



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGÍA
"DR. KEISABURO MIYATA"**

**CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES SOBRE LA SALUD BUCAL DE SUS
HIJOS EN EL "IMIEM" HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

PROYECTO TERMINAL

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA**

PRESENTA:

C.D. JINNAH MAHELET BENÍTEZ VELÁZQUEZ

DIRECTOR:

DRA. en C.S. EDITH LARA CARRILLO

ASESOR:

M. en C. Ed. NORMA LETICIA ROBLES BERMEO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2014.



ÍNDICE

Contenido	No. página
I. INTRODUCCIÓN	3
II. ANTECEDENTES	5
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
IV. HIPÓTESIS	20
V. JUSTIFICACIÓN	22
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	23
VII. RESULTADOS	30
VIII. DISCUSIÓN	43
IX. CONCLUSIONES	45
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
XI. ANEXOS	49

I. INTRODUCCIÓN

En busca de la disminución de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales; el odontólogo ha implementado modelos que involucran aspectos cruciales como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los cuales empezaron a desarrollarse desde hace algunas décadas y hoy continúan vigentes. Éstos tienen estrategias que involucran tanto un componente de bienestar colectivo, como atenuar y disminuir los factores de riesgo que ocasionan numerosas patologías bucales con el objetivo de tener salud en el aparato estomatognático.¹

La salud bucal es una de las necesidades esenciales del hombre, si se enfoca en esa perspectiva, su satisfacción plena es un mandato social que debe ser atendido en forma prioritaria. La salud bucal forma parte importante en la prevención de enfermedades y recuperación de la salud.^{1,2}

La tarea de prevención coincide casi exactamente con la educación, pues trata de promover el desarrollo de habilidades y capacidades de adaptación que constituyen factores de protección ante situaciones de riesgo. La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial a futuro.

En la actualidad se sabe que los cuidados bucales deben iniciarse desde el nacimiento del bebé y no esperar a que se cumplan tres años o más como anteriormente se creía; sin embargo, éstos son conocimientos que tienen los odontopediatras como profesionales de la salud bucal en pacientes infantiles, mas no las gestantes, pediatras, ginecólogos, profesores y sociedad en general, donde existe una falta de conocimiento sobre cuidados bucales. Por lo tanto, el odontopediatra desempeña funciones de educador, motivando y logrando cambios de comportamiento en los grupos de personas antes mencionados, promover la implementación de hábitos saludables que mejoren el estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades.^{1,3,4}

La única posibilidad de mantener la salud bucal, es prevenir la enfermedad de forma precoz, por ello es necesario que las gestantes, pediatras, ginecólogos, profesores y sociedad en general sean capacitados y concientizados sobre la importancia de la salud bucal.⁵ Con lo que se podría evitar alteraciones en el sistema estomatognático como pérdidas de estructuras dentales, procesos infecciosos, etc., que repercutan en la calidad de vida del individuo, ya sea desde el punto de vista funcional, estético o psicológico, y en consecuencia beneficien el desarrollo integral del niño. Los provechosos resultados obtenidos en investigaciones similares fueron una motivación para llevar a cabo esta propuesta de estudio.^{3,5,6}

II. ANTECEDENTES

2. HIGIENE BUCAL

2.1 Conocimiento

Existen muchas definiciones sobre conocimiento. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La real academia de la Lengua Española define conocer, como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad, pero de nuevo resalta la duda.⁷

2.1.1 Nivel de Conocimiento

Aprendizaje adquirido estimado a una escala, puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular y malo) o cuantitativa (ej. de 0 a 10).⁷

2.1.2 Conocimiento sobre Salud Bucal

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades de mayor prevalencia o incidencia como caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones; además de los aspectos preventivos que son los más importantes.^{7,8}

2.1.2.1 Enfermedades e Higiene Bucal

Los problemas y enfermedades bucodentales más frecuentes son debido a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental e incluyen procesos infecciosos por caries dental o enfermedades periodontales como gingivitis o periodontitis.⁹

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico por incluir en su contenido azúcares como la sacarosa o la glucosa.

Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de hábitos como el cepillado dental, profilaxis en consultorio dental, uso de enjuagues, uso de hilo dental y visitas periódicas al odontólogo. Las enfermedades bucodentales son prevenibles y el dolor que éstas traen consigo innecesario. ^{9,10}

2.1.2.2 Asesoramiento Prenatal sobre Salud Bucal

El objetivo, es esencialmente de educación para la salud, entendiendo a ésta, como todos los conocimientos que los padres tengan sobre temas de salud de sus futuros hijos. Aun antes de que nazca el bebé, los padres deben estar asesorados tanto por ginecólogo, para poder asesorar a sus pacientes gestantes, como por odontólogos y odontopediatras. Se deben brindar conocimientos sobre buenos hábitos de higiene que contribuyan a la salud bucal de sus hijos en toda su vida. El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo, debido que durante este periodo las gestantes son más receptivas sobre la información de salud bucal que durante otra etapa de su vida. Se debe orientar a las gestantes sobre el desarrollo de enfermedades dentales y medidas de prevención que se tienen para que no surjan trastornos. Además, se debe informar sobre la importancia de la dieta durante la gestación, incluyendo el efecto de medicamentos, alcohol y la necesidad de una supervisión odontológica durante el periodo de gestación, así como programas de tratamientos dentales. ⁹

2.1.2.3 Higiene del Lactante

La madre debe de recibir asesoramiento sobre cómo realizar la limpieza dental de su bebé, permitiendo así, que ella se sienta motivada y debe estar atenta del momento en que comienzan a erupcionar los dientes de su bebé para adquirir el hábito de efectuar la limpieza y estrechar la relación madre hijo, que pudiera romperse durante la época del destete, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener la súper vigilancia del estado de salud bucal del infante. La limpieza puede realizarse con una gasa húmeda con agua, deben limpiarse los rebordes alveolares, así como la mucosa bucal y la lengua, enseguida de cada lactancia. También hay que realizar una limpieza de la cavidad bucal del bebé tras la

administración de medicamentos, como jarabes, los cuales tienen alto contenido en azúcar.⁹

Se deben evitar costumbres como limpiar el chupón con la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara con la que se le da al niño o darle besos en la boca. Luego de la aparición del primer diente iniciar con el cepillado dental con cepillos acordes a las características del niño.¹⁰

2.1.2.4 Higiene Bucal del Bebé de 0 a 6 Meses

A.- Antes de que erupcionen los dientes está indicado la limpieza de las encías. Las madres deben ser gradualmente estimuladas y motivadas para realizar la higiene bucal del bebé utilizando inicialmente un paño o gasa con agua hervida tibia o fría, por lo menos una vez al día en una solución con agua oxigenada de 10 volúmenes en una proporción de 4 a 1.¹⁰

B.- Con la erupción del primer diente se debe promover la higiene bucal del niño con cepillado dental infantil, en caso de no adaptarse o carecer del mismo, se puede mantener el uso diario de paño o gasas con agua hervida tibia o fría, sólo hasta la erupción de los molares; luego será imprescindible el uso del cepillo.¹⁰

C.- El bebé no debe dormir con la boca sin aseo.

E.-Cepillar los dientes tres veces al día, después de los alimentos y obligatoriamente antes de dormir.¹⁰

F.-Introducir después del primer año de vida el uso del hilo dental por lo menos una vez al día de preferencia en la noche, especialmente en niños con ausencia de espacios interdentes (diastemas) o con Arco de Baume tipo II.¹⁰

G. -Se deberá informar y supervisar al responsable de la higiene bucal del bebé entre los 3 y 4 años de edad el niño alcanza cierto grado de desarrollo psicomotor que le

permitirá por sí solo manipular el cepillo teniendo la supervisión de sus padres por lo menos una vez al día. El cepillado dental es un excelente medio para reducir la presencia de placa bacteriana. Holt menciona que la frecuencia de cepillado de los niños debe ser como mínimo dos veces al día, siendo el más importante el de la noche.¹⁰

2.1.2.5 Higiene en la Dentición Decidua

Es importante que la madre empiece a realizar la higiene bucal de su hijo inmediatamente desde la primera erupción dental. Si se comienza la higiene y cepillado dental hasta que se termine la erupción puede ser demasiado tarde, pues la caries puede estar ya instalada. Los órganos dentarios son susceptibles a iniciar procesos cariosos desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso carioso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de la saliva. Cuando las piezas dentales son pocas se recomienda la higiene dental una vez al día frotando los dientes y las encías con una gasa enrollada en el dedo índice o un cepillo de cabeza pequeña y cerdas extra suaves de nylon. A medida que van erupcionando los dientes del bebé ya se va ajustando una rutina de limpieza diaria. La limpieza nocturna es la más importante, ya que durante la noche el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y esto estimula la formación de la placa dentobacteriana, lo que aumenta el riesgo a caries.¹¹

Los padres deben de asumir la responsabilidad de la limpieza bucal hasta que el niño adquiera la destreza motora necesaria para realizarla él mismo correctamente. La infancia, es la edad ideal de aprendizaje, por lo que se debe de incluir y crear hábitos de higiene bucal en esta etapa de la vida.

2.1.3 Técnicas de Cepillado

La técnica de Bass Modificada es considerada en odontología la más eficiente, consiste en colocar las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45° grados y cepillar suavemente realizando movimientos de adelante hacia atrás sobre toda la superficie lingual o palatina y vestibular, abarcando con el cepillo un máximo de 2 ó 3 dientes y

repetir la operación. Se inclina el cepillo verticalmente en las caras palatinas y linguales de los dientes anteriores y se realizan varios movimientos de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba respectivamente, usando la parte delantera del cepillo. Finalmente, se coloca el cepillo sobre las caras oclusales y se realizan movimientos suaves de atrás hacia adelante y se debe cepillar la lengua hacia adelante con la parte lateral del cepillo para eliminar las bacterias que producen mal aliento sin lastimar el tejido.¹²

2.1.4 Uso de Hilo Dental

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. El hilo dental garantiza la remoción de restos alimenticios que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, el uso conjunto del cepillado y el hilo dental remueve un 26% más de placa dentobacteriana, al compararlo con el uso aislado del cepillado. La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y destreza manual. Se reconoce que los niños en edades tempranas son incapaces de manipular de manera correcta el hilo dental entre sus dientes, consecuente a ello es responsabilidad de los padres durante este periodo.¹²

Se deben utilizar aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo con los dedos pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén para no lacerar la encía interproximal, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes.¹²

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 prevención de una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. 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.¹³

3.1 Nutrición en el Embarazo

Es evidente la influencia de la nutrición en el embarazo y en el desarrollo inicial del bebé. Durante el embarazo hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el desarrollo del 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 mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que éstos pueden alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre materna. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes y oxígeno de la madre al feto, a la vez que elimina las sustancias de desecho del mismo, conduciéndolos a la sangre materna para su excreción.^{13,14}

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 dentonogénesis conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad de caries dental.^{3,4}

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 se encuentra la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano dentario del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Así mismo, la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo ésta primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.^{4,13,14}

Minerales como el calcio y el fósforo constituyen tejidos duros como los huesos y dientes en un porcentaje aproximado del 99% y 80% respectivamente y adicionalmente proporcionan a dichos tejidos fuerza y rigidez. Una deficiente estructura dentaria, que se manifiesta en una mayor predisposición a caries dental, puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo del calcio y el fósforo durante el periodo de formación de los dientes, pueden dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos en dentina.^{13,14}

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 de la dieta de la madre, el proceso de maduración del esmalte al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.¹⁵

Se han realizado muchos estudios con respecto al tema de dieta en el embarazo. Larios Olachea en el año de 1996, evaluó la asociación entre la dieta de la madre durante el embarazo y la prevalencia de caries dental en el infante, dicho estudio fue de forma transversal, descriptiva y observacional. La muestra se consiguió de 248 infantes entre las edades de 6 y 42 meses de edad, que acudieron a los servicios de pediatría de dos policlínicas en Lima Perú, no se encontró diferencia estadística significativa entre la caries dental del infante y la dieta de la madre durante el embarazo. Tampoco se encontraron asociaciones con la cantidad de consumo de proteína, vitaminas y minerales como calcio y fósforo.¹⁶

3.2 Consideraciones Nutricionales Durante la Lactancia

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido de los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. El peso al momento del

nacimiento se duplica los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del niños en sus primeros 4 o 6 meses de vida, después de esto la leche materna puede ser sustituida por diversos alimentos. ¹⁷

Tanto la leche materna como la leche de vaca, pueden inducir a la aparición de caries dental, y su ingestión sin cuidados bucales diarios llega a originar la caries temprana de la infancia. Las ventajas nutricionales, inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento la hacen la alimentación más apropiadas para el lactante. Con relación a su posible potencial cariogénico, la leche humana como solución azucarada es capaz de remover la desmineralización del esmalte siempre que se tenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas. ^{17, 18}

Se debe de orientar más 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 el biberón o amamantando. Los dientes deciduos deben de comenzar a limpiarse tan pronto como emergen en la cavidad bucal, para ello la madre puede envolver su dedo índice con una gasa y remover los restos alimenticios que se depositan en la superficie dental después de cada alimentación. La administración de un biberón con agua después de cada alimentación debe de fomentarse como hábito pues también contribuye como auxiliar en la higiene del lactante. ^{2,5 7,18}

3.3 Nutrición Durante la Erupción Dentaria

La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia facilita su continuación en etapas posteriores, hay que orientar a los padres sobre alimentos apropiados que además de nutritivos sean adecuados para la salud dental. Primeramente frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatinas, galletas sin sal, hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución. ^{14, 17,18}

Deben de evitarse alimentos con alto contenido de carbohidratos que generalmente es ignorado por la familia quienes acostumbran a agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas para que el niño los acepte mejor.¹⁸

4. CARIES

Es una enfermedad de origen multifactorial, dinámica y de progresión lenta. Los síntomas relacionados a ella incluyen la pérdida gradual de minerales, que van desde una disolución ultraestructural y microscópica, hasta la destrucción total de sus tejidos dentarios.^{12,13,18}

4.1 Etiología de la Caries Cental

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible que requiere cuatro factores:

A.- Huésped susceptible (diente): El diente ofrece puntos débiles que lo predispone al ataque de la caries:

- Anatomía: existen zonas retentivas como las fosas y fisuras profundas y las superficies proximales, donde es limitado el acceso de la saliva y de los instrumentos de higiene.
- Disposición de dientes en la arcada: el apiñamiento dentario predispone a la caries dental.
- Constitución del esmalte: las deficiencias adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización puede favorecer el desarrollo de la caries.
- Edad posteruptiva del diente: la susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente, y disminuye con la edad.

B.- Flora bucal cariogénica (microorganismos – *Streptococo mutans*): Los primeros microorganismos suelen ser bacterias grampositivas principalmente estreptococos y lactobacilos, que producen ácido láctico difícil de neutralizar.

C.-Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta): La sacarosa es el sustrato más cariogénico ya que produce glucano, polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental. Cuando el pH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) comienza a producirse la desmineralización del esmalte. El proceso comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en alcanzar el pH neutro de 7. Por lo tanto decimos que la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal.

Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental.

D.- Tiempo: La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestión/día contribuye para aumentar el riesgo de caries. Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo remineralización y desmineralización, aumentando el riesgo de caries.

4.2 Manifestaciones Clínicas de la Caries Dental:

• Lesión inicial de caries en la superficie del esmalte

El estadio más temprano de caries implica la disolución del esmalte, con la apertura de las vías de difusión. En estos casos se produce un reblandecimiento de la superficie. Cuando la desmineralización llega a la superficie, el porcentaje de pérdida de mineral se vuelve mayor en esta zona que en la superficie produciéndose la llamada “lesión subsuperficial”. Se ha demostrado que la capa subsuperficial del

esmalte puede repararse por deposición del calcio y fosfatos disueltos desde la superficie del esmalte.¹⁹

- **Lesión inicial de caries en fosas y fisuras:** Inicialmente la lesión no se forma en el fondo si no en las paredes de las fisuras, y tiene el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa. Esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura, que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos básicos de la placa, suavizando el ataque ácido en la base de la fisura durante la fase inicial de formación de caries.

- **Caries en dentina:** La dentina y el tejido pulpar son tejidos vitales íntimamente interconectados, y constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión mediante los siguientes mecanismos:

- Esclerosis tubular: Proceso por el que se deposita mineral en la luz de los túbulos dentinarios. Se suele observar justo en la periferia de las lesiones de caries que afectan a la dentina.

- Formación de la dentina reparadora: Constituye la creación de una capa de dentina irregular en la interfase de la dentina y la pulpa. Es llamada también “dentina terciaria”, para diferenciarla de la “dentina primaria” formada antes de la erupción dentaria, y de la “dentina secundaria” formada durante toda la vida.^{19, 20}

4.3 Diagnóstico de Caries

La caries se manifiesta de diferentes maneras en las distintas superficies dentarias. Las lesiones cavitadas no constituyen ningún problema en el diagnóstico, mientras que las lesiones incipientes son más difíciles de identificar. El diagnóstico de caries se basa en el uso de una o más de las cuatro técnicas básicas: examen visual, examen táctil con sonda, examen radiográfico y trasiluminación. En la exploración clínica de las lesiones de fosas y fisuras se consideran los siguientes criterios de diagnóstico: Opacidad alrededor de la fosa o fisura: indica que el esmalte subyacente se encuentra

socavado o desmineralizado. Reblandecimiento de la base de la fosa o la fisura. Esmalte reblandecido en el área adyacente.^{19, 20, 22}

La caries incipiente en fosas y fisuras es difícil de diagnosticar por radiografía de aleta de mordida. Sin embargo una lesión de caries poco agresiva pueden conducir a una infravaloración de su diagnóstico, como ocurre con la caries oculta. En fosas y fisuras donde se sospecha la existencia de caries se puede facilitar la exploración clínica mediante una apertura mínima de la fisura con una fresa redonda muy pequeña para realizar un diagnóstico más exacto.²¹⁻²³

4.4 Caries Temprana de la Infancia

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la Caries de Infancia Temprana (C.I.T.), como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausente (debido a caries) o restaurada en la dentición primaria en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad.²⁴

Los dientes temporales con respecto a los permanentes tienen un grosor y una calcificación menor en el esmalte, y esto favorece el avance de las lesiones afectando varios dientes, con frecuencia recién erupcionando. En esta denominación se debe destacar el “síndrome de caries de biberón “que no es más que aquellas caries que se observa en niños, específicamente en la zona anterior de los incisivos superiores debido a una alimentación prolongada por biberón o lactancia materna, producido durante los dos primeros años de vida.^{25, 27}

La presencia en boca de carbohidratos mientras el niño duerme favorece la aparición de lesiones, debido al menor flujo salival. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de caries temprana en el niño pequeño también se encuentra la hipoplasia del esmalte.²⁷

4.5 Factores de Riesgo de la Caries Temprana de la Infancia

Los dientes que se exponen antes a un ambiente cariogénico serán los primeros en mostrar signos de la enfermedad. Por tanto, los niños con alto riesgo pueden desarrollar caries en los incisivos superiores poco después de su erupción. Si el alto riesgo continúa se podría desarrollar caries de fisuras en los molares temporales, y posteriormente caries proximal.²⁸

Los niños con riesgo de caries moderado pueden iniciar caries en una edad más tardía, normalmente caries de fisura y posiblemente caries proximal en molares.

Entre los factores de riesgo tenemos:

- **Dieta Cariogénica:** Los hábitos alimentarios inadecuados resultan importantes para que se desarrolle la caries dental por lo cual cumplen un papel importante en los primeros años de vida. Los ácidos que son producidos por la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental. La caries aparece debido al consumo de cualquier carbohidrato fermentable, esto incluye a la leche con o sin azúcar, agua azucarada, jugos de frutas, gaseosas. La dieta debería contener la menor cantidad posible de azúcar. Desafortunadamente, los azúcares y los dulces son usados usualmente por los padres y por los amigos como regalos, como algo bonito o bueno.²⁸

- **Lactancia Inadecuada:** La leche materna es el alimento ideal para el bebé. La lactancia natural es siempre deseable para la satisfacción psicológica y fisiológica de la madre y del bebé. Cuando la lactancia se prolonga por mucho tiempo o cuando existe el hábito de la utilización nocturna del biberón, el potencial de la enfermedad dental aumenta en niños muy pequeños. Durante el sueño se produce una disminución del reflejo de deglución y un declive de la secreción salival; la leche o líquidos azucarados quedan estancados alrededor de los dientes, dando como resultado un medio altamente cariogénico.^{17, 29, 30,}

• **Transmisibilidad Microbiana de Madre al Hijo:** La presencia de streptococos y lactobacilos en la cavidad oral de niños muy pequeños ha sido demostrada en diferentes estudios microbiológicos reportados en la literatura, siendo generalmente transmitidos de la madre a su niño mediante la saliva materna, a través de besos, de utensilios o por los dedos del infante que van de la boca de la madre a la suya, considerando la saliva como el principal vehículo de transmisibilidad.¹⁸

4.6 Recomendaciones para Disminuir la Caries Temprana de la Infancia.

Los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud que tienen contacto con las gestantes y madres de niños pequeños (médicos obstetras, enfermeras, etc.), deben estimularlas en el cuidado de salud oral como parte del cuidado de salud general y la de sus hijos. Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, ya que controlando los niveles de higiene de la madre, se previene el contagio del niño. Los padres deben tomar medidas de prevención que ayuden a mejorar la salud oral de sus hijos, las cuales incluyen:^{24, 26, 27}

- a) Comenzar a limpiar diariamente los dientes desde su aparición en la boca, con una gasa o un cepillo adaptado.
- b) Consultar con el odontopediatra desde antes del primer año de vida del niño para realizar medidas preventivas y educativas
- c) Reducir la ingesta de azúcares por parte de los niños.
- d) Evitar el uso de biberón durante la noche a los niños, y cepillar sus dientes antes de dormir.
- e) No contaminar los cubiertos que usa el niño ni su chupón o cepillo dental, con la saliva de los adultos
- f) No soplar a los alimentos para enfriarlos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de la salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto nos lleva a tener una total falta de interés en el tema.

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud, respuesta a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas buco-dentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otros. La Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos.

De esta problemática surge conocer ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus futuros hijos en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia?

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis

Las gestantes primerizas tendrán un nivel de conocimiento menor que las no primerizas sobre la salud bucal de sus futuros hijos, en el Instituto Materno Infantil del Estado de México “IMIEM” Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Hipótesis Nula

Las gestantes primerizas tendrán un nivel de conocimiento igual o mayor que las no primerizas sobre la salud bucal de sus futuros hijos, en el Instituto Materno Infantil del Estado de México “IMIEM” Hospital de Ginecología y Obstetricia.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la correlación entre el contexto personal y social de las gestantes en el Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos.

Objetivos Particulares

- ✓ Conocer la edad de las gestantes, así como el nivel de estudios, número de gestas y número de hijos.

- ✓ Establecer si el nivel de conocimiento de la salud bucal está determinado por el número de gestaciones que presentan las madres.

VI. JUSTIFICACIÓN

La ejecución de estudios como éste en las instituciones de salud públicas como el Instituto Materno Infantil del Estado de México, Hospital de Ginecología y Obstetricia es de mucha importancia, debido a que no existen estadísticas confiables que permitan tener un marco de referencia para tener parámetros para evaluar los niveles de conocimientos de salud bucal, y que con ellos se permita conocer el nivel de conocimientos de las gestantes respecto a medidas preventivas, principales enfermedades bucales, así como desarrollo y crecimiento dental con miras a aportar información referente a estos temas, con la finalidad de tener una mejor salud bucal de sus hijos, y que ésto se refleje en la salud integral de ellos, y permita mejores condiciones de crecimiento y desarrollo de los infantes dando lugar a una mejor calidad de vida.

VII. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio: Estudio descriptivo, comparativo y transversal.

Universo: Mujeres embarazadas que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Muestra: La población muestral resultó equivalente a las gestantes que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido de Septiembre y Octubre 2013.

Unidades de Observación: Pacientes gestantes primerizas y no primerizas que acudieron a su consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Primogestantes que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia
- Gestantes que aceptaron participar en el estudio que acuden a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia
- Gestantes que respondieron el cuestionario y que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia que no estaban embarazadas.
- Mujeres que no desearon participar en el estudio y que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia
- Mujeres que no saben leer y escribir y que acudieron a consulta ginecológica al Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Dependiente: Conocimientos sobre salud bucal de las gestantes.

Variables Independientes: Número de embarazos, número de hijos nacidos vivos, estado civil, máximo grado de estudios, ocupación, lugar de origen, lugar de residencia.

OPERACIONALIDAD DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento sobre salud bucal de las gestantes	Aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades de mayor prevalencia o incidencia como caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones; además de los aspectos preventivos que son los más importantes.	<6 puntos	0	Categoría ordinal	0 a 1
		≥6 puntos	1		

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Número de embarazos	Número de embarazos al momento de la aplicación del instrumento	Se tomará en cuenta el número de embarazos		Cuantitativa Discreta	Número de embarazos
Número de hijos nacidos vivos	Número de hijos al momento de la aplicación del instrumento	Se tomará en cuenta el número de hijos		Cuantitativa Discreta	Número de hijos
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Soltera	0	Categórica nominal	0 a 4
		Casada	1		
		Unión libre	2		
		Divorciada	3		
		Viuda	4		
Máximo grado de estudios	Distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios	No estudió	0	Categórica ordinal	0 a 6
		Preescolar	1		
		Primaria	2		
		Secundaria	3		
		Medio superior	4		
		Superior	5		
		Posgrado	6		
Ocupación	Tipo o clase de trabajo principal que efectúa una persona, independientemente de rama de actividad económica o de su categoría ocupacional.	Dependerá de la actividad que ejerza la gestante.		Categórica Nominal	Dependerá de las actividades que refieran las gestantes.
Lugar de residencia	Lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.	Dependerá del lugar de residencia de las gestantes.		Categórica Nominal	Dependerá de los lugares de residencia de las gestantes.

PROCEDIMIENTO (RECOLECCIÓN DE DATOS)

Se solicitó un permiso a las autoridades correspondientes del Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia, para realizar la aplicación del cuestionario sobre conocimientos básicos sobre salud bucal. Los sujetos de estudio fueron las gestantes que acudieron a consulta ginecológica, siendo éste un cuestionario de 20 reactivos, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, parte de dicho cuestionario fue tomado de una tesis para obtener el título de Cirujano Dentista de José M. Noriega P, de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Odontología Departamento Académico de Metodología de la Investigación de la Universidad Católica de los Ángeles Perú titulada: " Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de nivel inicial en el distrito de Jesús, provincia y región Cajamarca 2011" ³¹

Se encuestaron a 253 gestantes que acudieron a consulta ginecológica al IMIEM y se les invito a participar en el estudio, se les explicó y se les entregó el cuestionario cerrado validado por expertos para ser contestado. El cuestionario incluía su contexto personal así como su contexto social y preguntas para evaluar el conocimiento que tenían sobre la salud bucal de sus hijos. Se calificaron los cuestionarios, se obtuvieron los promedios (escala 0 a 10) y se categorizaron como <6 y ≥ 6

Conocimiento sobre medidas preventivas (10 preguntas)

Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (5 preguntas).

Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (5 preguntas).

IMPLICACIONES BIOÉTICAS

Se realizaron las siguientes acciones:

- Carta de presentación emitida por el Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología de la Facultad de Odontología de la UAEM, dirigida al Director del Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia solicitando su autorización para desarrollar el trabajo de investigación.
- El estudio no comprometió la integridad física o mental de los participantes
- La información obtenida fue de carácter confidencial.

Implicaciones bioéticas

Reglamento de la Ley General de Salud. Título 2do. Cap. I:

- Art. 16: Se protegerá la privacidad del individuo.
- Art. 21, Inciso VIII: No se identificó al sujeto y se mantuvo la confidencialidad de la información.
- Se respetaron las disposiciones de la declaración de Helsinki.
- El protocolo fue aprobado por los comités de bioética correspondientes.

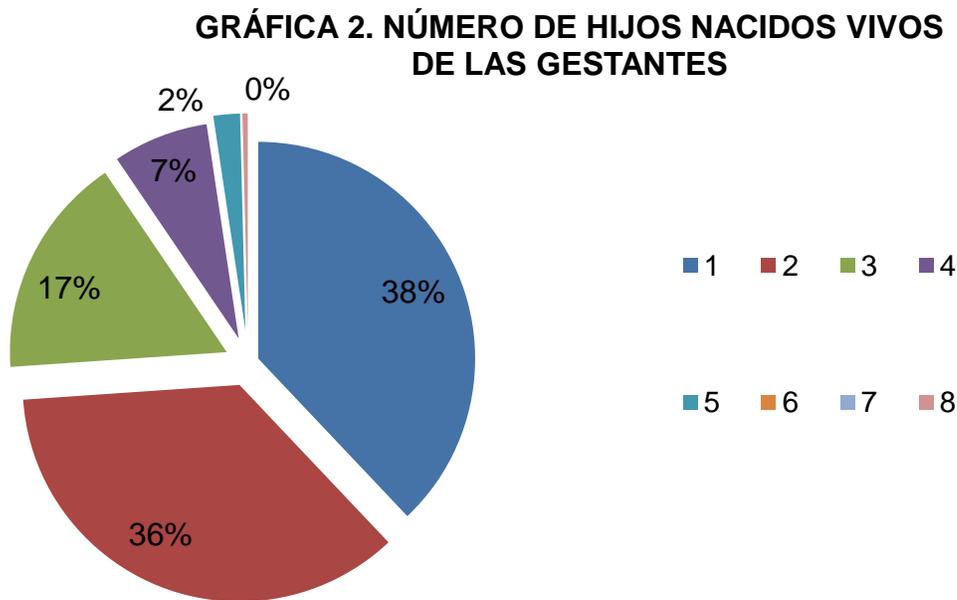
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se uso el paquete estadístico SPSS Vs 20 (IBM. Chicago, USA). Para determinar las variables del contexto personal y social de las gestantes que se correlacionan con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos, se realizó una correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p \leq 0.05$.

VIII. RESULTADOS

De las 253 gestantes que participaron en el estudio el rango de edades de las gestantes está entre los 20 y 25 años edad con 111 gestantes representando un 44 % (Ver gráfica 1)

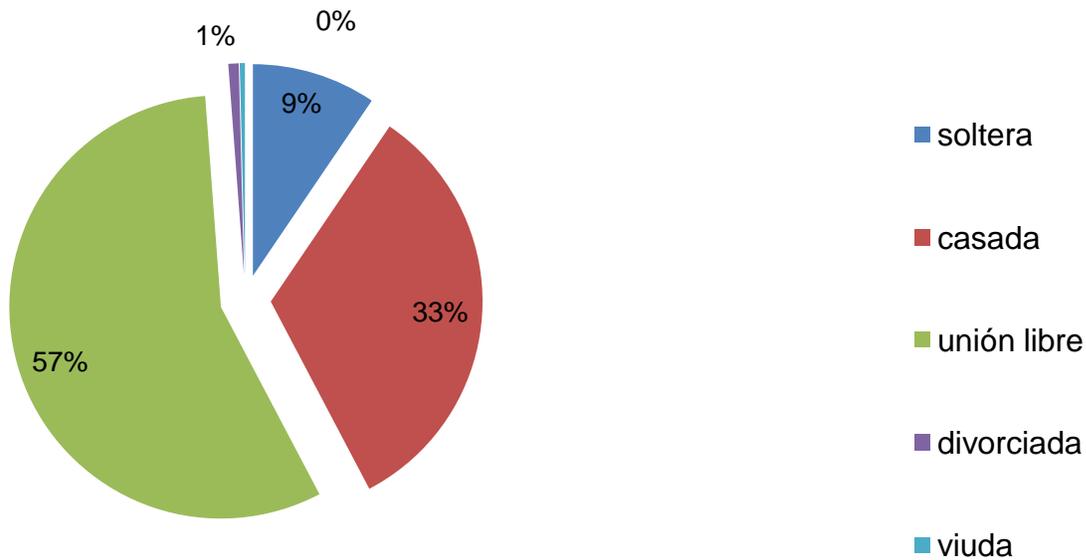
De las 253 gestantes encuestadas, 96 son primogestantes, siendo este el valor más alto con un 38%. (Ver gráfica 2)



Fuente Directa

El 57% de las gestantes viven bajo unión libre. El 33 % representa a las gestantes casadas, siendo estos los dos valores más altos en cuando a su estado civil. (Ver gráfica 3)

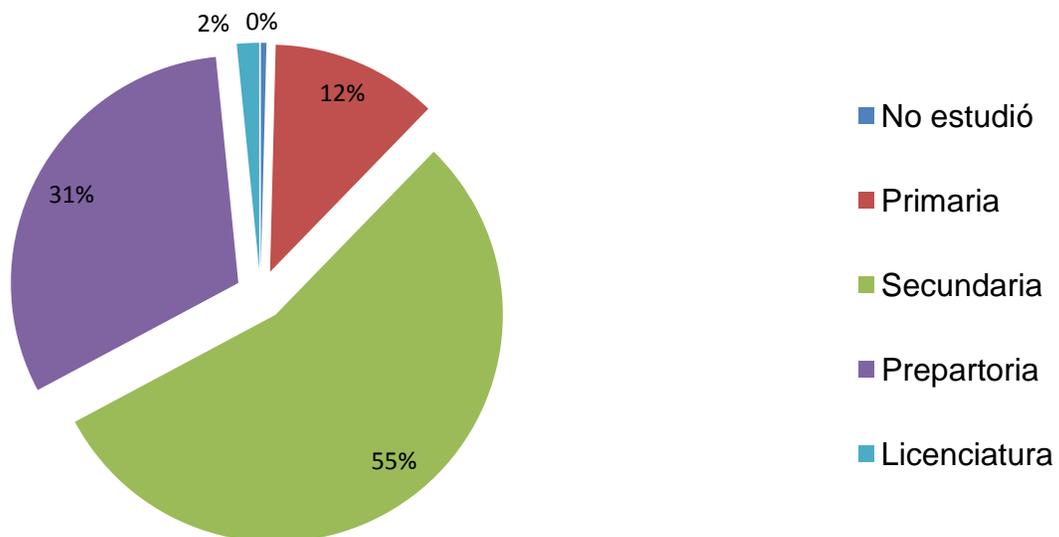
GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES



Fuente Directa

El 33% de las 253 gestantes encuestadas su máximo grado de estudio es secundaria. Seguido de nivel medio superior con un 31%. (Ver Gráfica 4)

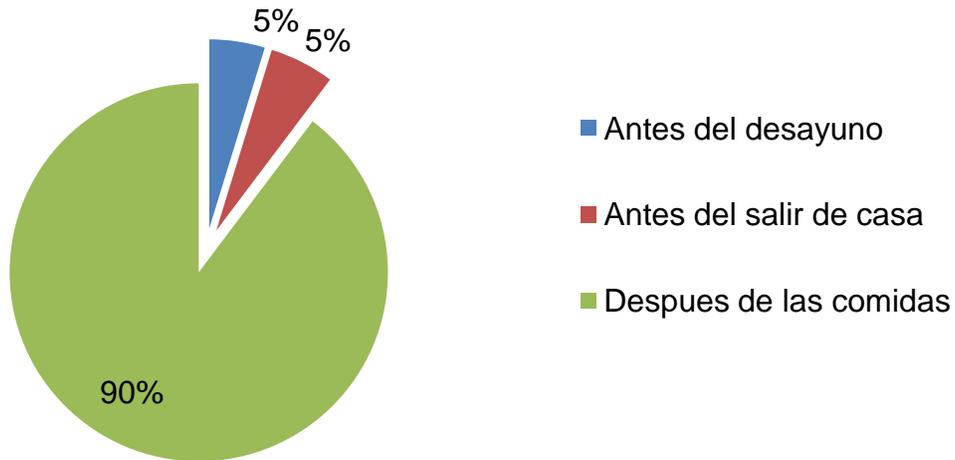
GRÁFICA 4. MÁXIMO GRADO DE ESTUDIOS DE LAS GESTANTES



Fuente Directa

Se muestran a continuación los resultados obtenidos de la encuesta realizada. El 90% de las madres que se entrevistaron saben que el cepillado dental de sus hijos debe de realizarse después de las comidas. (Ver gráfica 5)

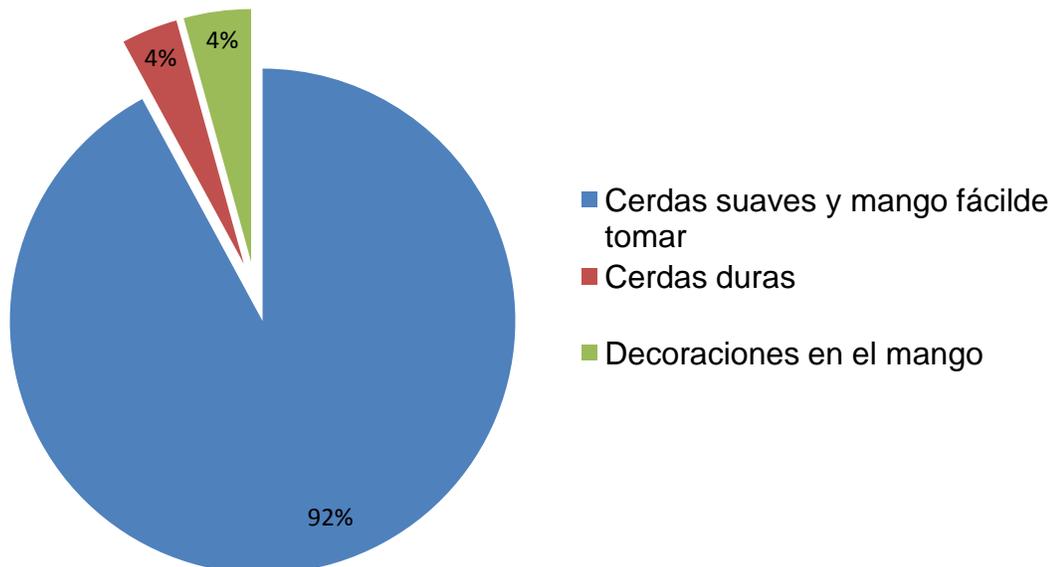
GRÁFICA 5. PRINCIPALMENTE. ¿CUÁNDO DEBE CEPILLAR LOS DIENTES DE SU HIJO?



Fuente Directa

Como podemos ver en la gráfica número 6 las gestantes saben cuáles son las características ideales del cepillo dental de un niño (Ver gráfica 6)

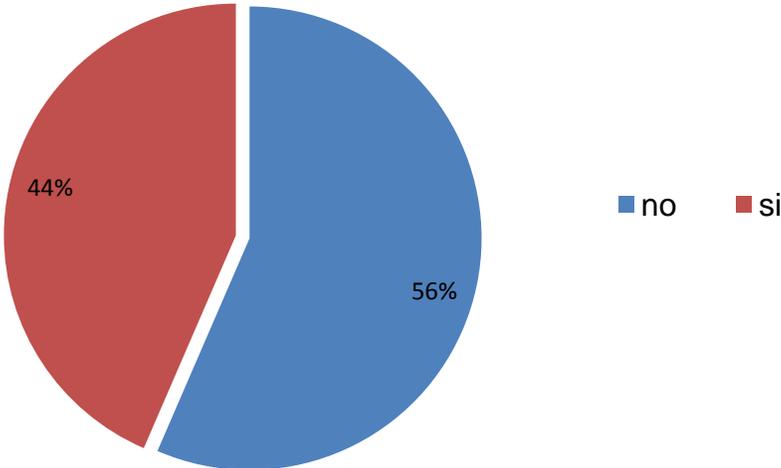
GRÁFICA 6. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEBE TENER EL CEPILLO DENTAL DE SU HIJO?



Fuente Directa

E 56 % de las madres que participaron en el estudio consideran que si es importante la alimentación durante el periodo de gestación (Gráfica 7)

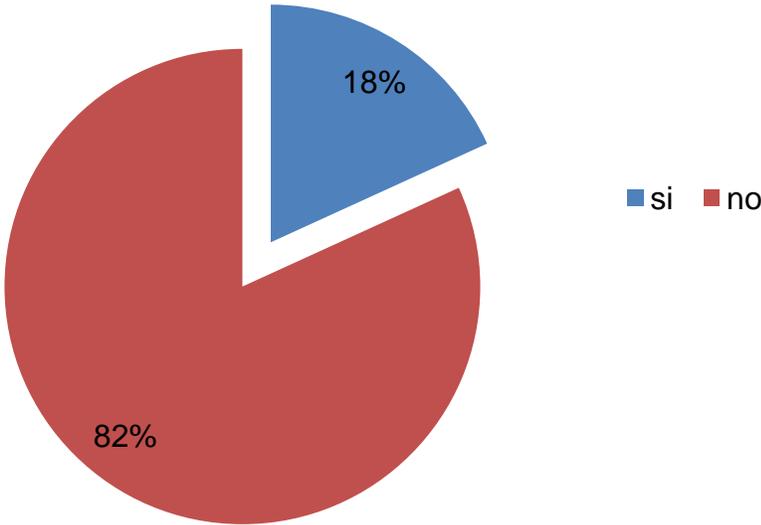
GRÁFICA 7 ¿CONSIDERA QUE LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO, AFECTA LOS DIENTES DEL NIÑO?



Fuente Directa

La mayoría de las gestantes participantes en el presente estudio reportaron enseñar a sus hijos cepillar su lengua así como encías. (Ver gráfica 8)

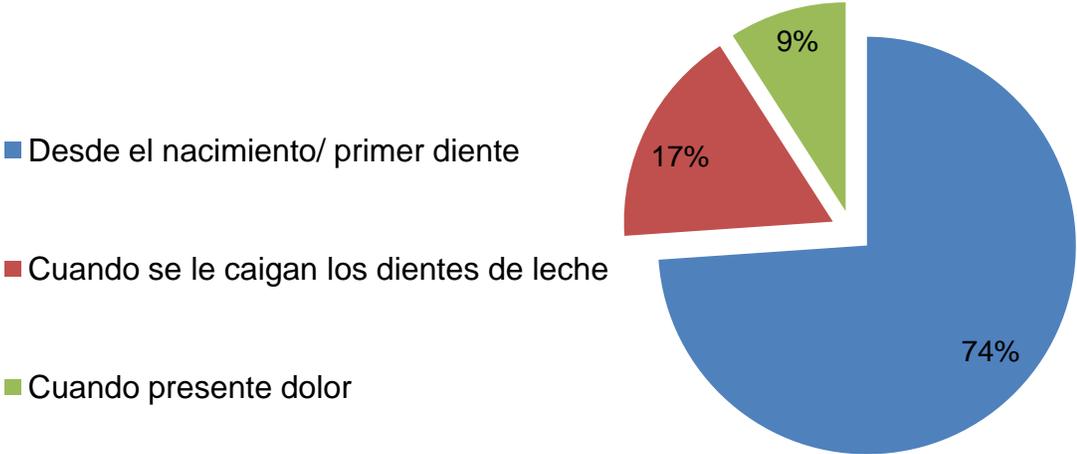
GRÁFICA 8. ENSEÑA A SUS HIJOS A LAVARSE LAS ENCIAS Y LENGUA?



Fuente Directa

El 74 % de las gestantes consideran que la visita al odontólogo debe ser desde el nacimiento o cuando erupcionar el primer diente. Mientras que solo el 9% cuando su hijo presente dolor.(Ver gráfica 9)

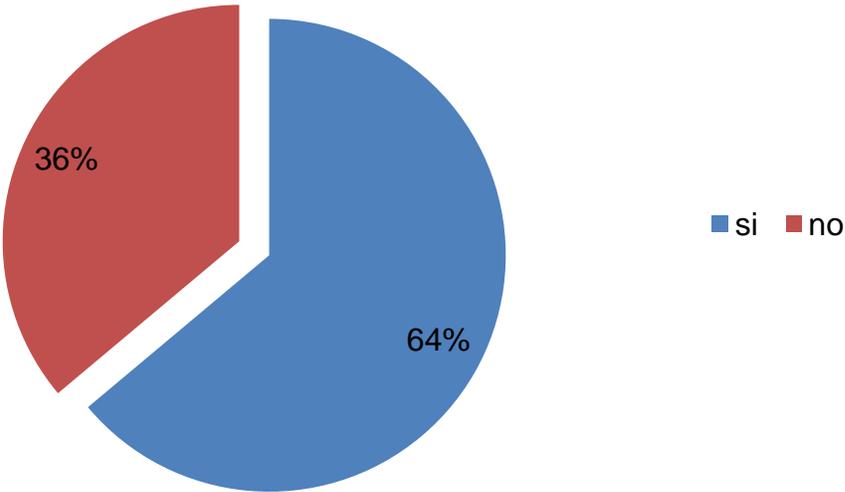
GRÁFICA 9. A PARTIR DE QUÉ EDAD DEBE VISITAR SU HIJO AL ODONTÓLOGO



Fuente Directa

La mayoría de las gestantes saben a partir de cuándo limpiar la boca de sus hijos representado con un 64 % como podemos verlo en la grafica número 10

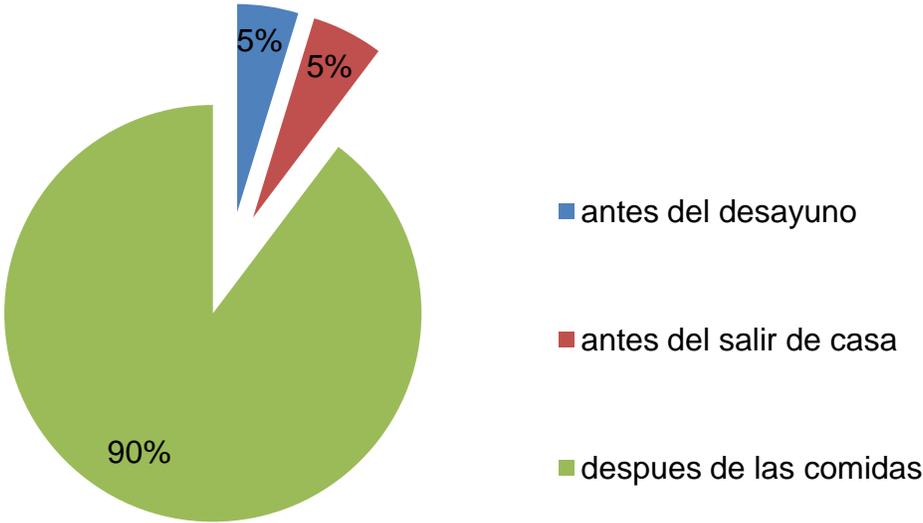
GRÁFICA 10 . SABE A PARTIR DE CUÁNDO DEBE LIMPIAR LA BOCA DE SU HIJO?



Fuente Directa

El 90 % de las 253 gestantes encuestadas sabe que el cepillado dental de sus hijos debe ser después de las comidas, el 5% de ellas dijo que antes del desayuno como lo podemos ver en la siguiente gráfica (Ver gráfica 11)

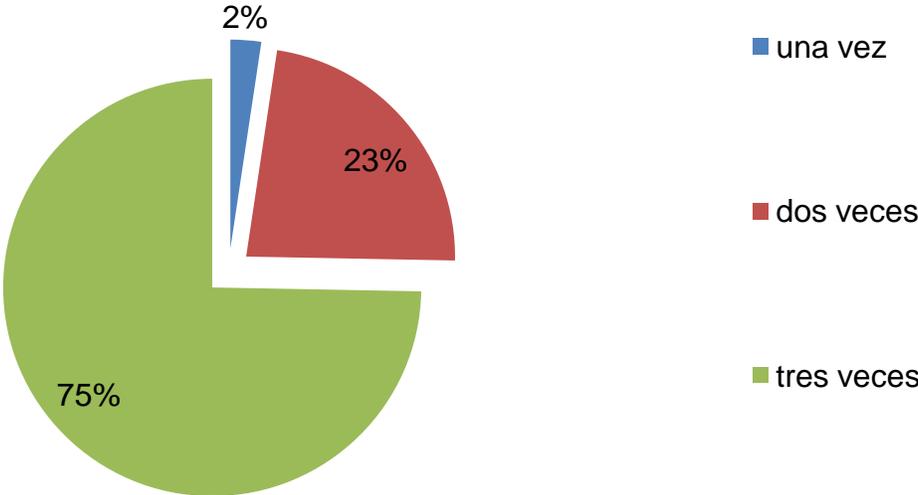
GRÁFICA 11. ¿CUÁNDO DEBE CEPILLAR LOS DIENTES DE SU HIJO?



Fuente Directa

El 75 % de las gestantes encuestadas dicen cepilla 3 veces al día los dientes de sus hijos, pero el 2 % dice que solo lo realiza una vez. (Ver gráfica 12)

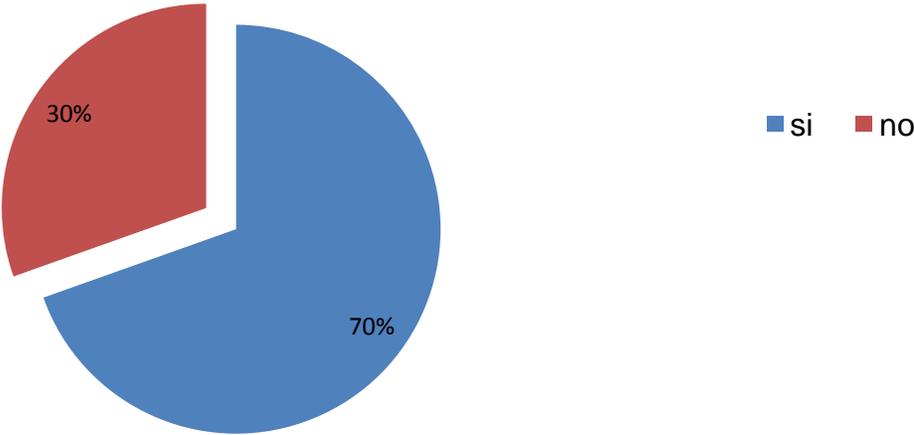
GRÁFICA 12. ¿CUÁNTAS VECES DEBE CEPILLAR AL DIA LOS DIENTES DE SU HIJO?



Fuente Directa

La mayoría de las encuestadas reporto que si ha recibido en algún momento asesoramiento de cómo realizar el cepillado de sus hijos representado con un 70%. (Ver gráfica 13)

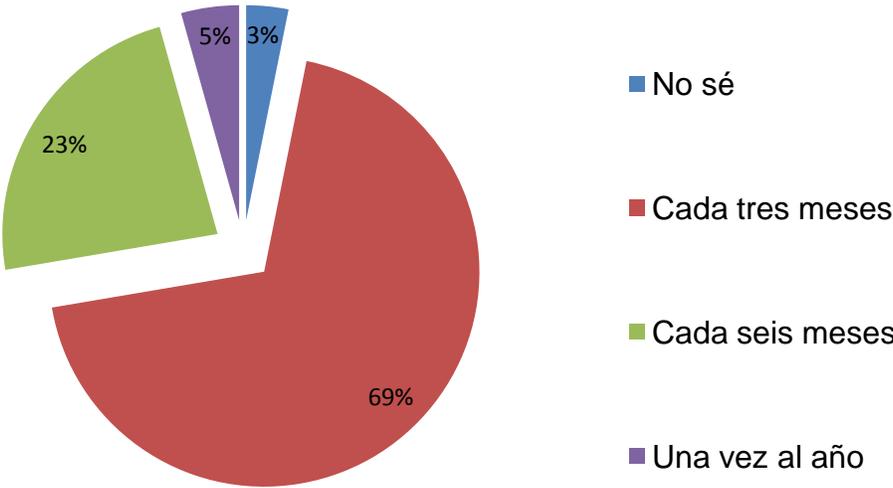
GRAFICA 13. LE HAN ENSEÑADO ALGUNA VEZ COMÓ CEPILLAR LOS DIENTES DE SU HIJO?



Fuente Directa

Representado con un 69 % las gestantes respondieron que el cambio del cepillo debe ser cada 6 meses. Solo un 3 del total de las encuestadas no supieron cada cuando debe ser dicho cambio (Ver gráfica14)

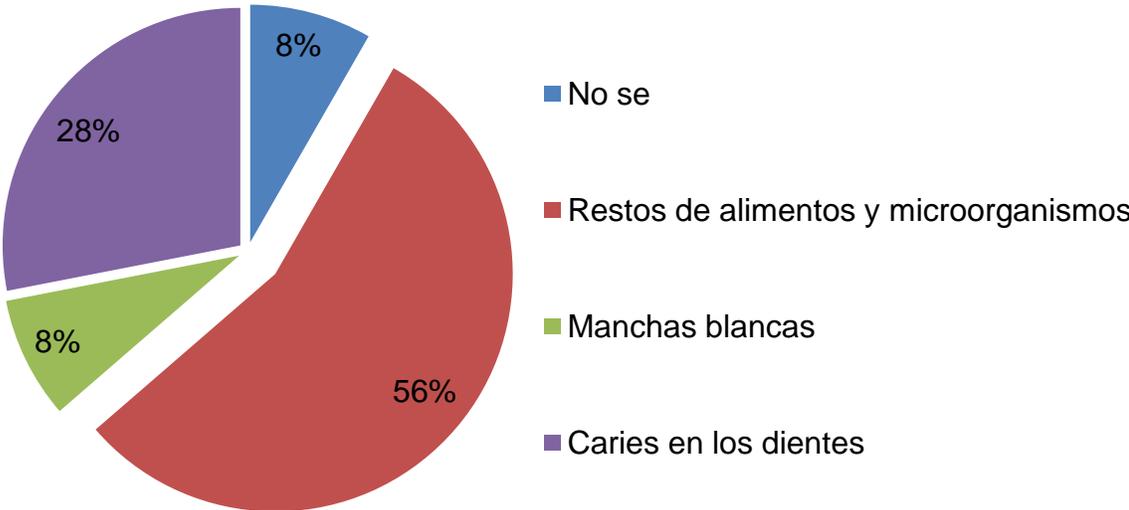
GRÁFICA 14. ¿CADA CUÁNTO TIEMPO DEBERÁ CAMBIAR SU CEPILLO DENTAL?



Fuente Directa

Del total de gestantes que participaron en el estudio un poco más de la mitad sabe que la placa dentobacteriana con restos de alimentos y microorganismos, representado con un 56%, solo un 8% reporto no saberlo (Ver gráfica 15)

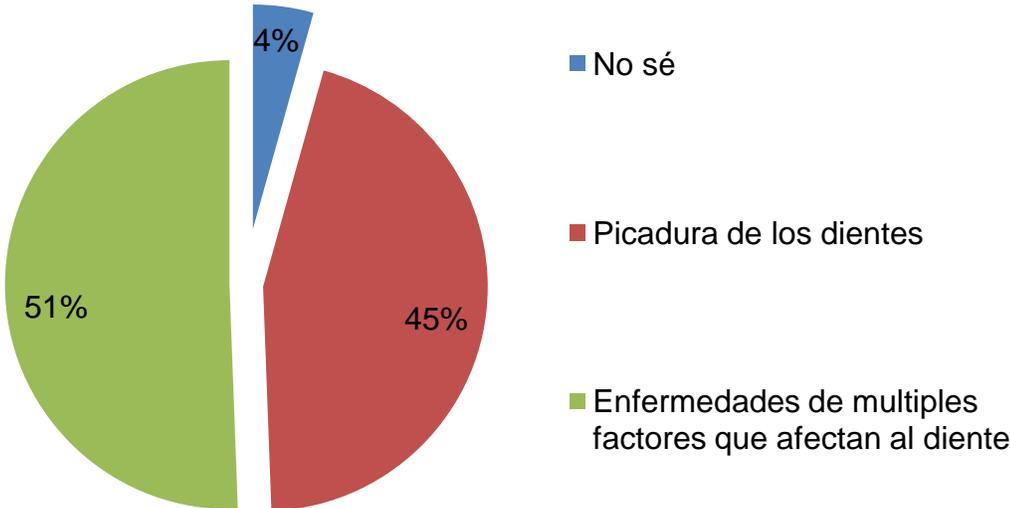
GRAFICA 15. CONSIDERA QUE LA PLACA BACTERIANA ES:



Fuente Directa

La mitad de las gestantes respondieron correctamente que es la caries solo un 4% no lo supo, sin embargo el 45% piensa que es una picadura en el diente.(Ver gráfica 16)

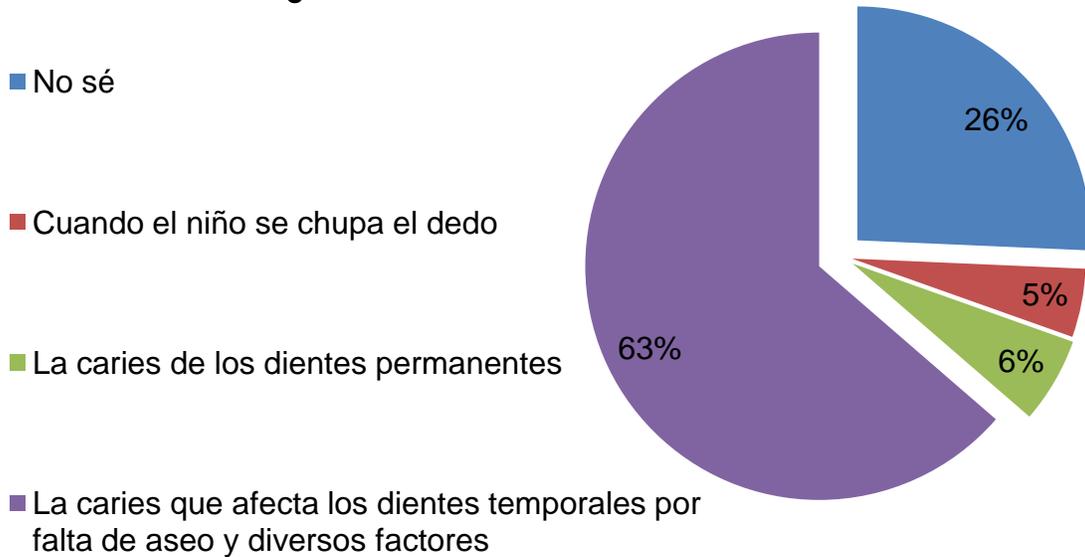
GRÁFICA 16. QUÉ ES LA CARIES?



Fuente Directa

El 63% de las 253 gestantes contestaron que caries de biberón es la caries que afecta los dientes temporales por falta de aseo y diversos factores. (Ver gráfica 17)

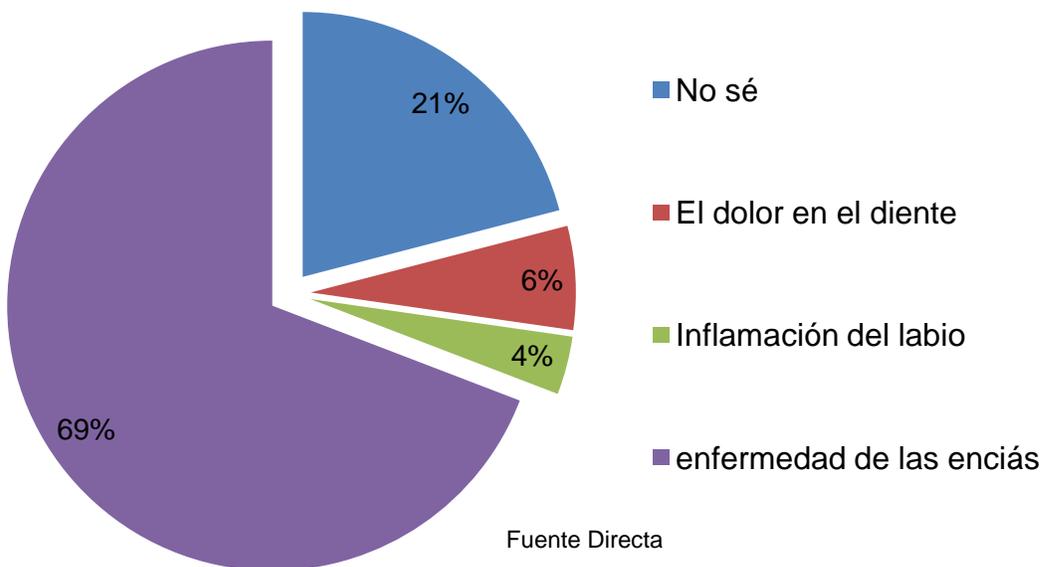
GRÁFICA 17 ¿QUÉ ES LA CARIES DE BIBERÓN?



Fuente Directa

Podemos ver en la grafica, que el 69% de las gestantes que participaron en el estudio saben que la gingivitis consiste en las enfermedades que ataca las encías. Sin embargo el 21% representa a gestantes que lo no saben. (Ver gráfica 18)

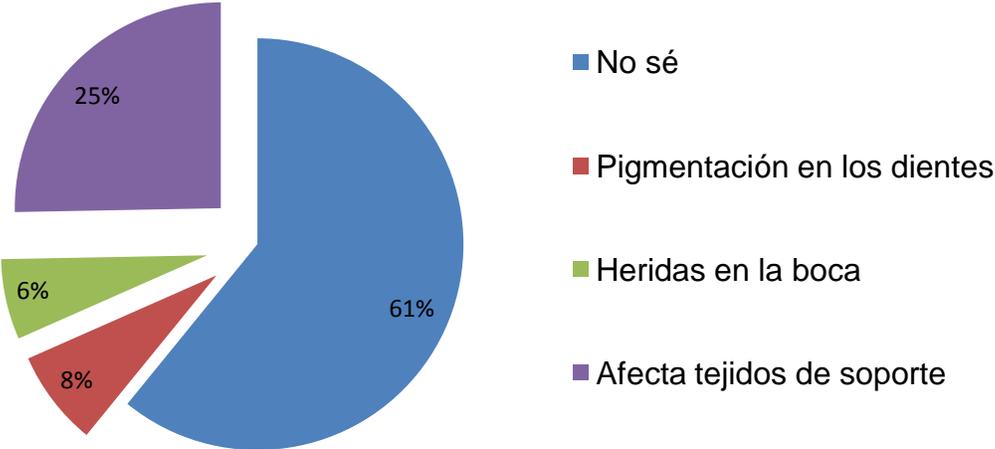
GRÁFICA 18. ¿QUÉ ES LA GINGIVITIS?



Fuente Directa

El 61% de las encuestadas, no tiene conocimientos acerca de lo que es la enfermedades periodontal solo un 25% de las 253 supo que es una enfermedad que afecta a los tejidos de soporte del diente (Ver gráfica 19)

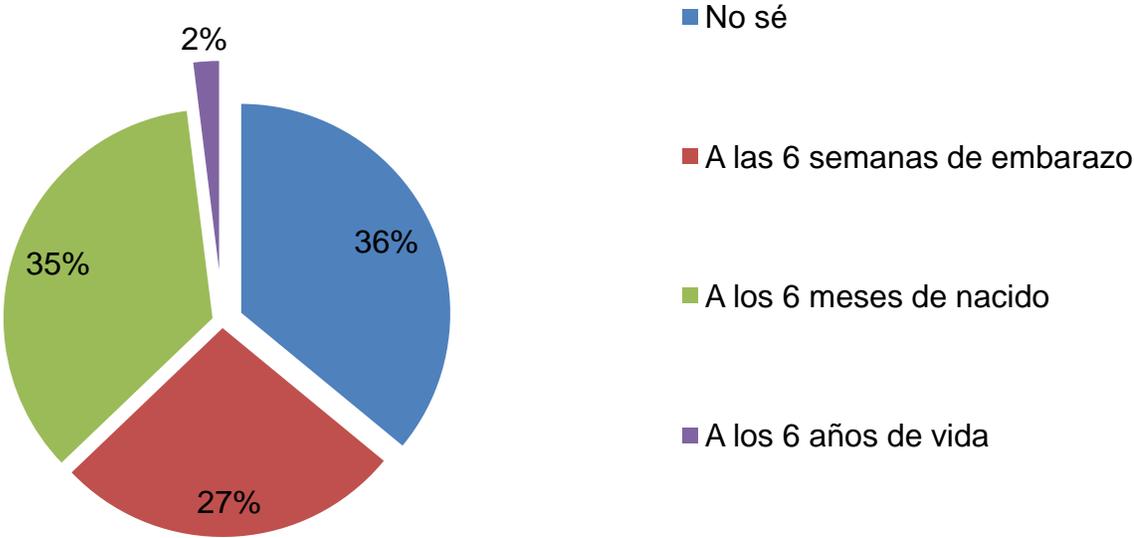
GRÁFICA 19. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES:



Fuente Directa

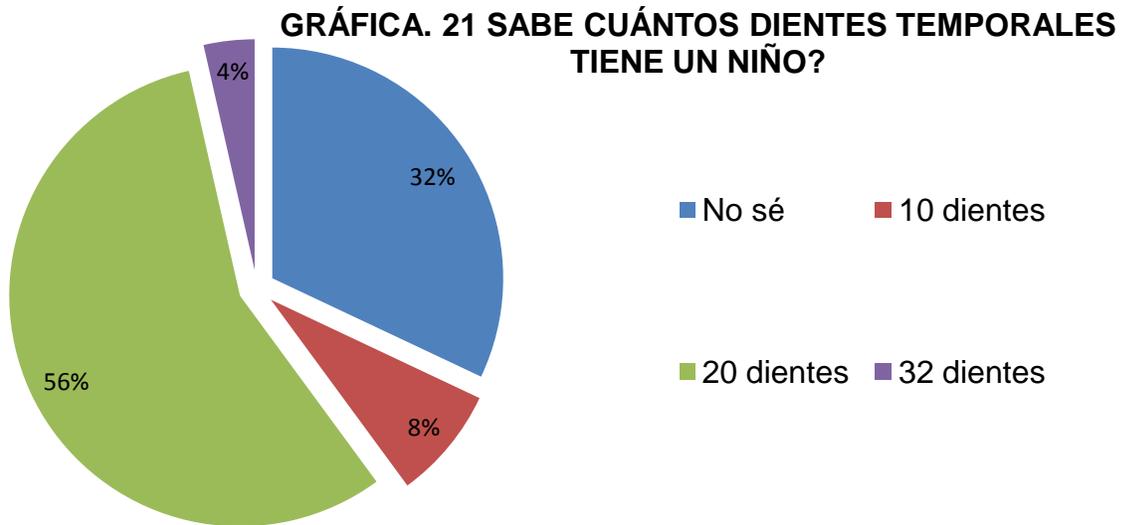
Como podemos ver en la gráfica el 36 % no sabe a partir de cuando empiezan a formarse los dientes de un niño (Ver gráfica 20)

GRÁFICA 20 . ¿ SABE CUÁNDO EMPIEZAN A FORMARSE LOS DIENTES DE LOS NIÑOS?



Fuente Directa

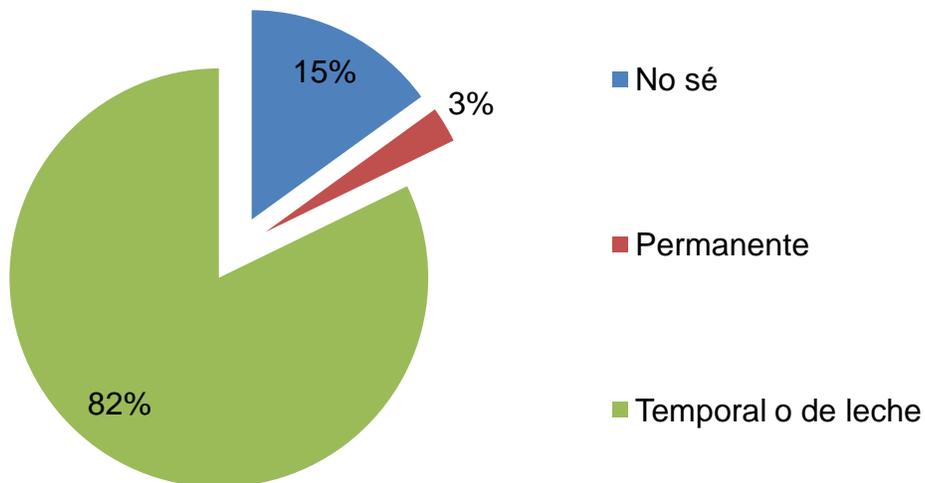
El 56% respondió correctamente cuantos dientes temporales tiene un niño, representando la mitad de las gestantes y un 32% no lo sabe. (Ver gráfica 21)



Fuente Directa

El 82 % de las madres encuestadas tienen conocimiento correcto sobre el nombre de la dentición infantil, solo un 3 % de ellas menciono que se le domina dentición permanente lo cual es erróneo.(Ver grafica 22)

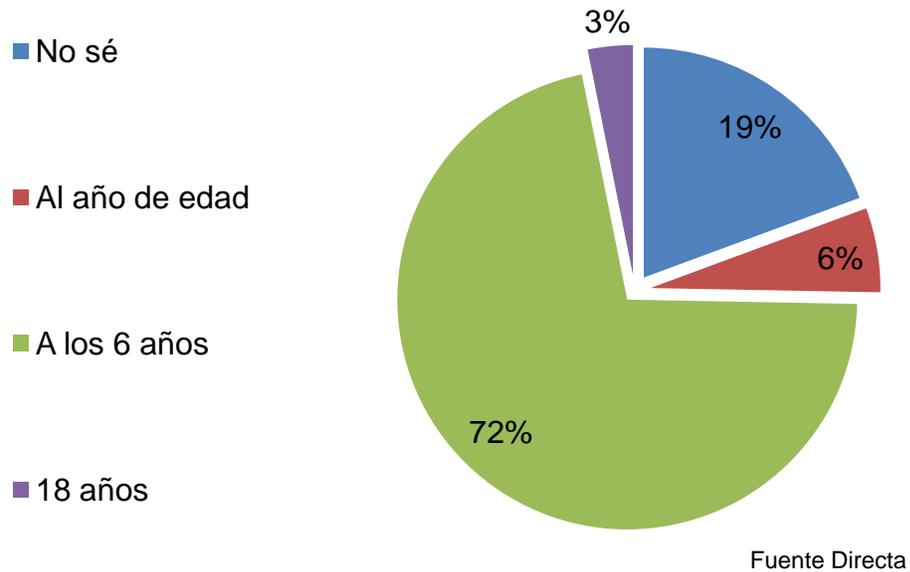
GRÁFICA 22. LA DENTICIÓN INFANTIL SE DENOMINA



Fuente Directa

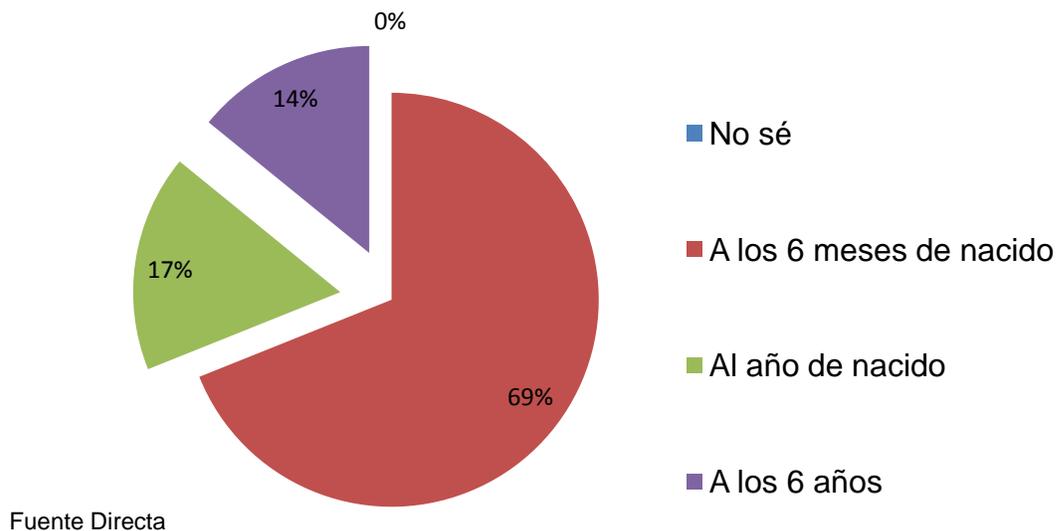
El 72 % de las gestantes saben que los dientes permanentes comienzan a erupcionar a los 6 años de edad. (Ver gráfica 23)

GRÁFICA 23. A QUÉ EDAD ERUPCIONAN LOS DIENTES PERMANENTES



El 69% de las gestantes que participaron en este estudio sabe correctamente que los dientes de un bebé erupcionan a partir de los 6 meses de nacido. Ninguna de las encuestadas no lo supo. (Ver gráfica 24)

GRÁFICA 24. ¿SABE CUANDO ERUPIONAN LOS DIENTES TEMPORALES DE UN NIÑO?



Las variables con las que se correlacionó el conocimiento de las gestantes fueron: su edad, el número de embarazos, el número de hijos nacidos vivos, el lugar de residencia y el máximo grado de estudios. En la Tabla 1 se presenta los resultados de la correlación de Serman

Tabla 1. Variables que se correlacionan con el conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus hijos			
	Variable	Rho	p
Contexto personal	Edad	0.160	0.011
	Número de embarazos	0.160	0.011
	Número de hijos nacidos vivos	0.168	0.008
	Estado civil	-0.047	0.453
	Ocupación	0.086	0.147
Contexto social	Lugar de residencia	0.142	0.024
	Máximo grado de estudios	0.160	0.011

Fuente Directa

IX. DISCUSIÓN

Menoli A, Frossar A,³¹ en su estudio de Perfil de los médicos gineco-obstretas de Londrina con relación a la salud oral de la embarazada, dicen que es pertinente que el ginecólogo actúe junto con la embarazada, acerca de las precauciones que debe tener para mantener la salud oral de su bebé desde tener dientes más resistentes a caries, así como una mejor higiene oral la cual dependerá totalmente de la gestante, los conocimientos que tienen los ginecólogos sobre salud oral de la gestante y cuidados del orales del bebé es muy poca.³¹ Partiendo entonces de este hecho consideramos importante la difusión sobre conocimientos sobre salud bucal en las gestantes para poder tener mejoras en el área de la salud bucal así como de tomar en cuenta la participación de los ginecológicos, para que de manera colaborativa con odontopeditras orienten a las gestantes sobre los cuidados de salud bucal del bebé.

Por otra parte, Guerra M, Blanco L³² reportan que el 7.3 % de las mujeres que participaron su estudio realizado en el 2010 “Información de las embarazadas sobre salud bucal en la consulta prenatal”, son remitidas al odontólogo para tu atención o recibir información sobre la salud bucal del bebé, por el ginecólogo.³² En relación a la referencia del obstetra al odontólogo, Díaz Romero³³ en México opina que las actitudes y creencias sobre el proceso de salud-enfermedad están influenciadas por la cultura médica prevalente, que incluye la opinión del médico. Las embarazadas responden, en general, positivamente a las indicaciones del profesional que realiza el control prenatal. En presente estudio se realizó en el Instituto Materno Infantil del Estado de México IMIEM Hospital de Ginecología y Obstetricia, donde el nivel socioeconómico de las gestantes que acuden en demanda del servicio se considera medio – bajo por lo que podemos decir, a esto al igual que Díaz R que la cuestión cultural, actitudes y creencias influyen en el nivel de conocimiento de las gestantes sobre salud bucal.³³

Se registran cada año más nacimientos de madres adolescentes, es decir madres a edades más tempranas. De acuerdo con la UNICEF los embarazos y partos

registrados de adolescentes va en aumento, esto pone a América Latina dentro de cifras alarmantes.³⁴ A diferencia de esto en nuestro estudio, el mayor rango de edades de las gestantes que participaron fue entre 20 y 25 años de edad, representando el 44% de las gestantes encuestadas; sin embargo, el siguiente grupo en cuanto a rango de edades es el 14 a 19 años de edad, con un 24%.

En nuestro estudio el 28% de las gestantes que participaron eran primogestantes, condición que afecta de manera importante con el nivel de conocimiento sobre salud bucal ya que las madres no tienen experiencia previa respecto a salud bucal del bebé, solo de su salud bucal y aun así es un hecho que está entre dichos, en estudios similares como el de Garbero y Delgado³⁵ en el 2005 sobre salud oral en Embarazadas, coincide en que tener hijos aumenta de manera significativa los conocimientos sobre salud bucal de éstos.

El 55% de las gestantes encuestadas su máximo grado de estudios es educación básica (Secundaria), pareciera que la deserción escolar de las embarazadas es una realidad; sin embargo, existe escasa investigación sistemática sobre el efecto del embarazo precoz en la deserción escolar. Sólo algunos estudios epidemiológicos señalan en sus aspectos socioculturales, datos de incidencia de deserción escolar por causa de embarazo.³⁶

En nuestro estudio las variables que se correlacionaron positivamente con el conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus hijos fueron edad, número de embarazos, número de hijos, lugar de residencia así como el máximo grado de estudios. En estudios similares donde se evalúa el conocimiento de salud bucal de las embarazadas, como lo es el caso de Díaz Romero R,³³ en el 2010 reporta la similitud en las variables; dice que es una cuestión cultural lo que influye en el conocimiento de las gestantes sobre su salud bucal.³³

X. CONCLUSIONES

- En el contexto personal, la edad, el número de embarazos y el número de hijos nacidos vivos de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos.
- Dentro del contexto social, el lugar de residencia y el máximo grado de estudios de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos.

XI. RREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villalba E, Loza L, Villalba I. Control prenatal y la práctica odontológica parte II práctica odontológica en el embarazo. Rev. Méd. La Paz 2007; 5 (2): 1-6
2. Targino A, Soares J, Cunha F, Pereira L, Cavalcanti R. Conhecimento de Gestantes sobre a Saú de Bucal dos Bebês. Rev. Bras Ci Saúde 2009; 13(1): 41-47
3. Sousa J, Fracasso M. Comportamento Materno versus Temperamento da Criança: Influência no Padrão de Saúde Bucal. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa 2010; 10(1):47-54
4. Aristimuño C. Educación para la Salud. Reflexiones Acta Odontol Venez 2000; 38 (3): 1-2
5. Reis D, Pitta D, Barbosa H, Pinto de Jesus M, Leonelli de Moraes M, Gonçalves M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(1):269-276
6. Marrero A, López E, Castells S, Calzadilla L. Estrategia de intervención educativa en la salud bucal para gestantes. Archivo Médico de Camagüey 2003; 7(2): 34-52
7. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castrol L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Rev. CES Odontológica 2004; 17(1):19- 29
8. Ministerio de salud. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, p. 16-33,1996
9. Palma C. Embarazo y Salud Oral. Odontol Pediátr. (Madrid) 2009; 17(1): 1-3.
10. Bastarrechea M, Betancourt N, Perez M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Rev cubana Estomatol 2009; 46(4): 1-15
11. Reis D, Pitta D, Barbosa H, Pinto de Jesus M, Leonelli de Moraes M, Gonçalves M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(1):269-276
12. Osorno C. Manual de Actividades Clínicas de Odontopediatria. 1a ed. México Trillas 1990;pp 26-7.
13. Navas R, Mejía M, Rojas T. Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta odontol. venez 2006; 44 (3): 346-351.

14. Rodríguez J, Rodríguez C, Cople L. Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries en bebés. *Acta Odontol Venez* 2008; 46 (2):165-169
15. Guillen C, Huapaya O, Loayza R, Torres G, Chein S, Garibay P, Anticona C, Pum J. Odontología para el Bebè: Modelo de atención Pública. *Odont. Sanmarquina* 2004;8(2):32-40
16. Bernabé E, Delgado E, Sánchez P. Resultado de un sistema para la vigilancia de Caries de Infancia Temprana. *Rev Med Herediana* 2006; 17(4):227-233
17. Figueredo W, Ferelle A, Myaki I. Odontologia para el Bebè: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Sao Paulo-Brasil. Actualización Medica Odontologica Latina; 2000
18. González F, Sánchez R, Carmona L. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla Cartagena. Bogotá. *Rev Salud Pública* 2009; 11(4):620 – 630
19. Pérez S, Vallejos A, Gutiérrez P, Casanova J, Casanova A. Predictive model for dental caries in schoolchildren. *J Dental Res* 2000;79:291-295
20. An Palestein Helderman WH, Ter Pelkwijk L, Van Dijk JWE. Caries in fissures of permanent first molars as predictor for caries increment. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1989;17:282-4
21. Penchas J. The dilemma of treating severely decayed first permanent molars in children: To restore or to extract. *J Dent Child* 1994;199-205
22. Gutiérrez MP. Validación de un indicador predictivo del riesgo de aparición de caries en dientes permanentes. *Rev Méd D.F.* 1987;4:183-7
23. García A, De La Teja E. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. México. *Acta Pediatr mex* 2008; 29(2):69 – 72.
24. Escribano A, López A, López C, Saenz U. Caries de biberón. *Rev Clin Med Fam* 2008, 2(4): 1-5
25. Misrachi C.; Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral, *Odontología chilena* 42 (2):87-92, 1994.
26. Alonso M, Karawosky L. Caries de Infancia Temprana. *Periodontologia y Reproducción Humana* 2009; 23(2):90-97

27. Rodríguez J, Rodríguez C, Cople L. Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries en bebés. *Acta Odontol Venez* 2008; 46 (2):165-169.
28. Bernabé E, Delgado E, Sánchez P. Resultado de un sistema para la vigilancia de Caries de Infancia Temprana. *Rev Med Herediana* 2006; 17(4):227-233.
29. Rodríguez M, Pimentel E. ¿Puede la leche humana llegar a producir caries: Por qué y Cómo? *Act Odontol Venez*. 1998; 36(1): 1-7
30. Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(2):83-90
31. Menoli A, Frossar A, Perfil de los médicos gineco-obstretas de londrina con relación a la salud oral de la embarazada, *Seminario*1997;18(4):34-42
32. Galvez E, Ramos F, Consulta de Ginecología Infanto-Juvenil, 1999-2000. *Revista Cubana Pediátrica*. 2002; 74(4):0-0
33. Díaz R, Carrillo M, Terrazas J, Canales C. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. *Rev ADM*. 2001;53 (2):68-73
34. Díaz Romero R, Carrillo M, Terrazas J, Canales C. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. *Rev ADM*. 2001;53 (2):68-73.
35. Garbero I, Delgado A, Benito I. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes *Act Odontol Venez*, 2005;4(2):135-140
36. Morgan DC, Chopa G, Fisher M. Psychosocial variables associated with teenager pregnancy. *Adolescence* 1995; 30: 277-89.

XII. ANEXOS

CUESTIONARIO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGÍA
DR. KEISABURO MIYATA
ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA

Fecha: _____ **No. de cuestionario:** _____

La información que usted proporcionará será utilizada únicamente con fines académicos y científicos y será tratada como información confidencial.

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____ años Lugar de Residencia: _____ Número de hijos nacidos vivos: _____
Estado civil: _____ Máximo grado de estudio: _____ Ocupación: _____
Número de Embarazos: _____

II. PREGUNTAS:

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 20 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada subraye o marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1) Principalmente, ¿cuándo debe de cepillar los dientes de su hijo?

- a) Antes del desayuno ()
- b) Después de las comidas ()
- c) Antes de salir de casa ()

2) ¿Qué características debe tener el cepillo dental de su hijo?

- a) Que las cerdas sean suaves y el mango fácil de tomar ()
- b) Que las cerdas sean duras ()
- c) Que tenga decoraciones en el mango ()

3) ¿Considera que la alimentación durante el embarazo, afecta los dientes del niño?

Si () No ()

4) ¿Enseña a sus hijos a lavarse las encías y la lengua?

Si () No ()

5) A que edad deben iniciar su hijo las visitas al dentista

- a) Desde nacimiento o cuando salga el primer diente ()
- b) Cuando el niño presenta dolor ()
- c) Cuando se caen los dientes de leche ()

6) ¿Sabe a partir de cuándo debe limpiar la boca de su hijo?

Si () No ()

7) ¿Cuánto tiempo demora en cepillar los dientes de su hijo?

- a) Un minuto o menos ()
- b) 2 minutos ()
- c) 3 minutos ()

e) tres minutos o más ()

8) ¿Cuántas veces debe cepillar al día los dientes de su hijo al día?

- a) Una vez ()
- b) Dos veces ()
- c) Tres veces ()

9) ¿Le han enseñado alguna vez como cepillar los dientes de su hijo?

Si () No ()

10) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) Cada 6 meses ()
- b) una vez al año ()
- c) Cada 3 meses ()
- d) No sé ()

11) Considera que la placa bacteriana son:

- a) Caries en los dientes ()
- b) Manchas blancas en los dientes ()
- c) Restos de alimentos y microorganismos ()
- d) No sé ()

12) ¿Qué es la caries?

- a) Es la picadura de los dientes ()
- b) Es una enfermedad de múltiples factores que afecta los tejidos del diente ()
- c) Es un dolor en la boca ()
- d) No sé ()

13) La Caries de biberón es:

- a) La caries de los dientes permanentes ()
- b) La caries que afecta los dientes de temporales por falta de aseo y diversos factores ()
- c) Cuando el niño se chupa el dedo ()
- d) No sé ()

14) La gingivitis es:

- a) El dolor del diente ()
- b) La enfermedad de las encías ()
- c) La inflamación del labio ()
- d) No sé ()

15) La enfermedad Periodontal es:

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los tejidos de soporte del diente ()
- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) No sé ()

16) ¿Sabe cuándo empiezan a formarse los dientes de los niños?

- a) A las 6 semanas de embarazo ()
- b) A los 6 meses de nacido ()
- c) A los 6 años de vida ()
- d) No sé ()

17) ¿Sabe cuántos dientes temporales tiene un niño?

- a) 10 ()
- b) 20 ()
- c) 32 ()

d) No sé ()

18) La Dentición infantil se denomina:

a) Temporal o de leche ()

b) Permanente ()

c) No sé

19) ¿A qué edad empiezan a erupcionar los dientes permanentes?

a) 6 años ()

b) 18 años ()

c) Al año de edad ()

d) No sé ()

20) ¿Sabe cuándo erupcionan los dientes temporales de un niño?

a) A los 6 años ()

b) A los 6 meses de nacido ()

c) Al año de nacido ()

d) No sé