

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE
CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE, HOSPITAL MANUEL
NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MARGARETH MIJHAEL SANTIBAÑEZ CHOQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE GESTANTE SOBRE CUIDADO
BUCODENTAL DEL INFANTE, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN,
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2017

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. MARGARETH MIJHAEL SANTIBAÑEZ CHOQUE

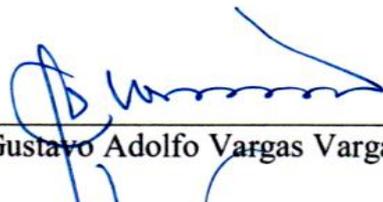
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

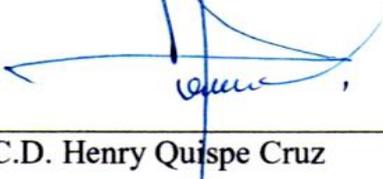
APROBADA POR:



PRESIDENTE:


C.D. Gustavo Adolfo Vargas Vargas

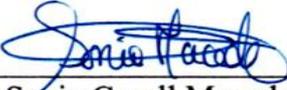
PRIMER MIEMBRO:


C.D. Henry Quispe Cruz

SEGUNDO MIEMBRO:


M. Sc. Lourdes Lidia Pacoricona Villasante

DIRECTOR / ASESOR:


Mg. Sonia Caroll Macedo Valdivia

Línea de Investigación: Salud Pública.

Sub Línea: Salud Pública, Educación en Salud, Gestión y Servicio en Odontología.

Tema : Prevención de Enfermedades Odontoestomatológicas.

Fecha de sustentación: 22 de Junio de 2018

DEDICATORIA

*A **Dios**, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles y guía para alcanzar mis metas.*

*A mi madre **Luisa Aurora Choque Aroapaza**, el ser más importante en mi vida, por su sacrificio y apoyo incondicional durante toda mi formación profesional.*

*A mi hermana **Rocio Ríos Choque**, por el apoyo brindado en mi formación personal y profesional.*

*A **mis abuelos** quienes siempre desde lo alto han velado por nuestro bienestar.*

En retribución a todo ello, mis éxitos y logros alcanzados siempre serán también los suyos.

Los amo, son el tesoro más valioso que Dios me ha otorgado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida y brindado la oportunidad de formar parte de una familia sin igual, sobre todo me siento agradecida y bendecida por haberme dado a un ángel, como madre, tesoro máspreciado que me pudiste otorgar.

*A mi madre **Luisa Aurora Choque Aroapaza**, por ser el motor y motivo en cada una de mis decisiones, quien ha sido a lo largo de mi formación una pieza fundamental, que en todo momento me alentó a seguir adelante, es a ti madre que te debo todo, por haberme brindado las oportunidades para desenvolverme en todo ámbito, nunca dudaste de mí, ni nunca me pusiste límites, gracias a ti soy polifacética y tengo la habilidad de acoplarme con facilidad a toda actividad.*

*A mi hermana **Rocio Ríos Choque**, por ser mi modelo a seguir personal y profesionalmente, amiga y consejera en los momentos más recurrentes de mi vida.*

*A mis asesores **Mg. Sonia Carroll Macedo Valdivia** y **M. Sc. Lourdes Lidia Pacoricona Villasante** quienes con su experiencia, paciencia, motivación, asesoramiento y apoyo eficaz hicieron posible la culminación de la tesis.*

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	16
1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:.....	16
II. REVISIÓN DE LITERATURA	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.1.1. INTERNACIONALES	17

2.1.2.	NACIONALES	19
2.1.3.	LOCALES	20
2.2.	MARCO TEORICO	22
2.2.1.	CONOCIMIENTO.....	22
2.2.1.1.	NIVEL DE CONOCIMIENTO	23
2.2.2.	SALUD BUCAL.....	23
2.2.3.	HIGIENE ORAL	24
2.2.4.	CEPILLO DENTAL	25
2.2.5.	PASTA DENTAL.....	25
2.2.6.	HILO DENTAL.....	26
2.2.7.	ENJUAGUE ORAL.....	27
2.2.8.	FLUOR	27
2.2.9.	CARIES	29
2.2.10.	GINGIVITIS	31
2.2.11.	PLACA BACTERIANA.....	31
2.2.12.	MALOCCLUSIÓN	32
2.2.13.	DESARROLLO DENTAL	33
2.2.14.	GESTANTE.....	35
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
3.1.	POBLACIÓN	36
3.2.	MUESTRA	36
3.2.1.	TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	36
3.2.2.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
3.2.3.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	38
3.7. ANÁLISIS DE DATOS.....	38
3.8. RECURSOS NECESARIOS	38
3.8.1. RECURSOS HUMANOS.....	38
3.8.2. RECURSO INSTITUCIONAL	39
3.8.3. RECURSOS MATERIALES	39
IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1. RESULTADOS	40
4.2. DISCUSIÓN	53
V. CONCLUSIONES.....	57
VI. RECOMENDACIONES	58
VII. REFERENCIAS.....	59
ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 40

TABLA 2 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE ENFERMEDADES BUCODENTALES, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 42

TABLA 3 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE DESARROLLO DENTAL, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 44

TABLA 4 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGUN EDAD, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 46

TABLA 5 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGUN PROCEDENCIA, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE, 2017. _____ 48

TABLA 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE, 2017. _____ 50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 2017. _____ 41
- GRÁFICO 2** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE ENFERMEDADES BUCODENTALES, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 43
- GRÁFICO 3** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE DESARROLLO DENTAL, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 45
- GRÁFICO 4** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGÚN EDAD, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2017. _____ 47
- GRÁFICO 5** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGÚN PROCEDENCIA, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2017. _____ 49
- GRÁFICO 6** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2017. _____ 51
- GRÁFICO 7** PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017. _____ 52

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Septiembre – Noviembre, 2017. Asimismo se buscó determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dentario del infante, y determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante, según edad, procedencia y grado de instrucción.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó el método de estudio descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 67 gestantes, a quienes se les aplicó una encuesta, conformada por un cuestionario de 20 preguntas referente a medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dental, a manera de entrevista; posteriormente el análisis estadístico se realizó mediante tablas de frecuencias y porcentajes, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado a un nivel de significancia del 0,05 para establecer el nivel de conocimiento sobre cuidado bucodental del infante. Se consignó la edad, grado de instrucción y procedencia de la gestante para el cumplimiento de los objetivos específicos.

RESULTADOS: Los resultados del conocimiento de la gestante respecto a medidas preventivas fue de 37% regular, respecto a enfermedades bucodentales, el 44.78% deficiente y acerca de desarrollo dental 80.60%. Asimismo se obtuvo que en los tres grupos etarios el nivel de conocimiento fue: De 15 a 23 años 53.57%, de 23 a 32 años 66.67% y de 32 a 40 años 54% deficiente respecto a cuidado bucodental del infante. Según la procedencia: en el ámbito rural el nivel de conocimiento de la gestante fue deficiente en 66.67% y en el ámbito urbano en 37.5% regular y deficiente en las gestantes sobre cuidado de salud bucodental del infante. De acuerdo al grado de instrucción: las gestantes con secundaria presenta 72% de conocimiento regular sobre cuidado bucodental del infante, asimismo las gestantes con grado superior el 50% presenta un conocimiento deficiente. En referencia a la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado bucodental del infante, el valor de Chi cuadrado a un nivel del 5% fue $X^2 = 32.00388$, el cual es mayor a $X^2 = 0.711$; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, con ello se demuestra que el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón difiere significativamente.

CONCLUSION: Se demostró que el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón difiere significativamente. Asimismo el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón fue deficiente respecto a medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dental. Según la edad fue deficiente en los tres grupos etarios de 15 a 23 años, de 24 a 32 años y de 33 a 40 años, según la procedencia el nivel de conocimiento de la gestante fue deficiente en el ámbito rural y según el grado de instrucción el nivel de conocimiento es regular en secundaria y deficiente en el grado superior.

PALABRAS CLAVE: Desarrollo dental, Enfermedades Bucodentales, Gestante, Medidas Preventivas, Nivel de conocimiento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge of the pregnant woman about the oral care of the infant in the Manuel Núñez Butrón Hospital, September - November, 2017. Likewise, it was sought to determine the level of knowledge of the pregnant woman about preventive measures, oral diseases and dental development of the infant. , and determine the level of knowledge of the pregnant woman about oral care of the infant, according to age, origin and degree of instruction.

MATERIALS AND METHODS: The descriptive, cross-sectional study method was used. The sample consisted of 67 pregnant women, to whom a survey was applied, consisting of a questionnaire of 20 questions referring to preventive measures, oral diseases and dental development, as an interview; Subsequently, the statistical analysis was carried out using tables of frequencies and percentages, using the Chi square statistical test at a level of significance of 0.05 to establish the level of knowledge about infant oral care. The age, degree of instruction and origin of the pregnant woman were recorded for the fulfillment of the specific objectives.

RESULTS: The results of the knowledge of the pregnant woman regarding preventive measures was 37% regular, regarding oral diseases, 44.78% deficient and about dental development 80.60%. It was also obtained that in the three age groups the level of knowledge was: From 15 to 23 years 53.57%, from 23 to 32 years old 66.67% and from 32 to 40 years 54% deficient regarding oral care of the infant. According to the origin: in the rural area the level of knowledge of the pregnant woman was deficient in 66.67% and in the urban area in 37.5% regular and deficient in the pregnant women on oral health care of the infant. According to the level of education: pregnant women with secondary education have 72% of regular knowledge about oral care of the infant, and pregnant women with a higher degree of 50% have poor knowledge. In reference to the relationship between the level of knowledge about infant oral care, the Chi square value at a level of 5% was $X^2 = 32.00388$, which is greater than $X^2 = 0.711$; Therefore, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted, thereby demonstrating that the level of knowledge of the pregnant woman about the oral care of the infant in the Manuel Núñez Butrón Hospital differs significantly.

CONCLUSION: It was demonstrated that the level of knowledge of the pregnant woman about oral care of the infant in the Hospital Manuel Núñez Butrón differs significantly. Likewise, the level of knowledge of the pregnant woman about oral care of the infant in the Manuel Núñez Butrón Hospital was deficient regarding preventive measures, oral diseases and dental development. According to age, it was deficient in the three age groups from 15 to 23 years old, from 24 to 32 years old and from 33 to 40 years old, according to the origin the level of knowledge of the pregnant woman was deficient in the rural area and according to the level of education the level of knowledge is regular in secondary and deficient in the superior degree.

KEY WORDS: Dental development, Oral Diseases, Gestant, Preventive Measures, Level of knowledge.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de salud bucal. Diversos estudios demostraron que: El nivel de conocimiento según Gallegos la frecuencia de embarazo es el deficiente en madres primigestas. Asimismo se demostró que el conocimiento sobre salud bucal predominó en la categoría regular con un 62.5% y las prácticas inadecuadas alcanzaron el 72.5%, por lo que encontró diferencias estadísticamente significativas donde afirmo que el nivel de conocimiento si influye en las prácticas. (1) López encontró que podría indicar que tener un conocimiento alto ayudaría a tener unas prácticas adecuadas. (2) De igual forma Pérez obtuvo que en la población estudiada predominó un nivel de conocimiento bajo (96.1%) y se recomendó diseñar y desarrollar estrategias y acciones que respondan a las necesidades de aprendizaje detectadas y elaborar materiales que les sirvan de apoyo. (3) Al igual Martínez en su investigación demostró que las madres con niños menores de un año mostraron nivel de conocimientos sobre salud bucal, medio y las embarazadas mostraron un nivel bajo. Los conocimientos sobre brote dentario y maloclusiones fueron insuficientes, por lo que serán las principales temáticas para desarrollar estrategias de promoción de salud en esta población. (4) Para Ríos, la asociación es significativa entre el nivel de conocimientos con la edad y la ocupación; entre la actitud y el nivel de instrucción y entre las prácticas con la ocupación y el estado civil de las madres. (5) Minaya demostró que el rango de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años con un 60%, con un nivel de conocimiento malo y el grado de instrucción más frecuente en gestantes fue primaria con un 46,7%, el cual mostró un nivel de conocimiento malo. (6)

Por ello el entorno que rodea a los infantes, referente a salud, debe ser el adecuado para que adquieran conocimientos y habilidades suficientes, que les permitan tener una buena salud general y cuidado dental adecuado. Los padres de familia son principales responsables de la salud bucodental en el hogar, ante ello la madre, educadora fundamental, encargada del cuidado y calidad de vida del infante; debe contar con el conocimiento, el cual que debe ser óptimo sobre cuidado bucodental para una maternidad responsable, en prevención de enfermedades bucales y hábitos de higiene oral. Es fundamental que el equipo de profesionales de la salud: pediatras, médicos generales, enfermeras, obstetras y técnicos tengan conocimientos básicos respecto a salud bucal, para educar y orientar a los padres, por ser los primeros en tener contacto con ellos y ver a los infantes con mayor frecuencia que el odontopediatra; y de esta manera evitarla prevalencia de enfermedades bucales a edad temprana en el infante, cumpliendo así un rol importante en cuanto a promoción y prevención en salud bucal.

La presente investigación se realizó con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de la gestante sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y desarrollo dentario para el cuidado bucodental del infante, consignando su edad, grado de instrucción y procedencia, para así obtener un panorama real del nivel primario de prevención en salud oral, y de acuerdo a ello fortalecer este nivel de gran relevancia para salud oral, el cual no solo es tarea del cirujano dentista sino de todo el equipo de profesionales en salud.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral y focalizado en prevención a nivel primario,

aplicando medidas eficaces en promoción de salud bucal. La prevención empieza en la infancia y, sin embargo, incluso en los países desarrollados, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar tienen caries. Por ello la información brindada sobre salud bucal a los infantes, debe ser el adecuado para que adquieran conocimientos y habilidades suficientes, que les permitan mantener una buena salud bucal y con ello una salud general. Siendo los padres de familia los principales responsables de la salud bucodental en el hogar, y con un papel preponderante la madre, como educadora fundamental, encargada del cuidado y calidad de vida del infante; debe contar con el conocimiento óptimo sobre cuidado bucodental para una maternidad responsable.

Es fundamental que el equipo de profesionales de la salud, que están en relación con la gestante durante todo el periodo de embarazo: Ginecólogos, médicos generales, enfermeras, obstetras y técnicos tengan conocimientos básicos respecto a salud bucal, para educar y orientar a los padres, por ser los primeros en tener contacto con ellos y ver a los infantes con mayor frecuencia que el odontopediatra; y de esta manera evitar la prevalencia de enfermedades bucales a edad temprana en el infante, cumpliendo así un rol importante en cuanto a promoción y prevención en salud bucal. El cirujano dentista debe ser consciente de la responsabilidad de educar a sus pacientes para una salud bucal óptima.

Es por ello que la presente investigación tiene como finalidad evaluar el nivel de conocimiento de la gestante sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y desarrollo dentario para el cuidado bucodental del infante, consignando su edad, grado de instrucción y procedencia, para obtener un panorama real del nivel primario de prevención en salud oral, y así fortalecer este nivel de gran relevancia para salud oral, el

cual no solo es tarea del cirujano dentista sino de todo el equipo de profesionales en salud que están en relación con la gestante durante todo el periodo de embarazo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante, Setiembre – noviembre, 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la gestante sobre medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dentario del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante, según edad, procedencia y grado de instrucción, Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la gestante sobre el cuidado bucodental del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dentario del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón, Septiembre – Noviembre, 2017.

Determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante, según edad, procedencia y grado de instrucción, Hospital Manuel Núñez Butrón, Septiembre – Noviembre, 2017.

1.4.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

El nivel de conocimiento de la gestante difiere significativamente sobre cuidado bucodental del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón, Septiembre – Noviembre, 2017.

1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

El nivel de conocimiento de la gestante es deficiente sobre medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dentario del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017.

El nivel de conocimiento de la gestante instrucción es deficiente: según edad de 15 a 23 años, según procedencia en el ámbito rural y según grado de instrucción en primaria y secundaria; sobre cuidado bucodental del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

Gallegos D. (Managua – Nicaragua, 2015). El estudio se realizó con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asistieron al Hospital Amistad México - Nicaragua, en el municipio de Ticuantepe en el período de Noviembre – Diciembre - Enero del año 2014-2015. Esta investigación conto con 196 madres. Para la recolección de datos de realizo un cuestionario, que consistía en 11 preguntas cerradas. Obteniendo como resultado el mayor porcentaje de nivel de conocimiento, el deficiente con un 38.3% (75) de los 196 casos. El nivel de conocimiento según la frecuencia de embarazo es el deficiente en madres primigesta. En donde las madres primigesta representan el 52.6% (103) de los casos con un nivel deficiente de 21.4% (42). (1)

López M de J. (Ciudad Universitaria – El Salvador, 2014). El objetivo es clasificar el nivel de conocimientos y prácticas sobre la salud bucal en padres/encargados de niños del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador Ciudad Universitaria, Noviembre – Diciembre 2013. Se realizó un estudio a 80 padres de familia, la recolección de datos se hizo mediante un cuestionario. Los resultados en general sobre conocimiento en salud bucal el 35.0% mostró un nivel alto, el 62.5% un nivel regular. En cuanto conocimiento sobre dentición el 33.8% un nivel alto, el 48.8% regular y 17.5% un nivel bajo; y sobre enfermedades bucales predominó el 52.5% con nivel alto, el 45% con un nivel regular; sobre prevención el 32.5% mostró un nivel alto, el 57.5% regular; y en cuanto a las prácticas, para el 27.5% son adecuadas y

para el 72.5% inadecuadas. En el conocimiento sobre salud bucal predominó la categoría regular común 62.5% y las prácticas inadecuadas alcanzó el 72.5%, por lo que se encuentran diferencias estadísticamente significativas donde se afirma que el nivel de conocimiento si influye en las prácticas, aunque su nivel de significancia es bien bajo $P=0$. Lo que podría indicar que tener un conocimiento alto ayudaría a tener unas prácticas adecuadas. (2)

Pérez A, Toledo B, Ortega L. (Santa Clara - Cuba, 2013). Se realizó con el objetivo de explorar el nivel de conocimiento de las 105 madres sobre la importancia y el cuidado de la dentición temporal, pertenecientes al Policlínico "Ramón Pando Ferrer" del Municipio de Santa Clara, de la Provincia de Villa Clara - Cuba, en el período comprendido desde marzo de 2009 a marzo de 2010. Para lo que se confeccionó un cuestionario de cinco preguntas -una abierta y cuatro cerradas. Resultó que en la población estudiada predominó un nivel de conocimiento bajo (96.1%) y se recomendó diseñar y desarrollar estrategias y acciones que respondan a las necesidades de aprendizaje detectadas y elaborar materiales que les sirvan de apoyo. (3)

Martínez et al. (Matanzas – Cuba, 2013). El objetivo fue identificar los conocimientos sobre salud bucal de embarazadas y madres con niños menores de un año. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el municipio Matanzas – Cuba de 2010 a 2012. Se seleccionó una muestra no probabilística con las primeras 126 gestantes captadas y 126 madres. Se aplicó la encuesta, entre los conocimientos favorables a la salud bucal estuvieron los relacionados con las medidas preventivas de caries dental y periodontopatías, como el cepillado, con 85,7 % en embarazadas y 95,2 % en madres con niños menores de un año. Los conocimientos desfavorables fueron los

relacionados con el brote dentario con 96 % en embarazadas y 94,4 % en madres con niños menores de un año. Las madres con niños menores de un año, mostraron nivel de conocimientos medio (70,6 %), mientras que las embarazadas, mostraron nivel bajo (65,9 %). Las madres con niños menores de un año mostraron nivel de conocimientos sobre salud bucal, medio y las embarazadas mostraron un nivel bajo. Los conocimientos sobre brote dentario y maloclusiones fueron insuficientes, por lo que serán las principales temáticas para desarrollar estrategias de promoción de salud en esta población. (4)

2.1.2. NACIONALES

Ríos CM. (Trujillo –Perú, 2014). El objetivo es determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños. A una muestra de 255 madres que acudieron al Programa de Crecimiento y desarrollo del en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, Trujillo 2014, y cumplieron los criterios de selección, se les aplicó cuestionario estructurado auto administrado para registrar los datos. El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres fue bueno en 67.5 %, adecuada en el 80.8% y regular en el 87.7% respectivamente. Encontrándose asociación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad y la ocupación; entre la actitud y el nivel de instrucción y entre las prácticas con la ocupación y el estado civil de las madres. La mayoría de las madres tenía más de 20 años, eran trabajadoras familiares no remuneradas e instrucción secundaria. Se concluye que las madres tienen buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en los niños, lo que es favorable para lograr hábitos de higiene adecuados en los niños que mejore su calidad de salud oral. (5)

Minaya TR. (Chimbote – Perú, 2013). El objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en Noviembre del 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en 60 gestantes. Los resultados se dividieron en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 84.0% mostro un nivel regular, el 12.0% tuvo un nivel malo y 4.0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 48.0% tuvo un nivel regular, el 44.0% un nivel bueno y 8.0% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 52.0% tuvo un nivel malo, el 44.0% un nivel regular; y el 4.0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica 73,3% mostró un nivel malo, el 26,7 % tuvo un nivel regular y 0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 63,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular y 3,3% obtuvo un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 86, 7% tuvo un nivel malo, el 13,3% un nivel regular, y 0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 53,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular, mientras que el 13,3% un nivel bueno; en cuanto al desarrollo dental el 80% tuvo un nivel malo, el 20% tuvo un nivel regular, y 0% mostró un nivel bueno. En conclusión, el rango de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años con un 60%, con un nivel de conocimiento malo y el grado de instrucción más frecuente en gestantes fue primaria con un 46,7%, el cual mostró un nivel de conocimiento malo. (6)

2.1.3. LOCALES

Paricoto RE. (Juliaca – Perú, 2015). El objeto fue determinar el grado de relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y la prevalencia de

caries de los niños y niñas de 6 a 11 años de las Instituciones de Educación Primaria del distrito de Caminaca, Juliaca – Perú 2015. La técnica utilizada para el recojo de información fue el cuestionario llegándose a los siguientes resultados: que las mujeres de 24 a 30 años presentan en su mayor porcentaje 44,44% un buen nivel de conocimiento sobre salud bucal a diferencia de las madres más jóvenes de 17 a 23 años que presentaron nivel de conocimiento deficiente, las mujeres que tienen solo grado de instrucción primaria tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal a diferencia de las que tienen instrucción superior que su nivel de conocimiento es bueno la prueba es significativa. (7)

Marcavillaca MA, Quispe SL. (Puno – Perú, 2014). La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la intervención educativa en el conocimiento sobre salud dental en madres de niños y niñas de 2 a 3 años de edad de los centros de cuidado diurno “Cuna Más” Alto Puno, Puno 2014. La investigación se realizó a una muestra de 30 madres. Los resultados obtenidos respecto al conocimiento sobre salud dental antes de la intervención educativa fueron: Inicio de la erupción dental: 36.7% bueno, 23.3% regular y 40% deficiente; después de la intervención: 76.7% bueno, 23.3% regular y 0.0% deficiente. Función de la dentición temporal: 30.0% bueno, 23.3% regular y 46.7% deficiente; después de la intervención: 76.7% bueno, 23.3% regular y 0.0% deficiente. Conocimiento sobre la caries: 40.0% bueno, 16.7% regular y 43.3% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% deficiente. Alimentos cariogénicos: 6.7% bueno, 43.3% regular y 50.0% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% deficiente. Formas de transmisión de la caries: 23.3% bueno, 36.7% regular y 40.0% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% regular. Inicio de la higiene dental: 13.3% bueno, 50.0% regular y

36.7% deficiente; después de la intervención: 90.0% bueno, 10.0% regular y 0.0% deficiente. Importancia de la higiene dental: 0.0% bueno, 46.7% regular y 53.3% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% deficiente. Inicio de la atención odontológica: 10.0% bueno, 26.7% regular y 63.3% deficiente; después de la intervención: 73.3% bueno, 26.7% regular y 0.0% deficiente. En conclusión, se demuestra con significancia $0.000 < 0.05$ que la metodología utilizada: educación participativa grupal es efectiva en el incremento del conocimiento y puede ser replicada en otras poblaciones. (8)

2.2.MARCO TEORICO

2.2.1. CONOCIMIENTO

La epistemología define el conocimiento como aquel conjunto de saberes, experiencias, valores, información, percepciones e ideas que crean determinada estructura mental en el sujeto para evaluar e incorporar nuevas ideas, saber y experiencias. (8)

Por conocimiento entendemos el resultado que produce en la mente nuestra interpretación de las realidades que nos circundan, las cuales percibimos a través de los sentidos. Dicha percepción no nos genera en forma directa una interpretación predeterminada por la realidad misma, sino que ‘depende de’ e ‘incide sobre’ unas bases o esquemas culturales que actúan de filtro y condicionan así la interpretación. (9)

Se puede decir que el conocer es un proceso a través del que un individuo se hace consciente de su realidad y en el que se presenta un conjunto de representaciones sobre las que no existe duda de su veracidad. (10)

2.2.1.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO

Conjunto de conocimientos adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa de una persona logrados por la integración de los aspectos sociales, intelectuales y experiencias. Este proceso se puede dar con algunas diferencias y grados de complejidad, según el propósito y material que intervenga, por juicio en relación con criterios externos.

Por ello el conocimiento está definido por el grado de comprensión sobre un determinado tema. Así mismo postula que el conocimiento es el resultado de un proceso de interacción dialéctica, de interacción recíproca del participante.

El conocimiento puede ser medido por niveles de lo que se establece el conocimiento entre bueno, regular y deficiente. (8)

2.2.2. SALUD BUCAL

La salud oral es un aspecto importante en el cuidado de la salud en general que tiene un impacto en la calidad de vida y resultados positivos de salud en infantes y niños. Por lo que la salud oral del infante es una de las bases fundamentales para que la educación preventiva deba ser construida para apuntar a una vida libre de enfermedades en la sociedad futura. (1)

La salud dental puede definirse como la ausencia de dolor oro facial agudo y crónico, caries dental, pérdida de piezas dentales, mal oclusiones, y otras enfermedades y trastornos que afectan a las arcadas dentales. (8)

La salud bucal constituye un factor importante para la salud personal en general, con consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales importantes. (11)

Es necesario que los gestores locales de los servicios de salud actúen con mayor intensidad al definir prioridades en políticas públicas de salud que abarquen a diversos grupos en riesgo. (12)

2.2.3. HIGIENE ORAL

La higiene oral es una de las medidas para contrarrestar las enfermedades bucales, la misma que se realiza a través del cepillado, uso del hilo dental y uso de enjuagues bucales.

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. (1)

Entre los buenos hábitos de higiene oral se encuentran el cepillado correcto de los dientes diariamente, por lo menos de dos a tres veces al día; aunque idealmente después de cada ingesta, enfatizando el cepillado por la noche, el uso de hilo dental para remover la placa alojada en los espacios interdentes, el uso de enjuague bucal ocasional y realizar visitas al odontólogo dos veces al año. (11)

De acuerdo a la evidencia disponible, unas buenas pautas del hábito de higiene oral entre los más pequeños deberían iniciarse con la erupción de los primeros dientes (6-8 meses) los cuales deberían ser limpiados diariamente con una gasa o cepillo humedecido con un enjuague fluorado de concentración diaria para iniciar el aporte de fluoruro tópico inmediatamente tras la erupción. El cepillado de los dientes debería iniciarse diariamente, sin pasta, aproximadamente al año de edad (también empapado con un colutorio fluorado) y siempre realizado por un adulto, introduciendo el uso de pastas dentales fluoradas con formulación infantil (500 ppm de flúor), una vez al día, a partir de los 2-3 años, en función del riesgo de caries. (13)

Un porcentaje alto de profesionales mostraron conocer que la higiene oral debe iniciarse cuando erupcionan los primeros dientes. Esto va de acuerdo a las recomendaciones de la Academia Americana Dental Pediátrica y las normas de la Asociación Dental Americana. (14)

2.2.4. CEPILLO DENTAL

El cepillo debe presentar un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño. (1)

Es la herramienta fundamental para realizar una higiene oral optima es por ello que debe cumplir con determinadas características de acuerdo a la persona que lo utilizará.

Los esfuerzos para la prevención y el tratamiento de estas enfermedades deben continuar dirigiéndose a la concienciación de la población sobre la necesidad de una buena higiene oral (cepillo + hilo de seda + enjuague) y al diagnóstico. (15)

2.2.5. PASTA DENTAL

La pasta dental es el aditamento que complementa al cepillado de dientes para realizar una higiene bucal optima, asimismo cumple determinadas características de acuerdo a la persona que realizara su uso.

En niños menores de 3 años se sugiere el uso de una pasta con flúor (1000ppm) en cantidad mínima (“raspada” sobre el cepillo) ya que sólo las cremas dentales que contienen concentraciones de 1000 ppm de flúor o más han probado ser eficaces en la reducción de caries. Una vez que el niño haya aprendido a escupir, es imprescindible que

el cepillado se realice con una pasta dental fluorada (1000-1450ppm), en cantidad equivalente a una lenteja. (8)

La Federación Dental Internacional estableció el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de cuidado dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales) o de colutorios (antisépticos o fluorados). (15)

El cepillado de los dientes debería iniciarse diariamente, sin pasta, aproximadamente al año de edad (también empapado con un colutorio fluorado) y siempre realizado por un adulto, introduciendo el uso de pastas dentales fluoradas con formulación infantil (500 ppm de flúor), una vez al día, a partir de los 2-3 años, en función del riesgo de caries. Con el objetivo de establecer el hábito de cepillado es bueno que el niño intente cepillarse sus dientes por si solo pero sin la utilización de pasta dental, adicionalmente al cepillado diario con pasta fluorada realizada por un adulto, con el objetivo de evitar un posible riesgo de fluorosis dental por la fracción de pasta ingerida. Además, la supervisión de un adulto durante la higiene oral debería mantenerse aproximadamente hasta los seis años. A partir de los seis años el cepillado debería realizarse como mínimo dos veces al día con una pasta dental fluorada, de acuerdo a las recomendaciones de la FDI, pudiéndose utilizar pastas dentales con una concentración de flúor a partir de 1000 ppm. (15)

2.2.6. HILO DENTAL

Entre los buenos hábitos de higiene oral se encuentra el uso de hilo dental para remover la placa alojada en los espacios interdentes. (11)

En relación con los hábitos de higiene interproximal, podemos comprobar como la frecuencia de realización de estos hábitos son muy bajos en edades infantiles o juveniles, con un porcentaje de usuarios ocasionales del hilo de seda entorno al 20% mientras los usuarios habituales se sitúan entorno al 5%. (15)

2.2.7. ENJUAGUE ORAL

El uso de los enjuagues orales también contribuye a que la higiene oral sea más óptimo, sin embargo no es muy aceptado por los niños sin embargo debe utilizarse como complemento.

La utilización de enjuagues (fluorados o como ayuda al control de placa) podría iniciarse a partir de los seis años, edad considerada óptima por controlarse perfectamente el control de la deglución así como por ser la época de inicio de la erupción de la dentición permanente. Los colutorios alcanzan cifras superiores a la mitad de la población, siendo más frecuente el binomio cepillado-enjuague que el cepillado-hilo de seda. (15)

En relación con la bacteriemia, se ha demostrado que el enjuague preoperatorio durante 2 minutos con clorhexidina al 0,12% reduce la carga bacteriana presente en la cavidad oral. (16)

2.2.8. FLUOR

La protección específica contra la caries dental, promueve el empleo de fluoruros tópicos o sistémicos y control de la placa bacteriana. El flúor es un nutriente esencial que mejora la calidad del esmalte dental, logrando que los dientes sean más resistentes a las caries. La práctica de hacer gárgaras con líquidos o elixires fluorados puede hacerse en casa, y es un procedimiento sencillo y eficaz en la prevención de las caries. Se usa en los

niños mayores .El uso de pastas dentífricas fluoradas constituye una medida preventiva siempre útil para evitar el desarrollo de caries. (7)

En niños menores de 3 años se sugiere el uso de una pasta con flúor (1000ppm) en cantidad mínima (“raspada” sobre el cepillo) ya que sólo las cremas dentales que contienen concentraciones de 1000 ppm de flúor o más han probado ser eficaces en la reducción de caries. Una vez que el niño haya aprendido a escupir, es imprescindible que el cepillado se realice con una pasta dental fluorada (1000-1450ppm), en cantidad equivalente a una lenteja. (8)

El control de la placa bacteriana (mecánico y químico) acompañado del uso de fluoruros tópicos se establece como la base en el mantenimiento de una dentadura sana. (15).

El flúor retrasa la progresión de la caries dental; así pacientes que no usan pasta dental conteniendo flúor pueden estar en alto riesgo. Un número sustancial de estudios han demostrado la efectividad del abastecimiento de agua fluorada óptimamente en la prevención de la caries dental. También se ha demostrado que el uso de tabletas de flúor tiene un efecto benéfico en la prevención de caries en la dentición permanente y primaria. (17)

Los efectos benéficos del flúor en la profilaxis de las caries dentales en niños ha respaldado en todo el mundo esta importante medida de salud pública. Los límites entre dosis seguras y tóxicas o potencialmente dañinas son muy pequeños. (18)

El fluoruro que se disuelve dentro de la placa disminuye la cantidad de ácido que pudiera atravesar la interfase esmalte-placa. El fluoruro presente en los cristales reduce la tasa de desmineralización, pues los iones pueden ser primero disueltos desde el cristal durante el proceso de desmineralización. Los iones de fluoruro también estimulan la remineralización de los cristales parcialmente desmineralizados utilizando mineral de

otros cristales y también de la placa. Por otro lado, los iones de fluoruro disueltos de la superficie del esmalte, pueden ser tomados por cristales sanos o desmineralizados y aumentar la cristalinidad. (19)

El ión fluoruro tiene alta afinidad por el calcio formando fluoruro cálcico, sal levemente soluble en agua. La interacción del fluoruro con el calcio de la capa de hidratación, además de formar un depósito de fluoruro, puede interferir la formación de la capa de hidratación y de la película adquirida, siendo éste uno de los mecanismos de acción del flúor como agente cariostático. (20)

2.2.9. CARIES

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 aquellas. (1) Esta enfermedad infecciosa tiene el potencial de producir desmineralización del esmalte dental y posteriormente daño a la dentina y a la pulpa, culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente si la desmineralización es progresiva. Además, como consecuencia de ese deterioro, el proceso puede causar dolor, infección, pérdida temprana de órganos dentales, ausentismo escolar además de que la rehabilitación es costosa. (21)

La caries dental es el resultado de los cambios ocurridos en el balance de la microflora que reside en la placa, como consecuencia de la modificación de las condiciones medioambientales locales. (3)

La caries dental se ha determinado como un problema social, siendo una enfermedad multifactorial, donde encontramos la alimentación, tiempo, consumo de agua potable, higiene, nivel educativo y acceso a servicios de salud. (22)

La caries dental comienza en el esmalte, donde el ácido producido por las bacterias de la placa dental disuelve su superficie externa. El esmalte adopta un color blanquecino pero continuo siendo liso. Si progresa, el proceso de caries penetrará y producirá irregularidades en la superficie del esmalte, sin embargo aún no existe cavidad. Si la caries se detecta en esta etapa, el daño se puede revertir con una mineralización de la superficie afectada del esmalte, con sales de calcio, procedentes de la saliva. Si la caries no se detiene y se permite que progrese, la superficie del esmalte se socava y aparece una cavidad. (7)

La Caries de Infancia Temprana es una de las formas de presentación de la caries, conocida entre otras denominaciones como “caries del biberón”, las que hacen referencia a un proceso infectocontagioso⁷ destructivo, multifactorial que se presenta en la dentición decidua⁸, y cuya prevalencia ha aumentado significativamente en los niños entre 2-5 años. La Caries de Infancia Temprana afecta principalmente a los grupos de menor nivel socioeconómico, siendo un predictor de la enfermedad en dentición permanente. (5)

“La lesión blanca es opaca porque sus cristales han cambiado las propiedades físicas y tienen características químicas diferentes. Estos cambios son provocados por las fases alternas de desmineralización y remineralización. Las lesiones iniciales del esmalte son idealmente tratadas para reducir la frecuencia y duración de los cambios cariogénicos, optimizando los hábitos de higiene bucal en los pacientes y el uso de los fluoruros, siendo importante evitar la cavitación iatrogénica a la hora de realizar el examen bucal”. (19)

La caries es aún el mayor problema de salud bucal a nivel mundial, llegando a afectar entre 60 y 90 % de la población escolar y adulta, aunque algunos países evidencian tendencia a su disminución debido al constante estudio de sus causales y a las acciones preventivas implementadas, con el propósito de mantener la salud bucal, meta principal de la Estomatología Comunitaria. (23)

2.2.10. GINGIVITIS

En todas sus formas está presente la inflamación de la encía porque la placa bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación suelen presentarse en el medio gingival. El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple que provoca la placa bacteriana al adherirse a la superficie del diente. Este tipo de gingivitis, denominada gingivitis marginal crónica o gingivitis simple permanece estacionaria por periodos indefinidos o avanza hacia la destrucción de la pieza dental. (7)

La gingivitis se define como la inflamación de la encía debida a los efectos de los depósitos de biofilm que la irritan e inflaman. Las bacterias y sus toxinas hacen que la encía se infecte, se inflame y se vuelva sensible. La gingivitis afecta a los tejidos blandos de la encía y es reversible. Si la gingivitis no se controla puede evolucionar a periodontitis, que se extiende a zonas más profundas, como el ligamento periodontal y el hueso alveolar. (16)

La clasificación de las enfermedades gingivales que depende de la placa dental para iniciar la enfermedad ha sido clasificada en dos grupos. Las dos categorías de enfermedad gingival inducida por placa son las afectadas por factores locales y las que se ven afectadas tanto por factores locales y modificados por factores sistémicos específicos del huésped. En este reporte de caso se presenta las características clínicas de la enfermedad gingival inducida por placa así como la influencia de factores hormonales correspondientes a la edad. (24)

2.2.11. PLACA BACTERIANA

Es la materia alba, depósito blando, adherente, consistente y mate, de color blanco amarillento, se adhiere a la superficie dental y a las restauraciones dentales. Formándose

en unas horas y no se elimina con el agua a presión. Esto permite diferenciarla de la materia alba, la cual se forma por restos alimenticios, leucocitos en vía de desintegración, células epiteliales descamativas y microorganismos. Principalmente se clasifica como supragingival y subgingival; ésta da como resultado la caries, la cual es la acidificación prolongada de la microflora y de la desmineralización del diente, debido a la ingesta de carbohidratos. (25)

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. (1)

La placa bacteriana es el factor etiológico principal de las dos enfermedades bucodentales de mayor prevalencia, la caries y la enfermedad periodontal. Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales (prótesis, material de restauración, etc.) cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. (20)

2.2.12. MALOCLUSIÓN

La mal oclusión es una patología donde los controles anátomo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía con los segmentos dentarios. Están presentes desde el origen del individuo, o bien se instalan durante las primeras etapas de vida cobrando magnitudes diferentes al paso del tiempo. La dentición temporal ha

demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la dentición permanente, por lo que hay que vigilar su crecimiento y desarrollo así como su influencia sobre la misma de factores de riesgo que van modificando notablemente la morfología cráneo facial, que provoca desde edades tempranas relaciones oclusales inadecuadas. (26)

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos o ambientales o de ambos. Factores ambientales como hábitos orales, hipertrofia amigdalara y adenoidea, traumas dentales, pérdida precoz de dientes temporales y enfermedades crónicas severas durante la niñez (artritis reumatoidea juvenil de la articulación temporomandibular) pueden favorecer el desarrollo de la maloclusión. Las causas que dan origen a la maloclusión son: alimentación, caries dental y fracturas, avulsiones dentarias, hábitos, respiración oral, succión digital, onicofagia, bruxismo, deglución atípica infantil, uso prolongado de chupete, automutilación. (13)

2.2.13. DESARROLLO DENTAL

La primera visita al odontólogo se recomienda, tempranamente, al brotar los primeros dientes y no mucho más allá de los tres años de edad. La regularidad con la que se aconseja la visita de rutina, es cada seis meses, donde se evaluará el desarrollo dental y el correcto desarrollo de los dientes temporales. (8)

La cronología de erupción hace referencia al tiempo aproximado en años y meses en que debe erupcionar un diente, aunque existen diversas tablas según la población, se conoce que no existe un tiempo específico para que cada diente erupcione por lo que se habla de un rango promedio en que deben erupcionar los dientes y se encuentran diferencias de hasta un año entre un individuo y otro. Este indicador de erupción es un método de valoración del desarrollo dentario.

El proceso de recambio dentario dura entre seis y ocho años, en los que coexisten en la boca dientes deciduos y permanentes, consta de dos fases: en la primera fase exfolian los ocho incisivos temporales centrales y laterales superiores e inferiores que son sustituidos por los permanentes; en esta etapa también emerge el primer molar permanente. Este período se conoce como dentición mixta de primera fase o primer periodo transicional. La segunda fase comprende la exfoliación de caninos y molares deciduos reemplazados por los caninos y premolares permanentes. La edad promedio oscila entre los 9 y 13 años donde también erupciona el segundo molar permanente, este periodo se conoce como dentición mixta de segunda fase o segundo periodo transicional. La edad cronológica para la erupción de los dientes permanentes es seis años al iniciar así el primer periodo transicional, entre los 6 y 7 años emergen los incisivos centrales inferiores, entre 7 y 8 años aparecen los incisivos centrales superiores e incisivos laterales inferiores, y entre 8 y 9 años erupcionan los incisivos laterales superiores. A partir de los 9 y 10 años empieza el segundo periodo transicional con la erupción de los caninos inferiores, entre los 10 y 11 años emergen los primeros premolares superiores e inferiores, a los 11 y 12 años se da la erupción de los caninos superiores y segundos premolares inferiores, y este periodo finaliza entre los 11 y 13 años con la erupción de los segundos molares inferiores y por último, los segundos molares superiores.

La dentición mixta se inicia a partir de los seis años con la erupción del primer diente permanente y se termina con la exfoliación del último diente temporal, para completar así, la dentición permanente. (27)

2.2.14. GESTANTE

Adjetivo de embarazada (28), dicese de una mujer preñada (29); dicho de una mujer o de una hembra de cualquier especie: que ha concebido y tiene el feto o la criatura en el vientre. (30)

Para ello es necesario definir embarazo, que viene a ser el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos, que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (31)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. POBLACIÓN

Gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón.

3.2. MUESTRA

El método utilizado es el Aleatorio Simple Probabilístico.

3.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \rho q}{e^2}$$

n = Total de la muestra

Z_{α} = nivel de confianza: 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada (en este caso 0.50).

q = probabilidad de fracaso (en este caso 0.50).

e = precisión (error máximo admisible en términos de proporción 0.12).

Reemplazando los valores calculamos:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.12)^2}$$

$$n = 67$$

3.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón.

3.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestantes con alteración física o psicológica.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
NIVEL DE CONOCIMIENTO	VARIABLE INDEPENDIENTE	SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO	BUENO MAL REGULAR			
CUIDADO BUCODENTAL	VARIABLE DEPENDIENTE	MEDIDAS PREVENTIVAS	HIGIENE BUCAL FLUOR DIETA VISITA AL ODONTÓLOGO	NOMINAL	ESCALA	CUESTIONARIO
		ENFERMEDADES BUCODENTALES	CARIES DENTAL ENFERMEDADES PERIODONTALES MALOCLUSIONES			
		DESARROLLO DENTAL	FORMACIÓN DENTAL EXFOLIACIÓN DENTAL TIPOS DE DENTICIÓN CRONOLOGÍA DENTARIA			

COVARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	[15 - 23> [23 - 32> [32 - 40]	NOMINAL	ESCALA
GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE EDUCACIÓN	PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	NOMINAL	ESCALA
PROCEDENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA	RURAL URBANO	NOMINAL	ESCALA

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado fue el Aleatorio Simple Probabilístico, se utilizó la técnica de campo, tipo encuesta; el instrumento usado fue el cuestionario con preguntas de

opción múltiple. El mismo que fue sometido a un juicio de tres expertos: Ginecólogo, Psicólogo y Odontopediatra, quienes aprobaron el cuestionario respectivamente.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Permiso Institucional.
- Consentimiento Informado.

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboran los cuadros y gráficos en el programa de Microsoft Excel, tabulando respectivamente frecuencias y porcentajes. Asimismo se determinó la relación entre ambas variables, mediante la prueba de Chi Cuadrado X^2 a un nivel de significancia de 0.05%.

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto al análisis se evaluará de acuerdo a la siguiente escala:

DIMENSIÓN	ESCALA	VALOR
MEDIDAS PREVENTIVAS	BUENO	[0 - 2.667>
	REGULAR	[2.667 - 5.333>
	MALO	[5.333 - 8]
ENFERMEDADES BUCODENTALES	BUENO	[0 - 2>
	REGULAR	[2 - 4>
	MALO	[4 - 6]
DESARROLLO DENTAL	BUENO	[0 - 2>
	REGULAR	[2 - 4>
	MALO	[4 - 6]

3.8. RECURSOS NECESARIOS

3.8.1. RECURSOS HUMANOS

- **TESISTA:** Margareth Mijhael Santibañez Choque

- **DIRECTOR DE TESIS:** Sonia Caroll Macedo Valdivia
- **ASESORES DE TESIS:** Sonia Caroll Macedo Valdivia

Lourdes Lidia Pacoricona Villasante

3.8.2. RECURSO INSTITUCIONAL

Hospital Manuel Núñez Butrón

3.8.3. RECURSOS MATERIALES

- Materiales de escritorio (Papel Bond, micas, fólder, lapiceros, tablero).
- Computadora.
- Impresora.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.

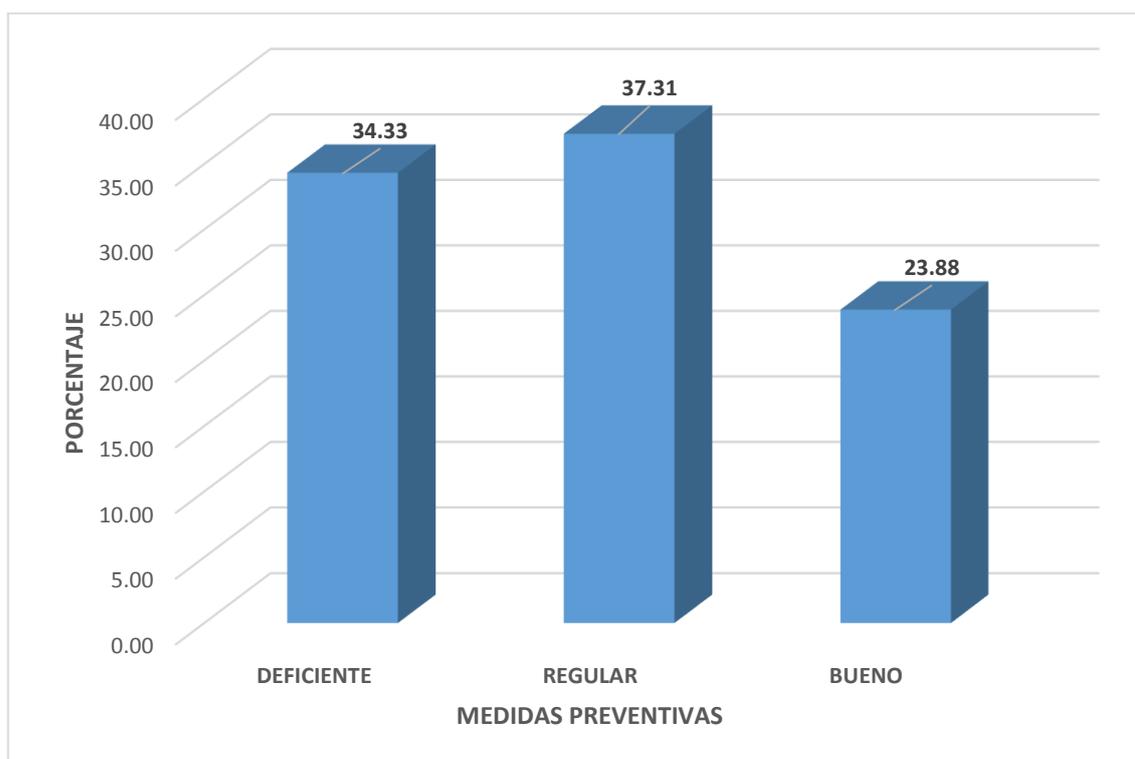
Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño	MEDIDAS PREVENTIVAS	
	Fi	%
DEFICIENTE	23	34.33
REGULAR	25	37.31
BUENO	16	23.88
TOTAL	67	100

Fuente: Base de Datos

INTERPRETACIÓN

Se muestran los resultados del conocimiento de las gestantes respecto de medidas preventivas, en el cual el 37.31% de las gestantes presenta un conocimiento regular, un 34.33% presenta un conocimiento deficiente y el 23.88% presentan un nivel de conocimiento bueno.

GRÁFICO 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 2017.



Fuente: Base de Datos

TABLA 2 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE ENFERMEDADES BUCODENTALES, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.

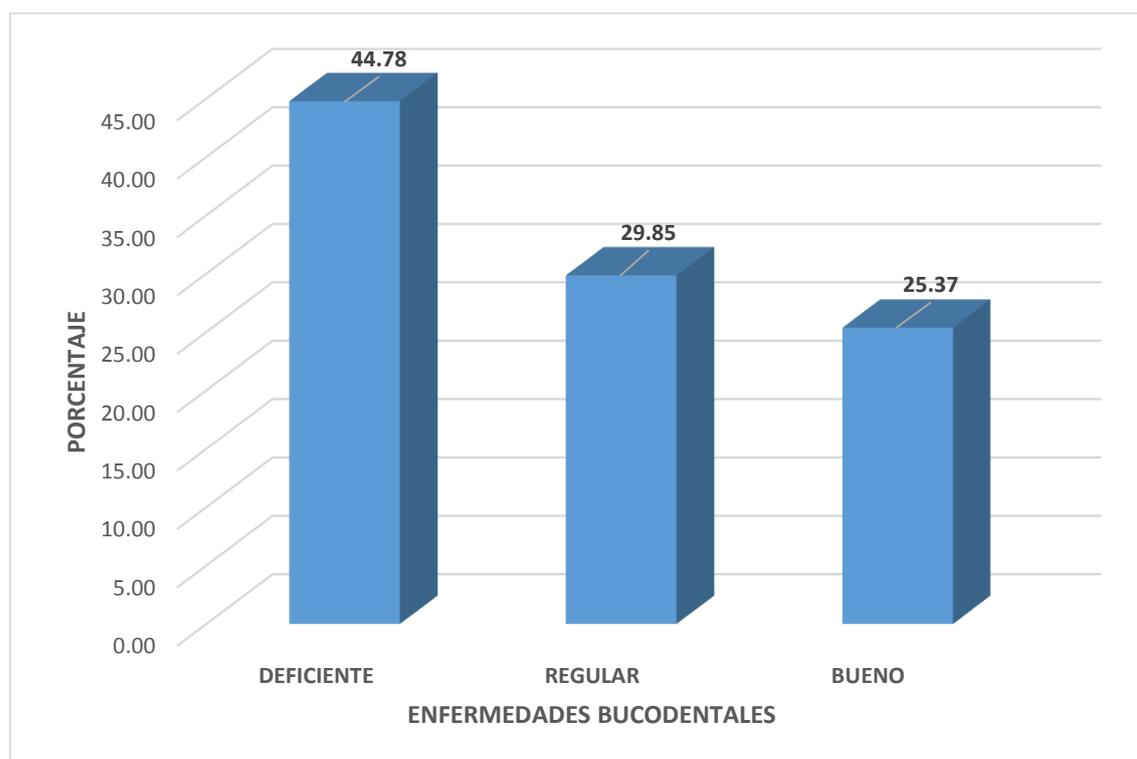
Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño	ENFERMEDADES BUCODENTALES	
	Fi	%
MALO	30	44.78
REGULAR	20	29.85
BUENO	17	25.37
TOTAL	67	100

Fuente: Base de Datos

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se muestran los resultados acerca del conocimiento de las gestantes respecto a enfermedades bucodentales, donde el 44.78% de las gestantes presenta un conocimiento deficiente, el 29.85% presenta un conocimiento regular y el 25.37% tiene un nivel de conocimiento bueno.

GRÁFICO 2 GRÁFICO 2 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE ENFERMEDADES BUCODENTALES, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.



Fuente: Base de Datos

TABLA 3 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE DESARROLLO DENTAL, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.

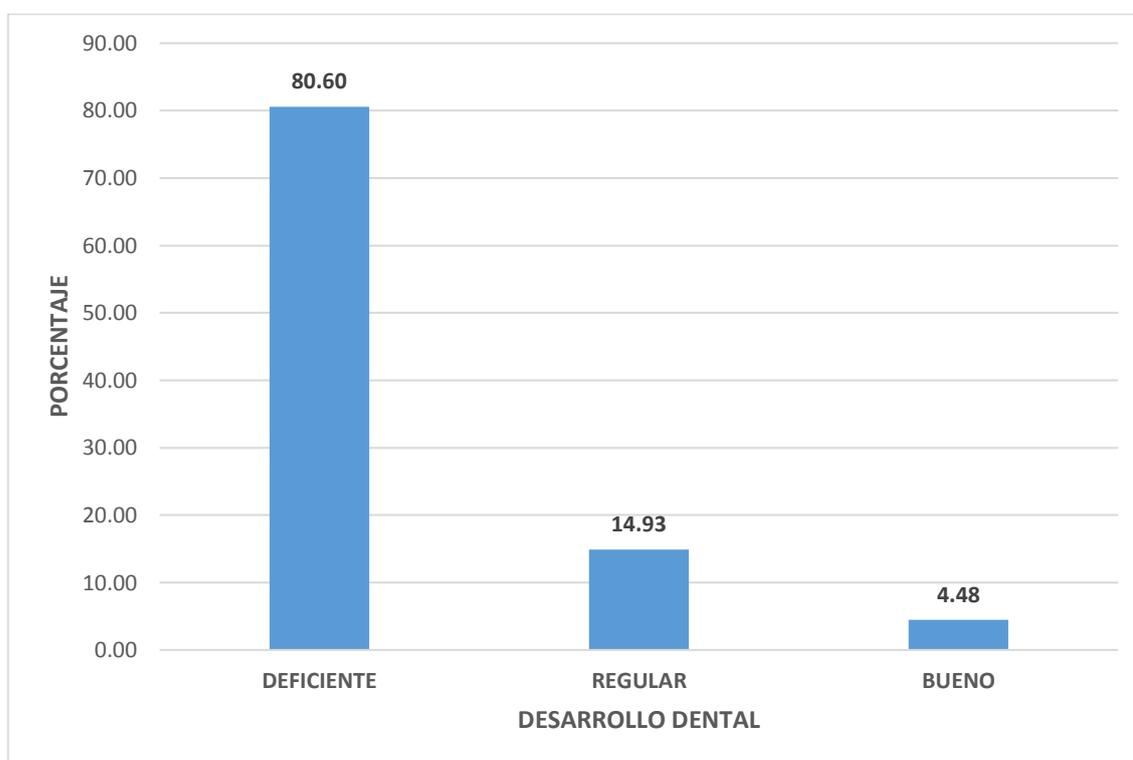
Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño	DESARROLLO DENTAL	
	f _i	%
MALO [0 - 2>	54	80.60
REGULAR [2 - 4>	10	14.93
BUENO [4 - 6]	3	4.48
TOTAL	67	100

Fuente: Base de Datos

INTERPRETACIÓN

Se muestran los resultados del conocimiento de la gestante respecto de desarrollo dental, donde el 80.60% de las gestantes presenta un conocimiento deficiente, presenta un nivel de conocimiento regular el 14.93% y un conocimiento bueno el 4.48%.

GRÁFICO 3 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE DESARROLLO DENTAL, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.



Fuente: Base de Datos

TABLA 4 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGUN EDAD, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.

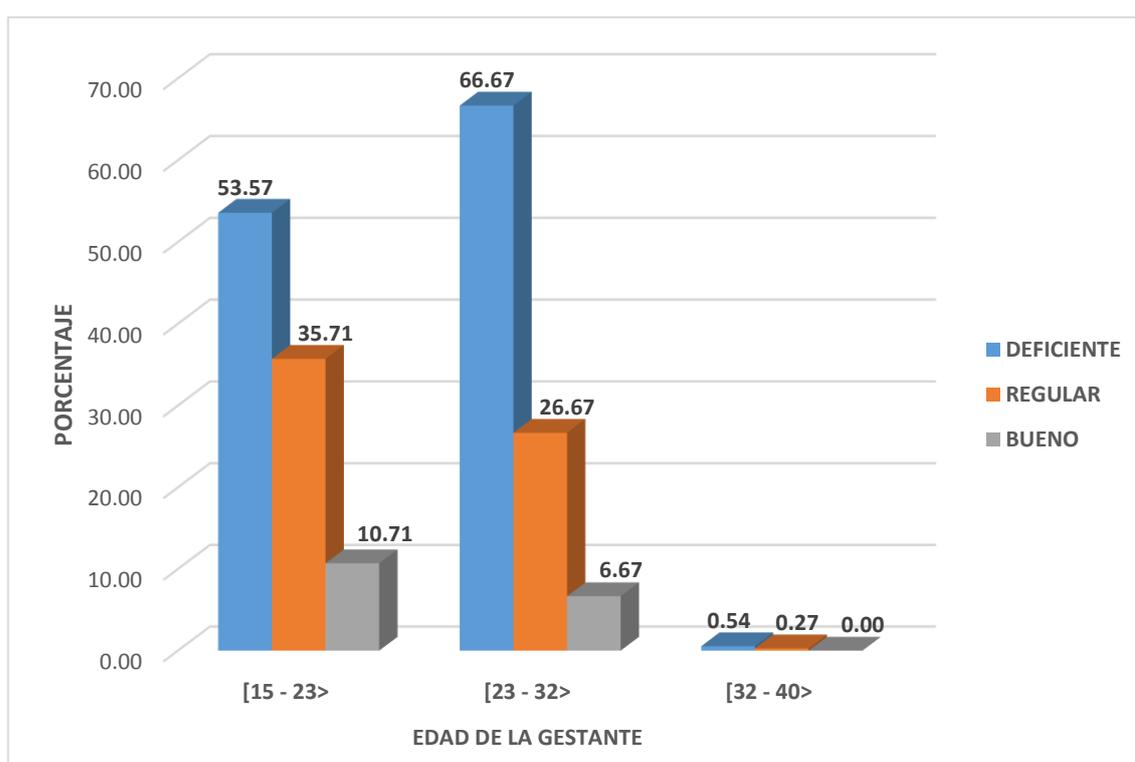
Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño	EDAD DE LA GESTANTE					
	[15 - 23>		[23 - 32>		[32 - 40>	
	fi	%	fi	%	Fi	%
MALO	15	53.57	20	66.67	6	54.00
REGULAR	10	35.71	8	26.67	3	27.00
BUENO	3	10.71	2	6.67	0	0
TOTAL	28	100	30	100	9	100

Fuente: Base de Datos

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla que en los tres grupos etarios el nivel de conocimiento fue: En el grupo etario comprendido entre 15 a 23 años un 53.57% presenta un nivel de conocimiento malo, el 35.71% presenta un nivel de conocimiento regular y el 10.71% un nivel de conocimiento bueno; en el grupo etario comprendido de 23 a 32 años el 66.67% muestra un nivel de conocimiento mal, el 26.67% presenta un nivel de conocimiento regular y el 6.67% un nivel de conocimiento bueno y en el grupo etario comprendido entre los 32 a 40 años presentan un nivel de conocimiento malo el 54%, un conocimiento regular un 27% y no se registra un conocimiento bueno.

GRÁFICO 4 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGÚN EDAD, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2017.



Fuente: Base de Datos

TABLA 5 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGUN PROCEDENCIA, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE, 2017.

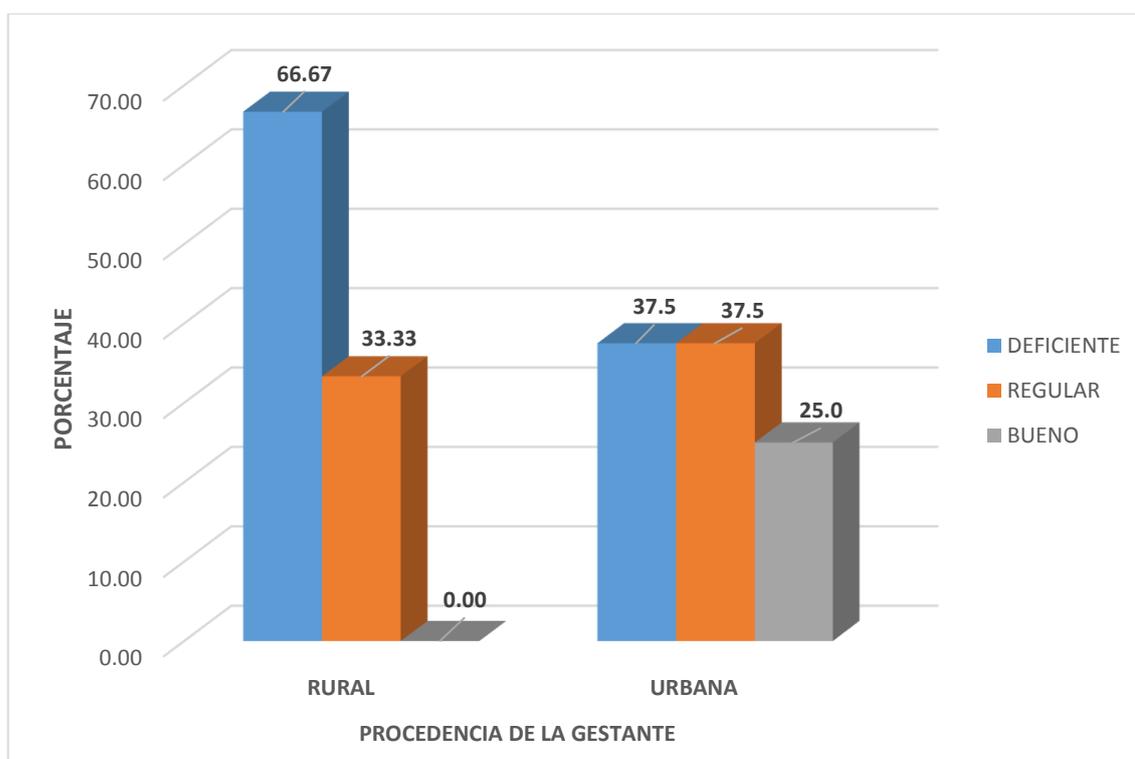
Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño	PROCEDENCIA DE LA GESTANTE			
	RURAL		URBANO	
	Fi	%	fi	%
MALO	18	66.67	15	37.5
REGULAR	9	33.33	15	37.5
BUENO	0	0.00	10	25.0
TOTAL	27	100	40	100

Fuente: Base de Datos

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla que según la procedencia: en el ámbito rural el nivel de conocimiento de la gestante fue deficiente en un 66.67%, un nivel de conocimiento regular en 33.33% y no se muestra un nivel de conocimiento bueno; en el ámbito urbano el 37.5% presenta un nivel de conocimiento malo y regular y el 25% un nivel de conocimiento bueno.

GRÁFICO 5 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGÚN PROCEDENCIA, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2017.



Fuente: Base de Datos

TABLA 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE, 2017.

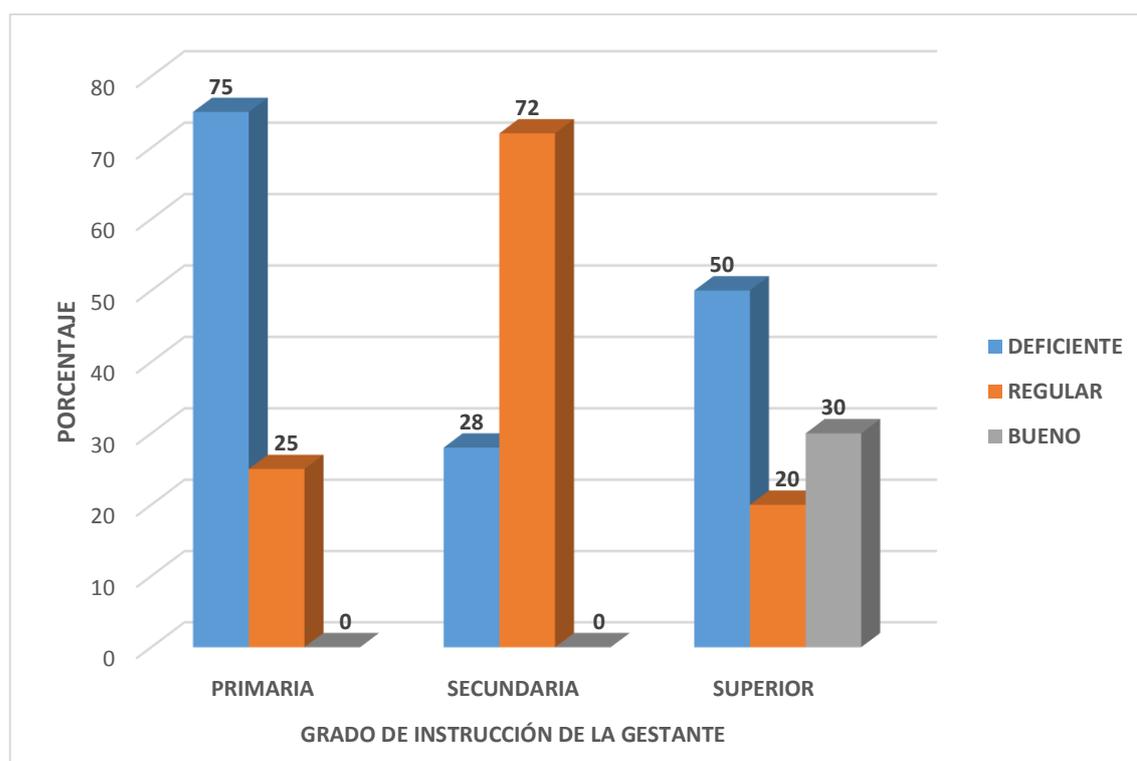
Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA GESTANTE					
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR	
	fi	%	fi	%	Fi	%
MALO	9	75	7	28	15	50
REGULAR	3	25	18	72	6	20
BUENO	0	0	0	0	9	30
TOTAL	12	100	25	100	30	100

Fuente: Base de Datos

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla que de acuerdo al grado de instrucción: En el nivel primario el 75% presenta un nivel de conocimiento malo, el 25% un nivel de conocimiento regular y no se muestra nivel de conocimiento bueno; en el nivel secundario el 72% representa un nivel de conocimiento regular, el 28% un nivel de conocimiento malo no se muestra nivel de conocimiento bueno y en el nivel superior el 50% presento un nivel de conocimiento malo, el 20% un nivel de conocimiento regular y el 30% un nivel de conocimiento bueno.

GRÁFICO 6 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE 2017.

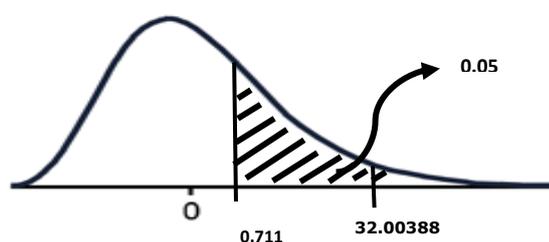


Fuente: Base de Datos

GRÁFICO 7 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL INFANTE, HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2017.

H_0 = El nivel de conocimiento de la gestante no difiere sobre el cuidado bucodental del niño.

H_1 = El nivel de conocimiento de la gestante difiere sobre el cuidado bucodental del niño.



Del gráfico podemos identificar que habiendo obtenido 32.00388 este valor es mayor a 0.711, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por tanto se comprueba que el nivel de conocimiento de la gestante difiere significativamente sobre el cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos referente al nivel de conocimiento de las gestantes respecto a medidas preventivas fue que el 37% de las gestantes presentó un conocimiento regular, estas cifras son similares a los resultados obtenidos en el estudio realizado por LOPEZ (2013) en el cual el 57.5% tenía al igual un conocimiento regular respecto a prevención, así como en la investigación realizada por MINAYA (2013) donde el 63.3% obtuvo un nivel bajo; estas cifras reflejan que el conocimiento de la gestante es regular o deficiente sobre medidas preventivas para el cuidado bucodental del infante, consignando dentro de medidas preventivas: higiene bucal, ingesta de flúor, dieta y visita al odontólogo para nuestro estudio; ello es preocupante debido a que siendo la madre, educadora fundamental desconozca sobre medidas preventivas, predispone a que el niño presente lesiones cariosas u otras enfermedades a muy temprana edad. Asimismo es recurrente que la madre tenga conocimiento acerca de los suplementos de higiene oral, así como el cuidado de los mismos. Es indispensable que se propicie la información sobre salud bucodental desde que la gestante entra en contacto con los profesionales de salud, sobre todo se debe garantizar la aprehensión de los conocimientos impartidos.

Referente al nivel de conocimiento de las gestantes respecto a enfermedades bucodentales, el 44.78% de las gestantes presenta un conocimiento deficiente, estas cifras son similares a los resultados obtenidos en el estudio realizado por MINAYA (2013) en el cual el 52.0% obtuvo un nivel bajo; estas cifras reflejan que el conocimiento de la gestante es deficiente respecto a enfermedades bucodentales, las gestantes tienen conocimiento acerca de caries, sin embargo desconocen otras, lo cual puede conllevar a que las gestantes no tomen las medidas pertinentes ante la presencia de estas, lo cual puede conllevar a que estas se agraven con el tiempo.

El nivel de conocimiento de la gestante respecto a desarrollo dental, donde el 80.60% de las gestantes presenta un conocimiento deficiente, al igual que la investigación realizada por MINAYA (2013) donde el 80% obtuvo un nivel bajo, respecto a desarrollo dental; esta cifra es preocupante por el desconocimiento que tiene la madre respecto a: formación dental, exfoliación dental, tipos de dentición y cronología dentaria, ya que esto conllevaría a alteraciones dentales en el niño y futuro problemas con la oclusión, asimismo en la conservación de la dentición decidua el mayor tiempo posible en boca, contribuyendo a una buena alimentación y desarrollo del niño.

En la TABLA 4 se muestra que en los tres grupos etarios el nivel de conocimiento fue: De 15 a 23 años presenta en 53.57%, de 23 a 32 años en 66.67% y de 32 a 40 años en 54% deficiente respecto a cuidado bucodental del infante, los resultados fueron similares al estudio realizado por MINAYA (2013) en el cual el rango de edad de 20 a 24 años de las gestantes en 60% el nivel de conocimiento fue malo. De los resultados obtenidos podemos inferir que las madres desde su minoría de edad carecen de conocimientos sobre cuidado bucodental, esto conllevaría a que los infantes estén propensos a adquirir enfermedades bucodentales, por ello que es imprescindible que las gestantes cuenten con la información pertinente sobre salud bucodental. Asimismo se debe considerar que cuanto más adulta es una persona el nivel de aprendizaje disminuye por diversos factores; por ello el profesional debe adoptar metodologías adecuadas para que el conocimiento impartido sea aprendido por todo tipo de receptor.

En la TABLA 5 de acuerdo al grado de instrucción: las gestantes con secundaria presenta 72% de conocimiento regular sobre cuidado bucodental del infante, asimismo

las gestantes con grado superior el 50% presenta un conocimiento deficiente. Según estudios realizados por RIOS (2014) encontró una asociación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad, entre la actitud y el nivel de instrucción. De los resultados obtenidos podemos inferir que las gestantes no reciben una información apropiada sobre salud oral o de lo contrario de haber recibido no ha sido aprendida, y al igual esta no contribuye a la promoción de la salud. Es importante que se fortalezcan los diferentes programas de promoción de la salud bucodental promovidas por diferentes entidades sean públicas o privadas, para que los mismos se focalicen en los grupos adecuados y así esta labor resulte provechosa.

Según la procedencia que se muestra en la TABLA 6: En el ámbito rural el nivel de conocimiento de la gestante fue deficiente en un 66.67% y en el ámbito urbano un 37.5% el nivel de conocimiento fue regular y deficiente en las gestantes sobre cuidado de salud bucodental del infante; estos resultados reflejan que la predisposición de los infantes a presentar lesiones cariosas es mayor en la zona rural, sin embargo en el área urbana tampoco es óptimo; ante ello es importante que se fortalezca la promoción de salud oral en todos los niveles de Centros de Salud; no solo ello, se debe garantizar el aprendizaje de los mismos. Cabe considerar que el profesional en salud debe procurar llegar a todo sector de la población y aprovechar al máximo la cita con el paciente, al ser la inaccesibilidad de algunos sectores un factor limitante para optimizar los servicios de salud.

En referencia a la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado bucodental del infante, el valor de Chi cuadrado a un nivel del 5% fue $X^2 = 32.00388$, el cual es mayor a $X^2 = 0.711$; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis alternativa, con ello se demuestra que el nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón difiere significativamente.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El nivel de conocimiento de la gestante difiere significativamente sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017.

SEGUNDA: El nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante fue deficiente respecto a medidas preventivas, enfermedades bucodentales y desarrollo dental, en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017

TERCERA: El nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante en el Hospital Manuel Núñez Butrón: Según la edad fue deficiente en los tres grupos etarios de 15 a 23 años, de 24 a 32 años y de 33 a 40 años; de acuerdo a la procedencia el nivel de conocimiento de la gestante fue deficiente en el ámbito rural y de acuerdo al grado de instrucción el nivel de conocimiento es regular en secundaria y deficiente en el grado superior, en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Setiembre – Noviembre, 2017.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Fortalecimiento de programas de promoción y prevención en salud oral desarrollados por el Ministerio de Salud, focalizando a la gestante.

SEGUNDA: Evaluar los diversos programas de promoción y prevención en salud oral de la gestante.

TERCERA: Fomentar la asistencia de la gestante al servicio de odontología como medio de prevención de enfermedades bucales.

CUARTA: Concientizar a la gestante sobre la importancia del cuidado bucodental del infante.

REFERENCIAS

1. Gallegos D. Nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asisten al Hospital Amistad México–Nicaragua con el programa del “niño sano”, en el Municipio de Ticuantepe en el periodo de Noviembre – Diciembre – Enero del año 2014 – 2015. [Tesis de pre grado]. Managua – Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2790/1/51171.pdf>
2. López M de J. Nivel de conocimientos y prácticas de salud bucal en padres/encargados de niños del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador, Noviembre – Diciembre 2013. [Tesis Doctoral]. Ciudad Universitaria – El Salvador. Universidad de el Salvador; 2014. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/8346/1/17100395.pdf>
3. Pérez A, Toledo B, Ortega L. Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia y cuidado de la dentición temporal. Acta Médica del Centro. 2013; 7 (4). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/24/167>
4. Martínez J, Llanes E, Gou A, Bouza M, Díaz O. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. Revista Cubana de Estomatología 2013; 50 (3): 265 - 275. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/30/30>
5. Ríos CM. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014 [Tesis de pre grado].

- Trujillo – Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1082/1/R%C3%8DOS_CARLOS_SALUD_ORAL_PREESCOLARES.pdf
6. Minaya TR. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud La Florida del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash – Noviembre 2012 [Tesis de pre grado]. Chimbote – Perú. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2013. Disponible en: <https://es.slideshare.net/audiosleve/tesis-nivel-de-conocimiento-de-salud-oral-en-gestantes-chimbote-peru>.
7. Paricoto RE. Influencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las instituciones de Educación Primaria del Distrito de Caminaca [Tesis de Magister]. Juliaca – Perú. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2015. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/381/TESIS-003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Marcavillaca MA, Quispe SL. Intervención educativa en el conocimiento sobre salud dental en madres de niños de 2 a 3 años de los centros de cuidado diurno “Cuna Más”, Alto Puno – 2014 [Tesis de pre grado]. Puno – Perú. Universidad Nacional del Altiplano; 2014. Disponible en: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2366/Marcavillaca_Cabana_Mar%C3%ADa_Angela_Quispe_Flores_Sergio_Luis.pdf?sequence=1

9. Morales MJ. Lenguaje y conocimiento común y especializado. Rev. Interam. Bibliot. Medellín. 2004; 27 (1): 45 - 72. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/RIB/article/view/3079/2875>
10. Pérez AG. La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. Rev Estomatol Herediana. 2005; 15 (1): 82 - 85. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1984/1981>
11. Gaeta ML, Cavazos J, Cabrera M del RL. Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2017; 15 (2): 965 - 978. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77352074012.pdf>
12. Di P, Falconi E. La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y Argentina. Facultad de Odontología. UNCuyo. 2010; 4 (2): 7 - 11. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5086/dinassorfo-422010.pdf
13. López JM, Vallejo E. Prevención de las maloclusiones. Revista Gaceta Dental. Abr. 2009. Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2009/04/prevencion-de-las-maloclusiones-31045/>
14. Contreras N, Valdivieso M, Cabello E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Rev Estomatol Herediana. 2008; 18 (1): 29 - 34. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1852/1861>

15. Casals E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE. 2005; 10 (4): 389 - 401. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n4/original1.pdf>
16. Gómez G, Aguilar A, Guardia J, Calvo JL. Inflamación gingival. Posibilidades Terapéuticas. Dentaïd Expertise. 2011; (7): 4 - 7. Disponible en: http://www.dentaïd.com/uploads/resources/3_01122014100607_Dentaïd_Expertise_07.pdf
17. Mattos MA, Melgar RA. Riesgo de caries dental. Rev Estomatol Herediana. 2004; 14 (1 - 2): 101 - 106. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2022/2019>
18. Rivera S, Godorecci S, Borgel L, Díaz E, Fuchs T, Martin MI. Flúor: potenciales efectos adversos. Rev. Chil. Pediatr. 1993; 64 (4): 278 - 283. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art07.pdf>
19. Gato IH, Duque J, Pérez JA. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Rev Cubana Estomatol. 2008; 45(1). Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v45n1/est04108.pdf>
20. Poyato M, Segura JJ, Ríos V, Bullón P. La placa bacteriana: conceptos básicos para el higienista bucodental. Periodoncia 2001; 11 (2) Fasc. 5:149-164. Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/11-2_05.pdf
21. Vázquez SB, Bayardo RA, Alcalá JA, Maldonado A. Prevalencia y severidad de caries dental en niños de 0 a 12 años. Rev Tamé. 2016; 5 (13): 459 - 462. Disponible

en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_13/Tam1613-05i.pdf

22. Arreguín JA, Ríos C, Hernández C, Ostia MF, Ventura JA, Álvarez C, González Z, Gutiérrez G. Caries dental y microorganismos asociados a la caries en la saliva de los alumnos del primer año de la Facultad de Odontología, UNAM. Revista Odontológica Mexicana. 2016; 20 (2): 77 - 81. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-caries-dental-microorganismos-asociados-caries-S1870199X16300027>
23. Rodríguez R. Traviesas EM. Lavandera E. Duque M. Factores de riesgo asociado con la caries dental en niños de círculos infantiles. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46 (2): 1 - 9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm
24. Chávez N, Alarcón M. Enfermedad gingival en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22 (3): 167 - 70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539372006>
25. Baños FF, Aranda R. Placa dentobacteriana. Revista ADM 2002; LX (1): 34 - 36. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od031g.pdf>
26. Santiso A, Torres M, Álvarez M, Cubero R, López D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. MEDICIEGO. 2010; 16 (Supl. 1). Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68402&id_seccion=3716&id_ejemplar=6856&id_revista=226

27. Alzate F de L, Serrano L, Cortes L, Torres EA, Rodríguez MJ. Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. Rev. CES Odont. 2016; 29 (1): 57 - 69. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n1/v29n1a07.pdf>
28. Gestante. Diccionario de la Real Academia Española. 23^a ed. España: Real Academia Española. 2014._Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=J9zeV3h>
29. Embarazada. Diccionario de la Real Academia Española. 23^a ed. España: Real Academia Española. 2014._Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EaZb3pT>
30. Preñada. Diccionario de la Real Academia Española. 23^a ed. España: Real Academia Española. 2014._Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=U3KrM6Y>
31. Lugones M, Ramírez M. Curioso origen y significado de la palabra embarazada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41 (1): 90 - 98. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin11115.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

PERMISO INSTITUCIONAL

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRON" PUNO UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION AV. El Sol 1021-Puno Teléfonos 351021-369696
---	---	--

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Puno, 17 de octubre del 2017

OFICIO N° 326 -17-UADI-HR "MNB" - PUNO

Señor Dr.:

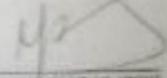
Raúl ESTRADA ROSPIGLIOSI
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
 Presente.-

ASUNTO: Presentación de Tesista.

Por medio del presente es grato dirigirme a usted para, presentar a la señorita **Margareth Mijhael SANTIBAÑEZ CHOQUE**, **Bachiller en Odontología**, egresada de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno: quien realizará el trabajo de investigación **Titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GESTANTE SOBRE CUIDADO BUCODENTAL DEL NIÑO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE AGOSTO A OCTUBRE 2017"**, lo cual cuenta con la autorización de su Jefatura, a partir de la fecha. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



CIVIL J. NIÑETA NUÑEZ ARON
 JEFE DE UNIDAD
 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

ELM/MB
CC. Arch.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada respecto de los objetivos de este estudio, el mismo que se realiza con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de las madres gestantes sobre cuidado bucodental en el niño. Reconozco que la información que se obtenga en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningun otro proposito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Bachiller de Odontologia Margareth Mijhael Santibañez Choque al número de celular 950725069.

FIRMA: _____

DNI: _____

ANEXO 3

CUESTIONARIO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD: ____ AÑOS
 MESES DE EMBARAZO: _____ MESES PROCEDENCIA: _____
 GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

N°	PREGUNTAS	PUNTAJE
1	¿Cuándo cree Ud. que debe iniciar la higiene oral de su hijo? a) Después del nacimiento. b) Cuando aparece el primer diente. c) Desconoce.	
2	¿Qué elementos considera Ud. que ayudan a nuestra higiene oral? a) Pasta dental, cepillo dental, hilo dental y enjuague oral. b) Pasta dental y cepillo dental. c) Desconoce.	
3	¿Qué entiende Ud. por salud bucal? a) Cuando la boca está sana. b) Tener los dientes completos. c) Desconoce.	
4	¿Qué entiende Ud. por higiene oral? a) Eliminar los restos de alimentos de la boca mediante un correcto cepillado. b) Cepillarse una vez al día. c) Desconoce.	
5	¿Qué sabe Ud. acerca del flúor? a) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte. b) Fortalece los dientes y previene la caries. c) Desconoce.	
6	¿Sabe Ud. a que alimentos se les llama cariogénicos o aquellos que producen caries? a) Alimentos con alto índice de azúcar. b) Alimentos con gran contenido de carbohidratos. c) Desconoce.	
7	¿Sabe Ud. a que alimentos se les llama detergentes o aquellos que ejercen la acción de limpiar los dientes? a) Alimentos sin contenido de carbohidratos. b) Alimentos ricos en fibra. c) Desconoce.	
8	¿Considera necesario visitar al odontólogo? SI () NO () ¿Por qué? a) Necesario para un examen clínico de rutina. b) Necesario cuando se tiene molestias. c) Desconoce.	
9	¿Sabe Ud. como inicia la caries dental? a) Con una mancha negra. b) Con una mancha blanca. c) Desconoce.	
10	¿Qué alternativa considera una medida preventiva en salud bucal? a) Correcta higiene oral. b) Evitar el consumo de azúcares. c) Desconoce.	

11	<p>¿Qué es gingivitis?</p> <p>a) Inflamación de encías. b) Abscesos y/o tumores. c) Desconoce.</p>			
12	<p>¿Qué es placa bacteriana?</p> <p>a) Acumulación microbiana sobre los dientes. b) Manchas blanquecinas sobre los dientes. c) Desconoce.</p>			
13	<p>¿Cree Ud. que, al succionar el dedo, chupones u otras cosas afectarán la dentición de su hijo? SI () NO () ¿Cómo?</p> <p>a) Originando desviación dentaria. b) Originando heridas a nivel de la cavidad oral. c) Desconoce.</p>			
14	<p>¿Considera importante cuidar los dientes de leche o temporales? SI () NO () ¿Por qué?</p> <p>a) Para que el niño coma y se vea bien. b) Para guardar espacio para dientes permanentes. c) Desconoce.</p>			
15	<p>¿Sabe cuándo empieza a salir los dientes de leche?</p> <p>a) A los tres meses. b) A los seis meses. c) Desconoce.</p>			
16	<p>¿Sabe cuántos dientes de leche tendrá su hijo?</p> <p>a) 20 dientes. b) 18 dientes. c) Desconoce.</p>			
17	<p>¿Sabe Ud. a que se denomina dentición mixta?</p> <p>a) Presencia de dientes de leche y permanentes. b) Presencia de diferentes tipos de dientes. c) Desconoce.</p>			
18	<p>¿Sabe cuántos tipos de dentición tendrá su hijo?</p> <p>a) Dos tipos. b) Un tipo. c) Desconoce.</p>			
19	<p>¿Sabe cuántos dientes permanentes tendrá su hijo?</p> <p>a) 30 dientes. b) 32 dientes. c) Desconoce.</p>			
20	<p>¿A qué edad sale el primer molar permanente?</p> <p>a) 6 años. b) 8 años. c) Desconoce.</p>			
TOTAL				

ANEXO 4

FOTOGRAFÍAS

