



Universidad
Continental

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

**Nivel de conocimiento sobre salud bucal
materno infantil del personal de salud de
la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017**

José Luis Guzmán Orihuela

Huancayo, 2018

Tesis para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad en Odontopediatría



Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

ASESOR

Mg. C.D. Paloma Elías Díaz

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas las posibilidades que pone en mi camino.

A la Universidad Continental, por el respaldo de su prestigio.

A mis maestros, por su paciencia y perseverancia en mi formación profesional.

A mi familia, y en especial a mi mamá Luz Orihuela, por su apoyo incondicional.

A Susy, por su apoyo en el desarrollo del presente estudio.

“Sin ellos nada hubiese sido posible”

DEDICATORIA

A Luz y Manuel, mis amados padres.

A Diana, Sandra, Michael, Charo, Liliana y Miguel, mis queridos hermanos.

A Mario, Paloma y Walter, mis maestros.

A las personas que confían en mí.

INDICE

PORTADA	
ASESOR.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCION.....	xi

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	12
1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	12
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1. Objetivos general.....	13
1.2.2. Objetivos específicos.....	13
1.3. Justificación e importancia.....	13
1.4. Hipótesis y variables.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes del problema.....	16
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	16
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	17
2.2. Bases teóricas.....	19
2.2.1. Salud bucal.....	19
2.2.2. Biofilm dental.....	19
2.2.3. Principales enfermedades de la boca.....	20
2.2.4. Medidas preventivas.....	20
2.2.5. Prevención de hábitos nocivos.....	26
2.2.6. Nutrición y dieta.....	27
2.2.7. Transmisibilidad microbiana de madre a hijo.....	28
2.3. Definición de términos básicos.....	28

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.....	30
3.1. Método y alcance de la investigación.....	30
3.2. Diseño de la investigación.....	30
3.3. Población y muestra.....	30
3.3.1. Población.....	30
3.3.2. Muestra.....	30
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
4.1. Resultados y análisis de la información.....	33
4.2. Discusión de resultados.....	43
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017	33
Tabla N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017	34
Tabla N° 03. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	36
Tabla N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	37
Tabla N° 05. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017	38
Tabla N° 06. Distribución según grupo ocupacional.....	39
Tabla N° 07. Distribución según sexo	40
Tabla N° 08. Distribución según edad.....	41
Tabla N° 09. Distribución según tiempo de experiencia laboral.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	34
Figura N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	35
Figura N° 03. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	36
Figura N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	37
Figura N° 05. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.....	38
Figura N° 06. Distribución según grupo ocupacional.....	39
Figura N° 07. Distribución según sexo.....	40
Figura N° 08. Distribución según edad.....	41
Figura N° 09. Distribución según tiempo de experiencia laboral.....	42

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el “Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017”. Según el tipo de investigación es no experimental de diseño descriptivo. La muestra de estudio estuvo conformada por 66 profesionales de salud que laboran en la Micro Red Acoria. La técnica de recolección de datos que se utilizó fue encuesta tipo cuestionario. De los resultados más resaltantes se determinó que del 100% (66) del personal de salud encuestados el 22.7% (15) presentó un nivel bueno, el 48.5% (32) presentó un nivel medio y el 28.8% (19) un nivel malo de conocimiento sobre salud bucal materno infantil.

Los resultados fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS V23, donde se determinó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria fue un nivel medio de conocimiento. Asimismo, se identificó que los cirujanos dentistas y nutricionista poseen un buen nivel de conocimiento; los médicos cirujanos, las obstetras y licenciadas en enfermería poseen un nivel medio de conocimiento y los técnicos en enfermería poseen un nivel medio preponderante (18.18% con respecto a 16.67% de nivel malo).

Palabras claves: NIVEL DE CONOCIMIENTO, SALUD BUCAL MATERNO INFANTIL.

ABSTRACT

The objective of this research work is to determine the "Level of knowledge on maternal and child oral health of the health personnel of Micro Red Acoria of Huancavelica 2017". Depending on the type of research it is non-experimental descriptive design. The study sample consisted of 66 health professionals working in Micro Red Acoria. The data collection technique was a questionnaire survey. Of the most outstanding results, it was determined that out of the 100% (66) of the health personnel surveyed, 22.7% (15) had a good level, 48.5% (32) had a medium level and 28.8% (19) had a poor level of knowledge of maternal and child oral health.

The results were processed and analyzed with the statistical program SPSS V23, where it was determined that the level of maternal and child oral health knowledge of the Micro Red Acoria health personnel was average. It was also identified that dentist surgeons and nutritionists have a good level of knowledge, surgeons, obstetricians and licensed nurses have a medium level and nursing technicians have a medium preponderant level of knowledge (18.18% compared to 16.67% which is a bad level).

Keywords: KNOWLEDGE LEVEL, MATERNAL AND CHILD ORAL HEALTH.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Perú registra un 95% de prevalencia de caries dental, enfermedades periodontales y problemas de mal oclusión, siendo estos más prevalentes en los niños y niñas que no tienen acceso a una atención odontológica oportuna y de calidad. Sumado a esto, la falta de conocimiento de las madres y gestantes sobre las medidas de prevención de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal. El personal de salud juega un papel importante en la educación en salud de la población que acude a consulta y es este quien debe de estar capacitado en temas de promoción y prevención de la salud bucal para transmitir dichos conocimientos a los pacientes, y de esta manera disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal.

En las zonas rurales dentro de la región de Huancavelica el desconocimiento de estas actividades es por el grado de instrucción de las madres, brecha entre el personal de salud y la comunidad (brecha lingüística), y el desconocimiento del personal de salud para que pueda dar soporte y acompañamiento a las familias.

Reconociendo este problema como una de las causas principales en la cual deben enfatizarse las actividades preventivo promocional de soporte y asistencia técnica a los grupos de riesgo (madres, gestantes y niños y niñas menores de 5 años), sabiendo que el cuidado de salud bucal debe darse antes, durante y posterior al embarazo y por todo el ciclo de la vida.

Siendo uno de los objetivos sociales contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia de la caries dental y sus complicaciones, con los resultados de esta información, utilizando un enfoque científico se impartirá un informe a la red de salud Huancavelica para que se pueda implementar y desarrollar el programa de salud bucal materno infantil en todos sus establecimientos de salud, y que se convierta en política pública dentro de su jurisdicción para generar estilos de vida saludables.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

Las condiciones de salud bucal dentro de la región de Huancavelica se encuentra en un 95% de caries dental, enfermedades periodontales y mal oclusión, siendo las causas principales la falta de higiene en los menores de 5 años, falta de conocimientos de las madres para el inicio y continuidad de los hábitos preventivos de salud oral, tanto en la etapa del embarazo y después del parto, ligado a ello el grado instrucción de las misma.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, que debe ser tratado de forma integral con énfasis en lo preventivo - promocional, priorizando a las gestantes y niños menores de 5 años. Reconociéndolas como poblaciones vulnerables y que se encuentran en el quintil 1 y 2 de pobreza.

Por ello, la prevención y promoción de la salud bucal se debe brindar y priorizar a la población vulnerable que acuden a un establecimiento de salud (EE.SS.); es así que, dentro de los EE.SS. de primer nivel de atención, donde que por su categoría no se halla un odontólogo; las obstetras, enfermeras o técnicos en enfermería son los que tienen mayor contacto con los usuarios maternos infantiles, y son quienes deberían brindar las consejerías en salud bucal dentro de sus atenciones; lo que ocurre, es que el personal de salud no brindan una adecuada consejería en salud bucal por causas variadas, como el desconocimiento de la importancia de la salud bucal, el grado de instrucción del personal de salud y del usuario, así como el deficiente interés en el usuario.

En muchos EE.SS. del Perú, el cuidado de la salud bucal materno infantil es una práctica que por lo general realiza el cirujano dentista, sin embargo, este no es exclusivo; el personal de salud, excepto odontólogos, desconocen que el cuidado de la salud bucal del niño empieza desde el embarazo, siendo así que el personal de salud no realiza la interconsulta de la gestante con el cirujano dentista si esta no tiene un dolor buco dental, o

hace la interconsulta del niño con el cirujano dentista cuando este ya tiene dientes o presenta algún dolor de tipo dental.

Es por ello, que surge la necesidad de medir el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal Materno Infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria para evaluar la influencia del nivel de conocimiento del personal de salud en las prácticas y en el conocimiento de las gestantes, ya que el desconocimiento de la prevención de la salud bucal materno infantil está contribuyendo a la persistencia de enfermedades bucales en la gestante y al incremento de la tasa de incidencia de caries de infancia temprana. Ante lo cual se plantea la formulación del problema en ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.

1.2.2. Objetivos específicos.

- a. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional.
- b. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo.
- c. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad.
- d. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral.

1.3. Justificación e importancia

Una de las necesidades más apremiantes es la de mantener la salud bucal infantil a través de la salud bucal materna. En la sociedad peruana el índice de enfermedades bucales son preocupantes dentro del grupo etéreo vulnerable.

Los factores asociados a la prevalencia de las enfermedades bucales son; el grado de instrucción de las madres, desconocimiento de la prevención de las mismas, y la falta de información. Este último factor mencionado, debe ser impartido por el personal de salud, sin embargo, hay una deficiencia en este tema, ya que el personal dentro de la atención

brindada en el área materno – infantil no enfatiza el cuidado de la salud bucal. Lo mencionado permite realizar un estudio diagnóstico que evidencia el desconocimiento de salud bucal por el personal de salud de nivel primario de atención, a fin de dar soluciones prácticas con la capacitación y sensibilización en salud bucal materno infantil.

El interés científico de la presente investigación, se centra en la importancia de la valoración del nivel de conocimiento sobre salud Bucal Materno Infantil del personal de atención primaria de la Micro Red Acoria, para tomar decisiones adecuadas que mejore el resultado encontrado.

Con esta investigación se permitirá elevar un informe que exponga datos, cifras y porcentajes de las deficiencias en cuanto al conocimiento de salud bucal Materno Infantil del personal que labora en este nivel de atención de salud, y trabajar de acuerdo a los resultados.

También, la realización de una propuesta de implementar el programa de Salud bucal materno-infantil, a todos los establecimientos de la Micro Red Acoria, además de mejorar y unificar el conocimiento del personal de salud que coopera a la mejora de la calidad de vida de los grupos vulnerables y población en general. Por ello, mediante este estudio se pueda dar respuesta al nivel de conocimiento de salud bucal del personal que labora y predecir la prevalencia de enfermedades bucales.

Igualmente, fortalecer estudios posteriores sobre esta problemática, para aquellos establecimientos que realicen la atención materna infantil con la finalidad de mejorar la calidad de atención a este grupo vulnerable; de acuerdo a los resultados que se alcance, se propondrá incrementar una metodología que incida en disminuir, mejorar y ayude a conservar una adecuada salud bucal.

El interés investigativo, ético y profesional de indagar y proponer alternativas de solución sobre la problemática planteada, es una opción viable debido a que la población se encuentra al alcance de la investigación; localizada en los EE.SS. de la Micro Red Acoria.

1.4. Hipótesis y variables

Debido a que la investigación es de tipo descriptiva no es necesario la formulación de una hipótesis. ⁽¹⁾

1.4.1. Variables.

Variable Independiente

- Nivel de conocimiento.

Variables Intervinientes

- Grupo ocupacional (carreras profesional o técnica).
- Sexo (masculino o femenino).
- Edad (< de 20 años, de 21 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y > a 50 años.)
- Experiencia laboral (Menos de 1 año, entre 1 y 5 años, y más de 5 años).

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

En un estudio realizado en Paraguay, concluyeron que: El conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud. ⁽²⁾

En un estudio en California, concluyeron que: El deficiente nivel de conocimiento acerca de la salud bucal, unido a los factores de riesgo predominantes de deficiente higiene bucal y el consumo de dieta cariogénica llevó a la presencia de enfermedades bucales en las embarazadas, la gingivitis es la afección estomatológica más frecuente seguida por la caries dental. ⁽³⁾

En la “Guía de abordaje integral a la salud bucodental para el equipo de salud” menciona que: Una visión separada de la salud bucodental y de la salud general es un factor que puede limitar el acceso a la adecuada atención sanitaria de las personas. Por ello, un abordaje integral de la salud general y bucodental, debe dejar atrás el concepto de que un sólo profesional y, dentro de un consultorio, puede conocer, explicar y resolver todas las afecciones de una persona, su familia y/o su comunidad e instalar el concepto y la práctica del trabajo en equipos multidisciplinarios que aporten distintas perspectivas, según su formación, para fortalecer y darle integralidad al cuidado de la población.

Si bien, no se puede reemplazar la atención restaurativa especializada del personal odontológico, con adecuada información y entrenamiento, otros profesionales de la salud, como el personal médico, de enfermería y de promoción de la salud, pueden detectar enfermedades bucodentales, brindar servicios preventivos y promover la salud bucodental.

Del mismo modo, el personal odontológico, puede diagnosticar y prevenir cuadros de enfermedades generales y promover la salud general. Por lo anterior, resulta de suma importancia generar cooperación entre la odontología y otras áreas de la salud de modo a aprovechar valiosos recursos humanos, técnicos y económicos para promover la salud, prevenir las enfermedades, realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados. ⁽⁴⁾

En un estudio en Valparaíso - Chile, concluyeron que: A excepción de los enfermeros, el equipo de salud, en su mayoría, no sabe cuántos dientes debería tener un infante, por lo que no podrían llegar a detectar una situación anómala en este aspecto. Todos los equipos de salud reconocen que los niños deben ser higienizados desde su nacimiento, pero desconocen cómo y en qué momento deben realizarlo, así como también desde cuándo deben comenzar con el uso de pasta dental, y qué concentración de flúor debe tener. En consecuencia, el equipo de salud reprueba sus conocimientos de salud oral, obteniendo una calificación menos que suficiente. ⁽⁵⁾

En un estudio en Valparaíso - Chile, concluyeron que: La salud bucal se percibe correlacionada con una buena apariencia, siendo importante una buena higiene para lograrla, a lo que se suma el consumo de pocos hidratos de carbono. Las mujeres son las encargadas de transmitir el conocimiento, enseñar y supervisar la higiene de los menores, quedando el resto de la familia relegada a un plano de apoyo. ⁽⁶⁾

2.1.2. Antecedentes nacionales

En un estudio en Lima - Perú, concluyeron que: El mayor porcentaje de profesionales encuestados tienen un nivel de conocimiento medio (el 65,7% de pediatras, el 71,8% de médicos generales y el 59,1% de enfermeras) y sólo el 50% de los profesionales tuvieron prácticas adecuadas respecto a medidas preventivas de caries dental en el infante. ⁽⁷⁾

En un estudio en Lima - Perú, concluyeron que: Las conductas adquiridas durante su formación universitaria fueron en un porcentaje alto, independiente de la escuela académica; las respuestas estuvieron basadas en conocimientos previos a la participación del mismo, por ello se le debe dar un mayor protagonismo en el programa al área de salud bucal. ⁽⁸⁾

En un estudio en Chimbote - Perú, concluyeron que: El conocimiento varía según grupo etáreo de las gestantes, es así que en el grupo de 20 -24 años el conocimiento es regular en mayor proporción, por lo cual hay relación de la edad y el grado de instrucción

que influye en el nivel de conocimiento de las gestantes en cuanto a las actividades bucodentales preventivas. ⁽⁹⁾

En un estudio en Trujillo - Perú, concluyeron que: Dentro de la investigación se acudió a un centro de atención de gestantes de las cuales se realizó un examen previo y luego la instrucción de los conocimientos preventivos y ver la significancia de las sesiones educativas del tema mencionado. La intervención educativa fue eficaz, sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil "El Bosque". ⁽¹⁰⁾

En un estudio en Lima - Perú, concluyeron que: El nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses de las cuales se obtiene en mayor porcentaje el regular y malo, teniendo relación con el grado de instrucción de la cuidadora reflejando en las técnicas preventivas. ⁽¹¹⁾

En un estudio en Lima - Perú, concluyeron que: La línea de base de los conocimientos de salud bucal de las madres en su mayoría fue regular, y después de las sesiones educativas los conocimientos fueron regular, seguido de bueno y por ultimo malo. El estudio demostró que las sesiones educativas con y sin estrategias didácticas de organización tienen influencia positiva en los conocimientos de salud bucal. ⁽¹²⁾

En un estudio en Perú, concluyeron que: Los resultados obtenidos nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal del personal asistencial es regular. En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento bueno. En el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales, atención odontológica en gestantes y sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular. El rango de edad más frecuente fue el de 25 a 29 años, el cual mostro un nivel de conocimiento regular. ⁽¹³⁾

En un estudio en Chimbote - Perú, concluyeron que: El total del personal médico asistencial femenino que labora en el hospital UTES la caleta, Chimbote 2014, encuestadas sobre conocimientos en Salud Bucal el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular. En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y atención odontológica en gestantes el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular. En el nivel de conocimientos sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo. El rango de edad más frecuente fue el de 20 a 25 años con un nivel de conocimiento regular. ⁽¹⁴⁾

En un estudio en Perú, concluyeron que: Del total de enfermeras encuestadas sobre conocimientos en Salud Bucal el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular. En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y atención odontológica en gestantes el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular. En el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo. El rango de edad más frecuente fue el de 25 a 29 años con un nivel de conocimiento regular. ⁽¹⁵⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Salud bucal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”. ⁽¹⁶⁾

La salud se inicia en la boca y es imprescindible mantenerlo adecuadamente para que se efectúe el proceso de comunicación de forma oral a través de una adecuada fonación, ésta no se podrá dar si se presentara problemas estomatológicos como problemas en las encías, carrillos, paladar, frenillo, y/o por la pérdida de alguna pieza dental. También, los dientes en malas condiciones ocasionan dolor, la pérdida de ellos influye en la apariencia y afectan las relaciones personales y autoimagen, hasta presentándose alteraciones en el organismo.

Se ha evidenciado que cualquier foco de infección en la cavidad bucal como la caries dental o la enfermedad periodontal son factores de riesgo para otras enfermedades como la fiebre reumática, diabetes, enfermedades respiratorias agudas, pre eclampsias entre otras.

2.2.2. Biofilm dental.

Es una película transparente, formada por microorganismos que se adhieren a los dientes, encías y lengua. Cuando se consume alimentos que contienen azúcar, las bacterias que habitan en la boca los metabolizan para producir ácidos que desmineralizan el esmalte de los dientes y/o inflaman las encías. El biofilm es la causa más frecuente de problemas dentales y mal aliento, la cual puede ser eliminada con la mejora de la técnica de higiene oral o la ayuda del profesional.

2.2.3. Principales enfermedades de la boca.

2.2.3.1. Caries.

Es una enfermedad infecciosa multifactorial que ocasiona el daño de los tejidos duros del diente, producido por una desmineralización comenzando por el esmalte, luego dentina y pulpa, siendo causada por la presencia de biofilm y el consumo de una dieta cariogénica (azúcares finos), ello sumado a la falta de higiene bucal, técnica de cepillado inapropiada, no utilización de hilo dental y enjuague bucal.

2.2.3.2. Caries de infancia temprana.

Es la enfermedad que afecta a los infantes que consumen bebidas azucaradas (jugos, leche industrializada) en biberones frecuentemente, por lo cual estos azúcares finos se exponen a los dientes en periodos como siestas o por las noches, produciendo un daño destructivo a la dentición primaria y en particular a los incisivos superiores de los niños.

2.2.3.3. Enfermedades periodontales.

Es la patología que afecta a los tejidos de soporte de los dientes, de etiología multifactorial, pero comúnmente por la presencia y persistencia de biofilm y sarro dental que producen inflamación de las encías; si su causa principal no es eliminada estas tienen una elevada capacidad destructiva local del periodonto y potencial daño sistémico, así tenemos a la:

- Gingivitis: es la inflamación de las encías, provocando su cambio de color de rosa pálido a rojo brillante; de estructura lisa y sangrado frecuente al consumo de alimentos o cepillado. Esto desaparece con una técnica correcta de cepillado de dientes, uso de hilo dental y/o enjuague bucal.
- Periodontitis leve: enfermedad que empieza a destruir el hueso alveolar y tejidos de soporte (cemento radicular y ligamentos).
- Periodontitis moderada a severo: en las cuales se da la pérdida del hueso y tejidos de soporte.

2.2.4. Medidas preventivas.

Es la acción de los conocimientos que se posee acerca de salud bucal y se realiza en los hábitos cotidianos de higiene, de forma individual y colectiva.

La higiene oral es la base de la prevención y mantenimiento saludable de los dientes, siendo su objetivo principal la eliminación del biofilm a través de diversas técnicas de cepillado y uso de hilo/seda dental:

La higiene bucal se inicia desde el nacimiento:

1. Cuando el bebé no tenga dientes, la mamá o cuidador debe limpiar suavemente las encías con un paño humedecido con agua hervida fría una vez al día, preferentemente después de bañarlo.
2. Del momento que erupciona el primer diente del niño(a) hasta los 2 años, la mamá o cuidador debe continuar limpiando los dientes y encías suavemente con un paño humedecido con agua hervida fría más agua oxigenada en la proporción de 3/1 preferentemente 2 veces al día, pero muy importante antes de acostar al niño(a), con la intención que duerma con la boca limpia y evitar la caries de infancia temprana.
3. En los niños a partir de los 2 años, donde ya les erupcionó la primera molar decidua, la mamá o cuidador debe de realizar la higiene bucal después de cada comida con cepillo dental de cabeza pequeña y con cerdas suaves. La higiene bucal se puede realizar con o sin pasta dental, si se decide no usar pasta dental debe continuarse con la formula mencionada en el punto 2, en caso de usar pasta dental esta no debe contener flúor porque el niño(a) podría tragar la pasta dental que le ocasionaría daños dentales posteriores; la cantidad de pasta dental debe ser del tamaño de un grano de arroz. La higiene bucal a partir de esta edad se debe realizar mínimo 2 veces al día y obligatoriamente antes de acostar al niño(a).
4. A partir de los 3 años hasta los 6 años de edad, la mamá o cuidador del niño (a) debe de realizar el cepillado dental diariamente después de cada comida, con pasta dental con 500 partes por millón (ppm) de flúor y cepillo dental de cabeza pequeña con cerdas suaves; la cabeza pequeña permite cepillar y limpiar todas las zonas de la boca. La cantidad de pasta dental que se debe utilizar es del tamaño de una lenteja.

La higiene bucal a partir de esta edad se debe realizar mínimo 3 veces al día y obligatoriamente antes de acostar al niño(a), pues el niño(a) a esta edad ya tiene completo sus veinte dientes deciduos y estos necesitan permanecer el mayor tiempo posible limpios. De aquí en adelante al niño se le puede prestar el cepillo de dientes para que practique el cepillado de los dientes, sin que los padres consideren

este cepillado como uno adecuado, recordando que la higiene oral del niño está bajo la responsabilidad de los padres. Se debe cambiar el cepillo de dientes por uno nuevo cada tres meses o cuando las cerdas del cepillo se doblen, ya que en estas condiciones no limpian adecuadamente y pueden dañar las encías.

5. A partir de los 7 años hasta los 11 años de edad, el niño(a) ya es capaz de realizarse la higiene oral solo; pues su desarrollo psicomotriz se va haciendo más fino, se recomienda usar pasta dental de 1100 ppm de flúor; siempre bajo la supervisión de los padres o cuidadores quienes estarán supervisando si el cepillado de dientes es el adecuado para mantener los dientes sanos y limpios para evitar las enfermedades más comunes de cavidad bucal.

2.2.4.1. Técnicas de cepillado.

2.2.4.1.1. Técnica de cepillado para menores de ocho años.

1. Se recomienda utilizar la técnica de cepillado de FONES ⁽¹⁷⁾ por la poca motricidad del niño; las cerdas del cepillo se colocan perpendicular a la cara de los dientes que se van cepillar, el movimiento del cepillado es en forma circular (dando vueltas sobre la superficie de los dientes) cepillando dos a tres dientes a la vez y siempre teniendo un orden de cepillado, se recomienda empezar por los dientes superiores y luego los inferiores, de derecha a izquierda, primero la cara externa de los dientes y luego la cara interna y por último la cara masticatoria de los dientes, finalizando con la limpieza de la lengua con movimientos de atrás hacia adelante.
2. Iniciar a cepillar las caras externas de los dientes superiores del lado derecho, empezar de molares siguiendo a premolares, canino, incisivos, caninos, premolares y molares superiores izquierdo, bajar a las caras externas de los dientes inferiores izquierdo y continuar de molares, premolares, canino, incisivos, canino, premolares y molares inferiores derecho; aquí se termina de limpiar la cara externa de los dientes.
3. Para realizar la limpieza de la cara interna de los dientes, utilizar el mismo orden que se utilizó anteriormente para no olvidarnos de cepillar ningún diente; así se termina de limpiar la cara interna de los dientes.
4. Continuar a limpiar la cara masticatoria de los dientes con el mismo movimiento rotario y con el mismo orden ya explicado.
5. Finalizar la higiene bucal con la limpieza de la lengua, para esto se puede utilizar el limpiador de lengua o caso contrario utilizar el cepillo de dientes, iniciar a limpiar la lengua con movimientos de barrido de atrás hacia delante y de derecha a izquierda

hasta eliminar los restos de comida que se evidencia como placas blanquecinas sobre la lengua.

2.2.4.1.2. Técnica de cepillado para mayores de ocho años.

1. Se recomienda utilizar la técnica de cepillado de STILLMAN ⁽¹⁷⁾ porque el niño a esta edad ya tiene buena motricidad; las cerdas del cepillo se colocan perpendicular a la cara de los dientes que se van cepillar, pero con una ligera inclinación de 45° hacia las encías, el movimiento del cepillado es en forma de barrido desde las encías hasta el borde oclusal o incisal de acuerdo a los dientes que nos encontramos cepillando, cepillar de dos a tres dientes a la vez y siempre teniendo un orden de cepillado, se recomienda empezar por los dientes superiores y luego los inferiores, de derecha a izquierda, primero la cara externa de los dientes y luego la cara interna y por último la cara masticatoria de los dientes, finalizando con la limpieza de la lengua con movimientos de atrás hacia adelante.
2. Iniciar a cepillar las caras externas de los dientes superiores del lado derecho, empezar de molares siguiendo a premolares, canino, incisivos, caninos, premolares y molares superiores izquierdo, bajar a las caras externas de los dientes inferiores izquierdo y continuar de molares, premolares, canino, incisivos, canino, premolares y molares inferiores derecho; aquí se termina de limpiar la cara externa de los dientes.
3. Para realizar la limpieza de la cara interna de los dientes, utilizar el mismo orden que se utilizó anteriormente para no olvidarnos de cepillar ningún diente; así se termina de limpiar la cara interna de los dientes.
4. Continuar a limpiar la cara masticatoria de los dientes con movimientos rotatorios y con el mismo orden ya explicado.
5. Finalizar la higiene bucal con la limpieza de la lengua, para esto se puede utilizar el limpiador de lengua o caso contrario utilizar el cepillo de dientes; iniciar a limpiar la lengua con movimientos de barrido de atrás hacia adelante y de derecha a izquierda hasta eliminar los restos de comida que se evidencia como placas blanquecinas sobre la lengua.

2.2.4.2. Uso de hilo o seda dental.

El uso de hilo dental es importante para hacer la limpieza de los espacios interproximales entre los dientes ya que el cepillado solo hace un 70% de la higiene bucal. Se recomienda lo siguiente:

1. Tomar 40 cm aproximadamente de hilo dental con la mano derecha y fijar un extremo del hilo en el dedo índice de la mano izquierda mediante un enredo; con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, estirar 3 cm de hilo para iniciar a limpieza de los espacios interproximales de los dientes.
2. Los dedos índice y pulgar de ambas manos nos ayudarán a guiar el hilo, pero para limpiar algunos dientes en especial se utilizarán otros dedos que se acomoden mejor a cada paciente.
3. Se inicia a limpiar los espacios interproximales en el mismo orden que se cepillan los dientes (iniciar por la arcada superior de derecha a izquierda y luego en la arcada inferior de izquierda a derecha).
4. Mantener el hilo dental estirado y con movimientos de zig zag introducirlo entre los dientes, tener cuidado de no lastimar las encías. Sostener el hilo rígido y apoyarlo contra la cara proximal de uno de los dientes y deslizar el hilo de arriba hacia abajo unas 5 veces para limpiar esa cara, repita los movimientos contra la cara del diente adyacente.
5. Repetir este pasó en cada espacio interproximal de los dientes contiguos, conforme se vayan limpiando los espacios interproximales de los dientes se va necesitar nuevos tramos de hilo limpio, y así hasta terminar con todos los espacios interproximales en el orden ya dado.

2.2.4.3. Topicación de flúor

El flúor es el principal responsable de la disminución de la caries dental en los países desarrollados, ningún producto se ha impuesto al flúor como medida económica, inocua y eficiente en la prevención de la caries dental. Los fluoruros como el de potasio, estaño, sodio o monoflúor fosfato ⁽¹⁸⁾; son compuestos que cuan próximos a la superficie del diente fortalecen el esmalte dental, reducen la solubilidad del mismo, dándole mayor dureza y resistencia al ataque ácido de las bacterias en cada ingesta de alimentos y así prevenir el inicio de la caries dental. Se recomienda su uso con supervisión profesional a partir de la erupción de los primeros dientes deciduos. La aplicación tópica de flúor es más común en los niños porque son el grupo etéreo más vulnerable a padecer de caries dental. Se puede aplicar como:

2.2.4.3.1. Barniz de flúor.

De fácil aplicación y recomendado usar en niños, se aplica en zonas puntuales y se seca rápidamente por lo que no hay riesgo de que el niño degluta el barniz de flúor. Presentan un contenido elevado de flúor, estudios realizados han demostrado una reducción de caries hasta de 50% ⁽¹⁸⁾. Dentro de los barnices tenemos:

- Flúor protector, es un barniz de poliuretano con base de difluor silano que contiene 1000 ppm o 0.1% de ion flúor. Es muy bueno para el tratamiento de caries incipiente, de uso frecuente y es de bajo costo.
- Duoflorid XII, es un barniz de fluoruro de sodio al 6% y fluoruro de calcio al 6%, es un barniz de secado rápido que se adhiere con facilidad al esmalte y dentina expuesta, proporcionando una fluorización superficial de la región tratada.
- Clinpro, es un barniz de fluoruro de sodio al 5% que contiene fosfato tricalcico que sirve como fuente de calcio y fósforo biodisponible en la saliva, optimizando su liberación en la superficie del diente, se puede aplicar en superficies dentales húmedas que ayuda a la adhesión y migración del flúor a superficies difícil de alcanzar.
- Duraphat, es un barniz de fluoruro de sodio a base de colofonio, contiene 22600 ppm o 5 % de ion flúor, de uso frecuente por beneficios que brinda, es de la marca Colgate.

2.2.4.3.2. Flúor en gel.

Su efectividad es indiscutible ya que presenta una eficacia de 14 a 28% en la reducción de caries. Los siguientes son fácil de conseguir y son los más usados:

- Gel de Flúor fosfato acidulado al 1.23%, tiene una concentración de 12,3 mg/ml de ión flúor y está compuesto por fluoruro de sodio, ácido fluorhídrico y ácido fosfórico. A las ventajas del NaF se añadió un ph más bajo, con lo cual la captación de flúor por el esmalte es mayor. Es el compuesto fluorado más utilizado por los profesionales, pero puede provocar erosión de restauraciones de composite o porcelana si es aplicado con frecuencia.
- Gel de Fluoruro de sodio neutro al 2%, tiene una concentración de 9.000 ppm de ion flúor y ph neutro de 6.5 – 7.5, adecuado para pacientes con restauraciones de composite o porcelana, tiene sabor aceptable, y es tolerable en comparación al

fluoruro ácido. Se aplica por 4 minutos para una adecuada penetración del fluoruro al esmalte dental.

2.2.4.3.3. Enjuagatorios de flúor.

Hay distintos tipos en el mercado:

- Fluoruro de sodio al 0,05%: este se recomienda para los infantes y se pueden aplicar desde que erupcionan los primeros dientes, no es tóxico; se utiliza en dosis bajas pero en alta frecuencia. Este enjuagatorio es de uso diario y se aplica por las noches mediante un hisopo, contiene 230 ppm.
- Fluoruro de sodio al 0,2 %, de uso semanal, indicado para los niños con alto riesgo de caries porque contiene 910 ppm y también es de uso profesional. ⁽¹⁹⁾

2.2.4.3.4. Uso de Pasta dental con flúor.

La topicación de flúor a través de las pastas dentales es una forma más racional de prevención de la caries dental, sin duda, la forma más popular de uso tópico. Los niños menores de 30 meses no deben usar pasta dental. En niños de 3 a 6 años se recomienda pasta dental de 500 ppm y debe ser siempre supervisado por un adulto, y los mayores de 7 años pueden usar pasta dental de 1100 ppm, siempre y cuando no excedan las 1500 ppm. ⁽²⁰⁾

2.2.4.4. Aplicación de sellante de fosas y fisuras.

Los sellantes son compuestos químicos que se aplican en las fosas y fisuras profundas de las caras oclusales de molares que se encuentran libre de caries, con la finalidad de impedir que el biofilm se instaure en estos lugares y así evitar la aparición de caries dental.

2.2.5. Prevención de hábitos nocivos.

Son prácticas fijadas y nocivas que se repiten cotidianamente que pueden ocasionar trastornos en el desarrollo maxilofacial y mal oclusión dental.

- Succión Digital: Hábito que se presenta con frecuencia en los infantes, que puede aparecer por conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención; debe ir eliminándose para los 2 años de edad. Cuando persiste este hábito después de los 3 años causa problemas dentomaxilares, ocasionando que los dientes incisivos superiores se vestibularicen y los incisivos inferiores se linguovercionen, dificultando la pronunciación de algunas consonantes como s, t, r, f.

- Respirador bucal: Hábito común en niños que presentan problemas nasales, respiratorios, hipertrofia de amígdalas palatinas, adenoides, etc., lo que produce una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula, este hábito conlleva a que los labios queden entreabiertos (provocando resequedad de labios y encías) y la lengua en una posición baja, perdiendo con ello su capacidad morfofuncional que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales; por lo que su tratamiento es integral por el médico especialista y el odontólogo.
- Onicofagia: Es un hábito compulsivo frecuente que puede aparecer antes de los 3 años de edad continuar en la adolescencia y si no se elimina oportunamente puede perdurar hasta la adultez; asociado a cuadros de ansiedad, angustia, estrés; puede producir desgaste mínimo de los dientes incisivos, así como infecciones producidas por bacterias u hongos que pasan a la boca al morder las uñas. Se debe hablar con el niño acerca de este hábito y explicarle de las consecuencias de persistir con esto y averiguar su causa para ayudarlo a canalizar su energía, de persistir este hábito puede que el niño esconde algún trastorno emocional y debe ser tratado por un especialista.
- Mordedores de objetos: Es un hábito bastante común en niños de 6 a 12 años de edad, también asociados a cuadros de ansiedad, las cosas que suelen morder o succionar son lapiceros, lápices, cabello, etc. La persistencia de este hábito puede producir desgaste mínimo de dientes y mal posición dentaria.

2.2.6. Nutrición y dieta.

La salud bucal también depende de la alimentación y nutrición recibida desde el inicio de la vida por lo que es necesario cumplir con cada etapa, es así que la lactancia materna debe ser recibida hasta los seis meses exclusivamente, luego continuar con la alimentación complementaria desde alimentos aplastados, picados y enteros según progresa la edad del niño y erupción de dientes, y uso de los músculos masticatorios. También la necesidad de una dieta balanceada de proteínas, carbohidratos, frutas y vegetales, en el suministro de fibras, vitaminas y minerales que apoyan al reforzamiento del desarrollo de los dientes.

Así mismo disminuir los alimentos cariogénicos como son los dulces, caramelos, pasteles entre otros. Se sugiere no dar alimentos y bebidas con azúcar hasta los 2 años de edad a los niños, ya que con esta actitud se retarda el proceso de la caries dental.

Además, los padres deben comprender que los niños no antojan lo que no han probado, como muchas veces son las creencias de los padres por lo cual añaden a la dieta de los infantes dulces y comidas pegajosas antes de lo debido.

2.2.7. Transmisibilidad microbiana de madre a hijo.

El niño nace con la boca libre de bacterias, y posteriormente será colonizada por bacterias que jugarán un papel importante en el desarrollo de la caries dental. Se ha reconocido a la madre como la principal fuente de contaminación de bacterias cariogénicas al niño mediante conductas como probar el biberón, soplar o probar las comidas del niño, dándole besos en la boca, pues es la saliva de la madre que esta contendida de bacterias y pasan a la boca del niño mediante estas acciones. Según la capacidad viral de las bacterias de la madre que colonizaron la boca del niño y según la higiene oral que se le da a este, se iniciara el proceso de la caries dental.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Consulta odontológica: Es la atención destinada a formular el diagnóstico odontoestomatológico de un paciente a través del odontograma y la definición del riesgo bucal, así como planificar las sesiones recuperativas para restaurar la salud oral.

2.3.2. Promoción en salud oral: Combinación de actividades educativas, organizadas para fomentar conductas de auto cuidado e información necesaria para evitar enfermedades orales mediante consejería, charlas y talleres con temas de higiene oral, nutrición adecuada e importancia del flúor.

2.3.3. Prevención en salud oral: Acciones específicas para evitar la lesión como consecuencia de la patología dental con énfasis en control de placa bacteriana, aplicación de sellante, aplicación de flúor y profilaxis.

2.3.4. Conocimiento: Es el conjunto de información resultado del proceso de aprendizaje teórica y/o practica donde se incorpora dicha información al sistema mental para poder ser utilizados posteriormente en la vida cotidiana para la solución de problemas.

2.3.5. Nivel de conocimiento: Es la medida de la capacidad del individuo de usar la información que posee de manera lógica en la solución de problemas cotidianos.

- 2.3.6. Nivel de conocimiento en salud bucal:** Es la medida de la capacidad del individuo de usar la información que posee de manera lógica en mantener y transmitir conocimientos en salud bucal tanto de forma preventiva y recuperativa.
- 2.3.7. Micro Red:** es el conjunto de establecimientos de nivel I-1, I-2 y I-3, dentro de una jurisdicción territorial.
- 2.3.8. Red de Salud:** es el ente rector de los establecimientos de salud que se encuentran dentro de una jurisdicción territorial.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Método y alcance de la investigación

El estudio es de tipo descriptiva.

3.2. Diseño de la investigación

Es de diseño no experimental descriptivo.



M: Personal de salud.

O: Descripción de la muestra

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población.

La población está compuesta por el personal de salud que labora en la jurisdicción de la Micro red Acoria de la Provincia de Huancavelica: N=81

3.3.2. Muestra.

El tipo de muestreo que se realizó es no probabilística - muestreo intencional o de conveniencia. El tamaño de muestra es de 66, sometidos a los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Personal asistencial de carrera profesional que labora en la jurisdicción: Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Obstetras, Licenciadas en Enfermería y Nutricionista.
- Personal asistencial de carrera técnica que labora en la jurisdicción: Técnicos en enfermería.
- Contar con tiempo de experiencia laboral con el estado, incluido serums.

Criterios de exclusión

- Personal de salud pre profesional.
- Personal profesional: Psicólogo, tecnólogo médico, Biólogo.
- Personal técnico de laboratorio.
- Personal administrativo que labore en la jurisdicción.
- Personal de salud que no está contemplado en los objetivos.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue encuesta con su instrumento - cuestionario o prueba pedagógica. El instrumento de recolección de datos constó de 20 preguntas todas con 5 opciones de respuestas. El puntaje se midió de 1 a 5 puntos por pregunta y en función a 100 puntos. Los valores sumados de las respuestas se tomó se la siguiente manera:

- El intervalo de 60 a 74 puntos se consideró como nivel malo de conocimiento.
- El intervalo de 75 a 82 puntos se consideró como nivel medio de conocimiento.
- El intervalo de 83 a 100 puntos se consideró como nivel bueno de conocimiento.

Para la recolección de datos, se presentó un documento al jefe de la Micro Red Acoria solicitando permiso para poder aplicar la encuesta a los trabajadores de los EE.SS, previo a ello, se le explicó sobre este estudio, sus objetivos y la trascendencia que se va tener al obtener los resultados, para así tomar medidas a fin de mejorar el conocimiento sobre salud bucal del personal de salud y de esta manera influenciar en los pacientes que acuden a los EE.SS, para mejorar su calidad de salud bucal y su estado de salud general.

Ya con el permiso del jefe de la Micro Red Acoria se convocó a reunión a todos los trabajadores en dos centros de salud que conforman la Micro red Acoria y se les explicó

sobre este proyecto de investigación, sus objetivos y sobre la forma en que se procesarán los resultados que serán confidenciales. Se tomó 30 minutos para la aplicación de la encuesta, resolviendo las dudas del personal sobre algunas preguntas.

En la Micro red Acoria laboran 81 trabajadores de los cuales por criterio propio de conveniencia y aplicación de los criterios de inclusión y exclusión la muestra estuvo conformada por 66 trabajadores.

Obtenidas las encuestas, se inició a clasificarlas de acuerdo a los objetivos del proyecto de tesis y procesar los resultados con el programa estadísticos SPSS V23, por medio de escalas de medición y posteriormente en la fase de ejecución; los resultados de la encuesta se plasmaron en cuadros y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

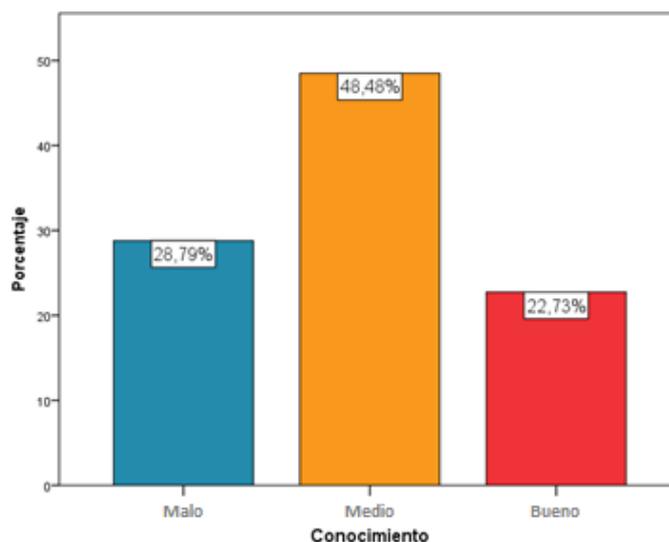
4.1. Resultados y análisis de la información

Tabla N° 1. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017

Nivel de Conocimiento de Salud Bucal	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	19	28,8	28,8
Medio	32	48,5	77,3
Bueno	15	22,7	100,0
Total	66	100,0	

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 01. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

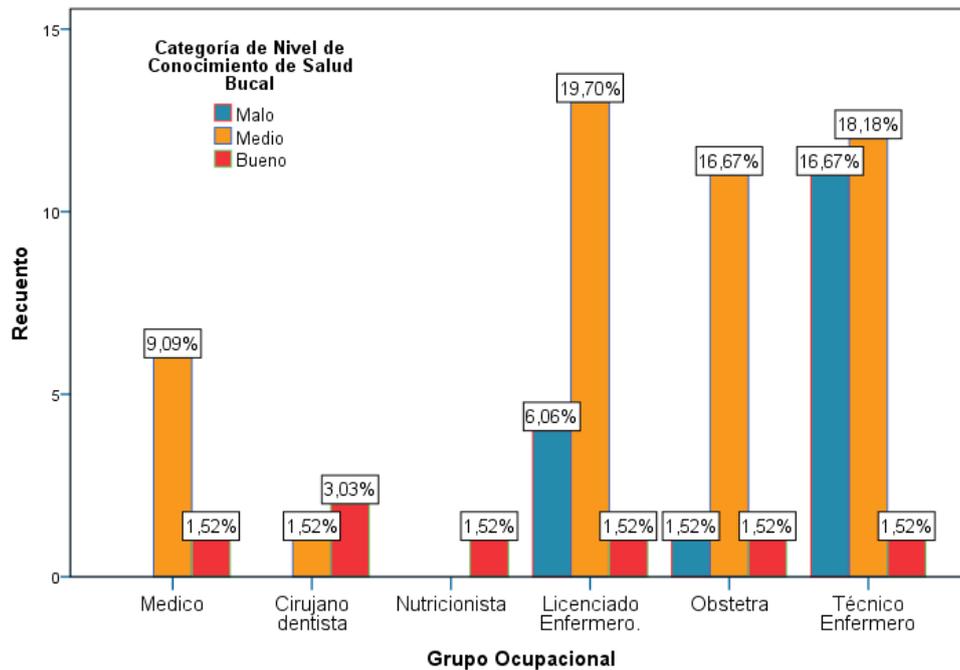
La tabla y figura N° 01 respectivamente, indican que el nivel de conocimiento medio es el preponderante (48.46%) seguido por el nivel malo (28.79%) y bueno (22.73%).

Tabla N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017

Nivel de Conocimiento de Salud Bucal	<i>Médico</i>	<i>Cirujano dentista</i>	<i>Nutricionista</i>	<i>Licenciado en Enfermería</i>	<i>Obstetra</i>	<i>Técnico en Enfermería</i>
Malo	0,00%	0,00%	0,00%	6,06%	1,52%	16,67%
Medio	9,09%	1,52%	0,00%	19,70%	16,67%	18,18%
Bueno	1,52%	3,03%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%
Total	10,61%	4,55%	1,52%	27,27%	19,70%	36,36%

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y figura N° 02 respectivamente, indican que el nivel de conocimiento bueno se dan en los cirujano dentistas (3.03%) y nutricionista (1.52%).

El nivel de conocimientos medio se dan en los médicos cirujanos (9.09%), licenciados en enfermería (19.70%) y las obstetras (16.67%). Los técnicos en enfermería tienen un nivel de conocimientos medio preponderante (18.18%).

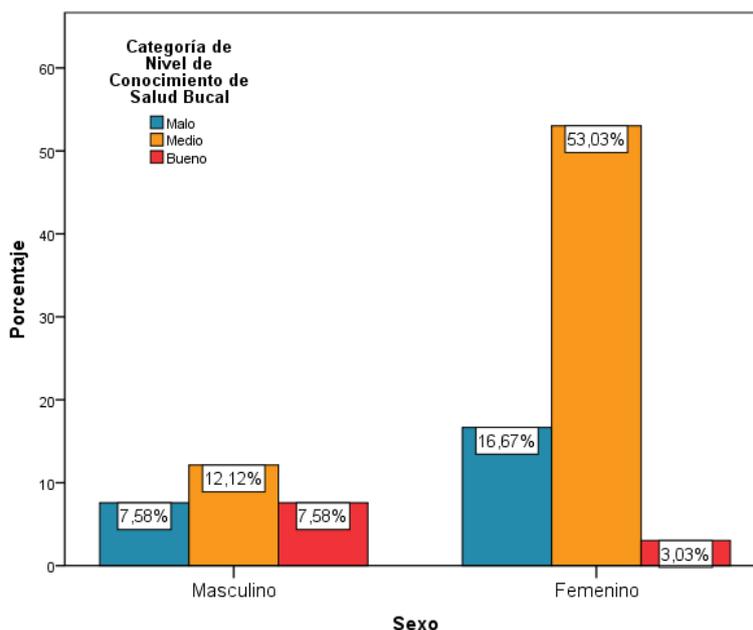
Según al grupo ocupacional, se puede apreciar que es predominante el nivel “Medio” de conocimientos.

Tabla N° 03. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017

Nivel de Conocimiento de Salud Bucal	Sexo	
	Masculino	Femenino
Malo	7,58%	16,67%
Medio	12,12%	53,03%
Bueno	7,58%	3,03%
Total	27,27%	72,73%

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 03. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y figura N° 03 respectivamente, indican que en el grupo masculino (12.12%) como en el grupo femenino (53.03%), el nivel de conocimiento medio es el preponderante.

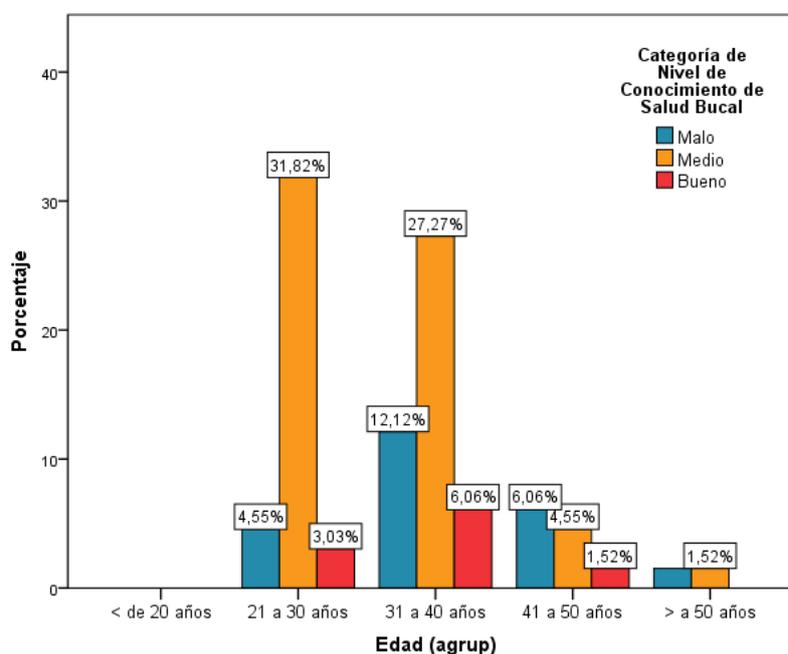
Según el sexo, se puede apreciar que es predominante el nivel “Medio” de conocimientos.

Tabla N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017

Nivel de Conocimiento de Salud Bucal	Edad				
	< 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	> 50 años
Malo	0,00%	4,55%	12,12%	6,06%	1,52%
Medio	0,00%	31,82%	27,27%	4,55%	1,52%
Bueno	0,00%	3,03%	6,06%	1,52%	0,00%
Total	0,00%	39,39%	45,45%	12,12%	3,03%

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y el gráfico N° 04 respectivamente, indican que el nivel de conocimiento medio es predominante en los de 21 a 30 años (31.82%) y en los de 31 a 40 años (27.27%).

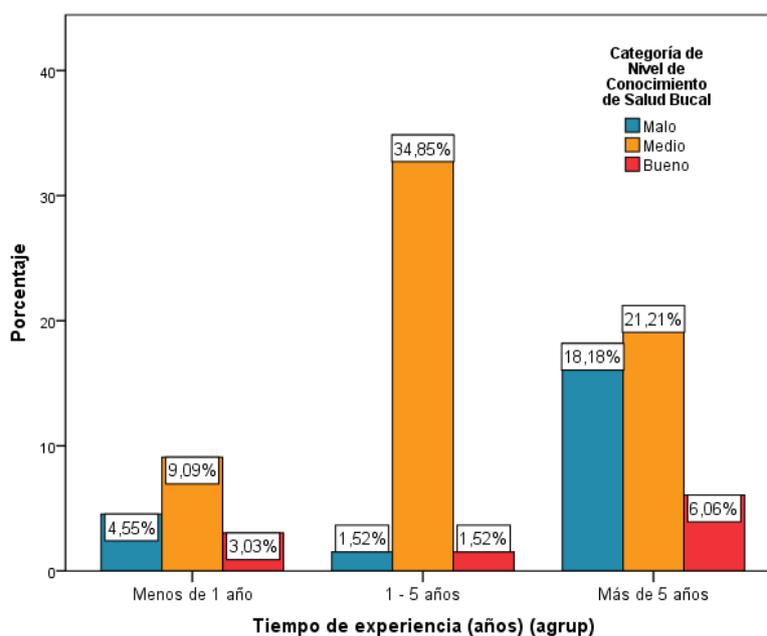
Por lo que se podría concluir que en la Micro Red Acoria, a más edad el nivel de conocimientos sobre salud bucal no es mayor, por el nivel de formación, oportunidades y disposición de capacitaciones.

Tabla N° 05. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017

Nivel de Conocimiento de Salud Bucal	Tiempo de experiencia		
	Menos de 1 año	1 - 5 años	Más de 5 años
Malo	4,55%	1,52%	18,18%
Medio	9,09%	34,85%	21,21%
Bueno	3,03%	1,52%	6,06%
Total	16,67%	37,88%	45,45%

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 05. Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y el grafico N° 05 respectivamente, indican que el nivel medio de conocimiento es el preponderante en los tres grupos de experiencia laboral, resaltando en los de 1-5 años (34.85%).

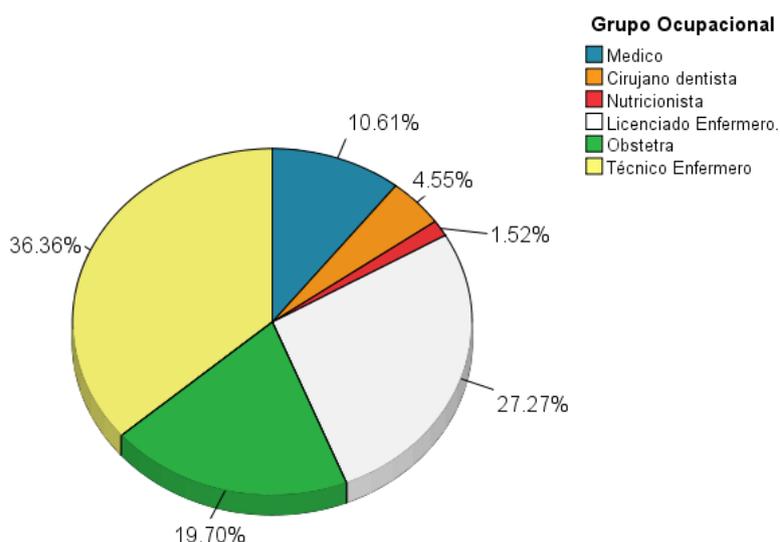
Por lo que se podría concluir que en la Micro Red Acoria, a más tiempo de experiencia laboral el nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal es mayor.

Tabla N° 06. Distribución según Grupo Ocupacional

Grupo ocupacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medico	7	10.6	10.6
Cirujano dentista	3	4.5	15.2
Nutricionista	1	1.5	16.7
Licenciado en Enfermería	18	27.3	43.9
Obstetra	13	19.7	63.6
Técnico en Enfermería	24	36.4	100.0
Total	66	100.0	

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 06. Distribución según grupo ocupacional



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

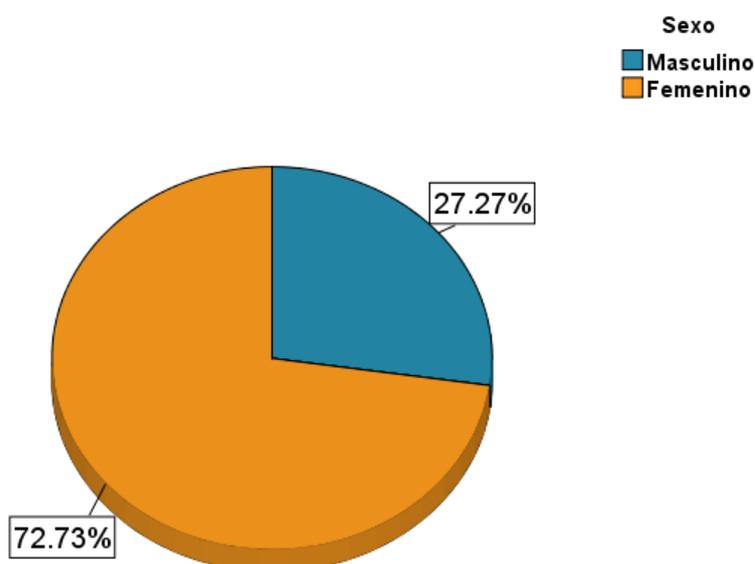
La tabla y el grafico N° 06 respectivamente, indican que el 1.5% (1) es nutricionista, el 4.5% (3) es cirujano dentista, el 10.6% (7) es médico cirujano, el 19.7% (13) son obstetras, el 27.3% (18) es licenciado en enfermería y el 36.4% (24) es técnico en enfermería (n=66).

Tabla N° 07. Distribución según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	18	27.3	27.3
Femenino	48	72.7	100.0
Total	66	100.0	

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 07. Distribución según sexo



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y el grafico N° 07 respectivamente, indican que el 27.3% (18) es del sexo masculino y el 72.7% (48) es del sexo femenino (n=66).

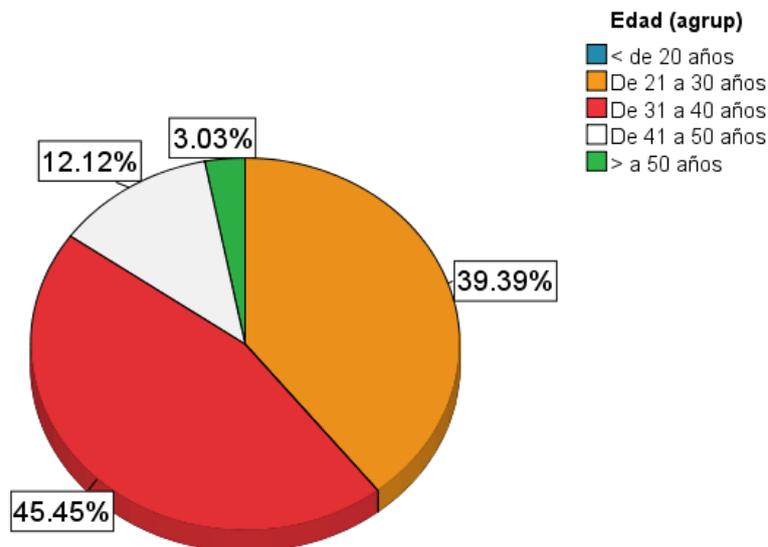
Se puede observar que en la Micro Red Acoria, laboran una mayor cantidad de personal femenino que masculino en una proporción de 3/1.

Tabla N° 08. Distribución según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 21 a 30 años	26	39.4	39.4
De 31 a 40 años	30	45.5	84.8
De 41 a 50 años	8	12.1	97.0
> a 50 años	2	3.0	100.0
Total	66	100.0	

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 08. Distribución según edad



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y el gráfico N° 08 respectivamente, indican que el 3.0% (2) son > a 50 años de edad, el 12.1% (8) son de 41 a 50 años de edad, el 39.4% (26) son de 21 a 30 de edad, y el 45.5% (30) son de 31 a 49 años de edad (n=66).

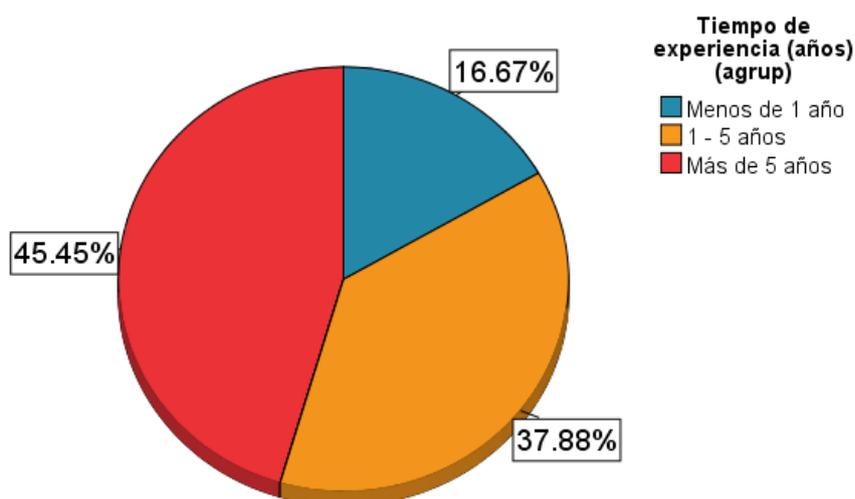
El grupo de 21 a 40 años es el de mayor porcentaje, siendo este grupo más constante y con más oportunidades al aprendizaje.

Tabla N° 09. Distribución según tiempo de experiencia laboral

Tiempo de experiencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 año	11	16.7	16.7
1 - 5 años	25	37.9	54.5
Más de 5 años	30	45.5	100.0
Total	66	100.0	

FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Figura N° 09. Distribución según tiempo de experiencia



FUENTE: Base de datos de la investigación 2017

Interpretación:

La tabla y el gráfico N° 09 respectivamente, indican que el 16.7% (11) tienen < de 1 año de tiempo de experiencia, el 37.9% (25) tienen entre 1 – 5 años de tiempo de experiencia, y el 45.5% (30) tienen más de 5 años de experiencia laboral (n=66).

Se identifica que hay una mayor frecuencia de trabajadores con más de 5 años de experiencia (45.5%).

4.2. Discusión de resultados

La presente investigación determinó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la micro red Acoria es un nivel medio de conocimiento, que coincide con Mendoza Graza J. (2014), que concluye que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal del personal asistencial es regular; también se coincide con Contreras N. et al (2008), en su estudio concluyen el mayor porcentaje de profesionales encuestados tienen un nivel de conocimiento medio; a diferencia de Pizarro C, Valenzuela D. (2014) que concluyen que el equipo de salud reprueba sus conocimientos de salud oral, obteniendo una calificación menos que suficiente.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional, se identificó que los cirujanos dentistas y nutricionista poseen un buen nivel de conocimientos; los médicos cirujanos, las obstetras y licenciadas en enfermería poseen un nivel medio de conocimiento y los técnicos en enfermería poseen un nivel medio preponderante (18.18% con respecto a 16.67% de nivel malo); que coincide con Hidalgo G, Nolasco T. (2014) que concluye que las enfermeras poseen un nivel medio de conocimiento; también coincide con Contreras N. et al (2008) que concluye que el mayor porcentaje de profesionales encuestados tienen un nivel de conocimiento medio (el 71,8% de médicos generales y el 59,1% de enfermeras). Cabe resaltar que las licenciadas y los técnicos en enfermería se encuentran sin excepción en todos los EE.SS. del primer nivel de atención y son los que deberían poseer un nivel de conocimiento bueno, puesto que son el grupo ocupacional con mayor contacto con la población que no tiene acceso a consejerías sobre salud bucal materno infantil.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo, se identifica que el nivel medio es el preponderante para ambos sexos; mientras que en el grupo femenino se ve una frecuencia mayor en el nivel malo (16.67%) que en el bueno (3.03%). Además cabe resaltar que en la micro red Acoria laboran una mayor cantidad de personal femenino (72.7%) que masculino (27.3%) en una proporción de 3/1.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad, se identifica que el nivel medio de conocimiento es el preponderante entre los de 21 y 40 años, que coincide con Mendoza Graza J. (2014) que concluye que los de 25 a 29 años presentaron un nivel de conocimiento regular y son el rango de edad más frecuente; de igual manera se coincide con Hidalgo G, Nolasco T. (2014) que concluyen el rango de edad más frecuente fue el de 25 a 29 años con un nivel

de conocimiento regular; en lo que no se coincide con estos dos autores es en la frecuencia de edad ya que en nuestra investigación el rango de edad más frecuente fue de 31 a 40 años de edad y con un nivel de conocimiento malo preponderante. Por lo que se podría concluir que en la Micro Red Acoria, a más edad el nivel de conocimiento sobre salud bucal no es mayor.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral, se identifica que hay una mayor frecuencia de trabajadores con más de 5 años de experiencia (45.5%); y a su vez el nivel medio de conocimiento es el preponderante en los 3 grupos. Por lo que se podría concluir que en la Micro Red Acoria, a más tiempo de experiencia laboral el nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal es mayor.

CONCLUSIONES

1. La presente investigación determinó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria fue un nivel medio de conocimiento.
2. Se identificó que los cirujanos dentistas y nutricionista poseen un buen nivel de conocimiento; los médicos cirujanos, las obstetras y licenciadas en enfermería poseen un nivel medio de conocimiento y los técnicos en enfermería poseen un nivel medio preponderante (18.18% con respecto a 16.67% de nivel malo).
3. Se identificó que el nivel medio de conocimiento fue el preponderante para ambos sexos. Resaltar que en la Micro Red Acoria laboran una mayor cantidad de personal femenino (72.7%) que masculino (27.3%) en una proporción de 3/1.
4. Se identificó que el nivel medio de conocimiento es el preponderante entre los profesionales con edades entre 21 y 40 años. El rango de edad más frecuente fue de 31 a 40 años de edad y con un nivel de conocimientos malo preponderante. Por lo que se podría concluir que en la Micro Red Acoria, a más edad el nivel de conocimientos sobre salud bucal no es mayor, por el nivel de formación, oportunidades y disposición de capacitaciones.
5. El nivel de conocimientos sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral, se identificó que el nivel medio de conocimientos es el preponderante en los 3 grupos, y hay una mayor frecuencia de trabajadores con más de 5 años de experiencia (45.5%). Por lo que se podría concluir que en la Micro Red Acoria, a más tiempo de experiencia laboral el nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal es mayor.

RECOMENDACIONES

1. Capacitación oportuna a los cirujanos dentistas de los EE.SS. en actividades preventivos promocionales actuales y acorde a la realidad de los lugares de trabajo y a la población que se beneficia.
2. Los cirujano dentistas deben brindar por lo menos 2 veces al año capacitaciones a todo el personal de salud que labora en la Micro red Acoria sobre medidas preventivas promocional en salud bucal materno infantil para así mediante la consejería de ellos la población conserve una salud bucal adecuada y hacer la interconsulta o referencia de los pacientes oportunamente.
3. Se debe implementar el programa de salud bucal materno infantil en todos los EE.SS. para que el personal que maneje el programa este en las condiciones adecuadas de dar una asesoría eficiente a la población que acuda.
4. Enfatizar y concientizar al personal de salud que la educación y prevención son las medidas más eficaces para mantener una salud bucal adecuada.
5. Se deben realizar investigaciones para hallar el nivel de participación del personal de salud en la promoción y prevención de la salud bucal.
6. Es necesario que las futuras investigaciones sobre el tema aumenten el número de la muestra utilizada en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. México: Mc GRAW – HILL. 2010
2. TEIXEIRA GONZÁLEZ, PABLO, y VÁZQUEZ CABALLERO, CIRYAN. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 A 3 años Hospital materno infantil San Pablo.: Rev. Salud pública Parag. 2011; [online] vol. 1 (1): 3-s.n., 2010.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/10/21>
3. YERO MIER ET AL., Conocimiento sobre salud buco-dental de las Embarazadas. Consultorio la california. 2012, Gac Méd Espirit vol.15 no.1 Sancti Spíritus ene.-abr. 2013. [Online] California.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1608-89212013000100004
4. MARÍA ANGÉLICA GOMES. Guía de abordaje integral a la salud bucodental para el equipo de salud. Paraguay 2012.
5. PIZARRO CRISTOBAL, VALENZUELA DANIELA. Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la región de Valparaíso. Rev Chil Salud Publica 2014; vol 18 (1): 87-94
6. VASQUEZ, PAMELA; RAMIREZ, VALERIA Y ARAVENA, NICOLÁS. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: Estudio Cualitativo. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [online]. 2015, vol.8, n.3, pp.217-222. issn 0719-0107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.08.001>.
7. CONTRERAS-VASQUEZ N. VALDIVIESO-VARGAS MACHUCA M. CABELLO-MORALES El nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Rev Estomatologica herediana. 2008; 18(1):29-34 (on line)

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/reh/article/view/1852/1861>

8. SANTILLÁN CONDORI, JOHNATAN MANUEL. Nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud (tesis) lima, Perú (Universidad Nacional Mayor de San Marcos) 2009
9. MINAYA SANCHEZ TITO RICARDO. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia en el Puesto de Salud la Florida en el Distrito de Chimbote (tesis). Ancash, Perú (Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote), 2012.
10. GIL, DALIA MELISSA REYES. Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del centro materno infantil El Bosque. (Tesis) Trujillo, Perú: s.n. (Universidad Privada Antenor Orrego), 2014.
11. PAZ MAMANI, MIGUEL ANGEL. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses. Lima Perú: (Universidad Nacional Mayor De San Marcos), 2014.
12. VALDÉZ VELAZCO, GIAN CARLO. Influencia de las estrategias didácticas de organización sobre conocimientos de salud bucal en madres gestantes del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé (tesis) – Lima, Perú (Universidad Nacional Mayor De San Marcos) 2013.
13. MENDOZA GRAZA JAIME. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en personal asistencial del centro médico – zona sierra de Perú. Rev IN CRESCENDO – Ciencias de la salud 2014; vol 01, N° 02: pp. 429 – 435
14. NOLASCO TORRES AIDA. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en médicos del hospital La Caleta. Rev IN CRESCENDO – Ciencias de la salud 2014; vol 01, N° 01: pp. 133 – 138
15. HIDALGO GOMEZ STEFANY MARIA, NOLASCO TORRES AIDA. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en enfermeras del hospital La Caleta. Rev IN CRESCENDO – Ciencias de la salud 2014; vol 01, N° 02: pp. 421 – 428
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. ORAL HEALTH fact sheet no. 318 [internet]. 2012. disponible en: www.who.int
17. FERMIN ALBERTO CARRANZA JR, NORMA G. SZNAJDER. Compendio de periodoncia. 5a ed. Buenos Aires, Argentina: Panamericana, 1996.

18. GÓMEZ SANTOS GLADYS, GOMEZ SANTOS DULCE, MARTÍN DELGADO MACRINA. Flúor y fluorosis dental: pautas para el consumo de dentífricos y aguas de bebida en Canarias. 1ª ed. Santa Cruz de Tenerife, Canarias: Dirección general de salud pública. Servicio Canario de la salud, 2002.
19. KOCH G, FEJERSKOV O. Y THYLSTRUP: Texto de Cariología Clínica: implicaciones del tratamiento de fluoruros en caries, 2ª ed., 1994; p. 277.
20. SOSA M. Evolución de la fluorización como medida para prevenir la caries dental. rev cubana salud pública 2003;29(3):268-74

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario



CUESTIONARIO

Estimado personal de salud:

El cuestionario que le presentamos a continuación es anónimo y los resultados serán tratados con total confidencialidad y solo para los fines de investigación.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Instrucciones:

1. Lee las preguntas detenidamente. Revisa todas las opciones y marca con una x la alternativa que corresponde.
 2. Si tienes alguna pregunta, levanta la mano y te responderemos.
- Grupo ocupacional: Médico Cirujano () Cirujano Dentista () Nutricionista ()
Lic. Enf. () Obsta. () Tec. Enf. ()
 - Sexo: (M) (F)
 - Edad: < de 20 años () De 21 a 30 años () De 31 a 40 años ()
De 41 a 50 años () > a 50 años ()
 - Tiempo de experiencia laboral: Menos de 1 año () 1 - 5 años ()
Más de 5 años ()

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL MATERNO INFANTIL DEL PERSONAL DE SALUD DE LA MICRO RED ACORIA DE HUANCVELICA 2017

1. ¿Qué es prevención en salud bucal?
 - a. Es identificar la presencia de las enfermedades de la cavidad bucal.
 - b. Es evitar la presencia de las enfermedades de la cavidad bucal.
 - c. Es promover la presencia de las enfermedades de la cavidad bucal.
 - d. Es incentivar la presencia de las enfermedades de la cavidad bucal.
 - e. Es disminuir la presencia de las enfermedades de la cavidad bucal.

2. ¿Cuál es el momento ideal para que el niño tenga su primera consulta con el odontólogo?
- a. Dentro de los primeros meses de nacido.
 - b. Cuando le salgan sus primeros dientes.
 - c. A los 2 años de edad.
 - d. A los 3 años de edad.
 - e. A los 5 años de edad.
3. ¿A qué edad se debe iniciar la higiene bucal en los niños?
- a. Cuando ya tiene todos sus dientes de leche.
 - b. Cuando erupciona el primer diente de leche.
 - c. Desde el nacimiento.
 - d. Cuando tenga 2 años de edad.
 - e. Cuando el niño se deje limpiar la boca.
4. ¿Qué es recomendable utilizar para hacer la higiene bucal del niño que aún no tiene dientes?
- a. Cepillo más agua hervida fría.
 - b. Cepillo más pasta dental.
 - c. Gasa y/o paño humedecido con agua hervida fría.
 - d. Gasa más pasta dental.
 - e. Solo agua.
5. ¿Cuál es la cantidad de pasta dental con flúor que se debe de colocar en el cepillo dental para los niños mayores de 3 años?
- a. Del tamaño de un frejol.
 - b. Del tamaño de una lenteja.
 - c. Del tamaño de un grano de arroz.
 - d. Colocar lleno del cepillo dental.
 - e. Colocar la mitad del cepillo dental.

6 ¿Por qué se recomienda cepillar los dientes con pasta dental?

- a. Porque elimina las bacterias de la caries.
- b. Porque mantiene el aliento agradable.
- c. Porque contiene flúor y fortalece al esmalte del diente.
- d. Porque blanquea los dientes.
- e. Porque elimina el sarro dental.

7. ¿Con qué frecuencia se debe cambiar el cepillo de dientes?

- a. Cada mes.
- b. Cada 2 meses.
- c. Cada 3 meses.
- d. Cada 4 meses.
- e. Cada 6 meses.

8. ¿Cómo se llama la bacteria que produce la caries dental?

- a. Estreptococos mutans.
- b. Estafilococos mutans.
- c. Estreptococos carié.
- d. Estafilococos carié.
- e. Cándida albicans.

9. ¿Por qué se produce la caries dental?

- a. Por comer dulces.
- b. Por no cepillarse los dientes.
- c. Por acción de bacterias.
- d. Por no cepillarse los dientes de día.
- e. Por no cepillarse los dientes de noche.

10. ¿Cómo se transmite el microorganismo que causa la caries dental a los niños?
- a. Se transmite por comer dulces.
 - b. Se transmiten por darle besos en la boca y/o probar la comida del niño.
 - c. Se transmiten por no lavar el chupón.
 - d. No se transmite, la caries aparece por no cepillarse los dientes.
 - e. Aparecen solos en la boca.
11. ¿En qué momento los dientes son más afectados por la caries dental?
- a. Cuando estamos despiertos.
 - b. Cuando estamos con la boca cerrada.
 - c. Cuando estamos dormidos.
 - d. Cuando estamos sentados.
 - e. Cuando estamos caminando.
12. ¿Por qué sangran las encías en el momento del cepillado?
- a. Es normal que sangren al cepillarse los dientes.
 - b. Por el cepillado brusco que lacera las encías.
 - c. Porque las encías están enfermas.
 - d. Porque el cepillo dental es muy tosco.
 - e. Porque si no sangran me estoy cepillando mal.
13. ¿Hasta qué edad los padres deberían ser los responsables de la higiene bucal del niño?
- a. Hasta los 5 años.
 - b. Hasta los 3 años.
 - c. Hasta los 7 años.
 - d. Hasta los 9 años.
 - e. Hasta los 11 años.

14. ¿Crees que el niño de más de 24 meses de edad debe continuar lactando?
- a. Sí, porque la lactancia materna evita la caries dental.
 - b. No, porque la leche materna ya no nutre lo necesario para la edad del niño, además puede producir caries dental.
 - c. Sí, porque la leche materna tiene inmunoglobulinas que elimina las bacterias productoras de caries dental.
 - d. Sí, porque la leche materna tiene proteínas que disminuyen la acción de la caries dental.
 - e. No, porque la lactancia materna provoca mal posición dentaria.
15. ¿Hasta qué edad es aceptado el uso del biberón?
- a. Hasta los 4 años de edad.
 - b. Hasta que el niño decida dejarlo de usar.
 - c. Hasta los 2 años de edad.
 - d. Hasta los 7 años de edad.
 - e. Hasta los 5 años de edad.
16. ¿Es normal que el infante tenga en toda la superficie de su lengua una placa blanca o mancha blanca?
- a. Sí, porque esa placa blanca lo protege para que su lengua no se inflame.
 - b. No, porque esa placa blanca es generalmente acúmulo de alimentos.
 - c. Sí, porque esa placa blanca es parte del color normal de la lengua del infante.
 - d. No, porque esa placa blanca son restos de tejido de la cavidad bucal.
 - e. Sí, porque esa placa blanca significa que el niño se llenó con sus alimentos.
17. ¿Por qué es importante la aplicación del flúor sobre los dientes?
- a. Proporciona aliento agradable.
 - b. Elimina las bacterias de la caries.
 - c. Pone más blancos a los dientes.
 - d. Elimina el sarro.
 - e. Fortalece al esmalte del diente.

18. ¿Por qué es importante el tratamiento odontológico de la gestante?

- a. Porque la mujer se encuentra emocionalmente más sensible e involucrada con el bienestar de su bebé.
- b. Para prevenir la caries dental en sus hijos.
- c. Para disminuir la carga bacteriana bucal y la posibilidad de que la futura madre contamine con bacterias cariogénicas al bebé.
- d. Porque mejora el estado de ánimo de la gestante.
- e. Porque disminuye la posibilidad que la gestante se enferme.

19. ¿Cuál es la enfermedad bucal que está relacionada con el parto prematuro y bajo peso al nacer?

- a. Caries dental.
- b. Gingivitis.
- c. Enfermedad periodontal.
- d. Estomatitis.
- e. Saburra lingual.

20. ¿Qué problema dental pueden presentar los bebés prematuros con menos de 2.500 kg?

- a. Defectos del esmalte dental.
- b. Caries dental.
- c. Dientes amarillos.
- d. Gingivitis.
- e. Pulpitis.

Anexo 2. Matriz de consistencia

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS E INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.	¿Cuál es nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>a. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud de la Micro Red Acoria de Huancavelica 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>a. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según grupo ocupacional.</p> <p>b. Identificar nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según el sexo.</p> <p>c. Identificar nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según la edad.</p> <p>d. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal materno infantil del personal de salud según tiempo de experiencia laboral.</p>	Debido a que la investigación es de tipo descriptiva no es necesario la formulación de una hipótesis.	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Nivel de conocimiento.</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>✓ Según grupo ocupacional: carreras profesional y técnica.</p> <p>✓ Según el sexo: masculino o femenino.</p> <p>✓ Según edad: < de 20 años, de 21 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y > a 50 años.</p> <p>✓ Según tiempo de experiencia laboral: Menos de 1 año, entre 1 y 5 años, y más de 5 años.</p> <p>✓ Lugar: Micro red Acoria.</p> <p>✓ Año: 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Según el tipo de investigación: El estudio es no experimental. • Según su diseño y orientación a lo largo del tiempo: El presente estudio es transversal y descriptivo, porque se recolectará la información en un solo momento. 	<p>Población</p> <p>- Personal de salud que labora en la jurisdicción de la Micro Red Acoria de la Provincia de Huancavelica: N=81</p> <p>Muestra:</p> <p>El tamaño de muestra será de n=66, este número es obtenido mediante los criterios de inclusión.</p>	<p>La técnica de recolección de datos que se va utilizar en el presente estudio es:</p> <p>ENCUESTA de tipo cuestionario.</p> <p>El instrumento constará de 20 preguntas todas con 5 opciones de respuestas de opción validad. El puntaje se medirá de 1 a 5 puntos por pregunta y en función a 100 puntos.</p> <p>El puntaje se medirá como BUENO (83 - 100), MEDIO (75 - 82), MALO (60 A 74).</p>