



ADHESIÓN AL PRIMER CONTROL DENTAL DE LOS HIJOS DE LAS MUJERES
QUE ASISTIERON AL PROGRAMA “GES SALUD ORAL INTEGRAL DE LA
EMBARAZADA” EN LOS AÑOS 2021 Y 2022 EN EL CESFAM VILLA
NONGUÉN.

POR: ROSSANA MACARENA ROJAS HANSEN

Tesina presentada a la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad del Desarrollo
para optar al Postítulo de Especialidad en Odontopediatría

PROFESOR GUÍA:

Sra. Carmen Gloria Narváez

Diciembre 2023

CONCEPCIÓN

AGRADECIMIENTOS

Al Cesfam Villa Nonguén, mi lugar de trabajo, por permitirme realizar esta importante investigación sobre su población.

Al Sr. Lionel Zúñiga, Director del Cesfam Villa Nonguén, por su valioso apoyo que me permitió compatibilizar trabajo y la realización de este postgrado.

A la Dra. Carmen Gloria Narváez, mi profesora guía, por los importantes conocimientos entregados y apoyo en la realización de esta tesina.

A Ariel, por ser quien me acompañó y entregó su cariño todos los días, dándome fuerza y apoyo para cumplir el sueño de realizar esta especialidad.

A Guni y Jorge, mis queridos padres por su amor, apoyo incondicional y por incentivar me siempre a seguir ampliando mis conocimientos profesionales.

A las maravillosas colegas que conocí en este postgrado, que se convirtieron en grandes amigas y con las cuales comparto el amor por la odontopediatría.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	I
INDICE DE TABLAS	III
INDICE DE FIGURAS.....	IV
RESUMEN.....	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Antecedentes.	3
1.2 Problema.....	6
1.3 Justificación de la investigación.....	7
CAPITULO II. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN.....	8
2.1 Supuesto.	8
2.2 Objetivo General.	8
2.3 Objetivos Específicos.	8
2.4 Definición y descripción de las variables.....	9
CAPITULO III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	10
Descripción de la metodología:.....	10
Metodología análisis estadístico	11
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	13
CAPITULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	20
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO.....	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Asistencia al primer control dental de los hijos/as de mujeres inscritas en programa dental embarazada.....	13
Tabla 2. Género de la población que asistió al primer control dental	14
Tabla 3. Edad de niños/as asistentes al primer control dental	16
Tabla 4. Edad de niños/as que asistieron al primero control dental	17

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución porcentual de la población estudiada según asistencia.....	14
Figura 2.	Distribución porcentual de género de la población que asistió al primer..... control dental	15 15
Figura 3.	Distribución porcentual de las edades de asistencia al primer control dental	16
Figura 4.	Distribución porcentual según riesgo cariogénico en el primer control dental	17
Figura 5.	Distribución de riesgo cariogénico según género.....	18
Figura 6.	Distribución del riesgo cariogénico según edad.....	19

RESUMEN

El objetivo del presente estudio descriptivo observacional fue constatar si las mujeres inscritas en el Programa Salud Oral de la Embarazada llevaron a sus hijos al control dental a partir de los 6 meses de edad entre los años 2021 y 2022 en el Cesfam Villa Nonguén, Chile. Para cumplir con tal propósito se realizó una recopilación de información a partir los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de la plataforma SINETSUR abarcando una población de 142 mujeres inscritas en el programa dental mencionado anteriormente. Paralelamente, sobre la base de la lista “recién nacidos” inscritos por la matrona, se realizó una comparación seleccionando únicamente a aquellos niños/as cuyas madres estuvieron inscritas en el Programa Salud Oral de la Embarazada. Considerando la fecha de nacimiento se pudo seleccionar e incluir en el estudio sólo a aquellos con edades no inferiores a los 6 meses. Finalmente se corroboró la asistencia o no asistencia al primer control dental a partir de los 6 meses de edad de los niños/as mencionados anteriormente. Desde la plataforma SINETSUR se obtuvo el resultado de la aplicación de la Pauta CERO en el primer control dental, pudiendo clasificar así a los niños/as en riesgo cariogénico alto o riesgo cariogénico bajo. En cuanto a los resultados obtenidos, del total de las mujeres incluidas en el estudio, 108 de los hijos/as asistieron al primer control, lo que corresponde a un 76% y 34 de los hijos/as no asistieron al primer control dental, lo que corresponde a un 24%. De los que asistieron al control dental, 48 fueron mujeres, lo que corresponde a 44% y 60 fueron hombres, lo que corresponde a 56%. El promedio de edad de asistencia al primer control dental fue 9,6 meses, la edad mínima fue 6 meses y la máxima fue 31 meses. En cuanto al riesgo cariogénico asociado, 77 de niños/as controlados presentaron riesgo bajo, lo que corresponde a 71% y 31 presentaron riesgo alto, lo que corresponde a 29%. Por otra parte, entre los 6 y los 13 meses de vida el riesgo bajo predominó sobre el riesgo alto.

INTRODUCCIÓN

El periodo prenatal ofrece un momento educativo para el cuidado de la salud bucal y puede tener un efecto positivo en la salud materna e infantil. Las visitas periódicas al odontólogo brindan numerosas oportunidades para implementar intervenciones de promoción de la salud oral tanto para la embarazada como para el bebé en gestación. Las buenas prácticas de salud bucodental materna tienen el potencial de influir en la salud oral del niño durante toda su vida. (Hartnett et al., 2016).

Los programas de prevención que se inician durante el embarazo pueden producir una mejora importante en los cuidados de la salud bucal. Las enfermedades crónicas orales que se dan tanto en la madre como en el hijo/a, pueden evitarse mejorando la salud oral de la madre, complementada con una dieta adecuada. (Meyer et al., 2014). Con razón se plantea que el periodo de gestación es el periodo ideal para orientar a las madres, pues se encuentran más motivadas, susceptibles y receptivas a cambios de actitud y comportamiento, para recibir información y ser educadas sobre la salud bucal (Reis et al., 2010).

Mejorar el conocimiento del cuidador sobre caries y su percepción del estado de salud oral del niño, podría mejorar la experiencia de caries de los niños e influir en la mejora de su calidad de vida. (Birungi et al., 2016). La salud oral y dental son partes vitales de la salud general del bebé, y las visitas tempranas al odontólogo brindan una importante intervención centrada en la prevención y asesoramiento a los padres (Ozveren et al., 2021).

En odontología, las patologías más relevantes son de tipo crónicas y en consecuencias, requieren de un cuidado responsable por parte de cada persona de manera individual y es

de suma importancia fortalecer las redes de apoyo, no sólo en la infancia, sino a través de todo el ciclo vital (Humeres-Flores et al., 2020).

En Chile, desde el año 2010, forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES) el Programa Salud Oral Integral de la Embarazada, el cual se define como una atención odontológica realizada por el odontólogo, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de la mujer gestante. En este marco de políticas públicas, se debería dar énfasis también a los primeros días de vida del bebé, a su dieta, cuidados orales y técnicas de cepillado a partir de la aparición del primer diente temporal, momento en el cual debería asistir al primer control dental dentro del Programa CERO (MINSAL, 2019).

La edad recomendada para la primera visita al odontólogo de un niño es durante el primer año de vida, lo cual ha tenido un efecto significativo en varios países como mecanismo de prevención de enfermedades bucales, lo que genera un beneficio a largo plazo para los niños y niñas. Sin embargo, a menudo los padres llevan a sus hijos al dentista sólo frente a un problema específico que esté causando malestar o dolor (Shqair et al., 2012). Según la investigación realizada por Echeverría-López et al. (2020), los niños cuyas madres tienen un bajo nivel de educación tienen mayor posibilidad de desarrollar caries temprana de la infancia y que la educación de la madre es el factor determinante más importante.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes.

Caries temprana de la infancia

La caries temprana de la infancia (CTI) es reconocida como un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y su impacto en la salud, en el desarrollo y la calidad de vida de los niños que la padecen (Echeverría-López et al). Esta enfermedad, afecta a bebés y niños de edad preescolar en todo el mundo y se ha comprobado una prevalencia de hasta el 85% en grupos socialmente desfavorecidos. Se inicia con lesiones de manchas blancas en los incisivos primarios superiores a lo largo del margen de la encía (Anil et al., 2017).

La caries dental es transmitida verticalmente de la madre al hijo y el genotipo del *Streptococcus mutans* de los niños se equipara al de sus madres en el 70% de las ocasiones. Cuando los dientes erupcionan se hacen receptivos a la colonización bacteriana (Díaz et al., 2015). La cavidad oral del bebé se contamina inmediatamente luego del nacimiento con microorganismos provenientes de la madre (Caviglia et al., 2020). Algunos investigadores plantean que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no recibieron ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal. Esto significa y demuestra que durante el embarazo se puede evitar el desarrollo de caries en los dientes temporales de los niños/as, posiblemente por la transmisión de los mecanismos inmunes mediante la vía placentaria. Otros estudios demuestran que las bacterias cariogénicas son transmitidas mediante la saliva al hijo probando-soplando la comida, chupando el biberón o el chupete. (Alfaro et al., 2018). En este sentido, los programas educativos para reducir la transmisión de bacterias cariogénicas entre madre e hijo son fundamentales (Justiniano et al., 2021). Por lo mismo que, brinda asesoramiento sobre dieta y alimentación a mujeres embarazadas,

madres u otros cuidadores de niños hasta un años de edad probablemente conduce a un riesgo ligeramente reducido de caries de la primera infancia (Riggs et al., 2019). La calidad de vida de niños/as de madres con mala salud bucal puede verse influenciada negativamente una vez que estos alcanzan la edad adulta (Shearer et al., 2011).

Al respecto, estudios nacionales refieren una prevalencia de caries de 17,5% a los 2 años, cifra que aumenta a 50,4% a los 4 años (MINSAL, 2012).

Acceso a la atención dental de la mujer gestante

El embarazo se identifica como un período sensible y de mayor riesgo de mala salud bucal (Vamos et al., 2015). El desconocimiento y falta de información oportuna constituyen una causa de un bajo acceso de la mujer gestante a servicios de salud oral, haciéndose necesario una verdadera concientización de las gestantes por parte los profesionales de la salud sobre diversas patologías que se pueden presentar, la importancia de atención oportuna y repercusiones en la salud oral de sus hijos (Chavarría et al., 2018). En un estudio se evaluó el impacto de un programa educativo oral sobre la conducta de la embarazada, obteniendo como resultado que posterior a la intervención realizada los beneficios recibidos y los sentimientos positivos hacia un comportamiento oral saludable mejoraron (Bashirian et al., 2023). Según una revisión sistemática de la literatura sobre el nivel de conocimientos de las gestantes sobre la salud oral mediante cuestionarios o encuestas, el resultado final fue que el nivel de conocimiento era deficiente (Aguilar Cordero et al., 2018).

El Programa Salud Oral Integral de la embarazada constituye una garantía GES del régimen general de garantías en salud que consiste en una atención odontológica realizada por un cirujano dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la madre gestante. Este programa ha sido diseñado para resolver problemas de salud bucal de la mujer, reforzar conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal (MINSAL, 2013). Por lo general, las

embarazadas desconocen los procedimientos odontológicos, las razones principales de no buscar servicios de salud oral son el miedo, la ansiedad frente al tratamiento, la baja percepción de los problemas orales y los conceptos errados acerca de los efectos de los tratamientos dentales en el desarrollo del feto. Ello explica en parte, que el porcentaje de asistencia de las embarazadas al Programa Dental Salud Oral de la Embarazada en diversas regiones de Chile, sea menor al valor óptimo (Soto Villela et al., 2020).

Programa CERO (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico)

Las políticas públicas juegan un rol fundamental para hacer frente de manera integral a la mala salud oral presente en la población, entendida ésta desde el fomento de los factores protectores y el control de los factores de riesgo, con una mirada de los condicionantes sociales y culturales (Cantarutti et al., 2019). El Programa CERO nace en el año 2017, con el propósito de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población infantil. Se inicia con el Programa CERO infantil (desde los 6 meses hasta los 10 años de edad) y se continúa con el Programa CERO adolescente (hasta los 20 años de edad). Los controles son realizados en la atención primaria de salud (APS), beneficiando a la población que se encuentra inscrita en FONASA y/o PRAIS. El programa dental busca prevenir el riesgo de caries desde la aparición de los primeros dientes, entregando a los niños y adultos responsables, herramientas de higiene, alimentación saludable y autocuidado bucal. Al mismo tiempo, el programa busca realizar un seguimiento de los pacientes y medir el impacto de las intervenciones en el corto, mediano y largo plazo (Moya et al., 2019). Este acompañamiento está basado en la aplicación de una pauta CERO (ANEXO 1), que permite la determinación del riesgo cariogénico del paciente, y la posterior realización de educación en salud bucal, reforzamiento de buenos hábitos alimenticios y de higiene oral (MINSAL, 2022).

En la clasificación del riesgo cariogénico, basado en la pauta CERO, se categoriza al paciente en bajo riesgo o alto riesgo, lo cual está determinado por las respuestas obtenidas a diversas preguntas realizadas a padres, tutores o directamente al niño o

adolescente. Es importante destacar que para la definición y el cálculo de riesgo, no son consideradas aquellas preguntas que involucran presencia de hábitos ni de mal oclusiones dentales.

Definición de Riesgo alto:

- Si en la evaluación de los ámbitos “anamnesis” o “condición clínica” una de las respuestas es de alto riesgo, se considera automáticamente como riesgo alto.
- Si en la evaluación de los ámbitos “higiene”, “dieta”, “fluoruros” o “motivación” surgen al menos dos respuestas de alto riesgo, se considera riesgo alto, aunque el paciente no presente alto riesgo en los ámbitos mencionados en el punto anterior.

Definición de Bajo riesgo:

- Si en la evaluación de los ámbitos “anamnesis” y/o “condición clínica” sólo hay respuestas de bajo riesgo y al menos tres de los otros ámbitos “higiene”, “dieta”, “fluoruros” y motivación” son de bajo riesgo, se considera riesgo bajo. (MINSAL, 2022).

1.2 Problema.

¿Asistieron las mujeres que pertenecieron al programa dental GES embarazada durante su periodo prenatal al primer control dental de sus hijos/as a partir de los 6 meses de edad en el Cesfam Villa Nonguén?

1.3 Justificación de la investigación.

La motivación y justificación del presente estudio fue realizar un aporte sobre la importancia del trabajo preventivo en la primera edad de la vida de las personas. Educar a los padres, madres embarazadas con altos niveles de sensibilidad y motivación para que a su vez instruyan tempranamente a sus hijos e hijas en el cuidado de la salud bucal lo que constituye una contribución a su salud dental para el resto de sus vidas. La correlación y continuidad entre ambos programas dentales (madre e hijo/a) es de suma importancia pero muy poco estudiado, viéndose generalmente cada uno por sí sólo.

CAPITULO II. SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN

2.1 Supuestos.

Las mujeres que asistieron al programa “Ges Salud Oral Integral de la Embarazada” llevaron a sus hijos al primer control dental a partir de los 6 meses de edad en el Cesfam Villa Nonguén, Chile.

2.2 Objetivo General.

Evaluar si las mujeres inscritas en el Programa Salud Oral de la Embarazada del Cesfam Villa Nonguén, llevaron a sus hijos al control dental a partir de los 6 meses de edad

2.3 Objetivos Específicos.

- Determinar si los niños/as que acudieron al primer control dental presentaron un alto o bajo riesgo odontogénico durante la primera visita al odontólogo.
- Identificar si la edad de la primera visita al odontólogo se encuentra dentro de los rangos recomendados.
- Estudiar y comprobar si existe una relación entre las mujeres hayan estado inscritas en el Programa Dental de la Embarazada y que hayan o no efectivamente llevado a sus hijos/as al primer control dental a partir de los 6 meses de edad.

2.4 Definición y descripción de las variables

- **Sexo:** variable cualitativa dicotómica nominal

Definición conceptual: es la clasificación entre hombres y mujeres.

Definición operacional: el dato se obtuvo de la población registrada por la matrona y fue clasificado como género masculino y femenino.

- **Edad:** variable cuantitativa continua

Definición conceptual: es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de la persona.

Definición operacional: el dato se obtuvo de la población registrada por la matrona y fue calculado a partir de la fecha de nacimiento en meses.

- **Riesgo odontológico:** variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: tipo de riesgo en el que se clasificó al niño/a según múltiples preguntas realizadas y respuestas obtenidas durante la atención dental.

Definición operacional: el dato se obtuvo del resultado de la Pauta CERO registrada por odontólogo y fue clasificado con las opciones: riesgo alto o riesgo bajo.

- **Asistencia al control dental:** variable cualitativa dicotómica nominal

Definición conceptual: asistencia o no asistencia del niño/a al primer control dental.

Definición operacional: el dato se obtuvo de la población registrada por el odontólogo en la ficha clínica y fue clasificado como si asiste (si) o no asiste (no) al control dental.

CAPITULO III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Descripción de la metodología:

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

La población a estudiar fue determinada mediante criterios de inclusión y exclusión, como se describe a continuación:

- Criterios de inclusión: niños/as a partir de 6 meses de edad cuyas madres estuvieron inscritas en el Programa GES embarazada en el Cesfam Villa Nonguén.
- Criterios de exclusión: niños/as que aún no cumplen los 6 meses de edad cuyas madres estuvieron inscritas en el Programa Dental GES embarazadas, niños cuyas madres no estuvieron inscritas en el Programa Dental Ges embarazadas en el Cesfam Villa Nonguén y niños fallecidos.

Muestra: Población estudiada

La población estudiada estuvo constituida por 142 mujeres que estaban inscritas en el Programa Dental Embarazadas en el Cesfam Villa Nonguén entre los años 2021 y 2022.

Se recopiló información estadística desde los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), instrumento mediante el cual se obtiene de forma periódica un resumen de la información ingresada por los profesionales de la salud a la plataforma SINETSUR en el Cesfam Villa Nonguén de la comuna de Concepción, Chile. Se elaboró una planilla de Microsoft Excel y se registraron todas las mujeres que fueron inscritas en el programa Salud Oral GES Embarazada entre los años 2021 y 2022. Posteriormente se elaboró una

segunda planilla de Microsoft Excel y se registraron todos los niños y niñas que fueron inscritos por la matrona como “recién nacido” en la ficha clínica. Se relacionaron las madres con sus hijos, pudiéndose determinar de esta manera si aquellas madres que estuvieron inscritas en el Programa Salud Oral de la Embarazada posteriormente asistieron o no al primer control dental a los 6 meses de edad del Programa CERO. La fecha de nacimiento de los hijos/as, permitió definir e incluir en el estudio sólo a aquellos niños y niñas con edades no inferiores a 6 meses. Luego, se compararon los datos para incluir en una nueva planilla sólo a los niños y niñas sobre los 6 meses de edad, cuyas madres fueron inscritas en el programa de salud; lo cual permitió observar y establecer la correlación existente entre la asistencia de la madre al programa dental mencionado y la asistencia de su hijo/a al primer control dental. La ficha clínica permitió obtener la clasificación del género masculino o femenino. Con el acceso a la plataforma SINETSUR fue posible obtener la fecha del primer control dental y el resultado obtenido de la aplicación de la Pauta CERO, pudiendo de esta manera clasificar a los niños/as con riesgo cariogénico alto o riesgo cariogénico bajo. La fecha del primer control dental y la fecha de nacimiento del niño/a me permitió realizar el cálculo de la edad en meses.

Cabe mencionar que para realizar este estudio, se contó con la debida autorización del Comité de Calidad del Cesfam Villa Nonguén, el cual consideró, que por tratarse de un estudio estadístico, en el cual los datos sensibles de los pacientes fueron resguardados, no se requirió autorización del Comité de Ética.

Metodología análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para la obtención de las distintas modalidades de las variables implicadas en el estudio (edad, sexo, número de asistencias y tipo de riesgo odontológico), mediante el uso de frecuencias y porcentajes.

Para determinar el promedio de edad con la cual los niños/as asistieron a su primer control dental, se elaboró una tabla agrupando los datos anteriormente mencionados y

calculando mediante Microsoft Excel la media y la mediana. Se confeccionaron gráficos circulares para las variables sexo y número de asistencia. Se confeccionaron gráficos de barra para explicar y sistematizar las variables edad y riesgo cariogénico. Posteriormente, se realizó el análisis correlativo de las variables genero y tipo de riesgo y de las variables edad y tipo de riesgo.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Descripción de la población

La población estudiada fueron aquellas mujeres inscritas en el programa GES Salud Oral Integral de la Embarazada y los hijos de estas mismas que asistieron o no a su primero control dental a los 6 meses de edad en el Cesfam Villa Nonguén durante los años 2021 y 2022.

En total fueron 142 mujeres incluidas en el estudio, de las cuales 108 hijos/as asistieron al primer control dental y 34 hijos/as no asistieron al primer control dental (Tabla 1).

Tabla 1. Asistencia al primer control dental de los hijos/as de mujeres inscritas en programa dental embarazada

Mujeres inscritas	Hijos asisten	Hijos no asisten
142	108	34

En porcentaje, 76% de lo hijos/as asistieron al control dental y 24% de los hijos/as no asistieron al control dental (Figura 1).

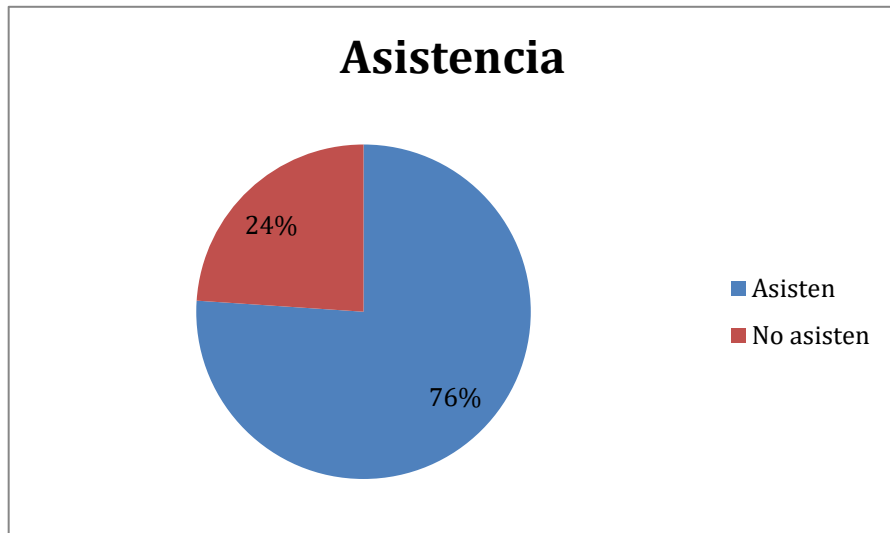


Figura 1. Distribución porcentual de la población estudiada según asistencia

Del total de 108 hijos/as que asistieron al primer control dental, 48 eran mujeres y 60 eran hombres (Tabla 2).

Tabla 2. Género de la población que asistió al primer control dental

Total de asistentes	Femenino	Masculino
108	48	60

En porcentaje, 44% eran mujeres y 56% eran hombres (Figura 2).

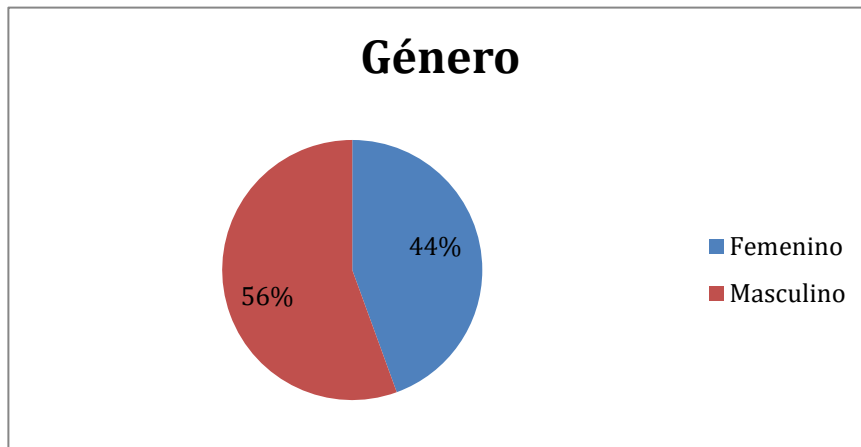


Figura 2. Distribución porcentual de género de la población que asistió al primer control dental

En la Tabla 3, es posible apreciar la frecuencia de asistencia al primer control dental según la edad en meses de la población estudiada. Además, se observa la frecuencia de asistencias y el porcentaje de asistencias acumulados.

Tabla 3. Edad de niños/as asistentes al primer control dental

Edad (meses)	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
6	12	11%	12	11%
7	22	20%	34	31%
8	24	22%	58	53%
9	10	9%	68	62%
10	12	11%	80	74%
11	7	6%	87	80%
12	3	3%	90	83%
13	8	7%	98	90%
14	1	1%	99	91%
15	2	2%	101	93%
16	2	2%	103	95%
18	1	1%	104	96%
21	1	1%	105	97%
26	2	2%	107	99%
31	1	1%	108	100%

En la Figura 3 se observa la distribución porcentual de las edades en meses a las cuales los niños/as asistieron al primer control dental.

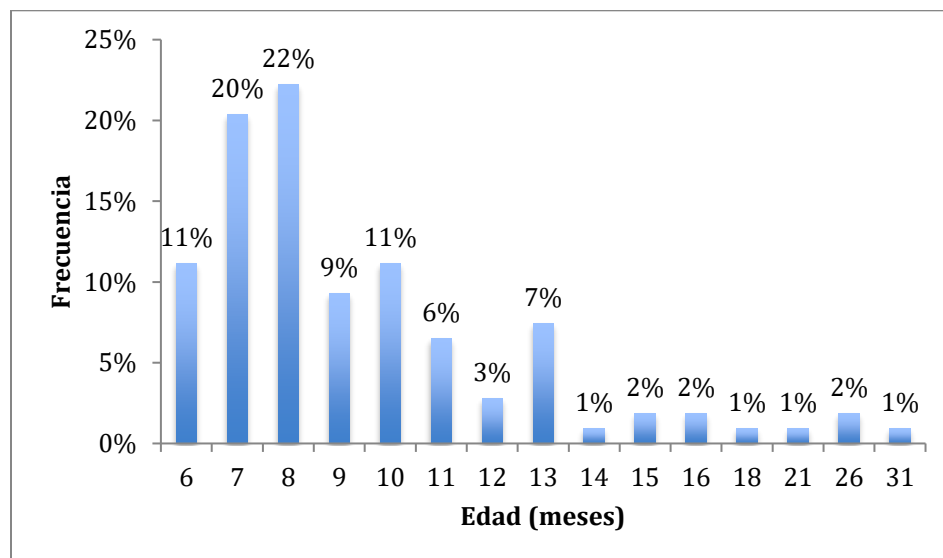


Figura 3. Distribución porcentual de las edades de asistencia al primer control dental

En cuanto al riesgo cariogénico asociado, 77 individuos presentaron riesgo bajo y 31 riesgo alto (Figura 4).

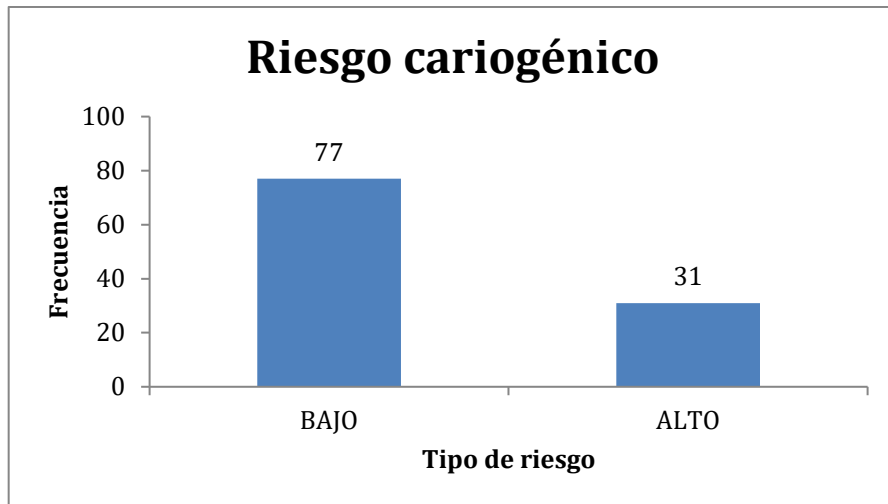


Figura 4. Distribución porcentual según riesgo cariogénico en el primer control dental

Análisis estadístico

La media de edad de asistencia al primer control dental fue 9,6 meses y la mediana fue 8 meses. La edad mínima de asistencia fue a los 6 meses y la máxima a los 31 meses de edad (Tabla 4).

Tabla 4. Edad de niños/as que asistieron al primero control dental

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad (meses)	9,6	8	6	31

En cuanto a la relación entre la edad y el riesgo, en la Figura 5 se puede observar que de los 77 individuos de bajo riesgo, 42 fueron hombre (55%) y 35 fueron mujeres (45%). De los 31 individuos de alto riesgo, 18 fueron hombres (58%) y 13 fueron mujeres (42%).

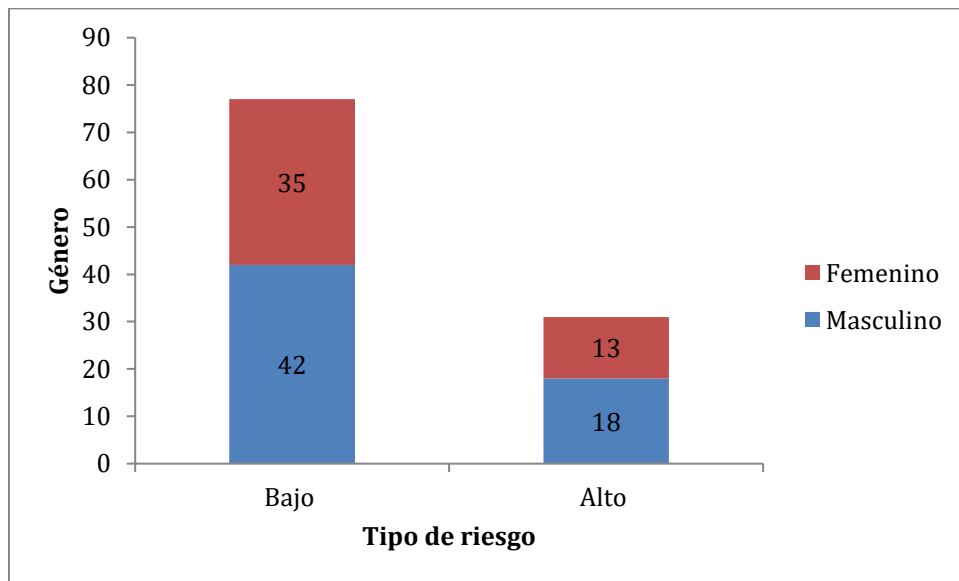


Figura 5. Distribución de riesgo cariogénico según género

Según el análisis realizado, entre los 6 y los 13 meses de vida el riesgo bajo predomina sobre el riesgo alto, entre los 14 y 15 meses de vida el riesgo de los 3 individuos fue alto, a los 16 meses de vida se encontró un individuo con riesgo bajo y uno con riesgo alto, a los 18 meses de vida un individuo de riesgo bajo, a los 21 y 26 meses de vida 3 individuos con riesgo alto y finalmente a los 31 meses de vida, se observó sólo un individuo con riesgo bajo (Figura 6).

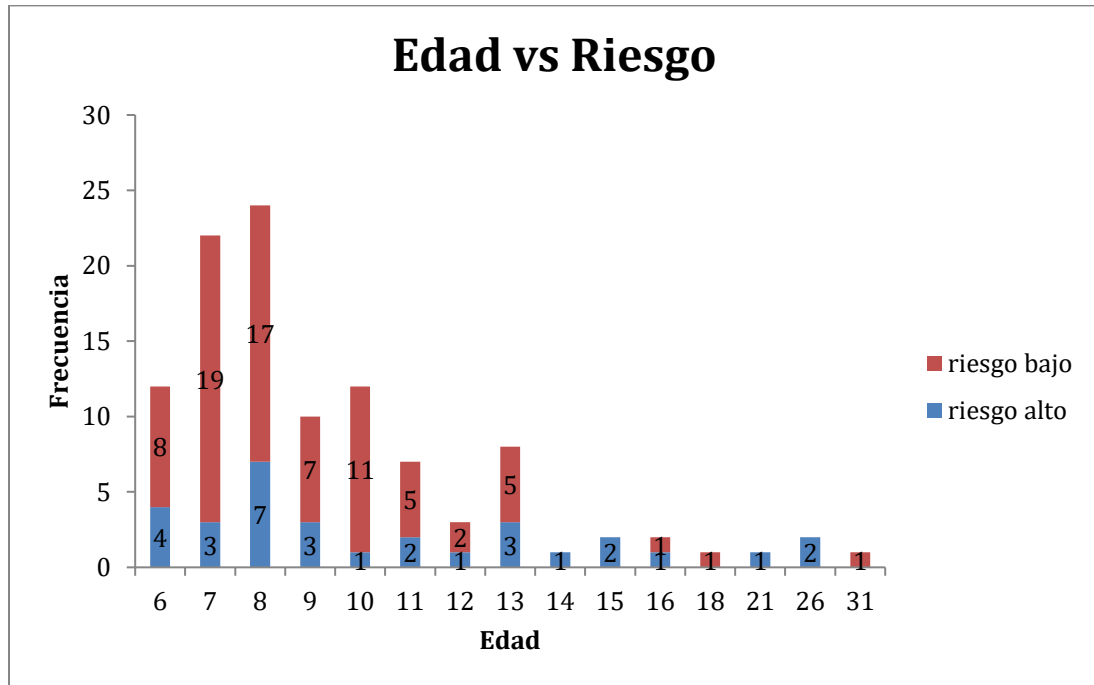


Figura 6. Distribución del riesgo cariogénico según edad

CAPITULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue indagar si las mujeres inscritas en el Programa Salud Oral de la Embarazada llevaron a sus hijos/as al primer control dental a los 6 meses de edad. En relación a la asistencia, se obtuvo como resultado que el 76% de los niños/as efectivamente asistieron y un 24% no asistieron al primer control dental. Respecto de este resultado, se puede considerar que en general se trata de una muy buena adherencia, aunque se esperaría que la no asistencia fuese aún más reducida, ojalá mínima, considerando el alto nivel de información que debieron haber tenido las madres con posterioridad a su asistencia al Programa Salud Oral de la Embarazada. Además, cabe destacar, que no existe información de si los niños/as no asistentes a controles, fueron llevados a una atención dental extra sistema; si hubo casos de niños/as que presentaron enfermedades u hospitalizaciones, que no les permitieron asistir a los controles; si no encontraron disponibilidad horaria al momento de solicitarla o si por alguna razón perdieron la hora asignada. Otro factor importante que pudiese haber influido, es el hecho de que durante la fecha en que se realizó la investigación, el país se encontraba en plena pandemia COVID, lo que pudo incidir en la decisión de los padres/tutores de no llevar a sus hijos/as al primer control dental. En este contexto, Menegaz et al. (2018), en su revisión sistemática concluyen que las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud en el día a día de su practica resultaron en la mejora de conductas relacionadas con la salud bucal en la mayoría de los estudios. Sin embargo, plantean que el efecto positivo se facilita mediante la vinculación de estrategias para facilitar el acceso al dentista, indicando la importancia de las intervenciones integradas a los servicios de salud de las personas. Las personas que utilizan regularmente los servicios de salud, tienen mayor oportunidad de recibir un diagnóstico temprano, adquirir conocimientos y modificar sus comportamientos relacionados con su salud y, de esta manera, pueden disminuir la probabilidad de desarrollar problemas de salud. Si extrapolamos esto al resultado obtenido en esta investigación se podría indicar concordancia con lo anteriormente mencionado y analizado.

En cuanto a la edad en que asistieron al primer control dental, que según el Programa CERO debiese ser a partir de los 6 meses de edad, un 11% asistió a los 6 meses propiamente tal, un 83% asistió durante los primeros 12 meses de edad y un porcentaje menor (17%) asistió con posterioridad al primer año de vida. Este resultado demuestra que un alto porcentaje de los niños y niñas acudieron a su primer control dental en la fecha recomendada, lo que constituye un resultado muy positivo, tanto para las madres como especialmente para sus hijos e hijas. Al respecto, confirma esta positiva tendencia una investigación realizada por Muñoz & Araneda (2022), en un Cesfam del Sur de Chile: del total de ingresos al Programa CERO los menormente representados fueron aquellos ingresado al año de edad y a los 5 años, con porcentajes inferiores al 10%. Si comparamos esta cifra con el resultado obtenido por la presente investigación, donde 76% de los niños cuyas madres estuvieron inscritas en el Programa Salud Oral de la Embarazada asistieron al primer control dental, podríamos inferir que el hecho de que la madre haya participado en un programa dental si tiene incidencia en la posterior preocupación de llevar a su hijo/a al primer control dental y desde luego, favorece la salud futura del hijo/a.

Por otra parte, Nenen et al. (2017), realizaron una investigación sobre riesgo de caries en la población infantil entre 7 y 34 meses mediante el sistema de evaluación del resultado de la pauta CERO obteniendo como resultado que de los 135 paciente incluidos en el estudio, el 59% de la población entre 12 y 23 meses tiene riesgo cariogénico alto y el grupo con mayor riesgo fue el de 12 y 23 meses con un 70% de incidencia. Si comparamos esto con los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos notar que existe una importante diferencia, obteniendo una cifra en la cual 50% de los niños/as entre 12 y 23 meses presentó riesgo alto y 50% riesgo bajo.

En opinión de la autora de esta investigación, el examen clínico oral por si sólo pudiese generar un sesgo en cuanto al riesgo de caries ya que la erupción de los primeros dientes temporales se genera generalmente a los 6-7 meses, edad a partir de la cual está recomendado realizar el primer control dental. Por lo tanto, observar un diente libre de caries, recién erupcionado, podría no ser necesariamente la representación o síntoma claro de que el niño/a no vaya a tener caries en el corto plazo. Por lo mismo que, como se mencionó anteriormente, la aplicación de la pauta de riesgo cariogénico, resulta fundamental, ya que involucra diversos aspectos (higiene, alimentación, hábitos, etc.) que pueden incidir en la ausencia o presencia de caries dental.

Este estudio aporta evidencias sobre la asociación de dos programas dentales que si bien no se encuentran relacionados entre si en la teoría pero si se encuentran estrechamente relacionados en la práctica, ya que se trata de la atención tanto de la madre gestante como del hijo/a en su corta edad. En este sentido, se podría sugerir, la necesidad de generar una especie de continuidad entre ambos programas dentales, para lograr así eventualmente, una adherencia aún mayor a la constatada por la presente investigación. Actualmente, en el Cesfam Villa Nonguén, la derivación al primer control dental a partir de los 6 meses (ingreso al Programa CERO) es realizado por la enfermera o el enfermero que realiza el control sano del niño/a a los 6 meses de edad.

Los resultados obtenidos en esta investigación sirven para evidenciar el funcionamiento y adhesión de los Programas Dentales en cuestión, lo que pudiese permitir realizar una retroalimentación a los profesionales involucrados en la realización de estos programas importantes de prevención de salud bucal dental temprana. Al respecto, se sugiere una mayor divulgación del Programa Salud Oral de la Embarazada, que además es una Garantía Explícita en Salud y por lo tanto presenta múltiples beneficios y es de suma importancia para la salud de la madre y también del bebé en gestación.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

El presente estudio concluye que las mujeres inscritas en el programa salud oral de la embarazada en su mayoría asistieron al primer control dental con su hijos/as dentro del primer año de vida. A su vez, los niños y niñas que asistieron al control temprano presentaron, en un alto porcentaje, un bajo riesgo cariogénico, lo que puede atribuirse a la promoción en salud realizada a la madre gestante previamente y también con posterioridad al nacimiento de su hijo/a en el Programa Salud Oral de la Embarazada. Además, los niños/as asistentes al primer control dental lo realizaron en mayor número entre los 6 y 12 meses de edad, cumpliéndose así la recomendación del Programa CERO.

En cuanto a las proyecciones de la investigación, sería interesante realizar un seguimiento en el tiempo a las personas estudiadas para saber si en los controles dentales futuros se mantiene el bajo riesgo cariogénico y si presentan o no lesiones de caries a futuro. Además, investigar si las mujeres que estuvieron inscritas en el programa salud oral de la embarazada adquirieron los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud bucal de sus hijos y/o también conocer la razón por la cual no asisten al primer control dental a partir de los 6 meses de edad. Por último, se podría estudiar el nivel de asistencia de los niños/as de aquellas madres que no se inscribieron en el Programa Salud Oral de la Embarazada y averiguar también el tipo de riesgo cariogénico que estos niños/as pudiesen tener o se encuentran expuestos en el futuro.

Se sugiere también una mayor divulgación de los programas de salud actuales y poder así lograr mayor adherencia de la población. Además, brindar mayor divulgación de los beneficios que el GES le otorga a las embarazadas para lograr así un número mayor de inscripciones al programa dental, aumentando así el conocimiento sobre la importancia

de asistir al primer control dental de los hijos/as a partir de los 6 meses de vida.

Finalmente, los buenos resultados del presente estudio constituyen también un reconocimiento a la eficiente labor de información a las madres embarazadas sobre las ventajas sanitarias del Programa Salud Oral de la Embarazada y sobre la prevención y tratamiento de la salud bucal dental de sus hijos e hijas, atendidos en el Cesfam Villa Nonguén de la comuna de Concepción, Región del Biobío, Chile.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Cordero, M. J., Rivero-Blanco, T., Mur-Villar, N., Rodríguez-Blanque, R., Moraleda-Hurtado, M. D., Fernández-Curbero, L. E., & Sánchez-López, A. M. (2018). Conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas. Revisión sistemática. In (Vol. 3, pp. 202-214). JONNPR
- Alfaro Alfaro, A., Castejón Navas, I., Magón Sánchez, R., & Alfaro Alfaro, M. J. (2018). Embarazo y salud oral. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11, 144-153.
- Anil, S., & Anand, P. S. (2017). Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr*, 5, 157. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00157>
- Bashirian, S., Jenabi, E., Barati, M., Khazaei, S., & Seyedzadeh-Sabounchi, S. (2023). Oral Health Intervention During Pregnancy: A Systematic Review. *Current Womens Health Reviews*, 19(3), Article E120522204683. <https://doi.org/10.2174/1573404818666220512152735>
- Birungi, N., Fadnes, L. T., Nankabirwa, V., Tumwine, J. K., Astrom, A. N., & Grp, P.-E. S. (2016). Caretaker's caries experience and its association with early childhood caries and children's oral health-related quality of life: A prospective two-generation study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(8), 605-612. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1225981>
- Caviglia, I., & García, G. (2020). Determinación de la adquisición del Streptococcus grupo mutans en un grupo de niños uruguayos de hasta 36 meses de edad Estudio piloto. *Odontoestomatología*, 22, 62-71.
- Cantarutti Martínez, C., Vélez, C. P., & Guerra Ferrada, C. (2019). Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. *Temas de la Agenda Pública*, Centro de Políticas Públicas UC, 14(111), 1-15.
- Chavarría, G., Domínguez, A., Sánchez, I., Aldas, J., & Vega, A. (2018). Patologías orales en la mujer gestante. Revisión de la literatura. *Odontología Sanmarquina*, 21, 215. <https://doi.org/10.15381/os.v21i3.15154>

- Echeverría-López, S., Henríquez-D Aquino, E., Werlinger-Cruces, F., Villarroel-Díaz, T., & Lanas-Soza, M. (2020). Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13, 26-29.
- Espinoza-Espinoza, G., Pineda, P., Atala-Acevedo, C., Muñoz-Millán, P., Muñoz, S., Weits, A., Zaror, C. (2021). Prevalencia y Severidad de Caries Dental en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile. *International journal of odontostomatology*, 15, 166-174.
- Hartnett, E., Haber, J., Krainovich-Miller, B., Bella, A., Vasilyeva, A., & Kessler, J. L. (2016). Oral Health in Pregnancy. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 45(4), 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.04.005>
- Humeres-Flores, P., Guzmán-Orellana, D., Madrid-Canales, C., Fredes-Ziliani, A., & Mustakis-Truffello, A. (2020). Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13, 62-66.
- Justiniano, L., Velásquez, C., Moscoso, M., Murillo, X., & Albornoz, C. (2021). Caries risk according to the levels of *Streptococcus mutans* infection in the motherchild binomial seen at the pediatric dentistry clinic of the Faculty of Odontology from may to august 2013. *Journal of Nursing Techniques / Revista de Técnicas de la Enfermería*, 5(13), 20-32. <https://doi.org/10.35429/JNT.2021.13.5.20.32>
- Ministerio de Salud. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participen en la educación parvularia. Informe consolidado. Chile 2007-2010. Chile; 2012. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Informe-consolidado-2-y-4-a%C3%B1os.pdf
- Ministerio de Salud. Salud oral integral de la embarazada. Guía Clínica. Chile; 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>

- Ministerio de Salud. Orientación técnico administrativa para la población en control con enfoque de riesgo odontológico. Programa CERO infantil. Chile; 2022. Disponible en: <https://uchileodontologia.mrooms.net/mod/resource/view.php?id=8974&redirect=1>
- Ministerio de Salud. Orientaciones técnico administrativas para la ejecución del programa GES odontológico. Chile; 2019. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-GES-Odontol%C3%B3gico-2019.pdf>
- Menegaz, A. M., Silva, A. E. R., & Cascaes, A. M. (2018). Educational interventions in health services and oral health: systematic review. *Rev Saude Publica*, 52, 52. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000109>
- Meyer, K., Khorshidi-B`hm, M., Geurtsen, W., & G`nay, H. (2014). An early oral health care program starting during pregnancy--a long-term study--phase V. *Clin Oral Investig*, 18(3), 863-872. <https://doi.org/10.1007/s00784-013-1059-3>
- Moya, P., Vidal, C., Córvida, M., & Lisperguer, C. (2023). 2023 Programa CERO en la Red de Atención Primaria, Chile, 2017-2020. *Journal of Health and Medical Sciences*, 9, 9-16.
- Muñoz, O., & Araneda, J. (2022). Evvaluación del Programa Cero en un CESFAM del Sur de Chile. *International journal of odontostomatology*, 16, 273-278.
- Nenen, A., Courdurier, C., & Arcos, A. (2019). Riesgo de Caries en Niños que Ingresan al Programa de Población en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico. *International journal of odontostomatology*, 13, 437-441.
- Nirunsittirat, A., Pitiphat, W., McKinney, C. M., DeRouen, T. A., Chansamak, N., Angwaravong, O., . . . Pimpak, T. (2016). Breastfeeding Duration and Childhood Caries: A Cohort Study. *Caries Research*, 50(5), 498-507. <https://doi.org/10.1159/000448145>
- Ozveren, N., Serindere, G., & Baltaci, E. (2021). Evaluation of Pediatric Patient's Age, Behaviors, and Reasons for the First Dental Visit in Edirne, Turkey: a Cross-Sectional Study. *Odovtos International Journal of Dental Sciences*, 23(2), 196-205. <https://doi.org/10.15517/ijds.2021.45847>

- Reis, D. M., Pitta, D. R., Ferreira, H. M. B., Jesus, M. C. P. d., Moraes, M. E. L. d., & Soares, M. G. (2010). EducaÁ,,o em sa`de como estratÈgia de promoÁ,,o de sa`de bucal em gestantes. *CiÍncia & Sa`de Coletiva*, 15.
- Riggs, E., Kilpatrick, N., Slack-Smith, L., Chadwick, B., Yelland, J., Muthu, M. S., & Gomersall, J. C. (2019). Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012155.pub2>
- Shqair, A. Q., Gomes, G. B., Oliveira, A., Goettems, M. L., Romano, A. R., Schardozim, L. R., Torriani, D. D. (2012). Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 50-56. <https://doi.org/10.1590/s1806-83242012000100009>
- Shearer, D. M., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2011). Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood? *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, Article 50. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-50>
- Soto Villela, I., Dehnhardt Canela, B., Sina Oliva, A., San-Martin-Roldan, D., Calzadilla-Nuñez, A., & Díaz-Narváez, V.P. (2022). Garantías explícitas en salud odontológica de las embarazadas y la salud pública por regiones y años 2010-2019 en Chile. *Revista Salud Uninorte*, 38, 505-528.
- Vamos, C. A., Walsh, M. L., Thompson, E., Daley, E. M., Detman, L., & DeBate, R. (2015). Oral-Systemic Health During Pregnancy: Exploring Prenatal and Oral Health Providers' Information, Motivation and Behavioral Skills. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1263-1275. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1632-7>

ANEXO

Pauta Riesgo Cariogénico Programa CERO Infantil

AMBITO	PREGUNTAS PARA MEDIR RIESGO CARIOGENICO	FACTOR DE RIESGO		EDAD DE APLICACIÓN									
		BAJO (Ausente)	ALTO (Presente)	6m	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años
ANAMNESIS	¿El niño(a) presenta una condición que disminuya su flujo salival, enfermedades ¹ , consumo de fármacos?	NO	SI	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) presenta situación de discapacidad? Condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional.	NO	SI	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CONDICIÓN CLÍNICA	¿El niño(a) presenta manchas blancas o lesiones de caries cavitadas	NO	SI		x	x	x	x	x	x			
	¿El niño(a) presenta manchas blancas o COPD>0?	NO	SI							x	x	x	x
	¿Cuál es el estado de las encías del niño(a)?	No hay placa visible, ausencia de gingivitis	Inflamación de encías y/o presencia de placa visible en los dientes anteriores		x	x	x	x	x	x	x	x	x
HIGIENE	Los padres y/o cuidadores, ¿Le lavan los dientes al niño(a)?	Siempre	A veces/Nunca	x	x	x	x	x	x	x			
	Los padres y/o cuidadores, ¿Supervisan el lavado de dientes al niño(a)?	Siempre	A veces/Nunca								x	x	x
	¿Cuántas veces al día se lava los dientes el niño(a) en la casa?	Al menos 2 veces/día	Menos de 2 veces/día	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?	Siempre	A veces/Nunca	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DIETA	¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0 veces/día	1 o más veces/día	x	x	x							
	¿Cuántas veces al día el niño(a) ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?	0-3 veces/día	4 o más veces/día				x	x	x	x	x	x	x
	¿En qué momento el niño(a) realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?	Con las comidas principales	Entre comidas principales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Si el niño(a) toma líquidos azucarados en mamadera o vaso ¿Se queda dormida con ella?	Nunca	A veces/siempre	x	x	x	x	x	x	x			
	¿El niño(a) ingiere líquidos y/o alimentos azucarados después del último cepillado dental?	Nunca	A veces/siempre								x	x	x
FLUORURO	¿Utiliza el niño o niña pasta de dientes con 1000-1500 ppm de flúor?	SI	NO	* Sólo con dientes	x	x	x	x	x	x	x	x	x
MOTIVACIÓN DE LOS PADRES/ CUIDADORES	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres/cuidadores en el cuidado oral del niño(a)?	Alta Motivación	Baja Motivación	x	x	x	x	x	x	x			
	Luego de las preguntas anteriores, según usted (dentista), ¿Cuál cree que es la motivación de los padres/cuidadores y del niño(a) en el cuidado oral.	Alta Motivación	Baja Motivación								x	x	x
OTROS: HABITOS Y MAL OCLUSIONES	¿El niño(a) se succiona el dedo de modo persistente?	NO	SI			x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) ocupa chupete entretenimiento, mamadera u otro objeto?	NO	SI			x	x	x	x	x	x	x	x
	¿El niño(a) presenta mal oclusiones?	NO	SI		x	x	x	x	x	x	x	x	x