

Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0-71 meses de edad, de un Puesto de Salud del Cono Norte - Carabayllo, Lima-Perú

Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD, Carrasco-Loyola MB, Suárez-Rodríguez M, Villena-Sarmiento R. Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0-71 meses de edad, de un Puesto de Salud del Cono Norte - Carabayllo, Lima-Perú. Rev Estomatol Herediana. 2008; 18(2):83-92.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar las causas más frecuentes de atenciones de salud general y bucal en gestantes y niños menores de 6 años de edad, de un servicio público del Ministerio de Salud. Evaluar las estadísticas del cuidado de salud, forma parte de la educación integral en salud pública que se brinda en la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Se revisaron las estadísticas de atención del año 2006; 283 gestantes fueron evaluadas, encontrándose 206 casos de bajo riesgo obstétrico y 77 de alto riesgo. Los diagnósticos más frecuentes fueron: vaginitis (67%), anemia (8%) e infección del tracto urinario (8%). El papanicolau fue efectuado en 81% de las madres gestantes, 19% (n=54) acudió para control de puerperio, 17% (n=48) recibió administración de sulfato ferroso y 12% (n=34) acudieron para control del recién nacido. El 100% de las gestantes recibió atención odontológica correspondiente a eliminación de placa bacteriana, el 70% (n=199) recibió consejería nutricional, 80% (n=227) consejería integral. Sin embargo, no fueron orientadas sobre los cuidados de salud bucal de su futuro bebé. En los niños menores de 6 años de edad: los cuatro primeros diagnósticos de morbilidad correspondió a problemas de vías respiratorias altas. La enfermedad diarreica aguda ocupó el quinto lugar de incidencia en los dos primeros años de vida. La caries dental en dentina sólo se reportó a los 4 y 5 años de edad (4,6% y 7,2% respectivamente) y el diagnóstico de pulpitis a los 5 años de edad (2,1%).

Palabras clave: MUJERES EMBARAZADAS / ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑOS / SERVICIOS DE SALUD.

Healthcare in pregnant individuals and children ages 0-71 months in a Health Center in Cono Norte-Carabayllo, Lima-Perú

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the most frequent causes of general and oral health attentions given to pregnant women and children under the age of 6, reported by a public service of the Ministry of Health (2006). Evaluating the health care statistics is part of the comprehensive education in public dental health care offered at the Dental School Roberto Beltrán. The statistics for attentions in the year 2006 were reviewed and there was a total of 283 mothers served, of which 206 were classified as low-risk obstetrics and 77 as high-risk. The most frequent diagnoses were: vaginitis (67%), anemia (8%) and urinary tract infection (8%). 81% of mothers were given a papanicolau. Twelve percent (n=34) went for control of her newborn, 19% (n=54) went for a postpartum control and 17% (n=48) received administration of ferrous sulfate. One hundred percent of the pregnant women received dental care for removal of bacterial plaque, 70% (n=199) received nutritional counseling, 80% (n=227) received comprehensive counseling. However, they were not did not receive information on the oral health care of their future baby. In children under 6 years of age: the first four diagnoses of disease were related to upper respiratory tract problems. The acute diarrheal disease ranked fifth being more prevalent in the first two years of life. Dental caries in dentin were only reported in children of 4 and 5 years of age (4.6% and 7.2% respectively). The diagnosis of pulpitis was found in children of 5 years of age (2.1%).

Key words: PREGNANT WOMEN / DENTAL CARE FOR CHILDREN / HEALTH SERVICES.

Flor de María Pachas Barrionuevo¹

Yhedina D. Sánchez Huamán¹

Milagros B. Carrasco Loyola¹

Mario Suárez Rodríguez²

Rita Villena Sarmiento¹

¹Docente del Departamento Académico de Odontología Social. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia

²Médico-Jefe, Puesto Salud Juan Pablo II, Carabayllo, MINSA

Correspondencia

Flor de María Pachas Barrionuevo
Av. Honorio Delgado 430 - Lima 31, Perú
Teléfono (511) 381-1950 (226)
e-mail: fpachasb@upch.edu.pe/
pachas.flor@yahoo.com.pe

Recibido : 18 de noviembre del 2008

Aceptado : 20 de diciembre del 2008

Introducción

La salud de la madre y del niño es primordial en los programas de salud integral, con la finalidad de contribuir en la disminución de la tasa de mortalidad materno-infantil (1). Los problemas de salud que surgen en los primeros años de vida de un niño, pueden ser prevenidos si la madre adopta cuidados preventivos desde la etapa de gestación y a partir del nacimiento; es por ello que es importante que los servidores de

salud desarrollen más acciones preventivas promocionales que recuperativas en este grupo poblacional (2). Debido a ello, es fundamental en primer lugar evaluar la atención en los servicios de salud, para entender su contribución en las acciones preventivas dirigidas a la madre y el niño menor de 6 años de edad.

En el 2004 se reportó en el Perú, que 12,7% de las mujeres adolescentes ya eran madres o estaban

embarazadas, situación muy similar a la de 2000 (13,0%), siendo más alto el porcentaje en el área rural que en la urbana (20,3% y 9,5% respectivamente), y mayor entre las adolescentes del menor quintil de ingresos (27,0%) que entre las del quintil de mayores ingresos (3,3%). Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio ocupan el sexto lugar como causa de muerte entre las gestantes adolescentes (10-14 y 15-19 años de edad), según la Organi-

zación Panamericana de la salud (OPS) (3).

Se debe considerar que las madres presentan diferentes necesidades nutricionales y cualquier alteración de su condición de salud, puede dañar su propia salud y la del feto. Las orientaciones deben ser otorgadas a la gestante y deben considerarse las condiciones económicas, sociales y culturales de la futura madre (4).

Un estudio de gestantes realizado en el Perú (1990), determinó que el promedio de controles obstétricos es de dos, a pesar de que lo normado es de seis (5). El MINSA en su página electrónica de salud materno infantil, señala que los motivos de inasistencia a los establecimientos de salud para recibir atención son, el costo en el 40,6%, temor 29,3%, trato recibido 20,4%, tiempo de espera 14,8 %, vergüenza 10,8% y distancia 8,1% (6).

En Perú, Beltrán (1996) y Picasso (1995), reportaron que no existe asociación entre el estado nutricional de gestantes y su nivel de caries dental (7, 8), aunque sí se encontró asociación entre higiene y caries dental, también entre gingivitis y tiempo de embarazo, aumentando progresivamente hacia el segundo trimestre y disminuyendo en el tercer trimestre (8).

Bogges y Edelstein (9) señalan que la salud bucal materna tiene implicaciones significantes sobre el desarrollo fetal. La enfermedad periodontal materna ha sido asociada con nacimientos pretérminos, desarrollo de preeclampsia y pequeño tamaño para la edad gestacional del neonato.

La OPS en una evaluación de la Salud en las Américas, indica en el 2004 que las principales causas de mortalidad en menores de 1 año se referían a trastornos respiratorios

específicos durante el período perinatal (669,8 por 100000 menores de 1 año), infecciones respiratorias agudas (448,3), retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta con bajo peso al nacer (402,1) y sepsis bacteriana del recién nacido (287,0). La primera causa, trastornos respiratorios específicos del período perinatal, tuvo relación con la baja cobertura de atención del parto en establecimientos de salud y la falta de atención inmediata del recién nacido, incluyendo la reanimación del niño que nace deprimido; la tercera causa tiene su origen en la desnutrición materna con un 25,4% de prevalencia de anemia entre mujeres de 15 y 49 años de edad (3).

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el Perú se adopta en el 2001 promovido por la OMS, sin embargo, en los 34 distritos del Perú, no alcanzó la cobertura necesaria para generar cambios en los indicadores de salud y mortalidad infantil. Faltó un sistema de monitoreo con recomendaciones concretas sobre cómo recoger, analizar e interpretar datos para mejorar los servicios y programas (10). Estadísticas del MINSA refieren además que la enfermedad diarreica aguda afecta principalmente a la población infantil de nuestro país. Su presencia aún es notoria entre las principales causas de morbilidad, especialmente en los ámbitos geográficos de población en situación de pobreza, donde se estima que los niños tienen entre 10 y 12 episodios de diarrea por año. Durante el último quinquenio se registraron tasas de incidencia que varían entre 2000 y 2500 casos por 100000 habitantes. La tasa de incidencia de neumonía en menores de 5 años en el 2002 es de 196,3 casos por 100000

habitantes. Hay una reducción que puede explicarse por una mayor cobertura de atención de salud en el medio rural y el diagnóstico diferenciado de asma y síndrome de obstrucción bronquial (11).

Literatura reciente en salud pública estimula la integración de la medicina y la odontología y promueve el desarrollo de actividades de salud bucal de fácil acceso a la mayoría de la población (12). Una revisión actualizada de caries de aparición temprana, señala que un trabajo coordinado con las especialidades médicas como ginecología, obstetricia, pediatría y demás sería un factor esencial para poder detectar y controlar la evolución y así poder establecer un plan de tratamiento lo menos invasivo posible (13). Considerando que la mayoría de niños durante sus cinco primeros años de vida son atendidos por médicos, sería importante que se trabaje en conjunto y se les derive al odontólogo (14). En cuanto a la prevalencia de la enfermedad caries dental, en Brasil, Walter (15) reportó 8,7% entre 0 a 12 meses de edad; 24,7% entre 13 a 24 meses; 46,1% entre 25 a 36 meses; 64,8% entre 37 a 48 meses y 82,5% en niños entre 49 a 60 meses de edad. En el Perú Melgar (16) encontró una prevalencia de caries de 31,5% en niños de 6 a 36 meses de edad pertenecientes al distrito de Independencia. Tello (17) al evaluar niños de 6 a 36 meses que acudían a ser atendidos en la clínica de bebés de la Universidad Inca Gracilazo de la Vega, encontró una prevalencia de 19,1% entre los 6 a 12 meses; 59,4% entre los 13 a 24 meses y 79,3% entre los 25 a 36 meses.

El Puesto de Salud Juan Pablo, de la Red IV del Hospital de Puente Piedra, es un establecimiento de primer nivel de atención del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es brindar

atención preventivo-promocional en salud integral básica y recuperativa de menor gradiente. Estas atenciones son dirigidas por etapas de vida (niños, adolescente, adulto, adulto mayor) para cubrir las necesidades integrales en salud con diversas estrategias sanitarias (18) y con el Modelo de Atención Integral en Salud (19). Particularmente este establecimiento tiene una proyección anual de atención de 9867 en Lomas de Carabayllo, para una población total aproximada de 30 mil habitantes, distribuidos en alrededor de 42 conglomerados humanos, entre asentamientos humanos, asociaciones de vivienda, de pobladores, de desplazados, pecuarias y agropecuarias, en las que viven familias en situación de pobreza y extrema pobreza (20).

Dentro de la filosofía de trabajo social y comunitario, la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia atiende poblaciones con mayores necesidades de salud. Actualmente, el distrito de Carabayllo, ubicado al cono norte de Lima, es un área geográfica para el desarrollo de las competencias específicas en la comprensión e interpretación del proceso salud-enfermedad, a partir de los cuales se diseñan propuestas de programas y modelos de atención en odontología con eficacia y eficiencia (21). La promoción de la salud y la salud bucal a través de la educación para la salud, es una respuesta para enfrentar una serie de necesidades de las poblaciones y constituye una experiencia significativa a percepción de egresados de la Facultad de Estomatología (22), sin embargo, por primera vez se está integrando una filosofía dirigida al binomio madre-niño, que requiere de trabajo en conjunto con otras especialidades (médicos, enfermeras,

obstétricas), así como, una capacitación específica por el propio odontólogo. Para iniciar un trabajo preventivo-promocional en este ámbito, es necesario en primer lugar conocer la realidad de la salud integral de la gestante y el infante.

El propósito de este estudio es conocer y reportar la magnitud de atención preventiva en salud general y salud bucal de la madre gestante y de menores de 6 años de edad que acuden a un Puesto de Salud del MINSA, en el período de un año, previo a acciones de intervención preventivo promocional de estudiantes de pregrado de la Facultad de Estomatología de la UPCH.

Materiales y método

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, se revisaron fuentes secundarias correspondientes a las estadísticas anuales del año 2006 del Puesto Juan Pablo II-Carabayllo, a cargo de un equipo de docentes del Departamento Académico de Odontología Social. Esta información se obtuvo del programa materno perinatal a cargo del servicio de obstetricia, de donde se obtuvieron las variables de riesgo obstétrico, rango de edad, diagnósticos y atenciones preventivas de las madres gestantes. Los datos de atención integral al niño, responsabilidad del servicio de enfermería con énfasis en los menores de 6 años de edad también se contabilizaron, teniendo en cuenta las variables edad, diagnóstico de morbilidad también incluido los diag-

nósticos de salud bucal. Además se revisó la frecuencia de uso de servicios de parte de los niños. Las madres y niños atendidos estuvieron afiliados al beneficio de Seguro Integral de Salud (SIS) por pertenecer a familias peruanas en condición de pobreza y extrema pobreza. Para el acceso a la información se solicitó autorización del Médico-Jefe del Puesto de Salud de la localidad. Los datos se ingresaron al programa de Excel y se reportaron frecuencias simples y relativas de las atenciones.

Resultados

La distribución de las gestantes según riesgo obstétrico y edad (Tabla 1), en la que se aprecia que la mayoría de gestantes (72,8%) que acudieron en un año al Puesto Juan Pablo II fueron clasificadas como de bajo riesgo obstétrico y estuvieron comprendidas por encima de los 20 años de edad (81,3%). En cambio las de alto riesgo obstétrico (27,2%) eran gestantes más jóvenes, que correspondían entre las edades de 15 a 19 años (18%).

Los diagnósticos más frecuentes en las 283 gestantes atendidas (Tabla 2), la mayoría sufrió de vaginitis (66,8%), seguido de anemia (8,1%) e infección del tracto urinario (7,8%). De las atenciones preventivas un 100% recibieron higienización dental, dato ingresado en el puesto de salud como eliminación de placa bacteriana, el 80,2% recibió consejería integral, tanto a la madre como a la pareja (no se incluyeron

Tabla 1. Distribución de gestantes atendidas, por riesgo obstétrico y edad. Puesto Juan Pablo II. Carabayllo-Lima-Perú, 2006.

Riesgo obstétrico Edad (años)	N (%)	bajo		alto	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10 a 14	2 (0,7)	0	2 (0,7)		
15 a 19	51 (18,0)	0	51 (18,0)		
mayor de 20	230 (81,3)	206 (72,8)		24 (8,5)	
Total	283	206 (72,8)		77 (27,2)	

temas referentes a la salud bucal), el 70,3% fue sometido a evaluación y orientación en nutrición. Del total de reporte de gestantes el 73,9% se las evaluó en situación de partos esperados al mes, solo el 19% tuvo control de puerperio.

Los diagnósticos frecuentes en menores de 6 años de edad (Tabla 3). Hasta el quinto año de vida siem-

pre los primeros diagnósticos constituyeron las enfermedades de las vías respiratorias altas, representando el 52,1%. Las enfermedades diarreicas agudas constituyeron el 7,9%. La caries de dentina representó el 1,4% de los diagnósticos, aunque esta se reporta a partir de los 4 años de edad (4, 6%) y a los 5 años, con un ligero incremento

(7,2%). Otro diagnóstico odontológico reportado fue la pulpitis, constituyendo un 0,2% del total de reportes, que a los 5 años de edad representa un 2,1%.

La distribución de uso de servicios de salud de los menores de 6 años de edad (Fig. 1). El servicio más requerido fue el de medicina general (47,0%), seguido por el de crecimiento y desarrollo (26,4%), inmunizaciones (21,7%) y odontología (4,9%). Datos específicos de menores de 24 meses de edad (no mostrados en este estudio) indican que los servicios más empleados fueron también de Medicina General, Inmunizaciones y Crecimiento y Desarrollo (27,3%; 25,3 y 19,8%, respectivamente). Sin embargo, el servicio de odontología a esta edad, únicamente reportó el 0,005%,

Discusión

Las atenciones dirigidas a las

Tabla 2. Diagnósticos frecuentes y atenciones en gestantes. Puesto Juan Pablo II. Carabayllo-Lima-Perú, 2006.

Diagnósticos	N	%
Sana	49	17,3
Vaginitis	189	66,8
Anemia	23	8,1
Infección de tracto urinario	22	7,8
Atenciones preventivas		
Control del recién nacido	34	12,0
Control de puerperio	54	19,1
Administración de sulfato ferroso	48	17,0
“Eliminación de placa bacteriana”	283	100,0
Partos esperados al mes	209	73,9
Evaluación y orientación en nutrición	199	70,3
Consejería integral a la madre y pareja	227	80,2

Tabla 3. Diagnósticos frecuentes en menores de 6 años de edad. Puesto Juan Pablo II. Carabayllo-Lima-Perú. 2006

Edad	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	Total
Diagnóstico	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Faringo amigdalitis aguda (a)	236(18,4)	166(25,2)	100(20,0)	94(21,6)	67(17,8)	663(20,4)
Amigdalitis aguda NE (b)	158(12,3)	99(15,0)	91(18,2)	55(12,6)	54(14,3)	457(14,0)
Faringitis aguda NE (c)	133(10,4)	46 (7,0)	49 (9,8)	32 (7,4)	39(10,3)	299 (9,2)
Rinofaringitis y/o rinitis aguda (d)	72 (5,6)	39 (5,9)	22 (4,4)	24 (5,5)	12 (3,2)	169 (5,2)
Diarrea acuosa incluye colitis, enteritis, genterocolitis, gastroenteritis, gastroenterocolitis, cata (f)	96 (7,5)	39 (5,9)	12 (2,4)	0	9 (2,4)	156 (4,8)
Bronquitis aguda NE (e)	49 (3,8)	33 (5,0)	13 (2,6)	15 (3,4)	0	110 (3,4)
Parasitosis intestinal (SOE)	30 (2,3)	0	18 (3,6)	10 (2,3)	10 (2,7)	68 (2,1)
Enfermedad diarreica acuosa con deshidratación (g)	43 (3,3)	17 (2,6)	0	0	0	60 (1,8)
Hypoderma	31 (2,4)	10 (1,5)	11 (2,2)	0	7 (1,9)	59 (1,8)
Fiebre (NE)	0	17 (2,6)	12 (2,4)	10 (2,3)	14 (3,7)	53 (1,6)
Caries de la dentina	0	0	0	20 (4,6)	27 (7,2)	47 (1,4)
Enfermedad diarreica acuosa sin deshidratación (h)	42 (3,3)	0	0	0	0	42 (1,3)
Asma no especificado, asma de aparición tardía, bronquitis asmatica/ sob sibilancia, hiperactividad	0	11 (1,7)	12 (2,4)	0	0	23 (0,7)
Pulpitis	0	0	0	0	8 (2,1)	8 (0,2)
Otras Morbilidades	395(30,7)	183(27,7)	160(32,0)	175(40,2)	130(34,5)	1043(32,0)
Total morbilidad	1285	660	500	435	377	3257

NE: No especificada, SOE: Sin otra especificación
a,b,c,d,e Enfermedades del tracto respiratorio alto. f,g,h Enfermedades diarreicas.

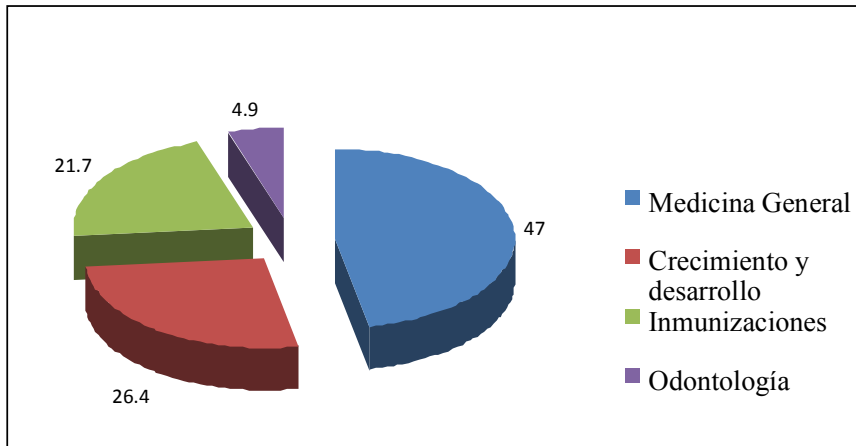


Fig. 1. Distribución porcentual del uso de servicios en menores de 6 años de edad. Puesto Juan Pablo II. Carabaillo, Lima-Perú, 2006.

gestantes a cargo del personal del Puesto de Salud, involucra principalmente acciones de prevención primaria y secundaria. La mayor proporción de gestantes encontradas en el estudio fueron de edades superiores a los 20 años de edad, próximo a lo reportado por la OPS (3) y Beltrán (7). Este trabajo encontró que el 18% de madres gestantes eran adolescentes valor muy cercano a lo señalado en zonas rurales (20,3%) por la OPS. Las evidencias indican que las madres adolescentes son las que tienen generalmente las mayores complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y suelen acudir poco a sus controles (3). Además son las que poseen mayores problemas nutricionales por la competencia de nutrientes propias de la edad y las de requerimientos del feto (4). Por el ámbito geográfico de procedencia de las gestantes, migrantes de zonas rurales de la costa norte y sierra (20) y localización marginal donde la mayoría de pobladores tiene solo educación de nivel básico, y su estado civil es de convivencia, ello explicaría parcialmente el poco acercamiento a los servicios, ya sea por falta de conocimiento de los riesgos, temor y vergüenza. Generalmente cuando acuden al puesto de salud, sólo realizan cuando el parto esta

próximo (6,23). Esto coincide con el reporte de 73,9% de madres gestantes que acuden próximas al parto, sin tener los seis controles como promedio estimado.

Considerando que la tercera parte de las madres presentaban un embarazo con riesgo obstétrico, ello indica que factores como la edad (valores extremos), los abortos, la desnutrición o signos de alarma están presentes en éstas futuras madres. García (24) encontró que las madres solteras y sin control prenatal presentan un mayor riesgo e incluso muchas de ellas son afectadas por infecciones urinarias. La OPS agrega que las mayores causas de mortalidad materna esta presente en madres con factores de riesgo. El hallazgo de la vaginitis como el diagnóstico más frecuente en este estudio, es similar al señalado por Nestares (25), aunque se considera que todas las mujeres al menos una vez en su vida a sufrido de infección vaginal. La causa de este problema es generalmente infecciones por hongos, vaginosis bacteriana y la tricomicoasis y en algunos casos infección en el cuello de uterino. Las madres de los poblados aledaños al Puesto de Salud, probablemente tienen este problema por inadecuadas medidas preventivas para evitar las

infecciones (higiene personal, prácticas sexuales protectivas, uso de ropa limpia, etc) como por las condiciones de vida.

El diagnóstico de anemia fue muy bajo (8,1%) a comparación de otros estudios con valores de 52,7% en madres (26) y mayor a 70% en gestantes adolescentes (27). Esto podría ser explicado por que el establecimiento no cuenta con laboratorios para exámenes auxiliares y la mayoría de las gestantes son derivadas a establecimientos de otro nivel, dado que es muy probable que muchas de las madres sufrieran de desnutrición por la pobreza en que viven (20). En el protocolo de atención a las gestantes en este establecimiento, la obstetrix deriva siempre a toda madre al servicio de odontología. Es por ello probablemente el satisfactorio hallazgo de que la totalidad de madres tuvieron enseñanza de higiene bucal y eliminación de placa bacteriana para controlar la gingivitis, previo revelado del biofilm dental, contemplado en las Estrategias Sanitarias de Salud Bucal (28). La alta asistencia en el servicio odontológico superó a lo reportado en otros contextos como Estados Unidos (29) y Brasil (30), y conforme comentamos, ello es resultado del trabajo interdisciplinario y la derivación de otros profesionales, que buscan la atención integral de sus pacientes.

En educación sin bien la mayor parte recibió orientación en nutrición (80,2%), a diferencia del 60% reportado en Brasil (4,30). En este estudio adicionalmente el equipo no encontró en la guía educativa del MINSA temáticas que vinculen la salud bucal con nutrición, para que así la madre tome conocimiento de este aspecto. Además, es importante resaltar que en las acciones de atención preventivo promociona-

les, presentes en la hoja integral de salud a cargo del odontólogo, no figura un rubro de consejería como reporte a completar. Santos et al. (4) señalan que las gestantes adolescentes están más expuestas a alteraciones de peso talla durante su estado gestacional.

La consejería integral a la madre y la pareja fue alta, pero igualmente a lo descrito en líneas anteriores la guía educativa solo exponía temas de cuidados de higiene corporal, signos y síntomas de alarma, cuidados post parto y del recién nacido, procedimiento para una lactancia adecuada, no son incluidos aspectos básicos de salud bucal, existe un total olvido al respecto. Fuentes (5) y García (24) señalan que pocas madres acuden a sus controles y por ende están pocos informadas de los cuidados que deben seguir en todo el proceso de gestación para su propia salud y la del niño.

En estos controles a las gestantes se suele indicar administración de sulfato ferroso y en este estudio su indicación fue superior a las necesidades de madres anémicas reportadas, aspecto previamente discutido. El MINSA indica que se suministre sulfato ferroso en madres con necesidad de mejorar los niveles de hemoglobina y proveer de nutrientes al feto. A pesar que en el año 2006 se esperaba aproximadamente 74% de partos esperados, es sorprendente que solo la cuarta parte de madres acuda luego a control de puerperio y una quinta parte a control del recién nacido. Esto indica un comportamiento de abandono de atenciones preventivas por parte de la madre, con influencia negativa tanto para ella como para el feto (4). Es probable por su contexto social y cultural que muchas se atiendan en sus hogares o en establecimientos

de mayor nivel. Fuentes (5) y García (24) indican que las madres jóvenes acuden poco a los servicios y si van es por emergencias. Chalco et al. (23) encontraron que las primíparas tienen un menor grado de conocimiento sobre control prenatal, embarazo y parto en comparación a las múltiparas. Y que factores como la etnicidad de la madre, el nivel de instrucción, el estado marital, el peso al nacer del infante y la edad gestacional era asociados con una baja prevalencia de cuidado dental (30). Un estudio de barreras para atención odontológica en gestantes indica que los motivos para inasistir son: la falta de interés, el prejuicio, conformismo, la indiferencia o la baja valorización de la salud bucal y la creencia popular de no ser bueno visitar al dentista durante el embarazo. Además, la asociación del dolor de dientes con el embarazo es considerado normal; a todo esto se suma el miedo a los procedimientos odontológicos (29).

Al evaluar la morbilidad de salud general en menores de 6 años de edad, se encontró una alta proporción con afección de las vías respiratorias altas, al igual que de enfermedades diarreicas, las mismas que son coherentes con los reportes del PAHO y del MINSA (3,11). Sabemos que si no son atendidos a tiempo estas enfermedades pueden conducir a la muerte y se incrementaría la tasa de mortalidad en los niños. De hecho la conducta de las madres de acudir con su niño es saludable, pero se debe reconocer que muchas no lo realizan, por diferentes factores como el costo, el temor, tiempo de espera, vergüenza y distancia señalados por el propio MINSA (23) o por su bajo nivel educativo (29). Frente a esta situación la AIEPI fue una propuesta elaborada por la OMS y el UNICEF en 1992 y en el Perú

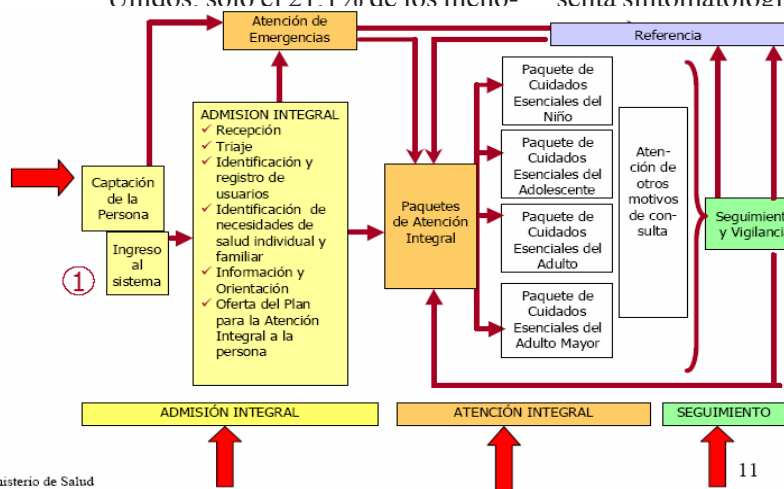
se inició desde 1996, abarcando 34 distritos, incluido del cono norte de Lima. El fin de esta nueva estrategia de alcance mundial es combatir las enfermedades mortales que puedan prevenirse, detectarse tempranamente y tratarse con medios ya asequibles en la etapa de la infancia. La AIEPI busca mejorar el desempeño de los trabajadores de salud; el sistema sanitario local que apoya la estrategia y las prácticas comunitarias y familiares relacionadas con la salud y el desarrollo de los niños. Las áreas enfocadas incluyen inmunización, lactancia materna, nutrición complementaria, ingesta de micronutrientes, higiene personal y del hogar, uso de mosquiteros, alimentación y rehidratación durante las enfermedades, tratamiento de las enfermedades infecciosas en el hogar, empleo de los servicios de atención, cumplimiento con los tratamientos indicados, promoción del desarrollo mental y social, y uso de la atención prenatal (10). Sin embargo, no se ha incluido dentro de este importante programa la consejería de salud bucal para infantes, sería interesante que las gestantes y madres de infantes, sean orientadas respecto a los cuidados básicos preventivo-promocionales para prevenir la caries dental, así como, indicarles la importancia de una consulta odontológica temprana, que requerirá de seguimientos periódicos, con el propósito de preservar la salud y reducir los altos niveles de enfermedad, presentes desde edades tempranas. Esto explicaría en gran parte que un mínimo porcentaje (4,9%) de niños menores de 6 años de edad acuda al servicio de odontología a comparación de otros servicios (medicina general, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones). Esto es concordante al reporte en otros países de es-

casos procesos de derivación a otros servicios (14,31). En el Perú, para asegurar el alcance de salud en las poblaciones con pobreza y pobreza extrema se ha planteado el Seguro Integral de Salud (SIS) con la finalidad de contar con un mayor acceso a los servicios de salud y a todo tipo de atención, incluso la salud bucal, el cual es subsidiado por el estado (32). En los países desarrollados en donde se busca eliminar la disparidad e inequidad por niveles socioeconómicos, se ha encontrado que si bien se promueve que la población de más bajos niveles socioeconómicos empleen los servicios de salud, no todos lo utilizan. En Canadá sólo el 8,4% de los niños visitaron al dentista antes de los 2 años y el 88,5% de los niños tuvieron su primera visita al dentista entre los 2 y 5 años (33). En Estados Unidos, sólo el 21,1% de los meno-

res son mayores en cuanto a enfermedades infecciosas probablemente explicado por el contexto social (20).

En relación al reporte de morbilidad en salud bucal. A pesar que la totalidad de niños pertenecía a sectores de pobreza y pobreza extrema, con acceso al SIS, los registros indicaron un mínimo porcentaje acudió por atención dental en menores de dos años de edad (0,005%). Este comportamiento es igualmente reportado en otros contextos donde se provee la facilidad de acceso a las poblaciones de menores recursos, pero no todos acuden (35). El estudio identificó que recién a partir de los 4 años de edad las madres llevan a sus hijos para una atención, cuando el diagnóstico es de caries a nivel de dentina o pulpa, es decir cuando el niño ya presenta sintomatología. Posiblemente

o falta de cal y la creencia popular de no ser bueno visitar al dentista asociado a una imagen de perfil mutilador y de autoritarismo de parte del mismo (30). En cambio en otros contextos la visita del menor se observa a partir de los 2 años de edad, cuando la prevalencia de caries dental es de 8,4% aproximadamente y se incrementa conforme aumenta la edad (36). La educación de la madre podría jugar un rol importante para acudir a los servicios tempranamente y de manera preventiva, es así que a los 2 años de edad ya en Estados Unidos cerca del 40% acude por atenciones preventivas en modalidad de exámenes o profilaxis (34). Los datos epidemiológicos en nuestro país revela que aproximadamente el 80% de niños a la edad de 4 años ya sufre de esta enfermedad (16,17) similar a lo encontrado en Brasil (15). El hecho que tan solo un 4,6% de atenciones se reportara en este estudio a esta edad, deja un alto porcentaje de población que probablemente teniendo la enfermedad en edades tempranas, tal como en donde los niños no asisten, el prejuicio o indiferencia o la falta de consejería sobre salud bucal en la



Ministerio de Salud
 Guía Nacional de Operativización del
 Modelo de Atención Integral de Salud

Aunque no se muestra en este estudio datos de lactancia, ella estuvo presente en la totalidad de madres a excepción de aquellas con HIV. La alimentación brindada como lactancia materna exclusiva o lactancia prolongada según AIEPI y los lineamientos del MINSA favorecen la prevención de enfermedades infecciosas (10). A comparación de otros contextos nuestros repor-

Fig. 2. Modelo de Atención Integral en Salud.

PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS	
NIÑOS 1 AÑO	
1.	Atención de crecimiento y desarrollo, vigilancia nutricional.
2.	Administración de micronutrientes: sulfato ferroso , vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación.
3.	Inmunizaciones: Sarampión, rubéola y parotiditis (SPR). Antiamarilica según área o región.
4.	Tema Educativo a los padres: <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI. • Higiene bucal. • Cuidados del medio ambiente.
5.	Prevención, detección, eliminación de placa bacteriana y fluorización opcional (según criterio de riesgo).
6.	Visita Domiciliaria: <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario. • Vacunas (no acudió a su cita). • Control de crecimiento y desarrollo (no acudio a su cita). • Control del daño (neumonías, EDAS c/DH, disentéricas, desnutrición). • Otros de acuerdo a región.
7.	Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes: <ul style="list-style-type: none"> • Daños considerados en la atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI). • Caries dental. • Otros depende de cada región.

Fig. 3. MINSA. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.

madre y problemas de referencia de otros servicios (no trabajo interdisciplinario) explicaría tal situación (14). Según el modelo MAIS (28) todos ingresan a un sistema de atención (Fig. 2) y luego son trasladados a paquetes de atención integral, por supuesto a criterio del personal de salud evaluador, en este caso los médicos, enfermeras u obstetras, quienes por desconocimiento sobre modelos preventivos en salud bucal y por falta de un mayor acercamiento interdisciplinario con la odontología, podrían impedir la accesibilidad. La preparación del odontólogo general y la capacidad de suministros para la atención del niño menor de 6 años, serían otros factores a considerar (35). En la descripción del MAIS, el paquete de atención integral describe que de 1 a 4 años de edad (Fig. 3), entre otras atenciones que deben realizarse, se encuentran los temas educativos a los padres en higiene bucal y desarrollar prevención, detección y eliminación de placa bacteriana y

fluorización (es de suponer de acuerdo al riesgo). El equipo investigador no encontró ninguna de estas actividades en los reportes del Servicio de Odontología de Juan Pablo II, para niños de esta edad. Esto se explicaría porque el odontólogo a cargo es de práctica general y no existe un protocolo de derivación de los otros servicios al suyo. Las actividades básicamente están dirigidas a madres gestantes y niños mayores de 6 años de edad, por ende existe un vacío asistencial en etapas tempranas del niño. En el componente promoción el odontólogo dicta charlas a la población que asisten semanalmente al servicio o educa a nivel de instituciones educativas a nivel básico regular y de educación inicial. Dado este contexto la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán ha centrado siempre la atención preventiva promocional a nivel de familia en la formación de sus estudiantes en el campo de la salud pública dental (21). La información secundaria proveniente de

los servicios de salud como el de Juan Pablo II sustenta y evidencia claramente de que nuestro quehacer en acciones de promoción de la salud son necesarias en las poblaciones de menores recursos y asimismo asegura y sustenta la necesidad de una propuesta de modelo de atención que incluya a niños en etapas tempranas de su vida, con la finalidad de preservar la salud. Incluir la salud bucal en el contexto de salud integral desde la infancia se torna necesario, si realmente estamos interesados en bajar los niveles de caries dental. La oportunidad de trabajo con equipos interdisciplinarios de salud dentro y fuera de los establecimientos de nivel primario es primordial para una atención integral del binomio madre-niño.

Conclusión

La revisión de estadísticas de las atenciones en gestantes y menores de 6 años de edad en el Puesto de Salud de Juan Pablo II indican: las gestantes son predominantemente mujeres jóvenes, siete de cada 10 madres son consideradas de bajo riesgo obstétrico y sólo 3 de alto riesgo. La prevención odontológica en gestantes sólo se limita al control de biofilm dental, no se evidenciaron otras acciones de promoción, ni de prevención. En relación a los niños, para todas las edades, la mayoría estuvo afectado por enfermedades agudas de tipo respiratorio y diarreico. La caries dental es reportado como una afección a partir de los 4 y 5 años de edad. En uso de servicios la mayoría de madres lleva a sus hijos a los servicios de medicina general, crecimiento y desarrollo como inmunización. La consulta odontológica en niños menores de 6 años mostró ser muy baja y ocurría sólo cuando existían molestias y necesidades restauradoras,

observándose una carencia de medidas preventivo-promocionales durante los primeros años de vida. Es importante trabajar en conjunto y de manera interdisciplinaria con las obstétricas, enfermeras, médicos y pediatras para difundir los cuidados de salud bucal tanto para la madre como para el futuro bebé. Es evidente una demanda de atención odontológica tardía. La carencia de información y de una filosofía preventivo-promocional en odontología, serían el factor causal.

Agradecimientos

A las licenciadas Ellen Alvarado e Isabel Salcedo por su colaboración en facilitar la información de las gestantes y niños del Puesto de Salud Juan Pablo II.

Referencias bibliográficas

1. WHS. World Health Statistics 2007. Ginebra: WHO; 2007.
2. Zavaleta N, Inga M. Primera encuesta global de la OMS en salud materna y perinatal 2005: resultados del Perú. Lima: Instituto de Investigación Nutricional; 2007.
3. PAHO. Salud en las Américas, 2007. Volumen II-Países. Pg 630-650. [en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Perú%20Spanish.pdf> [consulta 13 marzo 2009].
4. Santos LA, Mamede FV, Clapis MJ, Bernardi JVB. Orientación nutricional en el prenatal en servicio público de salud de la ciudad de Ribeirão Preto: el discurso y la práctica asistencial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(5):688-94.
5. Fuentes MR. Conductas que adoptan las madres primíparas frente al cuidado del recién nacido. Hospital de Apoyo Cayetano Heredia. [Tesis de bachiller en Enfermería]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1990.
6. MINSA. Maternidad saludable y segura. [en línea]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/maternidad.htm [consulta 13 marzo 2009].
7. Beltrán JA. Relación entre el estado nutricional de las madres gestantes y sus niveles de caries dental en dos centros de salud de Lima Metropolitana. [Tesis de Bachiller en Estomatología]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1996.
8. Picasso MA. Correlación entre estado nutricional, edad, higiene y experiencia de caries con gingivitis en embarazadas del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-Perú. [Tesis de bachiller en Estomatología]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1995.
9. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 2006; 10(5 Suppl):S169-74.
10. La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(4): 280-281.
11. MINSA. Estadísticas. Estado de Salud. Lima-Perú. [en línea]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.htm> [consultado 13 marzo 2009].
12. Weintraub JA. Prevention of early childhood caries: a public health perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26(1 Suppl):62-6.
13. Bueno LM. Caries de aparición temprana, diagnóstico, prevención y tratamiento. [Investigación bibliográfica para Bachiller en Estomatología]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
14. Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health*. 2006; 6:176.
15. Waletts LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
16. Melgar R. Prevalencia de caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos, conductuales, nutricionales y relacionados a la transmisión temprana de microorganismos en un grupo de infantes del comité zonal de salud de Tupac Amaru distrito de Independencia, Lima-Perú, 1998. [Tesis de Magister en Estomatología]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2002.
17. Tello G. Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con hábitos alimentarios y de higiene bucal en niños de 6 a 36 meses de edad en Lima-Perú. [Tesis para título profesional]. [Lima Perú]: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2001.
18. MINSA. Estrategias Sanitarias. Normas Legales N°771. El Peruano, 2 de agosto 2004.
19. MINSA. Modelo de atención integral de salud (MAIS). Dirección General de Salud de las Personas. [en línea]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/docurelev2006.htm> [consultado 13 marzo 2009].

20. MINSA. Informe de Diagnóstico Situacional y Salud de Juan Pablo II. Documento interno del Puesto de salud Juan Pablo II Carabayllo; 2006.
21. Bernabé E, Bernal JB, Beltrán-Neira RJ. A model of dental public health teaching at the undergraduate level in Peru. *J Dent Educ.* 2006; 70(8):875-83.
22. Bernabé E, Ludeña MA, Beltrán-Neira RJ. Self-perceived public health competency among recent dental graduates. *J Dent Educ.* 2006; 70(5):571-9.
23. Chalco A, Garay YJ, Nalvarte RN. Influencia de la preparación psico-física en el grado de conocimiento de las primigestas sobre control prenatal embarazo y parto en el Instituto Nacional Materno Infantil San Bartolomé. Diciembre - Febrero 1989. [Tesis de bachiller en enfermería]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1991.
24. García CM. Embarazo de alto riesgo en pacientes hospitalizadas. Hospital Nacional Cayetano Heredia 1997. [Tesis de Bachiller en Medicina]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
25. Nestares JA. Infecciones vaginales en gestantes: un estudio transversal comparativo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Tesis de Bachiller en Medicina]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1995.
26. Ramírez CA. Prevención y tratamiento de la anemia de la gestante en el Hospital Arzobispo Loayza. [Tesis de Bachiller en Medicina]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1994.
27. Broncano LY, Contreras MC, Miranda JL. Estudio de las condiciones socioeconómicas culturales y de salud en la presencia de anemia en gestantes que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Ermitaño Bajo- Independencia 1996. [Tesis de licenciada en Enfermería]. [Lima Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
28. MINSA. Resolución Ministerial 649-2007. Estrategia Sanitaria nacional de Salud Bucal. Lima Perú. [en línea]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/03esn/11sbucal/default.asp> [consultado 13 marzo, 2009].
29. Albuquerque OMR, Abegg CR, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):789-96.
30. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc.* 2001; 132(7):1009-16.
31. dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics.* 2004; 114(5):e642-52.
32. MINSA. Seguro Integral en Salud. ¿Quiénes somos? Objetivos. [en línea]. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/a_quien_objet.html. [consultado 13 marzo, 2009].
33. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc.* 2001; 132(3):295-303.
34. Siegal MD, Marx ML. Ohio dental care providers' treatment of young children, 2002. *J Am Dent Assoc.* 2005; 136(11):1583-91.
35. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF Jr. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics.* 2002; 109(5):E82-2.
36. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. *J Public Health Dent.* 1999; 59(3):192-7.