desarrollo del mismo, como son: masticación, succión, deglución, salivación, respiración y fonación. El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho, que es la única forma que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar. Cualquier otro tipo de alimentación que no sea natural, tendrá el riesgo de producir una lesión de crecimiento y desarrollo en el área dento-facial.

La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con el empleo de biberón desarrolla en ellos un reflejo de succión y deglución inadecuado, debido a que la boca del lactante se abre en exceso, el esfuerzo muscular, además de inadecuado es insuficiente para lograr la completa maduración de los músculos, lo que trae como consecuencia la necesidad del establecimiento de una succión no nutritiva, bien sea de objetos, chupón o dedos, ésta actividad repetitiva puede pasar a la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución.⁽³⁶⁾ Durante el amamantamiento, el reborde anterior del maxilar superior se apoya contra la superficie del pezón y parte del seno materno. Actuando la lengua a modo de válvula, a través de movimientos anteroposteriores, permitiendo así el ordeño del pecho materno, sincronizando esta acción con la función respiratoria.

Uso de biberón

La succión del biberón por ser más gruesa y grande que el pezón desplaza la lengua al piso de la boca y no permite el roce fisiológico con el paladar duro, la mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente.^(18, 32)

En los casos que sea necesario sustituir la alimentación materna por el biberón, este debe tener determinadas características que la asemejen al seno materno, como ser:

- Tetina corta
- De consistencia firme
- Con varios orificios pequeños, para poder efectuar el ejercicio muscular, sincronizando las funciones de succión, respiración, y deglución, favoreciendo como ya expresamos el correcto desarrollo de todo el esqueleto facial.

El uso de maderas y chupete no debe extenderse más allá de los dos años. Cuando enseñas al bebé a comer solo, también debe aprender a usar un vaso o taza para consumir líquidos de esta forma el cambio será más fácil.

Succión no nutritiva

La succión no nutritiva durante la lactancia, es la actividad que consiste en que el lactante se chupe el dedo, chupón u otros objetos.

La succión no nutritiva se considera parte normal del desarrollo fetal y neonatal. El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13-16 de gestación; además de otros de tipo respiratorio. Se considera que son precursores importantes de la respiración y deglución, necesarias para la vida postnatal.

La succión no nutritiva guarda relación estrecha con dos reflejos presentes al nacimiento. El de búsqueda es el movimiento de la cabeza y lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, que usualmente es el

pecho materno pero también es un dedo, o un chupón. Este reflejo desaparece en lactantes normales hacia los siete meses. El de succión hace que la leche salga de los pezones y se preserva hasta el año. Su desaparición no significa que el lactante deje de succionar; en esta etapa ya ha aprendido a alimentarse y no necesita del reflejo para hacerlo.^(32, 37)

En resumen la succión no nutritiva del lactante es casi universal y se considera normal. El punto en que se vuelve hábito y es anormal no está muy claro, pero se considera que es hasta los 3 años. La mayoría de las veces el niño logra superar esta etapa y el hábito desaparece, sin embargo, si el reflejo continúa después de los tres años este puede provocar daños permanentes en los maxilares.

Tiende a producir en la dentición decidua, protrusión de incisivos superiores, mordida cruzada posterior, linguoversión de incisivos inferiores, mordida abierta anterior. Todo desplazamiento nocivo de los dientes tienden a resolverse en un alto porcentaje de estos casos, si el hábito se interrumpe antes que broten los dientes permanentes. Por lo tanto, es mejor postergar el tratamiento hasta el periodo final de la dentición o cuando empiezan a hacer erupción los dientes permanentes. Las terapias más comunes consisten en la inserción de ciertos aparatos en la boca del niño que eliminan este hábito.⁽³²⁾

Lo mismo aplica a la costumbre de chuparse el dedo, si no se desarraiga antes de la aparición de los incisivos permanentes, estos hábitos pueden

ocasionar problemas en la forma del paladar, la mordida y posición de los dientes permanentes.

Es bastante común que el niño use para la succión diferentes elementos que le dan satisfacción, como ser el dedo o un pañito, etc., debiendo ser sustituidos todos estos por el chupete y nunca reprimirlos en cuanto a su uso ya que en esta etapa, la succión forma parte de su desarrollo fisiológico. Pero sin embargo es importante educar a la madre, para que no use el chupete cada vez que su hijo esta angustiado, como elemento de salvación. Sino que por el contrario debe buscar la manera de consolarlo y entretenerlo.

El tamaño del chupete se elige de acuerdo con el de la boca del niño. Nunca fijarlo a cintas o collares que rodeen el cuello. Siempre debe estar limpio e ir renovándolo a medida que se gasta. Jamás agregarle jugos, miel, azúcar, etc.

2.2.8. ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICO DE LA PACIENTE GESTANTE.

Nuestro tratamiento odontoestomatológico debe ser tan seguro para el feto como para la madre, así, tendremos limitados determinados tratamientos.

El segundo trimestre es el período más seguro para proporcionar cuidados dentales habituales. Incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operatorios simples. Lo más importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final

del embarazo. Las operaciones de reconstrucción extensas y la cirugía oral y periodontal mayor deben posponerse hasta después del parto.⁽²⁷⁾

Correa y col realizaron un trabajo en Colombia en 1986 y descubrieron que el 79,2% de las gestantes estudiadas no habían asistido a la consulta odontológica. Las investigaciones mencionan que las razones que afectan, son las siguientes: No sentir dolor ni molestia (38,3%); nervios y miedo (26,3%); falta de tiempo (11,4%); no les atienden en su estado (10,9%); descuido (8,6%); no tienen dinero (5,1%).⁽⁷⁾

Educación de las pacientes

Son pacientes en principio muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la del propio hijo. Así, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene oral, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía. También deben recibir toda la información necesaria y correcta con respecto a conocimientos básicos sobre desarrollo y crecimiento dental, como tipos de dentición, cronología de erupción, importancia de los dientes, etc.

Existen algunos mitos sobre la Salud Dental durante la gestación. El principal es que la gravidez aumenta el número de lesiones cariosas o problemas gingivales (encías), comúnmente se dice “por cada embarazo, un

diente menos” esto no es verdad si se mantienen algunos cuidados básicos, tales como alimentación equilibrada, buena higiene bucal y recibir cuidados profesionales periódicos. Otro concepto erróneo es que “durante la gestación no se puede recibir atención odontológica”, por lo que se requiere una verdadera concientización por parte de los profesionales de salud con respecto a estos puntos.

Tipos de dentición. El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.

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.

Dentición Decidua.

Así mismo, resulta conveniente que las madres conozcan un grupo de signos que se denominan "accidentes de la erupción", que acompañan al momento de la erupción de los dientes temporales y que no se pueden considerar como patología en sentido estricto: desasosiego, eritrosis yugal, sialorrea, rinitis, bronquitis serosa, etc.

La dentición decidua también es conocida como de leche, o la primera. Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Esta compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares.

El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo (a) cumpla los siete años. Según la experiencia clínica del odontopediatra, José Orlando Vega, los padres de familia no practican normas de higiene bucal con sus hijos menores de tres años, porque resulta una práctica incómoda y cansada. “Muchas veces nos resulta más cómodo dormir al niño con un biberón lleno de líquidos azucarados (leche, jugos etc.)”. De esta manera lo que se hace es abrir las puertas a la caries de biberón. Recalcó que el ser humano experimenta enfermedades dentales a partir de los seis meses de edad, con la erupción del primer diente, por tal razón los cuidados dentales de un niño deben de iniciarla los padres de familia a esa edad.⁽⁹⁾

Importancia. Los dientes de leche o temporales, cumplen importantes funciones dentro del sistema masticatorio, en el que participan de manera armónica otros elementos como la lengua, mejilla, huesos maxilares, músculos y glándulas salivares. Desempeñan funciones de masticación, fonación, estética y matrices funcionales para el adecuado desarrollo craneo maxilo-facial del menor. Los dientes enfermos traen problemas de

masticación de los alimentos en el período más activo del crecimiento y desarrollo del niño. Estos inciden también en la fonoarticulación correcta. Los dientes temporales y principalmente los de adelante son claves en el aprendizaje del lenguaje hablado. Estos primeros dientes son los encargados de mantener el espacio adecuado para la correcta alineación de los dientes permanentes. Sin olvidar la estética que inciden en la imagen del niño que pueden crear traumas psicológicos.

Cronología de Erupción:

	Dientes superiores		Dientes Inferiores	
	Comienza formación tejido duro	Erupción	Comienza formación tejido duro	Erupción
Inc.Centrales	4 meses i.u	7½ meses	4½ meses i.u	6 meses
Inc.Laterales	4½ meses i.u	9 meses	4½ meses i.u	7 meses
Caninos	5 meses i.u	18 meses	5 meses i.u	16 meses
Prim. Molar	5 meses i.u	14 meses	5 meses i.u	12 meses
Seg. Molar	6 meses i.u	24 meses	6 meses i.u	20 meses

i.u: intrauterino

Resumiendo entonces, con respecto a la mujer embarazada lo más importante es:

- Dieta controlada: pobre en azúcares y rica en Calcio, Fósforo y Flúor: éstos sería lácteos, pescados, tomate, té.
- Cepillado dentario después de cada comida.
- Uso de dentífricos fluorados o buches con Flúor.
- Visita al odontólogo cada tres meses.
- Ingestión de comprimidos de Flúor a partir del tercer mes, para la calcificación de los dientes del bebé.
- En caso de mucha predisposición a las caries, el odontólogo puede indicar enjuagatorios diarios a base de Flúor, después del cepillado nocturno.

Para que se cumplan los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla y lograr también la salud bucal del bebé.

Empleo de fármacos

Los fármacos administrados a una mujer gestante pueden pasar la placenta y ser tóxicos para el feto o tener un efecto teratógeno. La mayoría de los laboratorios de productos farmacéuticos previenen contra el uso de muchos, e incluso de todos, sus productos durante el embarazo, por falta de investigación bien controlada en los seres humanos.

El primer trimestre es la etapa del embarazo más susceptible para el embrión de padecer efectos teratógenos debidos a los medicamentos, ya que se produce la diferenciación de los órganos. La malformación dependerá del

tiempo de exposición. A partir de la octava semana los órganos ya están formados, y la susceptibilidad es inferior. El efecto teratógeno en este período puede dar lugar a una disminución del tamaño y número celular, que se puede manifestar con un retardo del crecimiento, una disminución del tamaño del órgano y alteraciones funcionales de los diferentes sistemas.

Hemos de tener en cuenta, también, que el feto presenta una capacidad de metabolización de fármacos limitada, debido a la inmadurez hepática y de su sistema enzimático.⁽²⁶⁾

Por otro lado, en el embarazo se producen cambios a nivel de diferentes sistemas: cardiovascular, hepático, renal o gastrointestinal, que pueden alterar la respuesta terapéutica esperada de los medicamentos prescritos y puede ser necesario una alteración del plan de tratamiento

Todos estos cambios en cada órgano requieren en las embarazadas una alteración de las dosis de los antibióticos y de los analgésicos.

Anestésicos locales: Se pueden usar siempre, salvo alergias específicas. En ciertos casos utilizaremos mepivacaína sin VC para evitar problemas circulatorios placentarios.

Analgésicos: El **paracetamol** es uno de los analgésicos más usados en el embarazo, con efecto analgésico, antipirético y una baja actividad anti-inflamatoria. No existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para la madre como para el feto con la administración de este medicamento, así será el analgésico de elección en la consulta. No hemos de olvidar, no

obstante que pasa la barrera placentaria, y que su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal.

Antibióticos: Las **penicilinas** y derivados (como **amoxicilina**) son los antibióticos de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas ligeras-moderadas, y sólo están contraindicadas en casos de hipersensibilidad. No hemos de olvidar, no obstante, que no existen estudios bien controlados en mujeres embarazadas, por lo que su utilización será solo en caso de ser claramente necesaria.

Las **cefalosporinas orales** son buenas para el tratamiento de infecciones leves-moderadas en odontología. En mujeres embarazadas parece una alternativa segura.

La **clindamicina** se encuentra en la categoría B de la clasificación de la FDA, y la reservaremos para el tratamiento de infecciones severas después de consultar con el ginecólogo. Parece ser que no existen efectos tóxicos en mujeres embarazadas.

Las **tetraciclinas** están contraindicadas durante el embarazo debido a los efectos adversos que producen. Dentro de éstos se observa tinción de los dientes, inhibición del crecimiento del hueso y alteraciones hepáticas en el feto. Su utilización solo podría estar justificada si otros medicamentos están contraindicados o no resultan eficaces.

Corticosteroides : Están prohibidos en el primer trimestre del embarazo por la posibilidad de que produzcan efectos teratógenos a dosis elevadas y

tiempo prolongado. Se relacionan con la aparición de fisura palatina. Su uso durante el segundo y tercer trimestre parece ser que no comporta graves riesgos, aunque se aconseja administrarlos sólo en casos de absoluta necesidad.^(26, 27)

Radiografías dentales

En principio las radiografías dentales están contraindicadas, especialmente durante el primer trimestre, cuando el feto en desarrollo es particularmente susceptible a los efectos de la radiación. Sin embargo, en caso que se requiera tratamiento odontoestomatológico, será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. Una de las principales ayudas en el caso de la mujer embarazada es el delantal de protección, ya que se ha demostrado que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal.

Brent ha indicado que la dosis umbral en la inducción de lesiones genéticas es de 10 rads., cuando la radiación ambiental diaria es de 0.0004 rads. y la de una ortopantomografía es de 0.00001 rads.⁽²⁶⁾

Momento para llevar a cabo el tratamiento odontoestomatológico

Santana y col. en un trabajo al respecto recomiendan⁽⁴¹⁾:

Primer trimestre

- Tratamientos dentales de emergencia
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador

Segundo trimestre

- Tratamientos de emergencia y electivos
- Radiografías con protección
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador
- Momento ideal para el tratamiento dental

Tercer trimestre

- Tratamientos de emergencia
- Evitar la posición supina durante tiempo prolongado. Visitas cortas. Se aconseja una posición semi-incorporada y con cambios de posición frecuentes.
- Radiografías con protección
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador
- Evitaremos al máximo cualquier tratamiento en las últimas semanas debido a la posibilidad de que presente un parto prematuro en el gabinete dental.

Durante todo el embarazo

- Programas de control de placa
- Evitar la anestesia general y sedación intravenosa. Usar anestesia local
- Evitar al máximo la administración de fármacos no necesarios
- Si bien no está justificado por todos los autores, la ingestión oral de 1mg/día de flúor a partir del tercer o cuarto mes de gestación que es cuando empieza la calcificación de los dientes temporales, podría estar justificada en función de ciertos estudios. (24)

Influencia del tratamiento odontoestomatológico en el feto

El momento crítico para el feto es el primer trimestre, ya que es cuando se lleva a cabo la organogénesis fetal y puede dañarse por múltiples factores externos (radiaciones, fármacos, situación estresante para la madre). Además, durante las primeras semanas, es frecuente que la madre desconozca su estado, pudiéndose ocasionar graves complicaciones.

Las malformaciones fetales pueden tener origen desconocido o pueden ser debidas a factores hereditarios, al tabaco, al alcohol y otras drogas o medicamentos. Como odontólogos debemos controlar la infección y no emplear ninguno de los elementos de nuestra consulta potencialmente teratógenos. ^(26, 27)

En el segundo y tercer trimestre disminuye el riesgo de teratogenicidad, aunque ciertos medicamentos para el tratamiento de infecciones, como por ejemplo el uso de tetraciclinas, pueden jugar un papel muy importante en este momento.

El *aborto espontáneo* es la terminación natural de la gestación antes de la 20^{ava} semana. Se produce en el 10-20 % de todos los embarazos. Dentro de los factores que podrían provocarlo se encuentran las radiaciones ionizantes, ciertos fármacos y productos químicos, así como el estrés. Además, es conocido que las enfermedades febriles y la sepsis pueden precipitar el aborto. Por ello, es aconsejable un rápido tratamiento de la infección.

2.2.9 TRATAMIENTO ODONTOESTOMATOLÓGICO DE LA PACIENTE DURANTE LA LACTANCIA

El principal problema es la secreción de fármacos que tome la madre a través de la leche. Así, el lactante puede tomar indirectamente medicamentos nocivos para él, así como otros medicamentos pueden interferir en la actividad secretora normal de la glándula mamaria, interrumpiendo la lactancia o modificando la composición de la leche materna.⁽²⁶⁾

Todos los fármacos de bajo peso molecular pueden pasar a la leche, si bien se sabe que la proporción de éstos no excede el 23 % de la dosis en sangre materna. Por eso se piensa que es altamente improbable que se ocasionen efectos adversos con la administración de la mayoría de los fármacos. Sin embargo tomaremos una serie de precauciones, similares a las que se observan para las mujeres gestantes.

A nivel de analgésicos evitaremos la aspirina o derivados a altas dosis. Se recomienda el uso del paracetamol. Respecto a los antibióticos, se pueden prescribir las penicilinas y derivados, y en casos de alergias, cefalosporinas o eritromicina.

Quedan totalmente proscritos medicamentos como tetraciclinas, ketoconazol (antimicótico), litio, fármacos anticancerosos, agentes radiactivos, fenindiona, cloramfenicol e isionacida.

Utilizaremos benzodiazepinas a bajas dosis, siempre consultando con el médico de la paciente. Evitar los colutorios con etanol, sobretodo los que se ingieran, ya que el alcohol se secreta por la leche.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

SALUD BUCAL. Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático.

PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL. Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO. Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 20). Para fines de este estudio se utilizará la escala cualitativa.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL. Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones); además de los aspectos

preventivos. Para fines de ésta investigación también establecemos la relación entre la gestación y la atención odontológica.

HIGIENE BUCAL. Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.

DIETA. La dieta se refiere a la cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos diariamente por una persona.

MALOCLUSIÓN. Es una afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, se debe a una moderada distorsión del desarrollo anormal. Comprende una cantidad de desviaciones morfológicas diferentes que pueden presentarse como características únicas o formar parte de diversas combinaciones.

2.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.4.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Durante mucho tiempo, la atención y la asistencia odontológica y preventiva para niños, se iniciaba a los 3 años de edad. Varias investigaciones realizadas demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, e inclusive antes, durante la gestación, existe la presencia de hábitos inadecuados, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón. Se ha visto que en muchos Centros Hospitalarios a los que acuden madres gestantes, estas tienen un insuficiente y muchas veces errado conocimiento acerca la relación que

existe entre sus cuidados y la repercusión de éstos en la Salud Bucal de su futuro hijo. Así mismo desconocen los cuidados en Salud oral que deben aplicar en sus niños desde que nacen y de esta manera poder prevenir futuros problemas como caries, enfermedad periodontal, maloclusión, etc.

Es por esto que los padres, especialmente la madre durante su gestación, juegan un papel muy importante ya que ellos son el modelo, un ejemplo para sus hijos, ellos los inducen y es parte de su labor educativa, esta labor empieza con los conocimientos básicos de la madre gestante, acerca de sus propios cuidados tanto de higiene bucal y hábitos dietéticos, como los de su futuro bebé.

El trabajo de un equipo multidisciplinario es fundamental para la prevención. El médico obstetra y el pediatra deberían proveer la información básica con relación a los hábitos de higiene bucal, dieta, succión y la época en que debe ser llevado al dentista, pues raramente el niño visita al dentista durante el primer año de vida, a no ser por [traumatismo](#) y/o enfermedades de la boca.

2.4.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La salud bucal de nuestros niños comienza desde el embarazo, contemplando en la dieta de la mamá el aporte correcto de proteínas, calcio, fósforo y vitaminas. Continúa luego del nacimiento con medidas que fortalecen los dientes que se están formando. Después del nacimiento el mejor alimento es la leche materna. Al nacer los bebés no tienen microorganismos

en la boca, los adquieren. Estos microorganismos forman la placa bacteriana. Por eso es muy importante que quienes estén en íntimo contacto con los recién nacidos, no tengan caries o enfermedades en las encías. Es por esto que la prevención y conciencia odontológica se debe comenzar con la madre embarazada, motivarla y educarla, en relación a su higiene bucal y la de su futuro hijo, para evitar problemas posteriores y comunes como por ejemplo el uso de chupones, biberones, falta de higiene, etc., las cuales causan problemas como caries dental, mordida abierta, mala posición de las piezas dentarias, etc. Para que se cumplan los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla y lograr también la salud bucal del bebé.

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, durante el mes de julio del 2002 a todas las primigestas que acudieron a su control prenatal en dicha institución, las cuales en su mayoría pertenecen a la población del Callao.

2.4.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002?

2.5 JUSTIFICACIÓN

Para la prevención, el mejor tratamiento médico que existe es el que no ha de realizarse, esto se puede lograr manteniendo una serie de buenos hábitos de salud.

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé. Es por esto que la Odontología para bebés está orientada a variar el comportamiento de los padres en cuanto al inicio de las actividades de limpieza de la boca y eliminar el concepto errado de que se debe acudir al dentista después de los 3 años, o cuando ya exista algún problema bucal. La prevención en Salud Bucal dentro de la planificación de la salud, se proyecta a lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de la enfermedad de caries, tal como ha sucedido con otras enfermedades llámese polio o bocio. Esto se lograría mediante la educación, concientización y apoyo de los profesionales de la Salud, tanto de los propios Odontólogos (no creando una profesión individualista sino orientándolo hacia un trabajo en equipo) ⁽⁴⁴⁾, como los que tienen a su cargo el binomio madre-hijo, tales como médicos, ginecólogos, pediatras, neonatólogos, obstetras, etc; para que sea incluido dentro de Centros Hospitalarios programas de prevención en Salud Bucal en gestantes, y poder

tener una relación más estrecha con ellos. Sin embargo, según estudios realizados, esto todavía no se aplica en la realidad. Shout y cols. en 1998 realizaron una investigación en Xochimilco, para conocer la opinión de los médicos acerca de la atención odontológica durante la gestación, donde se analizaron 650 encuestas, (57 % de Médicos generales, 24% de Obstetras, 19% especialistas interconsultantes). Los resultados mostraron que existe baja referencia de gestantes al Odontólogo. El 56% no acostumbra revisar la boca, 53% considera innecesario ser consultados por el Odontólogo. Se discute la necesidad de establecer comunicación entre el médico y el Odontólogo por la razón que existe poca confianza en el Odontólogo para los tratamientos de las embarazadas y el desconocimiento médico de los procedimientos odontológicos y el bajo riesgo que ellos implican. ⁽¹⁴⁾

En nuestra realidad, en los Centros Hospitalarios Nacionales, los primeros que tienen contacto con la gestante son los gineco-obstetras, los cuales a la primera visita de ésta a sus controles prenatales, son automáticamente derivadas a los servicios odontológicos para su respectiva evaluación, algunas de las cuales no cumplen con este requisito por tener ideas erróneas con respecto a la atención odontoestomatológica y su relación con la gestación, por lo que falta una verdadera concientización para poder lograr un avance en la prevención de este grupo considerado como prioritario por el Ministerio de Salud, en los programas de salud Bucal.

Con este estudio trataremos de evaluar el conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de estas futuras madres y de esta manera tener una evaluación real de esta problemática para tener una base y así poner en práctica métodos preventivos a través de nuestra Universidad en los Internados Hospitalarios y también en la práctica privada, ya como profesionales, contribuyendo de esta manera a la salud bucal de nuestra población. Tenemos que tener en cuenta que en la mayoría de las Instituciones de educación en Salud, poseen una filosofía básica restaurativa en educación dental, preparando profesionales con excelente destreza para producir las mejores restauraciones, pero no muy preparados para inducir a sus pacientes en el área de la prevención.

2.6 OBJETIVOS

a) GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002, según grado de instrucción, trimestre de embarazo, edad y visita actual al odontólogo

b) ESPECIFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.

- Establecer el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en Salud Bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.
- Conocer el nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre gestación y su relación con la atención odontológica en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.

2.7 VARIABLES

1. Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal

Covariables:

2. Edad
3. Grado de instrucción
4. Trimestre de embarazo
5. Atención odontológica actual

2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Nivel de conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal	Conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Bucal	Conocimiento de higiene bucal	Test /prueba Cuestionario sobre prevención en Salud Bucal	Malo (0-6 pts) Regular (7-13 pts) Bueno (14-20)
		Conocimiento sobre importancia de cepillado		
		Conocimiento sobre ingesta flúor		
		Conocimiento sobre dieta durante la gestación.		
		Conocimiento sobre prevención de caries		
		Conocimiento sobre prevención de maloclusiones		
	Conocimiento sobre enfermedades bucales	Conocimiento sobre placa bacteriana		
		Conocimiento sobre caries		
		Conocimiento sobre gingivitis		
		Conocimiento sobre infe. Periodontal		
	Conocimiento sobre gestación y su relación con atención odontológica	Conocimientos sobre uso de medicamentos		
		Conocimiento sobre Rx dentales durante gestación		
		Conocimiento sobre uso anestesia dental durante la gestación		
		Conocimiento sobre mejor trimestre para atención odontológica		
		Motivos por los cuales gestantes no acuden a consulta odontológica		
	Conocimientos sobre desarrollo dental	Conocimiento sobre inicio de formación dental		
		Conocimientos sobre tipos de dentición		
		Conocimientos sobre # dientes deciduos		
		Conocimiento sobre cronología de erupción		

<i>VARIABLES</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA</i>
Trimestre de embarazo	Número de meses de gestación	- 1er trimestre - 2do trimestre - 3er trimestre
Grado de instrucción	Nivel de escolaridad	- Ninguno - Primaria - Secundaria - Superior
Edad	Número de años cumplidos	- 20 años ó menos - De 21 a 25 años - De 26 a 30 años - De 31 ó más
Atención Odontológica	Visita odontológica actual	- SI - NO

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, porque evalúa en un momento dado el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de las gestantes.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo formada por aproximadamente 400 primigestas, que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión para sus controles prenatales durante el mes de julio del 2002.

La muestra estuvo conformada por 75 gestantes que cumplieron con los criterios de selección, con un nivel de confianza de 95%.

El tipo de muestreo fue probabilístico sistemático, para poder obtener una muestra representativa, para lo cual no se tomó en cuenta la edad, ni el tiempo de gestación, ni el grado de instrucción. La muestra fue obtenida mediante la fórmula:

$$n_1 = \frac{Z^2 p q}{e^2}$$

$$n = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}}$$

Donde:

N= Población total
z = 1,96 (a un nivel de confianza del 95%)
e = 0,1 (error máximo permisible)
p* = 0,606 (prevalencia de nivel de conocimiento moderado)
q = 0,394 (1-p)
n = 74.51(muestra)

P* = tomado del trabajo de Velásquez Huamán

3.2.1 Criterios de Inclusión

En el presente estudio se consideraron a todas las primigestas del 1er, 2do y 3er trimestre que acudieron a su control de embarazo y que no presentaron ninguna enfermedad sistémica. Aquellas con cambios morfológicos compatibles con la gestación y que hayan resultado positivo en la concentración de gonadotropina coriónica en la orina.

3.2.2 Criterios de Exclusión

Aquellas gestantes que presentaron alguna alteración sistémica, física o mental. También fueron excluidas las multigestas.

3.3 RECURSOS

3.3.1. Recursos Humanos

- Primigestas del 1er, 2do y 3er trimestre de gestación
- Bachiller
- Asesor
- Personal Auxiliar

3.3.2. Recursos Materiales

- Cuestionario de Salud Bucal
- Útiles de escritorio
- Computadora
- Cámara fotográfica.

3.3.3. Recurso Institucional

- Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Departamento de Gineco-Obstetricia.

3.4 MÉTODOS

3.4.1 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario) previamente calibrado con una prueba piloto y sometido a juicio de expertos. Este cuestionario constó de 22 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) sobre conocimientos, el cual contiene los fines plantados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

- Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal (8 preguntas)
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas)
- Conocimientos sobre gestación y atención odontológica (4 preguntas)

- Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (4 preguntas)

Dándose un punto por cada respuesta correcta, y mediante regla de tres simple se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:

- Malo (0-6 puntos)
- Regular (7-13 puntos)
- Bueno (14-20 puntos)

El cuestionario fue entregado a las madres gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión en dos áreas del Hospital Nacional Daniel A. Carrión (Área de consultorios externos de Gineco-obstetricia y Área de Psicoprofilaxis), siguiendo el tipo de muestreo probabilístico sistemático, para lo cual se le asignó un número a cada historia clínica, y mediante la fórmula N/n (donde N = población y n = muestra) se obtuvo un intervalo de 5, sorteando el primer número y seleccionando cada 5 historias a las gestantes, las cuales tuvieron 20 minutos para el desarrollo del mismo.

El cuestionario en mención contuvo también información general que consignaron las gestantes para el cumplimiento de objetivos específicos de este estudio, como:

- Edad
- Trimestre de embarazo
- Grado de instrucción
- Visita previas al odontólogo
- Motivo por el cual recibe o no tratamiento odontológico actualmente

Después de la toma de muestra se les dio una charla sobre prevención, mediante trípticos y rotafolios.

3.4.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.2.1 PROCESAMIENTO DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario

El procesamiento de datos se realizó de manera automatizada empleando una computadora Pentium IV, utilizando en siguiente software:

- Procesador de texto Microsoft Word XP
- Microsoft Excel XP
- Programa estadístico SPSS 10

3.4.2.2 ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas, luego se apreció análisis estadísticos descriptivos con medidas de tendencia central tal como la media, y medidas de dispersión como desviación estándar.

La medida de correlación entre variables usada fue chi-cuadrado

Prueba de chi-cuadrado:

$$X^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$



Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

Donde:

X= Prueba no paramétrica de chi-cuadrado para variables cualitativas

fo= Frecuencia observada

fe= Frecuencia esperada.

Para su representación gráfica, se utilizaron histogramas o gráficos de barras, gráficos circulares, que se confeccionaron a partir de frecuencias relativas, así como Polígonos de frecuencias.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados de la investigación realizada en primigestas que acudieron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, durante el mes de julio del 2002, nos indica el nivel de información que ellas tienen con respecto a la Prevención en Salud Bucal, lo cual incluye tanto el conocimiento sobre Salud Bucal infantil, como el cuidado e importancia de la misma durante su gestación, así como también el conocimiento sobre desarrollo dental. Se relacionó el grado de conocimiento con su edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción y visitas al odontólogo.

Estos resultados se presentarán mediante cuadros y gráficos estadísticos.

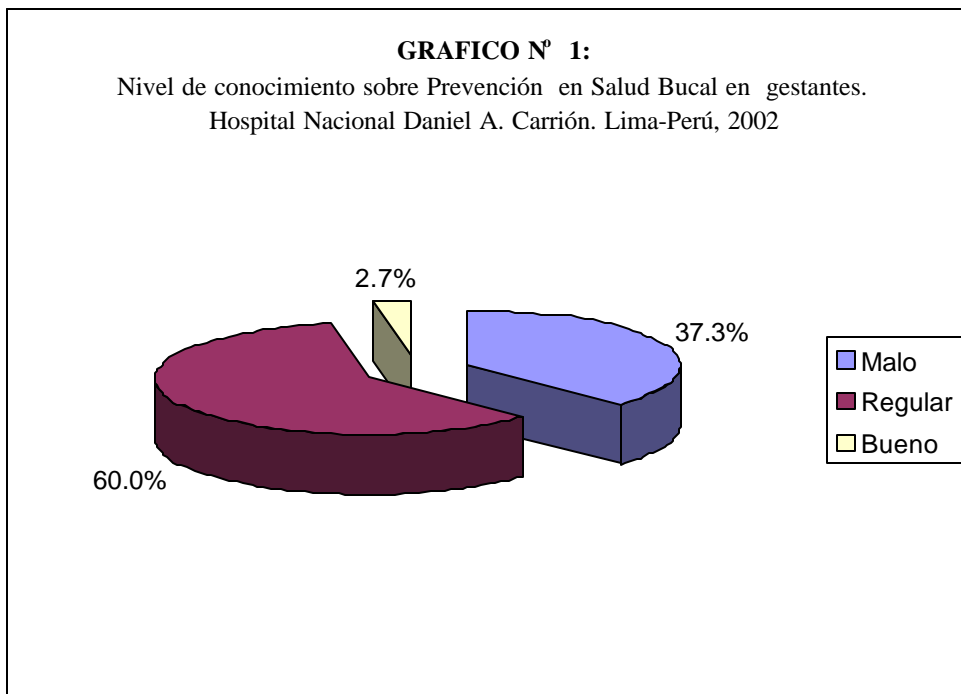
CUADRO 1: Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en Gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Nivel de Conocimiento	n	fi (%)
Malo	28	37,3 %
Regular	45	60%
Bueno	2	2,7 %
TOTAL	75	100%

n=frecuencia

fi=frecuencias relativas (%)

Se presentan los resultados generales obtenidos por las gestantes en el cuestionario sobre prevención en Salud Bucal, agrupadas en tres categorías, encontrándose en su mayoría al nivel de conocimiento Regular, con un 60%, seguido por un mal conocimiento, con 37,3% y en muy escaso porcentaje a aquellas gestantes con un óptimo o buen conocimiento (2,7%)



CUADRO 1 2: Nivel de Conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Bucal en Gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Nivel de Conocimiento	N	fi (%)
Malo	8	10,7%
Regular	39	52%
Bueno	28	37,3%
TOTAL	75	100%

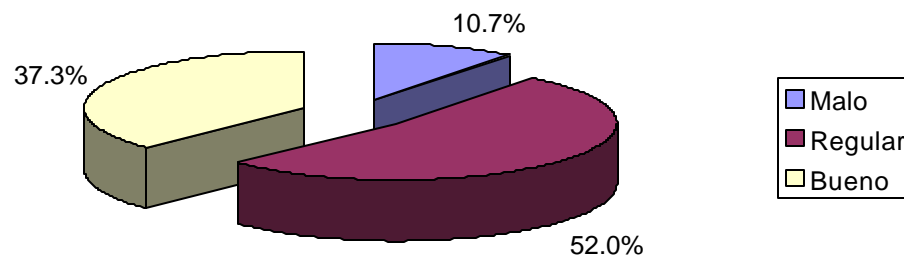
n=frecuencia

fi=frecuencias relativas (%)

El cuestionario sobre prevención en salud Bucal, consta de 4 partes, la primera, es acerca del conocimiento sobre medidas preventivas, donde observamos que el conocimiento *regular* sigue siendo el predominante con un 52%, aquí vemos un incremento hacia el *buen* conocimiento, llegando a un 37,3%, dejando al *mal* conocimiento con el 10,7% de gestantes en esta categoría.

GRÁFICO No 2:

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en Salud Bucal. Hospital Nacional Daniel A. Carrion. Lima-Perú, 2002



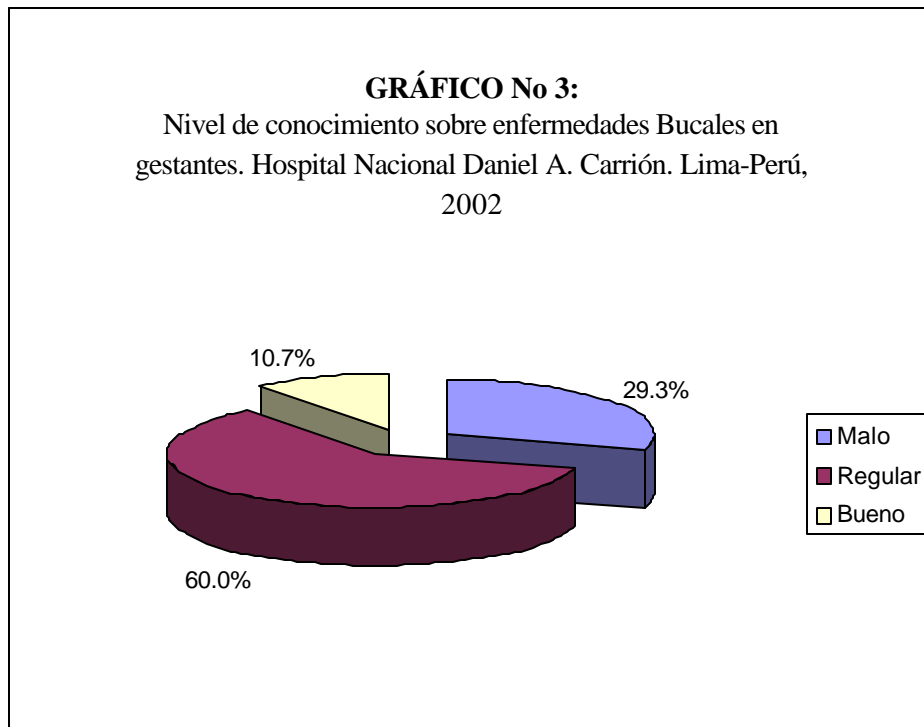
CUADRO ¹ 3: Nivel de Conocimiento sobre Enfermedades Bucales en Gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Nivel de Conocimiento	N	fi (%)
Malo	22	29,3%
Regular	45	60%
Bueno	8	10,7%
TOTAL	75	100%

n=frecuencia

fi=frecuencias relativas (%)

La segunda parte del cuestionario es acerca del conocimiento sobre Enfermedades bucales, aquí también el conocimiento regular, obtiene la mayoría con un 60% de gestantes, se aprecia que el 29,3% de las mismas tienen un mal conocimiento, y una menor proporción (8%) alcanzan el buen conocimiento.



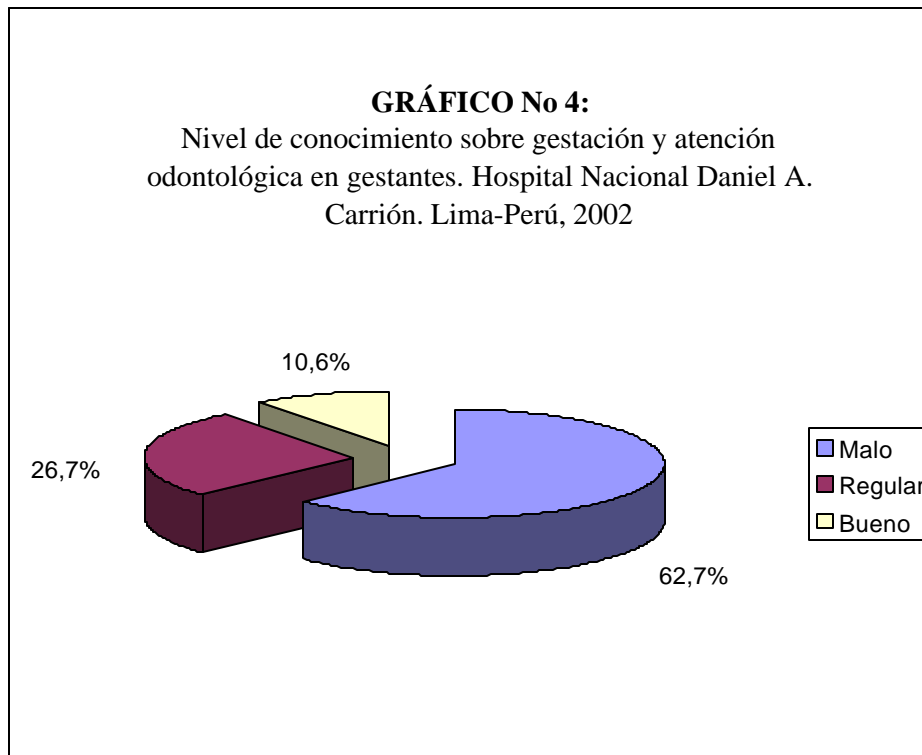
CUADRO ¹ 4: Nivel de Conocimiento sobre gestación y atención odontológica en Gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Nivel de Conocimiento	N	fi (%)
Malo	47	62,7%
Regular	20	26,7%
Bueno	8	10,6%
TOTAL	75	100%

n=frecuencia

fi=frecuencias relativas (%)

La tercera parte del cuestionario de salud Bucal, se refiere al grado de conocimiento que tienen las gestantes con respecto a su estado y su relación con la atención odontológica, se ve que la mayoría posee un mal conocimiento, representado por un 62,7%, seguido por un regular y en menor proporción buen conocimiento, 27,7% y 10,6% respectivamente.



CUADRO ¹ 5: Nivel de Conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en Gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Nivel de Conocimiento	N	fi (%)
Malo	60	80%
Regular	14	18,7%
Bueno	1	1,3%
TOTAL	75	100%

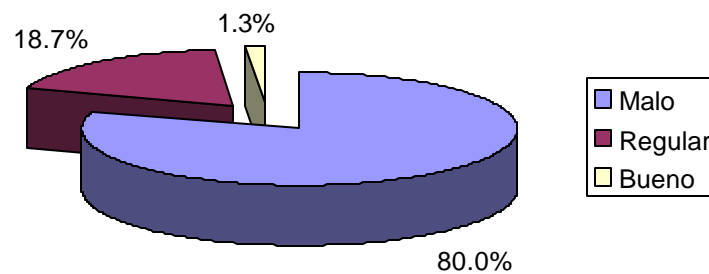
n=frecuencia

fi=frecuencias relativas (%)

La cuarta y última parte del cuestionario, se refiere al conocimiento de las gestantes acerca del desarrollo dental de sus futuros hijos, se ve claramente que existe un mal conocimiento en la mayoría de las gestantes, alcanzando el 80%, en contraposición con el 18,7% y 1,3% del regular y buen conocimiento respectivamente.

GRÁFICO No 5:

Nivel de Conocimiento sobre desarrollo dental en gestantes.
Hospital Nacional Daniel A. Carrion.
Lima-Perú, 2002



CUADRO No 6 y GRÁFICO No 6

Nos presenta los promedios obtenidos en las cuatro partes del cuestionario de Salud Bucal. En donde se aprecia que en la primera parte sobre conocimientos acerca de medidas preventivas se obtuvo un promedio de 12, con una nota máxima de 20 y una nota mínima de 3, lo que representa una desviación estándar (DS) amplia de $\pm 4,1$. La segunda parte, conocimientos sobre enfermedades bucales, el promedio fue de 8, con una DS de $\pm 4,8$, con una nota máxima y mínima de 20 y 0 respectivamente. Asimismo, la tercera parte, sobre gestación y atención odontológica, obtuvo un promedio de 6, con DS de $\pm 4,5$ y una nota máxima de 15 y mínima de 0. La última parte del cuestionario, sobre conocimiento acerca del desarrollo dental infantil, obtuvo una nota promedio de 4, con nota máxima de 15 y mínima de 0, dando una DS de $\pm 4,0$. El promedio general de estas cuatro notas fue de 8, con una DS de $\pm 2,7$, con nota máxima y mínima de 14 y 3 respectivamente.

CUADRO No 7 y GRÁFICO No 7

Representa las frecuencias de respuestas dadas por las gestantes en el cuestionario de Salud Bucal, el cual contenía 22 preguntas de las cuales, la pregunta No 4, referida a la importancia del flúor, fue la que obtuvo mayor porcentaje de respuestas correctas (89%), y la pregunta No19, acerca de cuando empiezan a formarse los dientes, no obtuvo ninguna respuesta correcta

(0%). Se aprecia diversidad de proporciones para cada respuesta, obteniendo los mayores porcentajes en la primera parte del cuestionario (de la pregunta 1 a la 8) y van disminuyendo gradualmente en las posteriores partes del mismo.

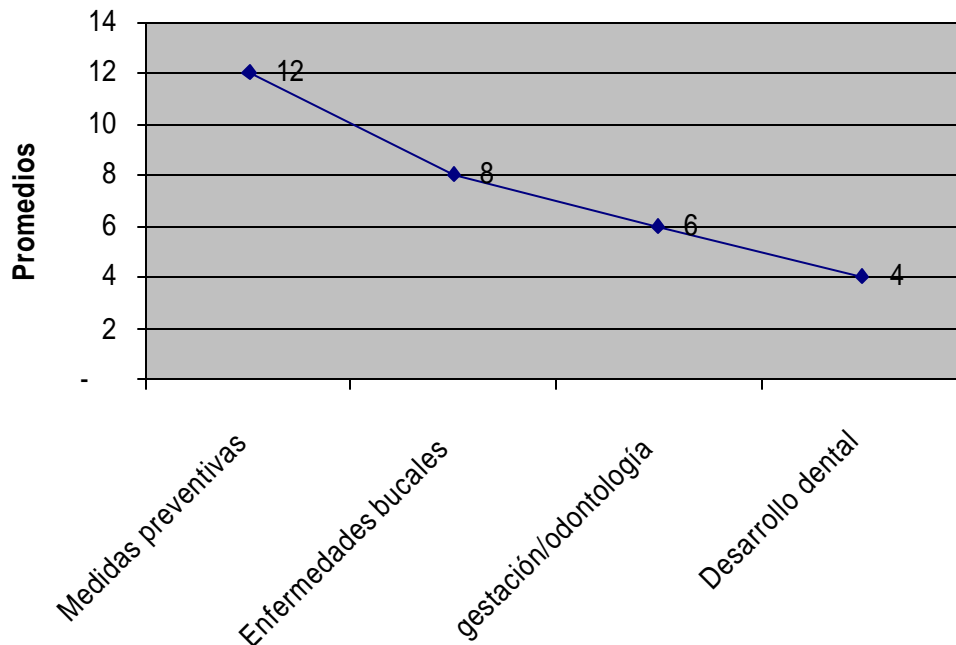
CUADRO ¹ 6: Promedios de notas obtenidos en cuestionario sobre conocimientos sobre Salud Bucal en gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

	Promedio	ó	Nota max	Nota min
Medidas preventivas	12	±4.1	20	3
Enfermedad bucal	8	±4.8	20	0
Gestación/odontología	6	±4.5	15	0
Desarrollo dental	4	±4.0	15	0
Promedio general	8	±2.7	14	3

ó = desviación estándar

GRÁFICO No 6:

Comparación de promedios de notas obtenidas en cuestionario sobre conocimientos en salud Bucal. HNDAC. Lima-Perú, 2002

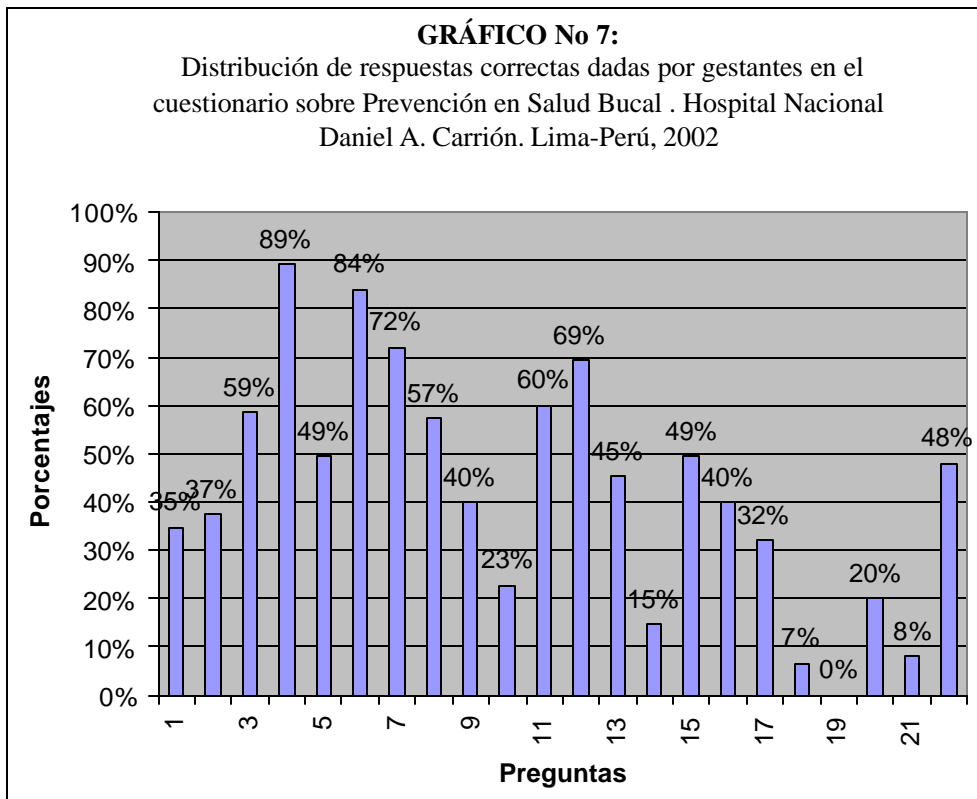


CUADRO ¹ 7: Distribución de frecuencia de respuestas dadas en el cuestionario sobre Salud Bucal en gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

#Preguntas	n	fi (%)	#Preguntas	n	fi (%)
1	26	35%	12	52	69%
2	28	37%	13	34	45%
3	44	59%	14	11	15%
4	67	89%	15	37	49%
5	37	49%	16	30	40%
6	63	84%	17	24	32%
7	54	72%	18	5	7%
8	43	57%	19	0	0%
9	30	40%	20	15	20%
10	17	23%	21	6	8%
11	45	60%	22	36	48%

n= frecuencia

fi= frecuencia relativa



CUADRO No 8 Y GRÁFICO No 8

Se muestra la comparación del nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en gestantes según grupo etáreo. De las 75 primigestas encuestadas, el 42,7% se encuentran en el rango de 20 años a menos, el 25,3% está entre los 21 y 25 años; el 21,3%, entre los 26 y 30 años, y el 10,7% las gestantes son mayores de 30 años. De estos 4 grupos, los tres primeros, de 20 años a menos, entre 21 y 25 años y entre 26 y 30 años, predomina el nivel regular, con un 56,%, 74% y 56% respectivamente, seguido por un mal conocimiento, en estos tres grupos, con un 41% en el grupo de 20 años a menos, 26%, de 21 a 25 años y 38% en el grupo de 26 a 30. En el último grupo, de más de 30 años, existe equitativamente un 50% de gestantes con un mal y regular conocimiento. No se encontró diferencias significativas entre la edad y el nivel de conocimiento ($\chi^2=3,4090$; $p<0,01$).

CUADRO No 9 Y GRÁFICO No 9

Se muestra la relación entre el nivel de conocimientos y el trimestre de embarazo. El tercer trimestre se encontró en mayor proporción, con un 67%, el segundo trimestre con un 21% y el primer trimestre se presentó en un 12%. Los resultados obtenidos fueron casi similares en los tres trimestres, predominando el nivel regular de conocimiento, con el 67%, 56% y 60% para el I, II y III trimestre respectivamente. Seguido por un mal conocimiento, de 33% para el I trimestre, 38%, para el II y III trimestre. No se encontraron

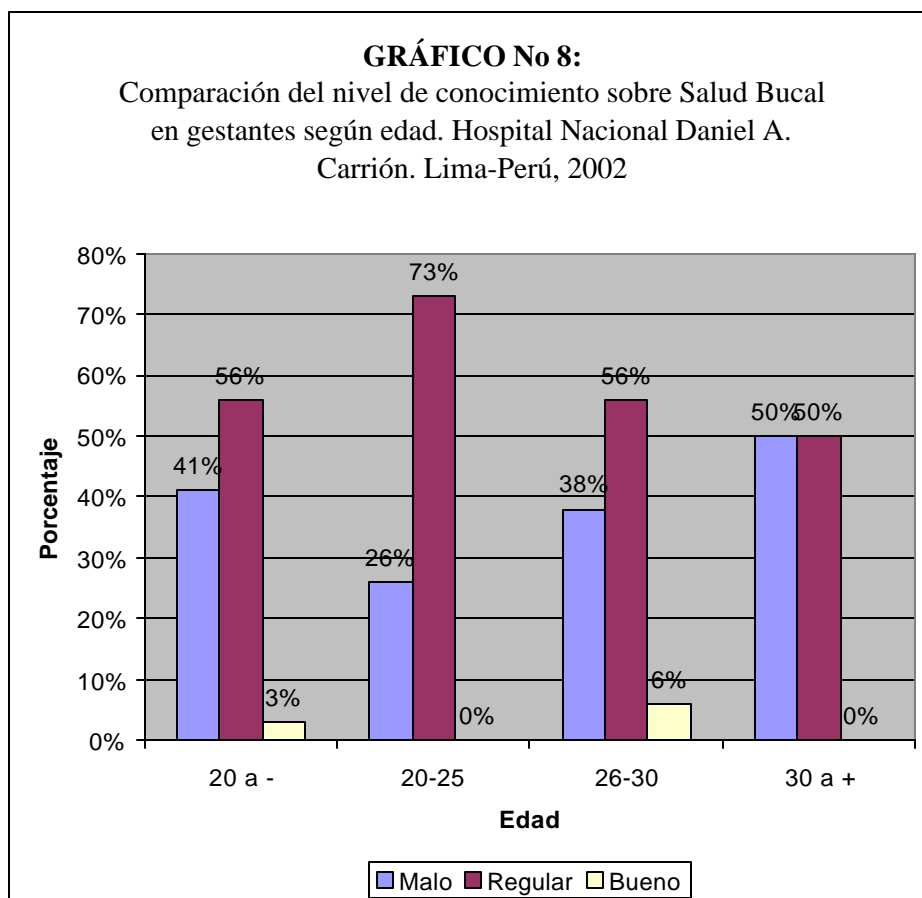
diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y trimestre de embarazo. ($\chi^2=1,2426$; $p<0,01$).

CUADRO 1 8: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según grupo etáreo en gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú 2002.

Nivel de Conocimiento	Grupo etáreo (años)							
	20 a menos		21 a 25		26 a 30		31 a más	
	n	fi	n	Fi	n	fi	n	Fi
Malo	13	41%	5	26%	6	38%	4	50%
Regular	18	56%	14	74%	9	56%	4	50%
Bueno	1	3%	0	0	1	6%	0	0
TOTAL	32	100%	19	100%	16	100%	8	100%

Donde f: frecuencia

fi: frecuencia relativa

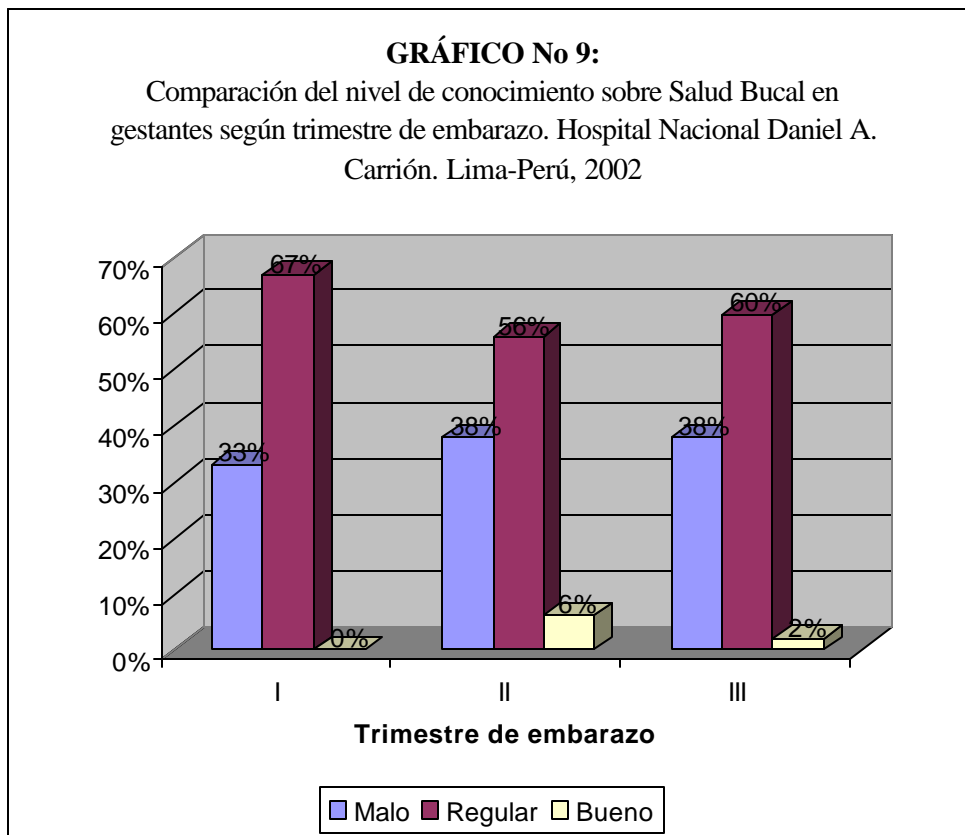


CUADRO 19: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según trimestre de embarazo en gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú 2002.

Nivel de conocimiento	Trimestre de embarazo					
	I		II		III	
	n	fi	N	fi	n	fi
Malo	3	33%	6	38%	19	38%
Regular	6	67%	9	56%	30	60%
Bueno	0	0	1	6%	1	2%
TOTAL	9	100%	16	100%	50	100%

Donde f: frecuencia

fi: frecuencia relativa



CUADRO No 10 Y GRÁFICO No 10

Muestra la comparación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción de las gestantes. Se encontró una mayor prevalencia del grado secundario (65%), seguido del superior, con un 28% y el grado primario con 7%. Se aprecia que existe un mal nivel de conocimiento (60%) en el grado primario, el mismo que va descendiendo, en los grados secundaria (41%) y superior (24%). El nivel de regular conocimiento, por el contrario va ascendiendo, de 40% en el grado primario, 55% en el grado secundario, hasta llegar aun 76% en el superior. Sólo se encontró un 2% de gestantes que alcanzaron un buen conocimiento, las cuales pertenecen al grado secundario. Estadísticamente, no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=4,3840$; $p<0,01$). Aunque se aprecia que existe una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción.

CUADRO No 11 Y GRÁFICO No 11

Se aprecia la relación existente entre el nivel de conocimiento y la asistencia odontológica actual recibida por las gestantes. Se encontró que sólo el 20% de las primigestas encuestadas, se encuentran recibiendo atención odontológica. Los resultados mostraron, una predominancia del nivel de conocimiento regular, con un 53% para las gestantes que reciben atención y un 62% para aquellas no son atendidas actualmente. El nivel de conocimiento malo obtuvo porcentajes de 40% y 37%, respectivamente. No se encontraron

diferencias significativas entre atención odontológica y nivel de conocimiento.

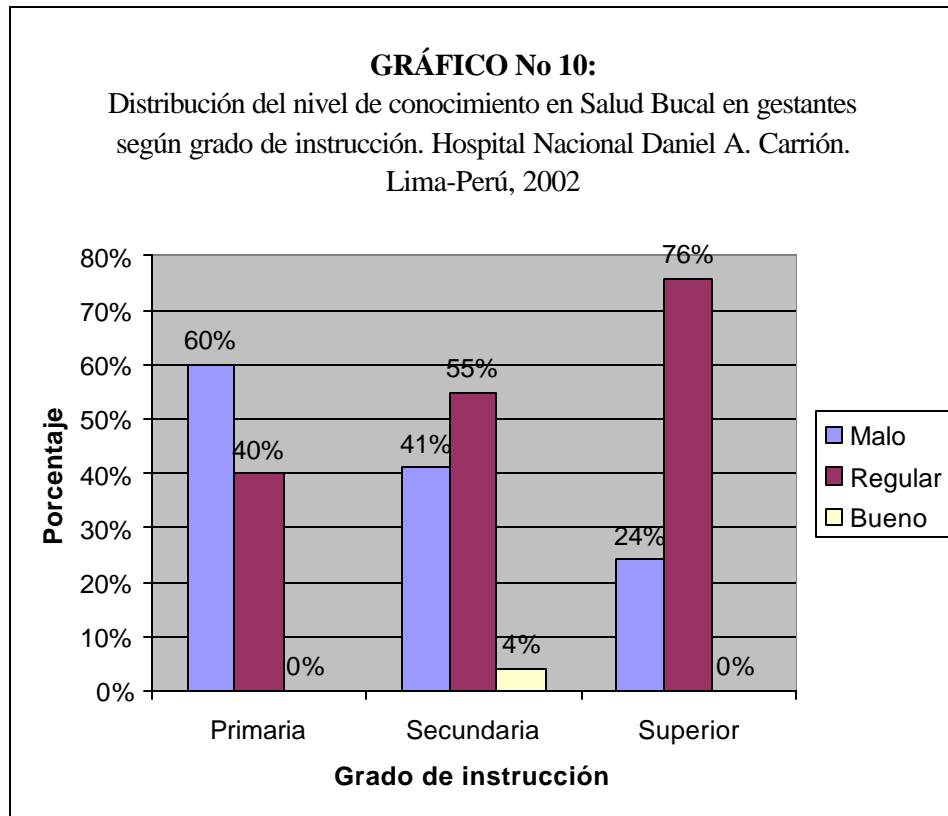
($\chi^2=1,2996$; $p<0,01$).

CUADRO ¹10: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según grado de instrucción en gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú 2002.

Nivel de Conocimiento	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	n	fi	N	fi	n	Fi
Malo	3	60%	20	41%	5	24%
Regular	2	40%	27	55%	16	76%
Bueno	0	0	2	4%	0	0
TOTAL	5	100%	49	100%	21	100%

f: frecuencia

fi: frecuencia relativa

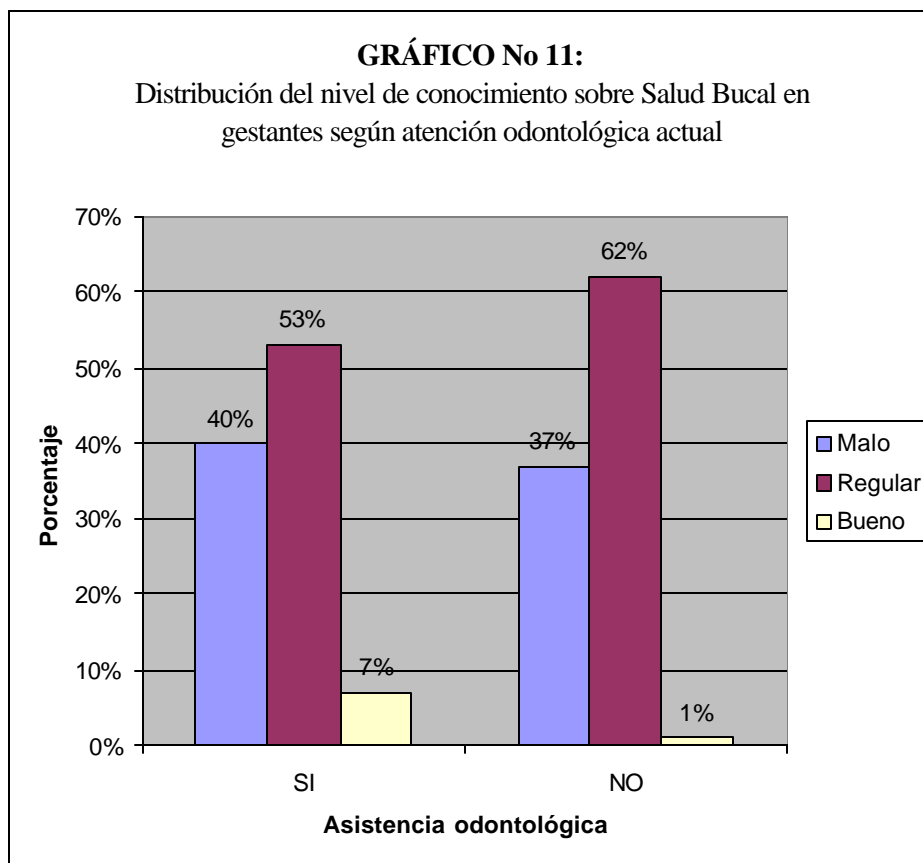


CUADRO 11: Nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal según asistencia al odontólogo en gestantes. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima -Perú, 2002

Nivel de conocimiento	Visita al Odontólogo			
	SI		NO	
	n	fi	n	fi
Malo	6	40%	22	37%
Regular	8	53%	37	62%
Bueno	1	7%	1	1%
TOTAL	15	100%	60	100%

f: frecuencia

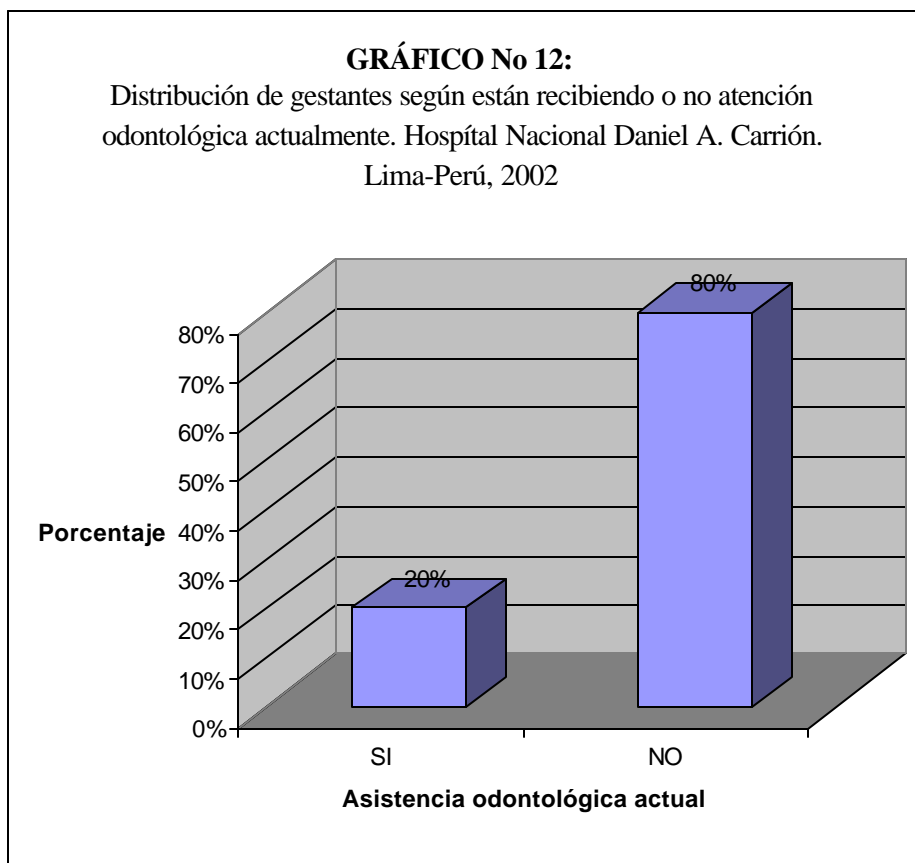
fi: frecuencia relativa



CUADRO ¹ 12 Distribución de gestantes según están recibiendo o no asistencia odontológica actual. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Asistencia odontológica	n	fi (%)
SI	15	20%
NO	60	80%
TOTAL	75	100%

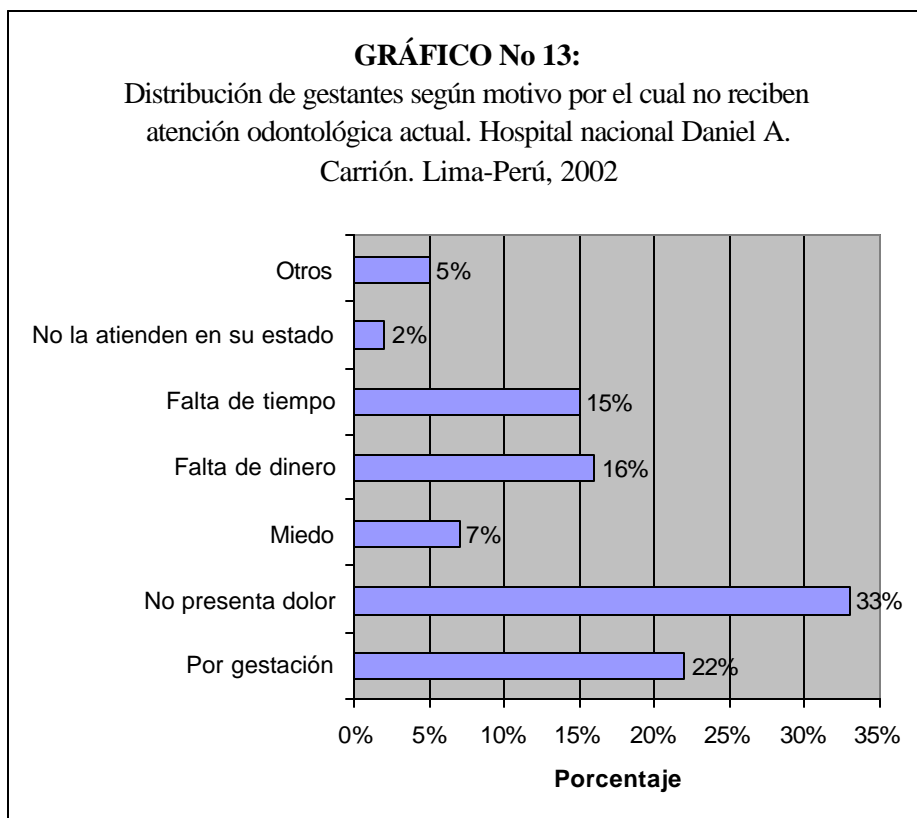
Muestra la distribución de las primigestas, según están o no recibiendo atención odontológica actual, con lo cual se obtuvo que sólo la están recibiendo el 20%, contra un 80%.



CUADRO ¹ 13: Distribución de gestantes según motivo por el cual no visita actualmente al odontólogo. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Lima-Perú, 2002

Motivo	n	fi (%)
Por gestación	13	22%
No presenta dolor	20	33%
Miedo	4	7%
Falta de dinero	10	16%
Falta de tiempo	9	15%
No la atienden en su estado	1	2%
Otros	3	5%
TOTAL	60	100%

Las 60 primigestas (80%) que no se encuentran recibiendo atención odontológica, se les preguntó el motivo, obteniendo como respuesta en mayor proporción a “no presentan dolor” con un 33%, seguido del motivo “por gestación” con un 22%. Los otros ítems recibieron menores porcentajes.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La caries dental y la enfermedad periodontal, afectan a un gran porcentaje de la población, más del 90%, la única posibilidad de poder mantener la Salud Bucal, es prevenir la enfermedad de manera precoz, el mayor beneficio de esto, es tener la oportunidad de interceptar o modificar patrones de conducta que puedan resultar dañinos, es por eso que se considera a las madres gestantes como un grupo prioritario, ya que los cuidados que tengan éstas durante su embarazo, pueden modificar o no la salud bucodental de sus futuros hijos por lo que este estudio se enfoca a reconocer el grado de conocimiento de las mismas para tener un patrón base y así poder crear programas de Promoción de Salud donde se incluya orientación materna pre y postnatal y atención bucodental primaria para niños.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal, es regular, con un 60% de las primigestas encuestadas, de esta manera nuestros hallazgos coinciden con las investigaciones de Arias Arce ⁽²⁾ y Velásquez Huamán ⁽⁴⁵⁾, sin embargo contradicen los resultados de La Torre, donde indica que el 72,5% de las gestantes tiene un buen conocimiento ⁽²¹⁾

La diferencia de este trabajo con los realizados anteriormente, fue el de subdividir en cuatro categorías, las cuales facilitaron un mejor estudio de lo que se denomina Prevención en Salud Bucal, no sólo se limitó a ver el conocimiento sobre las principales medidas preventivas, sino también estudió el conocimiento sobre las enfermedades bucales más frecuentes en cavidad oral, así como sobre el desarrollo dental (inicio de formación de piezas dentarias, clase de dentición, etc). Para hacer más completo este trabajo, se estudió también la relación entre la etapa de gestación y la atención odontológica, punto clave para el desarrollo de programas preventivos en esta etapa, para poder desterrar ideas como que en la gestación no se puede recibir atención odontológica.

Si evaluamos cada categoría estudiada, la primera, es sobre el conocimiento de medidas preventivas, en la cual se obtuvieron los promedios más elevados, en comparación con las otras tres, aquí se consignaron preguntas como dieta, flúor, higiene bucal neonatal e infantil, conocimientos sobre prevención de caries, maloclusiones, etc. Podría ser interpretado como que la mayoría de las gestantes tiene el conocimiento de las consecuencias de una mala higiene bucal, pero no saben como lograrlo, o no lo consideran tan importante. Lo corroboran estudios realizados por Gonzales Aliaga, Holdings y la Torre^(17,19, 21 38).

La segunda parte o categoría se refiere al conocimiento de las gestantes con respecto a las principales enfermedades bucales, como caries, enfermedad

periodontal. Como se aprecia en los resultados presentados el 60% de las encuestadas presentó un conocimiento regular. Aunque se pudo observar un incremento del porcentaje de gestantes con un mal conocimiento, con respecto a la primera categoría. Incluso se preguntó acerca de las creencias que envuelven a la gestación y a la Salud dental, lo cual nos indica que un 31% de las encuestadas tienen la certeza que durante su embarazo padecerán de los dientes y encías, resignándose a su pérdida, siendo inevitable su control; este errado conocimiento ha sido asimilado por el público en general y lo van transmitiendo de generación a generación. Estudios como el de Edwards y Gonzales confirman lo anterior. ^(11,17,29).

La tercera parte, acerca del conocimiento sobre la relación entre la gestación y la atención odontológica, nos presenta resultados poco satisfactorios, en donde el mayor porcentaje de gestantes (67%), posee un mal conocimiento sobre esto, persistiendo aún temores, ideas erradas que durante la gestación no se puede recibir asistencia odontológica, de ningún tipo, para lo cual se necesita del apoyo de médicos gineco-obstetras, ya que ellos son los primeros en tener contacto con las gestantes. Díaz realizó un trabajo de investigación donde confirma la ignorancia y miedo sobre lo relacionado con la gestación y la atención odontológica. ⁽¹⁰⁾. Este conocimiento evaluado se corroboró con preguntas hechas a las gestantes donde se les pedía que contestarán si actualmente estaban recibiendo asistencia odontológica, donde se observa que sólo el 20% de las mismas, si recibían atención. (cuadro No

12), al preguntarles por el motivo, las respuestas con mayor significancia fueron, el no presentar dolor (33%), con lo cual se ve que no existe una concientización para la prevención, sino más bien se espera a que el daño esté hecho para luego acudir al odontólogo. La segunda respuesta con más porcentaje fue el de la gestación, como motivo para no acudir al odontólogo, donde una vez más se ve la necesidad de empezar con la elaboración de Programas para este grupo tan importante. (cuadro No 13). Estudios similares fueron realizados por Velásquez Huamán^(28, 45)

La cuarta parte del cuestionario es referida a un tema importante, pero poco estudiado en gestantes, es acerca del conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental donde se consignan preguntas como inicio de formación de piezas dentarias deciduas, que una gestante debe conocer para poder relacionarlo con su dieta, hábitos, llevados durante su embarazo y las consecuencias que éstos pueden tener en los dientes de sus futuros hijos, ya que estos se forman durante su gestación, como se pudo observar el cuadro No 7, esta fue la pregunta que no obtuvo respuestas correctas (0%). Esta parte del cuestionario fue la que representó al promedio de notas más bajo (04), en donde la gran mayoría de las gestantes presentaron un mal conocimiento (80%). Investigaciones como las de La torre⁽²¹⁾, Edwards⁽¹¹⁾ y Gonzales Aliaga⁽¹⁷⁾ confirman la falta de conocimiento acerca de dentición decidua, cronología de erupción, importancia de piezas deciduas, etc.

Se evaluó el nivel de conocimiento según edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción y asistencia odontológica. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se pudo establecer ciertas relaciones entre algunos. Así tenemos que para el nivel de conocimiento según edad, se puede observar, que la mayoría de las gestantes (42,7%) son adolescentes, menores de 20 años, y que el mayor porcentaje (74%) fue en el rango de regular en el grupo de 21 a 25 años.

De igual manera entre el nivel de conocimiento y el trimestre de embarazo, se encontró que la frecuencia más representativa fueron las gestantes del tercer trimestre (67%) contra un 12% del primer trimestre, lo cual se explica por el mayor número de controles prenatales que se tienen en los últimos trimestres de gestación. Aquí no se encontró ningún tipo de relación, los porcentajes obtenidos fueron similares en los tres trimestres, (cuadro No 9). Estudios realizados por Arias Arce ⁽²⁾ y Velásquez Huamán ⁽⁴⁵⁾ coinciden con estos resultados.

En cambio los resultados encontrados entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción, a pesar de no hallar diferencias estadísticamente significativas, se pudo establecer una relación entre ambos. Se encontró que el grado de secundaria fue el más frecuente (65%), seguido por el grado superior (28%). Aquí se puede ver la relación directamente proporcional, donde a mayor grado de instrucción, mayor nivel de conocimiento y viceversa. (cuadro

No 10). Investigaciones realizadas por diversos autores como, Arias Arce ⁽²⁾, Velásquez Huamán ⁽⁴⁵⁾ y Gonzáles Aliaga ⁽¹⁷⁾, lo confirman.

A diferencia de los resultados obtenidos entre el nivel de conocimiento y la asistencia odontológica que actualmente reciben algunas gestantes, donde sólo el 20% de éstas asisten al odontólogo, en este caso parece contradictorio que las gestantes que no están recibiendo atención odontológica obtengan el porcentaje de 62% en el nivel regular en contraposición con el 53% de las que si reciben , lo que estaría confirmando que la odontología que está siendo aplicada es mayormente restaurativa, no aprovechando que este reducido número de gestantes que si están recibiendo atención (20%), requieren de los consejos y enseñanzas de un profesional y así ser inducidas en el campo preventivo. Respaldan estos resultados Gonzáles Aliaga ⁽¹⁷⁾ y Arias Arce ⁽²⁾ .

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La mayoría de las primigestas encuestadas obtuvieron un regular conocimiento sobre Prevención en salud Bucal (60%), con un promedio de notas de 8.
- En las cuatro partes del cuestionario sobre Salud Bucal, se observó que los promedios obtenidos en cada una de éstas, fue disminuyendo, obteniéndose para la primera parte, sobre medidas preventivas, 12; para enfermedades bucales :8, para gestación y atención odontológica: 6 y finalmente para desarrollo dental, 4.
- El rango de edad más frecuente, fue el de menos de 20 años (42,7%), en el trimestre de embarazo, el tercer trimestre fue el más representativo (67%). El grado de instrucción más predominante fue el de secundaria (65%). La mayoría de las gestantes no se encontraba recibiendo atención odontológica (80%).
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y asistencia odontológica.



Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

- Se encontró una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción
- Los motivos más frecuentes hallados por el cual no reciben atención odontológica actual fue el de no presentar dolor (33%) y en segundo lugar colocan a la gestación como motivo principal (22%).

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- Se requieren de estudios de tipo longitudinal, donde teniendo como base al nivel de conocimiento de las gestantes, se pueda evaluar si éstos son o no aplicados en sus hijos.
- Emplear los resultados de este trabajo de investigación como base tanto para el trabajo en Salud Pública, como para la práctica independiente.
- Realizar mayor labor preventiva promocional en pacientes gestantes y púerperas de los diferentes centros hospitalarios, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud Bucal.
- Reforzar y apoyar al programa preventivo-promocional que opera en estos momentos en el Ministerio de Salud, donde se considera a la gestante como grupo prioritario, poniendo en práctica métodos de prevención a través de nuestra Universidad en el internado hospitalario, donde el interno de odontología debe apoyar ésta gestión.
- Así, en los Hospitales, en los servicios de Gineco-obstetricia, deberían introducir al Odontólogo o interno de Odontología, en el grupo de especialistas (conformado por el obstetra, neonatólogo y nutricionista) para asegurar que las madres y padres reciban un reconocimiento



Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

dental y se les ofrezca orientación preventiva sobre salud oral y los tratamientos conservadores necesarios.

- De igual manera, en nuestra Facultad, se recomienda, un mayor enfoque hacia la parte preventiva, por parte de los alumnos y sus docentes para que puedan realizar una correcta concientización, no sólo de gestantes, sino de todo paciente que asiste a la clínica.

RESUMEN

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7- 13) y bueno (14-20 puntos). Además se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales reciben o no atención odontológica. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. Se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

SUMMARY

This study was a descriptive and transversal type, which purpose was to evaluate the knowledge level of oral health's prevention in a group of 75 first pregnancy women that went to theirs prenatal checks on the Daniel A. Carrion National Hospital. To determine the knowledge level was made an application form of 22 questions, to evaluate the knowledge on preventive measures, oral sickness, dental development and relation between pregnancy and dental attendance, and the results can be grouped between the following intervals: bad (0-6 points), regular (7-13 points) and good (14-20 points). Besides, questions were included for the fulfillment of specific objectives such as age, pregnancy term, instruction level, visits to the dentist, reasons why they are receiving or not dental attendance. The study founded that the more efficient knowledge level was the regular one, with a 60% (45 pregnant). The lower average was for the aspect of the dental development (04). Also can be observed that the greater part of this group was of high school level and in the same manner, the age more frequent was the pregnant younger than 20 years. Significant differences were not found between knowledge level and age, pregnancy term, visit to the dentist. A close relation was found between the instruction level and knowledge level.

BIBLIOGRAFÍA

1. **ALVAREZ LOAYZA, Angela.** Determinación de los factores de riesgo para caries rampante en niños de 6-42 meses. Tesis- Bachiller UPCH. 1996
2. **ARIAS ARCE, Carlos.** Nivel de conocimiento sobre prevención de salud Oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima de dic.95 a ene 96. Tesis - Bachiller UNFV 2000.
3. **BELLO,A. MACHADO, M** Efecto de la malnutrición fetal sobre los tejidos dentarios. Rev Cubana Estomatol. 1997;34(2):57-61.
4. **CABUT,A. SABÁS,N.** Frecuencia de caries de Biberón. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 28(3):14-17. Sep-Dic.1999
5. **CAMPODÓNICO FIGUEROA, Carlos.** Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis- Bachiller UPCH. 1997
6. **CASARETTO, Haydee.** Contenido de hidratos de carbono en lácteos y comidas envasadas para lactantes. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 25(2):18-21. Mar.1996
7. **CORREA M et al.** Importancia de revisión odontológica durante el control prenatal generado por manifestaciones gingivales. Revista Odontológica Colombia jul-ago-set 1986

8. **DE PAOLA D.** Odontología preventiva 1ed. Argentina Mundi 1981.
9. **DIAZ NÚÑEZ, Mauricio.** Grado de conocimiento de medidas preventivas de Salud Bucal en gestantes. Tesis Bachiller UPCH . 1996
10. **DIAZ RRM.** Actitudes que influyen en la demanda de servicios Odontológicos durante la gestación. Rev ADM 2001; 58(2):68-73
<http://www.imbiomed.com.mx/ADM/inicio.htm>
11. **EDWAR,T.S.** Dental attitudes of primigravid woman. Journal Periodontal Research.1969; 4:325-28
12. **ERICKSON, P.** Investigación del rol de la leche materna en el desarrollo de la caries. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 28(2):28-29. Jun-sep.1999
13. **FDI / Nutricion, diet and oral Health.** International Dental Journal 44(6):612. 1994
14. **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.** Revista Méx;66(12):507-11, dic. 1998
15. **GOMEZ, S.** Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
16. **GONZAGA, H. BUSO, L.** Intrauterine Dentistry: An integrated Model of Prevention. Brazilian Dental Journal. 12(2):139-142. 2001

17. **GONZALES ALIAGA, Roberto.** Educación de la madre y el estado de salud de las 1ras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años. Lima-Perú. Tesis –Bachiller UNMSM. 2000
18. **GUERRA, M. MUJICA, C.** Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezolana. 37(2):6-10. May-Agost.1999
19. **HOLDINGS LLC.** Caries y Embarazo: La importancia del Control y la Prevención. Copyright 2000-2002. Bibliomed.
<http://www.buenasalud.com>
20. **KOWASH,A. PINFIELD, J.** Oral Health- Educating mothers with young children. British Dental Journal 188:201-205.2000
21. **LA TORRE GALVEZ, María.** Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud Bucal infantil en el Hospital nacional Hipólito Unanue. Tesis- Bachiller UPSM. 2001
22. **LAMAS OLIVEIRA, Marta.** Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental. 2(6):362-8. Jun 1999
23. **LARIOS OLAECHEA, Mercedes.** Relación entre la dieta de la madre durante el embarazo y el nivel de caries en hijos de 6-42 meses que acudieron a los servicios de Pediatría de dos Policlínicos del IPSS y HNCH en los meses dic 1995- ene.1996. Tesis-Bachiller UPCH 1996

24. **LEVERETT DH, ADAIR SM**, y otros: Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. Caries Research. 1997; 31:174-179.
25. **LITTLE JW, FALACE DA**: Odontología en pacientes con patología previa, Ed. Medici. Barcelona, 1986.
26. **LITTLE, James W.** Gestación y Lactancia. Tratamiento odontológico del Paciente bajo tratamiento medico. Quinta edición. 668 (434-41). 1998.
27. **LÓPEZ J**: Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. Operatoria Dental y Endodoncia 1998; 2(3): 11
<http://www.infomed.es/rode/index.html>
28. **MAGNUSSON, Bengt.** Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión 1987
29. **MAITA CASTAÑEDA.** La enfermedad periodontal como factor de riesgo para nacimiento pretérmino. Tesis-Bachiller UPSM 2001
30. **MC. DONALD, Ralph.** Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995
31. **MINISTERIO DE SALUD.** 1996 Manual de Normas Técnico Administrativas del Subprograma de Salud Bucal
32. **NAHÁS P. Y Col.** Odontopediatría Na Primeira Infância. 679(139-50) 1998

33. **NAKAMOTO KAKZU, Maribel.** Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. Tesis – Bachiller UPSM 2001
34. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ FDI.** Metas Globales para la Salud Bucal en el año 2000. Revista Salud Bucal CORA (Confederación Odontológica de la República Argentina). Año VIII (48) Dic 1981.
35. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Salud Oral. En el proceso hacia un nuevo enfoque. Puerto Plata. República Dominicana. 1984
36. **PACHECO ALVAREZ, Ivette.** Determinación de los patrones de lactancia e inicio de ablactancia y su relación con la caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis -Bachiller. UPCH. 1996
37. **PINKHAM J.R.** Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.
38. **RIOS DIAZ.** Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses. Tesis - Bachiller UPCH. 1996
39. **RODRÍGUEZ, M. PIMENTEL, E.** Puede la leche Humana llegar a producir caries, como y porque?. Acta Odontológica Venezolana 36(1): 39-45. 1998

40. **SALVADOR SALAZAR, Elizabeth.** Factores Condicionantes del Síndrome de biberón con diferentes tipos de lactancia. Tesis- Bachiller UPSM 2002
41. **SANTANA A, MORA MJ:** Salud bucodental y embarazo. Rev Act Odontoestomat Esp. 1991; 400: 57-62.
42. **SANTE BALAREZO, Carlos.** Nivel de conocimiento en Higiene Bucal y estado gingival en pacientes gestantes del hospital materno Infantil San Bartolomé. Lima 1999. Tesis –Bachiller UNMSM
43. **SHEIN,B. TSAMSOURIES, A.** Seff reported compliance an the effectiveness of prenatal dental education. J. of Clinic Ped. Dent. 15(2):102-9. 1991
44. **URIARTE MORA, Carlos.** No se avizora solución a nuestros graves problemas odontológicos. Gestión Médica. Año 6. Edición 1236. Sep 2001.
45. **VELASQUEZ HUAMAN, Zulema.** Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social. Tesis- Bachiller. UPCH. 1995
46. **VILLENA SARMIENTO, Rita.** Concentración natural de fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. Tesis-Bachiller.UPCH. 1988

47. **VILLENA, M. Bernal, J.** Ingesta de azúcar en la dieta de Niños de 0-36 meses. Revista Estomatológica Herediana. 5(1-2):13-17. Ene-dic.1995
48. **ZAMBRANO PALOMARES, Freddy.** Relación entre cronología y secuencia de erupción en infantes de 0-42 meses y estado nutricional de sus madres durante el embarazo. Tesis-Bachiller. UPCH 1996
49. Guía de Salud Infantil. US Department of Health Human services. Sep 2000. Appip Publication 1 99-0013.
<http://www.ahrq.gov/ppip/spadul/ppspchld.htm>
50. Salud Bucodental. Revisión. 2000
<http://www.cof.es/pam219/revision.htm>
51. Desarrollo de la odontología para bebés en el Perú. Dr. Mario César Elías Podestá .Jefe del Servicio de Odontopediatría de la FAP. 2001
<http://www.gestion.com.pe>



Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

INTRODUCCION

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

- *Edad:.....años*
- *Tengo:..... meses de embarazo*
- *Distrito donde vive:.....*
- *Grado de instrucción:*

- Ninguno ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. Ha ido alguna vez al dentista:

SI () NO ()

2. Actualmente recibe tratamiento odontológico:

SI () NO ()

3. *Responda el motivo de su última visita al dentista:*

Consulta ()
Profilaxis ()
Curaciones ()
Dolor de muelas ()
Extracción ()
Otros () Especifique:.....

4. *Responda el motivo por el cual Ud. no asiste al dentista (Sólo responda esta pregunta, si es que Ud no está asistiendo actualmente al odontólogo)*

Porque estoy gestando ()
Porque no me duele ningún diente ()
Por miedo ()
Motivos económicos ()
Falta de tiempo ()
No me reciben en mi estado ()
Otros. () Especifique:.....

III. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 22 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1. *¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en Salud bucal?*

- a) dulces, cepillo dental, pasta dental ()
- b) flúor, pasta dental, leche ()
- c) cepillo, hilo dental, sellantes ()

2. *Principalmente, cuando debo cepillarme los dientes:*

- a) Antes del desayuno ()
- b) Después del desayuno ()
- c) Antes de acostarme ()

3. *¿La alimentación llevada durante su embarazo afectará los dientes de su hijo?*

- SI () NO ()

4. *¿Considera al flúor importante para los dientes de su futuro hijo?*

- SI () NO ()

5. *¿Lavaría las encías de su bebé antes de que salgan los dientes?*

- SI () NO ()

6. *¿Ud. pondría a dormir al niño con el biberón?*

- SI () NO ()

7. *¿Cree Ud, que si su hijo se succionara el dedo, chupones u otras cosas afectaría a su dentición?*

- SI () NO ()

8. *¿A qué edad considera debe llevar a su hijo por primera vez al dentista?*
- a) Al erupcionar el primer diente ()
 - b) Cuando tenga edad suficiente ()
 - c) Cuando le duela algún diente ()
 - d) Cuando le salgan todos sus dientes ()
9. *La placa bacteriana es:*
- a) restos de dulces y comida ()
 - b) manchas blanquecinas en los dientes ()
 - c) restos de alimentos y microorganismos ()
 - d) No sé ()
10. *La caries de biberón es:*
- a) la caries causada por dulces ()
 - b) la caries que afecta los dientes de leche ()
 - c) la caries causada por falta de aseo ()
 - d) No sé ()
11. *¿Considera Ud. A la caries una enfermedad contagiosa?*
- SI () NO ()
12. *Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”*
- SI () NO ()
13. *La gingivitis es:*
- a) el dolor de diente ()
 - b) la enfermedad de las encías ()
 - c) inflamación del labio ()
 - d) No sé ()
14. *La enfermedad periodontal es:*
- a) heridas en la boca ()
 - b) la que afecta a los soportes del diente ()
 - c) la pigmentación de los dientes ()
 - d) No sé ()

15. *Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo podrían afectar los dientes de sus hijos?*
SI () NO ()
16. *¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales con protección contra los rayos durante su gestación afectará a su hijo?*
SI () NO ()
17. *¿Considera Ud. Que el uso de anestesia dental afectará su gestación?*
SI () NO ()
18. *En que periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura*
a) Entre el 1er y 3er mes ()
b) Entre el 3er y 6to mes ()
c) Entre el 6to y 9no mes ()
d) en ningún mes de gestación ()
19. *¿Sabe cuando empiezan a formarse los dientes de su hijo?*
a) A las 6 semanas de gestación ()
b) A los 6 meses de gestación ()
c) A los 6 meses de nacido ()
d) No sé ()
20. *¿Sabe cuantos tipos de dentición tendrá su hijo?*
a) 1 ()
b) 2 ()
c) 3 ()
d) No sé ()
21. *¿Sabe cuantos dientes de leche tendrá su hijo?*
a) 10 ()
b) 20 ()
c) 24 ()
d) No sé ()
22. *¿Sabe cuándo erupcionarán los dientes de su bebé?*
a) A los 3 meses de nacido ()
b) A los 6 meses de nacido ()
c) Al año de nacido. ()
d) No sé ()



Gestantes en Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia del Hospital

Nacional Daniel A. Carrión