

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
PUERPERAS MEDIATAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN
SALUD ORAL DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
DE PUENTE PIEDRA**

TESIS

FORMATO ARTÍCULO CIENTÍFICO

PRESENTADO POR BACHILLER

GASPAR DAMASO, NILDA KELLY

orcid.org/0000-0002-3164-5616

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

LIMA- PERÚ

2023

DOCENTE ASESOR

Dra. Esp. MARYSELA IRENE LADERA CASTAÑEDA

LINEA DE INVESTIGACION: SALUD PÚBLICA

SUBLINEA DE INVESTIGACION: SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGICA

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por permitirme lograr mis anhelos, mantenerme con salud frente a esta crisis sanitaria.

A mis padres quienes me impulsaron el deseo de superación.

A la Dra. Esp. Marysela Ladera por su asesoría en el desarrollo del trabajo de investigación.

A mi familia por su tiempo y comprensión.

DEDICATORIA

A mis padres quienes me impulsaron el deseo de superación.

A la Dra. Esp. Marysela Ladera, por brindarme su tiempo y asesoría en el desarrollo del trabajo de investigación.

INFORME DE VERIFICACION DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

ARTICULO CIENTIFICO – NILDA KELY GASPAR DAMASO

Antiplagio TESIS modalidad artículo científico

INFORME DE ORIGINALIDAD



ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

4%

★ repositorio.upagu.edu.pe

Fuente de Internet

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words

INFORME DE VERIFICACION DE SOFTWARE ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 18/10/2023

NOMBRE DEL AUTOR (A) / ASESOR (A):

Nilda Kely Gaspar Damazo / Marysela Irene Ladara Castañeda

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- TESIS ()
- TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL ()
- ARTICULO (X)
- OTROS ()

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO: **FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PUERPERAS MEDIATAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DE PUENTE PIEDRA**

CUMPLIDA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE: 24 %

Conformidad Autor:

Nombre: Nilda Kely Gaspar Damazo

DNI: 40225464

Huella:



Conformidad Asesor:

Nombre: Marysela Irene Ladara Castañeda

DNI: 41098065

GYT-FR-64

V.1

14/02/2020

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
PUERPERAS MEDIATAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN
SALUD ORAL DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
DE PUENTE PIEDRA**

PROYECTO DE TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

NILDA KELY GASPAR DAMASO

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

LIMA – PERÚ

2021

LINEA DE INVESTIGACION: SALUD PÚBLICA

SUBLINEA DE INVESTIGACION: SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGICA

ASESORA:

Dra. Esp. MARYSELA IRENE LADERA CASTAÑEDA.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme lograr mis anhelos,
mantenerme con salud frente a esta crisis
sanitaria.

A mis padres quienes me impulsaron el deseo
de superación.

A la Dra. Esp. Marysela Ladera por su asesoría
en el desarrollo del trabajo de investigación.

A mi familia por su tiempo y comprensión.

DEDICATORIA:

A mis padres quienes me impulsaron el deseo de superación.

A la Dra. Esp. Marysela Ladera, por brindarme su tiempo y asesoría en el
desarrollo del trabajo de investigación.

A mi familia por su tiempo y comprensión.

INDICE

CARATULA	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	II
ASESOR.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE	¡Error! Marcador no definido.
1. JUSTIFICACIÓN	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
2. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	11
3. HIPÓTESIS.....	15
3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	15
3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	15
4. VARIABLES.....	16
4.1.DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	16
4.2.OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	16
5. OBJETIVOS.....	17
5.1.OBJETIVO GENERAL	17
5.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
6.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
6.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	18
6.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	18
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	19
6.3 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL Y MUESTREO	19
6.4 CRITERIO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	19
□ CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
□ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
6.6 PROCEDIMIENTOS Y MEDIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	21
6.7 ÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	23
8. PRESUPUESTO.....	24
9. BIBLIOGRAFÍA.....	26

10.ANEXOS.....	29
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	30
ANEXO 2. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL	34
ANEXO 3: PERISO PARA LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION.....	35
ANEXO 4: FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO	36
ANEXO 5. CUESTIONARIO	37
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	41
ANEXO 7. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	42
15. ARTICULO	45

1. JUSTIFICACION:

1.1 Planteamiento del Problema

La Odontología se caracterizaba por ser una profesión que no promovía hábitos saludables sobre enfermedades orales, especialmente en menores de dos años. Actualmente se sugiere realizar la primera consulta estomatológica antes que el niño cumpla el primer año de vida con el fin de favorecer su crecimiento y desarrollo, acercando a la mayoría de los miembros de la familia para educarla sobre promoción de la salud oral y su conservación durante todas las etapas de la vida, evitando las consultas de emergencia y/o cuando la enfermedad se encuentre más avanzada comprometiendo severamente toda la dentición decidua, perjudicando la salud oral y el desarrollo adecuado del infante^{1, 2}.

Los cuidados odontológicos en el niño deben iniciarse antes de la erupción del primer diente deciduo³. Sin embargo, aún existen profesionales que continúan ejerciendo bajo la filosofía tradicional. Estudios reportan que alrededor del 44% de los odontólogos aún creen que la primera consulta del niño debe acudir a los 3 años de edad^{4, 5}. Por otro lado, la gran mayoría de preescolares, no reciben consultas estomatológicas especializadas y los pocos que las han tenido, temen, porque esto significa enfrentarse a inyecciones, equipos extraños, dolores y tratamientos complicados⁴.

En un estudio realizado en Comas, reportó que el 100% de las gestantes recibieron atención estomatológica, el 70% consejería nutricional y el 80% asesoría integral, no obstante, no recibieron sesiones educativas respecto a medidas preventivas en salud bucal de su futuro bebé, así mismo dentro de las primeras causas de morbilidad es alarmante que en niños de 4 a 5 años se encuentre la caries dental y la pulpitis⁶.

El desconocimiento de puérperas mediatas respecto a la edad adecuada para llevar a sus niños a la primera consulta estomatológica, ocasionan la reducción de visitas al odontólogo donde las madres recibirían educación y consejería del odontólogo y así evitar conductas que perjudiquen la salud oral de su recién

nacido como besarlo, soplar la comida , compartir utensilios, enseñarles como y cuando iniciar la higiene bucal, usar correctamente la pasta dental y la forma de cepillado, la presencia de tratamientos preventivos que son aplicados a los infantes y la aparición de la caries a muy temprana edad ².

La influencia cultural de la comunidad y de los profesionales de salud bucal no incluye la necesidad del tratamiento estomatológico antes de que los dientes deciduos estén completos en el arco dentario o hasta los tres años, no obstante, las nuevas investigaciones promueven la importancia del cuidado de los dientes deciduos y su permanencia hasta su exfoliación, por ello los padres juegan un rol trascendental en la prevención de enfermedades orales en la infancia ^{4,7}.

En ese sentido, se debería tomar en cuenta el nivel de conocimiento de las madres puérperas mediatas en la realización de prácticas preventivas y el mantenimiento de una correcta higiene bucal para evitar la aparición y el desarrollo de la enfermedad; por ende, se considera que la mayor preocupación debería estar en implementar actividades de promoción de salud bucal y prevención de la enfermedad¹.

Por ello, el propósito de este estudio será determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por tanto, surge la siguiente pregunta de investigación.

PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas para la salud oral en niños de 0 a 2 años en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra?

PROBLEMAS ESPECIFICOS:

- ¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre hábitos alimenticios de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra?
- ¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre higiene oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra?
- ¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre la atención estomatológica de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra?

2. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS:

En el 2020, Santos y cols.⁸ realizaron un estudio a fin de hallar la prevalencia de caries dental en preescolares y establecer su asociación con la percepción sobre salud bucal de sus madres. Participaron 213 preescolares, de 3 a 6 años, a los cuales se les realizó una evaluación odontológica para conocer el índice ceod y la prevalencia de caries dental. Se usó un cuestionario y una entrevista cualitativa a fin de evaluar la percepción de la salud bucal de las madres. Los resultados muestran que el 53,4% de las entrevistadas calificaron la salud bucal de sus hijos como “regular”, identificando la existencia de caries dental en sus hijos en etapas tardías. La percepción de las madres sobre la salud bucal de sus hijos estuvo asociada con el grado de instrucción y el acceso a los servicios odontológicos y las condiciones socioeconómicas. Concluyeron que la prevalencia de caries dental en niños en edad preescolar se asoció con los estilos de vida y la percepción de la salud bucal de sus madres, por lo que es fundamental métodos preventivos promocionales que enfatizan la importancia de la salud bucal en la niñez.

En el 2020, Montes B.⁹ realizó un estudio con el propósito de conocer el nivel de conocimiento sobre salud oral y lactancia en puérperas que se encuentran en su control en el puerperio, participaron 380 puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Se halló que el 54,5% de los participantes presentaron un nivel de conocimiento regular y el 6% bueno. No se halló diferencia significativa entre el nivel de conocimiento y la edad, pero si se encontró una relación estrecha entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

En el 2020, Nishino, M y cols.¹⁰ realizaron un estudio para evaluar la conducta de salud oral y el estado de salud bucal de padres y niños de 0 a 5 años. Participaron un total de 2223 participantes, y se halló una prevalencia de caries dental del 78%, la frecuencia de ingesta de alimentos azucarados por día mostró una tendencia creciente, el índice ceod a los 3 y 4 años se asoció con el nivel educativo de los padres, la frecuencia del consumo de dulces, la frecuencia de higiene oral diaria y la higiene parenteral de los dientes de los niños.

En el 2020, Pesaresi E y cols.¹¹ desarrollaron un estudio con el propósito de determinar la prevalencia de caries dental en preescolares de 3 años de distritos de bajo nivel socioeconómico en el Perú, en la cual participaron 308 niños. Hallaron una prevalencia de lesiones cariosas en esmalte y dentina fue del 91,2%, mientras que la prevalencia de lesiones cariosas en dentina fue del 58,8%, la mayor cantidad de lesiones cariosas en esmalte y dentina se observaron en molares. Concluyeron que la carga de caries a temprana edad era alta.

En el 2019, Petrauskienė y cols.¹² investigaron las conductas en de salud oral de hacia la caries dental en niños. Encontraron que el 68,5% de las madres se cepillaban los dientes dos veces al día, asimismo encontraron una relación significativa entre las madres que se cepillaban los dientes dos veces al día y las que limpiaban los dientes de sus hijos de la misma manera. Concluyeron que la mayoría de las madres participantes no cepillaron los dientes de sus hijos de acuerdo a las recomendaciones y que las madres con una educación más baja cepillaban los dientes menos de dos veces al día y ofrecían bebidas azucaradas a sus hijos con mayor frecuencia.

En el 2018, Luengo y cols.¹³ desarrollaron una investigación con el propósito de evaluar la salud oral, gingival, la prevalencia de caries de 150 mujeres posparto, así como su conocimiento de la higiene bucal. Encontraron que el 98,0% entiende la importancia de mantener la higiene bucal en los niños, el conocimiento de la salud oral fue medio-bajo, independientemente del número de embarazos anteriores y sólo el 4,6% de las mujeres recibieron consejos de salud oral de su obstetra. La mayoría presentaron valores altos del índice gingival, lo cual se relacionó con el dolor dental durante el embarazo, el CPOD fue menor en las madres primerizas, asimismo hubo una asociación positiva entre las mujeres que acuden regularmente a su odontólogo y las que regularmente llevan a sus hijos al dentista. Las madres embarazadas deben ser educadas sobre su propia salud oral y la de sus hijos.

En el 2018, Chala y cols.¹⁴ realizaron un estudio para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las madres en Marruecos, con respecto a la salud bucal y sus predictores. La investigación se desarrolló en 502 madres entre el 2014 y el 2015, se utilizó un cuestionario semiestructurado, para registrar

factores sociodemográficos y CAP. Los resultados señalan que el 27,8% de las madres eran analfabetas, el 60,9% conoce que el flúor tiene un efecto preventivo contra la caries dental. Existe una asociación entre las prácticas dentales de las madres y el uso de los servicios dentales por parte de sus hijos, asimismo las puntuaciones se asocian con la edad materna, el nivel educativo y el ingreso promedio. Concluyen que se observaron tasas limitadas de CAP en la población de estudio y recomiendan la educación en salud bucal y la variación de los factores de riesgo.

En el 2018, Gurunathan.¹⁵ desarrolló un estudio con el propósito de evaluar la influencia de la educación de las madres sobre el conocimiento, la actitud y las prácticas sobre la salud bucal de los niños de primaria en Chennai. Participaron 432 madres utilizando un cuestionario. Los resultados señalan que las madres que culminaron el colegio son más conscientes de la importancia de la higiene bucal y el tratamiento de la caries dental, por ello es importante que los entes gubernamentales impartan información sobre salud bucal a las madres, ya que constituyen modelos a seguir para sus hijos.

En el 2017, Victorio y cosl.¹⁶ desarrollaron una investigación para conocer la asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de tutores y el estado de salud bucal de prescolares de 3 a 5 años en Ventanilla. Encontraron una prevalencia de caries de infancia temprana del 82,3%, un ceod de 5,24 y un IHO-S de 1,56, no se halló asociación estadísticamente significativa entre los índices ceo-d, IHO-S de los niños y conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de sus tutores. Concluyeron existe una relación moderada estadísticamente significativa entre actitudes de tutores y el estado de salud bucal de sus hijos, asimismo que los prescolares de familias de estrato socioeconómico bajo presentaron una deficiente calidad de vida.

En el 2016, Ramírez P.¹⁷ desarrolló un estudio, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores de estudiantes en una institución educativa primaria. Los hallazgos muestran que el 86%, de los tutores tuvieron un nivel de conocimientos regular sobre medidas preventivas, el 6% un nivel óptimo y el 9% malo, el 60% tuvo un nivel de conocimiento regular sobre enfermedades bucales, 11% óptimo y el 29% malo, el 74% obtuvo un nivel de

conocimiento regular sobre desarrollo dental, el 15% óptimo y el 11% con un nivel deficiente.

En el 2016, Torres C.¹⁸ diseñó un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en madres de niños de 0 a 3 años en un centro de salud en Chiclayo; se incluyó a 136 madres y aplicó un cuestionario validado. Los resultados obtenidos señalan que nivel de conocimiento en madres de niños de 0 a 3 años fue medio con un 65,4 %, el 30,9% bueno y 3,7% fue malo.

En el 2015, Torres R et. Al.¹⁹ desarrollaron un estudio para determinar el impacto de la relación de la caries de la primera infancia (CIT) con calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB) de los niños, atendidos en el Instituto Nacional del Niño en el Perú. Concluyendo que la caries temprana tiene un efecto negativo en la calidad de vida relacionada en salud bucal de los niños y en sus familias.

En el 2014, Lapresa y cols.²⁰ realizaron un estudio con la finalidad de conocer los hábitos bucales en niños españoles de 2-5 años y escolares de 6-15 años. El estudio fue descriptivo transversal, basado en la última Encuesta Nacional de Salud de España (2006). Participaron 8042 niños de 2-15 años. Encontraron que el 47,35% refiere haber asistido a servicios dentales durante el último año y el 69,09% haber asistido alguna vez en la vida. El 22,68% señaló cepillarse diariamente tres veces o más y el 89,03% informó tener una dieta cariogénica. En los escolares de 6-15 años el 29,87% de los niños cuyas madres tenían nivel universitario se cepillaron tres veces o más en comparación a las madres que tenían estudios secundarios y primarios. Concluyó que la prevalencia de estos hábitos saludables es deficiente en la población estudiada y los resultados son más favorables en ambos grupos de edad cuando la madre tiene nivel universitario, lo cual contribuye al fomento de la salud bucal.

3. HIPÓTESIS:

HIPOTESIS GENERAL:

Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre hábitos alimenticios de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.
- Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre higiene oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.
- Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre la atención estomatológica de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.

4. VARIABLES

VARIABLE DE VERIFICACION: Nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral en niños de 0 a 2 años, (hábitos alimenticios, higiene oral y atención estomatológica).

VARIABLE DE ASOCIACIÓN:

Factores asociados (edad, grado de instrucción, ocupación, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, ingreso familiar mensual, familiares odontólogos).

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE: (Anexo 1)

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud oral en niños de 0 a 2 años: Proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, está ligada a la experiencia del manejo preventivo y al comportamiento personal y encamina a lograr acciones que disminuyan el riesgo de adquirir enfermedades.

Edad: Tiempo de vida contando desde su nacimiento. Se considera desde los 15 hasta los 49 años, por ser la edad fértil de la mujer.

Estado civil: Es la situación en la que se encuentra una persona respecto a su pareja ante la ley.

Grado de Instrucción: Nivel educativo más alto que una persona está cursando o ha terminado.

Lugar de Procedencia: Lugar donde la persona ha vivido los últimos 3 meses.

Número de hijos: Número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron.

Ingreso familiar mensual: Conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia, aporten o no estos ingresos o parte de los mismos para sufragar los gastos.

Familiar Odontólogo: Si se cuenta con un profesional odontólogo en el entorno familiar.

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.

Objetivos Específicos:

- Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre hábitos alimenticios de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.
- Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre higiene oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.
- Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre la atención estomatológica de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.

6. METODOLOGIA DE LA INVESEGACION.

6.1 DISEÑO METODOLÓGICO

No experimental, de corte transversal.

6.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el número de variables: Analítico, porque se hará un análisis estadístico bivariado para evaluar la asociación de factores con el nivel de conocimiento de puérpera mediata sobre medidas preventiva en salud oral de niños menores de 2 años.

Por el número de mediciones: Transversal, porque los cuestionarios serán evaluados en un solo momento sin necesidad de seguimiento.

Según la fuente de recolección de datos: Prospectivo, porque se recolectará la información según se vayan aplicando las encuestas a las puérperas.

Por la intervención: Observacional, por lo cual el investigador no interviene de ninguna manera, no afecta la evolución natural de los eventos, limitándose a observar.

6.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional, porque se realizará un análisis bivariado, para evaluar la relación del nivel de conocimiento sobre cada factor asociado.

6.2 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION: La población estará conformada por las madres puérperas mediatas que se atenderán en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra durante los meses de enero a febrero del 2022.

La población estimada de acuerdo al número de atenciones realizadas en el año 2020 se atendió 1244 puérperas mediatas. Por ello se hizo el cálculo de tamaño de muestra con una fórmula de estimación de frecuencias para población finita

6.3 DETERMINACION DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para la determinación del tamaño muestral se hará uso de la fórmula de cálculo para poblaciones finitas. (Anexo 2)

Siendo el tamaño muestral requerido de 294 puérperas mediatas atendidas en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.

6.4 CRITERIO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión:

Puérperas mediatas.

Puérperas que aceptaron firmar el consentimiento informado.

Puérperas con edad legal (mayores de 18 años).

Puérperas sin complicaciones graves.

Criterios de exclusión:

Puérperas con recién nacidos con complicaciones graves.

Puérperas con recién nacidos con malformaciones congénitas.

Puérperas que no completaron el cuestionario.

Puérperas que no desean participar en el estudio.

6.5 CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto será sometido al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista para su revisión y aprobación. Luego, con el permiso del director de la Escuela Profesional de Estomatología (anexo 3) y del director del nosocomio. Se recolectará la información previa firma de consentimiento informado (anexo 6) mediante la aplicación de una encuesta (anexo 5) a las madres puérperas mediatas del servicio de Ginecología de forma anónima. La ejecución de este proyecto no presentara riesgos potenciales en las participantes de la investigación ya que se tomarán todas las medidas de bioseguridad. Los datos obtenidos se almacenarán, y se registrarán por código, protegiendo la identidad de las participantes.

Una vez que los registros se hayan utilizado para el estudio, los datos serán desechados.

6.6 PROCEDIMIENTOS Y MEDIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Posterior a la aprobación por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPSJB, se procederá a enviar una solicitud al director del nosocomio, pidiendo la autorización respectiva para la recolección de datos que se realizará mediante una entrevista a las puérperas mediatas del servicio de Ginecología, usando los protocolos de bioseguridad, previa firma del consentimiento informado (anexo 6), se aplicará un cuestionario de 18 preguntas con 4 alternativas múltiples cada una (anexo 5). El instrumento fue validado por 3 expertos de la universidad privada Señor de Sipán de Chiclayo. Cada respuesta correcta del instrumento se califica con 1 punto, respuesta incorrecta 0. El puntaje del cuestionario es el siguiente:

Puntaje sobre hábitos alimenticios:

Bueno: 5-6

Regular: 3-4

Malo: 0-2

Preguntas sobre higiene oral

Bueno: 5-6

Regular: 3-4

Malo: 0-2

Pregunta sobre atención odontológica

Bueno: 5-6

Regular: 3-4

Malo: 0-2

El puntaje total es: 0-10 malo, 11-13 regular, 14-18 bueno. Toda la información se recopilará en una hoja de cálculo de Excel y luego los datos se exportarán al paquete estadístico SPSS v27.0.

6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos se registrarán y analizarán en una tabla matriz y se utilizarán los programas Excel y Spss versión 27.0 para los resultados de esta población de estudio. Las pruebas estadísticas que se utilizarán son la media, la mediana entre otros, a su vez los resultados serán expresados en gráficos y tablas de frecuencia.

Para el análisis inferencial, se utilizará la prueba estadística del chi cuadrado de Pearson (análisis bivariado) y dependiendo de estos resultados se aplicará, de ser necesario, un modelo de regresión logística multivariado (modelo logit) para evaluar posibles factores determinantes.

7. Cronograma de actividades

Tabla N° 01: Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2021								2022											
	NOV				DIC				ENE				FEB				MAR			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SELECCIÓN DEL TEMA	X	X	X	X																
RECOLECCION DE LA INFORMACION		X	X	X	X	X	X	X	X											
ELABORACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION							X	X	X	X										
PRESENTACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION										X										
CORRECCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION										X	X									
APROVACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION												X								
EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION												X	X	X	X	X				
RECOLECCION Y ANALISIS DE RESULTADOS																X	X			
ELABORACION DEL INFORME FINAL																	X			
CORRECCION DEL INFORME																		X		
PRESENTACION Y EXPOSICIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACION																			X	
PUBLICACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION																				X

8. Presupuesto

Tabla N° 02: Detalle de Presupuesto

1. Recursos Humanos

PERSONAL	CANT	2021_ 2022			TOTAL
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Asesor estadístico	1		X		
Auxiliar de recolección 1				X	
TOTAL					S/. 2000

2. Recursos materiales

MATERIALES	MARCA Y PRESENTACIÓN	CANT.	PREC / UNT	TOTAL
HOJAS BOND		100	S/. 0.10	S/. 10.00
LÁPIZ		1	S/. 1.00	S/. 1.00
LAPICERO		10	S/. 2.00	S/. 20.00
TABLERO		1	S/. 3.00	S/. 3.00
TAJADOR		1	S/. 0.50	S/. 1.00
TIJERAS		1	S/. 0.50	S/. 1.00
FOLDER		10	S/. 1.00	S/. 10.00
RESALTADOR		2	S/. 2.00	S/. 4.00
TOTAL				S/. 40.00

SERVICIOS	2021					TOTAL
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	
Impresión						S/. 40.00
Anillado						S/. 15.00
Almuerzo						S/. 20.00
Imprevistos						S/. 10.00
						Total: S/. 85.00

3. Presupuesto

CRITERIO	TOTAL
Personal	S/. 2000.00
Materiales	S/. 40.00
Servicios	S/. 85.00
Equipos	S/. 00.00
TOTAL	S/ 2125.00

Fuente: Elaboración propia

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cisneros G. Hernández. La educación en salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN vol.15 no.10 Santiago de Cuba oct. 2011 1445 – 58. [Consultado 2019]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001000013&script=sci_abstract

2. Valdivieso C. Demanda–Oferta y la Práctica Odontológica. Rev. Gaceta Odontológica 2000, 2: 34-36. [Consultado 2019] Disponible en:

<https://www.cop.org.pe › bib › tesis › GLORIA>

3. American academy of pediatric dentistry. Guideline on infant oral health care. Reference manual 2014 – 2015. Pediatr Dent 2014; 37 (6): 146-50.

4. Ministerio de salud del Perú. Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas.

Resolución Ministerial N 422-2017 MINSA. [Consultado 2019] Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017>.

5. Pachas FM, Sánchez Y.D, Carrasco MB, Suárez M, Villena 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. Revista Estomatológica Herediana 2008; 18 (2): 83 – 92. [Consultado 2019] Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1837>

6. Ministerio de salud del Perú. Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Resolución Ministerial N 422-2017 MINSA [Consultado 2020] disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM 249-2017-MINSA.pdf>.

7. Pinto José M, Chávez Daniela B, Navarrete Catalina. Higiene del lactante Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebe. ODOUS CIENTIFICA Vol. 19 No.1, enero - junio 2018. [Consultado 2019] Disponible en:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve › vol19-n1 › art05>.

8. Santos Madrigal, N.O., Moreno, A, & Lara Flores, N.L. (2021). Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. Revista de odontopediatría latinoamericana. Vol. 11 N°2. [Consultado 2021]. Disponible en:

<https://doi.org/10.47990/alop.v11i2>

9. Christian German Montes Bello. Nivel de Conocimiento Sobre Salud Oral y Lactancia en Puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2020. [Consultado 2020] Disponible en:

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3725>

10. Nishino, M.; Amarsaikhan, B.; Furumoto, N.; Hirao, S.; Bando, H.; Nakagawa, A.; Nomingerel, S.; Bolorchimeg, B.; Fujimoto, M. Dental Caries in Children Under Five Years of Age in Mongolia. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020. Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/ijerph17134741>

11. Pesaresi, E.; Villena, R.S.; Bronkhorst, E.M.; Frencken, J.E. Dental caries in three-year-old preschool children in Lima, Peru assessed according to the CAST instrument. Acta Odontol. Latinoam. 2020, 33, 90–97. Available online: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aol/v33n2/1852-4834-aol-33-2-90.pdf>

12. Petrauskiene, S.; Narbutaitė, J.; Petrauskienė, A.; Virtanen, J.I. Oral health behaviour, attitude towards, and knowledge of dental caries among mothers of 0- to 3-year-old children living in Kaunas, Lithuania. Clin. Exp. Dent. Res. 2020, 6, 215–224. Disponible en:

<https://doi.org/10.1002/cre2.272>

13. Luengo, J.A.; Toscano, I.; Carlos, L.E.; Anaya, M. Knowledge about oral health in a group of mexicans pregnant. Acta Univ. 2018,28, 65–71. Salud oral y conocimiento entre las mujeres posparto. Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/children9101449>

14. Chala, S.; Houzmali, S.; Abouqal, R.; Abdallaoui, F. Knowledge, Conocimientos, actitudes y prácticas autoinformadas hacia la salud bucal de los niños entre las unidades maternoinfantiles que asisten a la madre, Salé, Marruecos. BMC Public Health. 2018, 18, 618. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5542-2>

15. Gurunathan, D.; Moses, J.; Arunachalam, S.K. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* 2018, 11, 338–343. Disponible en:

<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1535>

16. Jhoana Victorio-Pérez. Relación Entre Conocimientos, Actitudes y Practicas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al centro educativo inicial N 120 “CASUARINAS”, Distrito de Ventanilla. 2017. [Consultado2020] Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe › bitstream › handle>.

17. Ramírez P. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores Lima. 2016. [Consultado2020] Disponible en:

<http://civ.uap.edu.pe › cgi-bin › koha › opac-detail>

18. Torres Carranza. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa, Chiclayo” 2016. [Consultado2019] Disponible en:

<https://repositorio.uss.edu.pe › Torres Carranza>

19. Torres Ramos y col. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. 2015. [Consultado2019] Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe › view>

20. Lapresa, L.B.; Barbero, B.S.; Arizaleta, L.H. Prevalence of healthy oral habits in the child population resident in Spain. *An. Pediatr.* 2012, 76, 140–147. Author links open overlay panel. Barriuso Lapresa a, B. Sanz Barbero b, L. Hernando Arizaleta. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.09.005>

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DE VERIFICACION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	INDICADORES E INDICES
Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud oral en niños de 0 a 2 años	Es el proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, está ligada a la experiencia del manejo preventivo y al comportamiento personal y encamina a lograr acciones que disminuyan el riesgo de adquirir enfermedades.	<p>Puntaje del cuestionario en salud bucal</p> <p>Puntaje de preguntas sobre hábitos alimenticios (1 al 6)</p> <p>Puntaje de preguntas sobre Higiene oral (7 al 12)</p>	Cualitativo	Ordinal Ordinal Ordinal	<p>Puntaje general del Nivel de conocimientos</p> <p>1. Nivel Bueno: 13-18 pts. 2. Nivel Regular: 7-12 pts. 3. Nivel Malo: 0-6 pts.</p> <p>Hábitos alimenticios</p> <p>Bueno: 5-6 Regular: 3-4 Malo:0-2</p> <p>Higiene oral</p> <p>Bueno: 5-6 Regular: 3-4 Malo:0-2</p>

		Puntaje de preguntas sobre Atención odontológica 13 al 18		Ordinal	Atención odontológica Bueno: 5-6 Regular: 3-4 Malo:0-2
VARIABLE DE ASOCIACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALORES O ÍNDICES
Edad	Se considera la edad fértil de la mujer en la que pueda concebir un hijo.	Registro del cuestionario	Cualitativo	Ordinal	15 a 25 años =1 26 a 35 años =2 36 a 45 años = 3
Estado civil	Es la situación en la que se encuentra una persona respecto a su pareja ante la ley.	Registro del cuestionario	Cualitativo	Nominal	Soltero =1 Casado =2 Conviviente = 3

	está cursando o ha terminado.				Sup. no universitario= 4 Superior universitario= 5
Lugar de procedencia	Lugar donde la persona ha vivido los últimos 3 meses.	Registro del cuestionario	Cualitativo	Nominal	Puente Piedra =1 Zapalla =2 Santa Rosa = 3 Carabayllo = 4
Número de hijos:	Se refiere al número de hijos que las mujeres han tenido nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	Registro del cuestionario	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 a mas

Ingreso familiar mensual	Se refiere al conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia, aporten o no estos ingresos o parte de los mismos para sufragar los gastos.	Registro del cuestionario	Cualitativo	Ordinal	500 a 1000 1050 a 1500 1550 a 2000 2050 a mas
Familiar odontólogo:	Si se cuenta con un profesional odontólogo en el entorno familiar	Registro del cuestionario	Cualitativo	Nominal	SI = 1 NO = 2

ANEXO 2

DETERINACION DELTAMAÑO MUESTRAL

CONSIDERANDO EL UNIVERSO FINITO

FORMULA DE CALCULO:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot (P \cdot Q)}$$

Z_{α}^2 : Nivel de confianza (correspondiente a los valores de la tabla de z)

p: Porcentaje de la poblacion que tiene el atributo deseado

q: Porcentaje de la poblacion que no tiene el atributo deseado= 1-p

Nota: cuando no hay indicaciones de la poblacion que posee o no el atributo, se considera 50% para p y 50% para q

N: Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)

e: Error de estimacion maximo aceptado

n: Tamaño de la muestra.

Z	1.96
P	50%
Q	50
N	1.244
E	5%

$$n = \frac{1244 \cdot (1.96)^2 \cdot 50 \cdot 50}{5^2 \cdot (1244-1) + (1.96)^2 \cdot (50 \cdot 50)}$$

TAMAÑO DE LAMUSTRAS:

n =293.7

ANEXO 3: PERMISO PARA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Lima, 16 diciembre

Solicitud: Permiso para la ejecución del Proyecto de Tesis de pregrado

Dra. García Luna Gorety

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

Universidad Privada San Juan Bautista

Presente.

De mi mayor consideración Yo, **Nilda Kely Gaspar Dámazo**, estudiante del Programa Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Privada San Juan Bautista con código n° 092160032U, Asesorado por la Dra. Marysela Ladera Castañeda. Solicito una carta de presentación dirigida al Dr. Jorge Ruiz Torres director del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, para desarrollar el presente Proyecto de Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista, cuyo título es:

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PUERPERAS MEDIATAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DE PUENTE PIEDRA.

.....
DNI.....

ANEXO 4

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO	
Nombre:	Nivel de conocimiento en salud bucal en madres de niños de 0 a 3 años de edad atendidos en el centro de salud Santa Rosa Chiclayo 2016.
Lugar de aplicación:	Chiclayo 2016
Forma aplicación:	Auto administrado
Duración:	15 min
Número total de ítems:	18 (6 alimentación, 6 higiene oral, 6 consulta odontológica)
Variables:	Nivel de conocimiento en salud oral de madres de niños de 0 a 3 años
CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE CHICLAYO.	
Numero de ítems	18
Autor:	Torres Carranza, María.
Modificado por	
País de origen	
Aplicado por	Torres Carranza, María
País de origen	Chiclayo – Perú
Numero de dimensiones	3: Alimentación. Higiene oral. Consulta odontológica.
Validez	Juicio de expertos
Expertos a cargo de la validación de contenido: Dra. Denis Cruz Flores Dr. Esteban Guadalupe Dra. Ana Pérez Chavarría	
Confiabilidad: KR- 20 = 0.7605	

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL

El presente cuestionario es confidencial. Los resultados obtenidos serán utilizados para mejorar el programa de Salud bucal para madres e hijos para lo cual solicito su participación en cada pregunta de manera objetiva y veraz. Se agradece su sinceridad. Gracias por su tiempo.

Edad: a) 15 a 25 años b) 26 a 35 años c) 36 a 45 años

Estado Civil: a) Soltero a) Casado c) Conviviente

Grado de instrucción: a) Sin estudio b) Primaria

b) Secundaria c) Superior no universitario d) Superior universitario

Procedencia: a) Puente Piedra b) Zapallal c) Santa Rosa d) Carabayllo

Número de hijos: a)1 b)2 c)3 a mas

Ingreso familiar mensual: a) 500 a 1000 b) 1050 a 1500

c) 1550 a 2000 d) 2050 a más

Familiar odontólogo: a) SI b) NO

1. ¿Hasta qué edad se le debe dar lactancia materna exclusiva a su hijo?

a) Hasta los 2 meses

b) Hasta los 4 meses.

c) Hasta los 6 meses.

d) Hasta los 8 meses.

2. ¿Por qué es importante la lactancia materna para la boca de su hijo?

a) Por qué tendrá dientes más blancos.

b) Por qué ayudará a fortalecer los huesos de la boca

c) Por qué aprenderá a respirar por la boca

d) Por qué hablará mejor.

3. ¿Qué alimento es más beneficioso para él bebe?

a) Chocolate

b) Café

c) Leche

d) Gaseosa

4. ¿Qué tipo de alimentos se debe complementar con la leche materna después de los 6 meses?

a) Papilla, frutas y verduras

b) Queques y frutas

c) No se debe complementar con nada

d) Todas las anteriores

5. ¿Qué ocasiona el uso del biberón con leche azucarada para hacer dormir a su hijo?

a) Nada

b) Que duerma bien

c) Que tenga caries

d) Que tenga muchos gases

6. ¿Desde qué edad es preferible darle a tu hijo líquidos complementarios a la leche materna y con que se recomienda?

a) A los 4 meses y con biberón

b) A los 4 meses y biberón y vaso

c) A los 6 meses y con biberón

d) A los 6 meses y con vaso o taza

7. ¿Desde qué edad debes empezar a limpiar la boca de su hijo?

a) Desde el nacimiento.

b) Cuando empiezan a salir sus dientes de leche

c) Cuando le salgan todos los dientes de leche

d) Cuando le empiecen a salir los dientes de adulto.

8. ¿En qué momento del día debes limpiar la boca de su hijo?

a) Solo en la mañana

b) Solo en la noche

c) Antes de cada comida

d) Después de cada comida

9. ¿A qué edad debe empezar a cepillar con pasta dental los dientes de su hijo?

a) Cuando aprenda a escupir

b) A los 5 años

-
- c) A los 6 años
- d) Cuando el aprenda a hacerlo solo.
10. ¿Cuál de las siguientes acciones forma parte de la higiene bucal de su hijo?
- a) Usar cepillo grande
- b) Cepillarse la lengua y dientes**
- c) Echarle bastante pasta al cepillo
- d) No cepillarse la lengua
11. Los dientes sirven para:
- a) Masticación, pronunciación de palabras**
- b) Lactancia
- c) Retraer la lengua
- d) Soplar
12. ¿Cuáles son las acciones que contribuyen a la transmisión de microorganismo y puede producir caries dental?
- a) Darle un beso en el cachete
- b) Darle un beso en la boca**
- c) Darle un beso en la frente
- d) Darle un beso en la mano
13. ¿Para que llevaría a su hijo a una consulta dental?
- a) Dolor Dental
- b) Por capricho
- c) Para un blanqueamiento dental
- d) Para prevenir enfermedades bucales**
14. ¿A qué edad debe ser la primera visita de su hijo al odontólogo?
- a) Desde nacimiento**
- b) A los 1 y ½ año
- c) A los 3 años
- d) A los 4 años
15. ¿Qué hacer cuando él bebe se golpea la boca y empieza a sangrar?
- a) Se debe esperar a que él bebe deje de sangrar
- b) Llevarlo al odontólogo**
- c) Ud. Deberá tratar de curarlo

b) Lavarle la boca con agua y sal

16. La limpieza de la boca de un bebé sin dientes se debe realizar con:

- a) Gasa humedecida y agua temperada
- b) Con cepillo y pasta
- c) Solo con pasta dental
- d) Con Hilo dental

17. ¿Cuándo empiezan a salir los primeros dientes de leche de su hijo?

- a) Al nacer
- b) A los 6 meses aproximadamente
- c) Al año aproximadamente
- d) Al año y $\frac{1}{2}$ aproximadamente

18. ¿Sabe usted cuántos dientes de leche debe tener su hijo?

- a) 12 dientes
- b) 8 dientes
- c) 10 dientes
- d) 20 dientes

Cada respuesta correcta se califica con 1 punto, respuesta incorrecta 0, los valores finales:

0-10 malo

11-13 regular

14-18 bueno,

Tomado de: Torres Carranza. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa, Chiclayo" 2016.

<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4474>

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, conducida por la Bachiller de Estomatología de la UPSJB. Nilda Kely Gaspar Dámaso, tiene como objetivo: Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra. Se realiza con el fin de aportar información sobre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas para la salud oral. Para implementar estrategias en prevención y tratamiento de las enfermedades bucales en niños menores de 2 años, que aportará para la calidad de vida en esta etapa, mejorando su desarrollo integral.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá que llene un cuestionario, el cual no perjudicará su salud. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que se obtenga en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida.

.....
DNI.....

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE		
	General	General	General	Dimensión	Indicador	Nivel de Medición
FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PUERPERAS MEDIATAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS	¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral en niños de 0 a 2 años?	Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.	Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre medidas preventivas en salud oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud oral en niños de 0 a 2 años:	Puntaje del cuestionario en salud bucal	Ordinal
	Específicos	Específicos	Específicos	Nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios	Puntaje de preguntas sobre hábitos alimenticios (1 al 6)	Ordinal
	¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre hábitos alimenticios de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra?	Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre hábitos alimenticios de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.	Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre hábitos alimenticios de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.			

<p>¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre higiene oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra?</p>	<p>Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre higiene oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.</p>	<p>Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre higiene oral de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre Higiene oral</p>	<p>Puntaje de preguntas sobre Higiene oral (7 al 12)</p>	<p>Ordinal</p>
<p>¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre la atención estomatológica de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra?</p>	<p>Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre la atención estomatológica de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.</p>	<p>Existen factores que se asocian significativamente con el nivel de conocimiento de puérperas mediatas sobre la atención estomatológica de niños de 0 a 2 años en el servicio de ginecología del hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre Atención odontológica</p> <p>Edad</p> <p>Estado Civil</p>	<p>Puntaje de preguntas sobre Atención odontológica (13 al 18)</p> <p>Registro del cuestionario</p> <p>Registro del cuestionario</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>

				Lugar de procedencia	Registro del cuestionario	Ordinal
				Número de hijos	Registro del cuestionario	Nominal
				Ingreso mensual Familiar	Registro del cuestionario	Ordinal
				Familiar Odontólogo	Registro del cuestionario	Ordinal



Article

Sociodemographic Factors Associated with the Level of Knowledge of Early Postpartum Women about Oral Health Prevention in Infants Aged 0 to 2 Years Old: A Cross-Sectional Study under a Multivariable Analysis

Nilda Gaspar-Damaso ¹, Marysela Ladera-Castañeda ^{1,2}, Nancy Córdova-Limaylla ¹, Gissela Briceño-Vergel ¹, Luis Cervantes-Ganoza ³, Miriam Nicho-Valladares ², Alberto Cornejo-Pinto ^{1,2}, Ali Echavarría-Gálvez ¹ and César Cayo-Rojas ^{1,*}

¹ School of Stomatology, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima 15067, Peru

² Grupo de Investigación Salud y Bienestar Global, Faculty of Dentistry and Postgraduate School, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima 15001, Peru

³ Faculty of Stomatology, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima 15064, Peru

* Correspondence: cesar.cayo@upsjb.edu.pe



Citation: Gaspar-Damaso, N.; Ladera-Castañeda, M.; Córdova-Limaylla, N.; Briceño-Vergel, G.; Cervantes-Ganoza, L.; Nicho-Valladares, M.; Cornejo-Pinto, A.; Echavarría-Gálvez, A.; Cayo-Rojas, C. Sociodemographic Factors Associated with the Level of Knowledge of Early Postpartum Women about Oral Health Prevention in Infants Aged 0 to 2 Years Old: A Cross-Sectional Study under a Multivariable Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 1881. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031881>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 16 December 2022

Revised: 16 January 2023

Accepted: 17 January 2023

Published: 19 January 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The objective was to evaluate the sociodemographic factors associated with the level of knowledge of early puerperal women about oral health prevention in infants. This cross-sectional and analytical study evaluated 303 early puerperal women from a hospital in the Peruvian capital. A validated 18-question questionnaire was used to measure the level of knowledge. A logistic regression model was used to evaluate the influence of age, marital status, educational level, number of children, monthly income, and having a dentist as a family member. A significance of $p < 0.05$ was considered. A total of 46.86%, 30.36%, and 22.77% of the puerperal had poor, fair, and good knowledge, respectively. The risk of having poor knowledge was two times higher (OR = 2.43; CI: 1.26–4.70) in early postpartum women aged 18 to 25 years than in those older than 35 years. Early postpartum women with no education, primary and secondary education were 11 times (OR = 11.76; CI: 2.41–57.43), 6 times (OR = 6.61; CI: 1.72–25.45), and 5 times (OR = 5.50; CI: 1.52–19.89), respectively, more likely to have significantly poor knowledge compared to those with university education. In conclusion, only a small minority of early postpartum women had a good knowledge of oral health prevention in infants aged 0 to 2 years. Younger and less educated puerperal were at greater risk of having little knowledge on this topic. Finally, not having basic education was the main risk factor identified.

Keywords: knowledge; dentistry; early postpartum women; factors associated; oral health

1. Introduction

Oral diseases constitute a public health problem because they can negatively affect people throughout their growth and development, causing pain, discomfort, loss of function, and reducing their quality of life [1,2]. These diseases affect approximately 3.5 billion people worldwide. It has also been reported that dental caries in permanent teeth is the most frequent disorder, and it is estimated that approximately 2000 million people suffer from it. On the other hand, it has been reported that 514 million children worldwide suffer from caries in deciduous teeth [3]. In Peru, the prevalence of carious lesions in enamel and dentin was reported to be 91.2% in 3-year-old children living in Lima [4].

The postpartum period, also known as puerperium, is a stage of maternal anatomical and physiological changes that begins with the production of breast milk and the physiological recovery of various organs and systems. This period is divided into three phases: Acute or immediate phase that occurs up to the first 24 h postpartum, intermediate or early phase from the 2nd to the 7th postpartum day, and late or remote phase up to 6 weeks postpartum to 6 months [5]. The puerperium or postpartum period is a key moment for

health education since women are interested in information about the care and well-being of their newborns. It is therefore important to provide them with basic notions about preventive measures such as the recommended frequency of brushing, correct use of fluoride toothpaste, use of pacifiers, improper use of bottles, breastfeeding, and type of feeding, among others [6–9].

In this regard, the World Health Organization [3] has considered it essential to work on the prevention and control of oral diseases with specific actions during the preconception, prenatal and postnatal periods, implementing the promotion of self-care, community actions, and preventive activities due to the vulnerability of newborns [10,11]. Therefore, it is important to consider gestation, puerperium, and the first two years of life as stages of opportunities to promote health and foster healthy growth and development. To achieve this, the mother is a key factor in guiding good health behavior if she acquires good oral hygiene practices and healthy eating habits. This would make it possible to maintain oral health throughout the life cycle, since habits acquired at an early age are more likely to be preserved uninterrupted into adulthood [10,12–14]. However, the modulation of these habits can be influenced by some factors such as the level of knowledge about oral health, age, socioeconomic status, or educational level, among others [2,3,15,16].

Several studies have been conducted to determine the level of knowledge of pregnant women in order to adopt governmental policies and carry out educational interventions to improve their quality of life and that of their future babies, taking into account that both are considered vulnerable populations due to their greater exposure to risk factors [8,11,17,18]. However, in the last five years (2018 to 2022) there is only one study that evaluates the knowledge of early postpartum women about oral health in infants [19].

Therefore, the present study aimed to evaluate the sociodemographic factors associated with the level of knowledge of early postpartum women about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years. The present study considers as a null hypothesis that there are no sociodemographic factors significantly associated with the level of knowledge of early postpartum women about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

The present observational, prospective, cross-sectional, and analytical study was conducted in early postpartum women attended at the Gynecology Service of the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital of Puente Piedra, Lima, Peru; during the months of January to April 2022, and was written according to the STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE) guidelines [20].

2.2. Population and Selection of Participants

The sample size was $n = 303$ early postpartum women. This was calculated with the statistical program Epidat 4.2 using a formula to estimate a proportion from a population of $N = 1244$ early postpartum women (taking as reference the total care of these patients in the year 2021) considering a significance level $\alpha = 0.05$, an estimated error of 5% and an expected proportion $p = 0.5$ (to obtain the largest possible sample size). The sampling method was systematic random with a 4 by 4 (N/n) selection bootstrap to complete the sample size and taking into consideration the following eligibility criteria:

2.2.1. Inclusion Criteria

- Early postpartum women.
- Early postpartum women who gave voluntary informed consent.
- Early postpartum women of legal age (≥ 18 years).
- Early postpartum women without serious complications.

2.2.2. Exclusion Criteria

- Early postpartum women who did not complete the questionnaire.

2.3. Variables

The response variable considered in the present study was the level of knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years old. The independent variables were: Age [19,21,22], marital status, educational level [18,21], number of children, monthly family income [21], and having a dentist as a family member [21].

2.4. Instrument Design, Validation, and Application

An 18-question questionnaire [23] was improved based on the literature available in databases such as Scopus and Pubmed. Subsequently, the pertinence, objectivity, relevance, timeliness, and clarity of the questionnaire content were validated by three experts in dental public health and research, obtaining an acceptable Aiken's V ($V = 0.94$, CI: 0.90–0.96) (See Supplementary Materials).

To evaluate the internal consistency of the questionnaire, the Kuder Richardson test (KR-20) was used, obtaining a value of 0.76, which is considered acceptable. To evaluate the reproducibility of the questionnaire, 30 randomly selected early postpartum women were surveyed over a period of 10 days, at two different times, and altering the order of the questions to avoid memory bias [24]. The intraclass correlation coefficient (ICC) of the scores obtained was acceptable (ICC = 0.97; 95% CI: 0.95–0.99).

2.5. Procedure

After obtaining permission from the Director of the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital in Puente Piedra, the questionnaire was distributed personally to the gynecology service in a heteroadministered form. Before the early postpartum women answered the questions, any doubts about the objective of the work and the risk/benefit were clarified. It was also stressed to them that they could withdraw from the study at any time if they felt any discomfort in answering the questions. The first sheet of the questionnaire contained the informed consent form. Only the principal investigator collected the information and tabulated the data in a Microsoft Excel 2019 spreadsheet. All researchers had access to this information, which was stored on a digital handheld device with a password to maintain confidentiality. All printed information was destroyed for security. At the end of the study, the results were sent to those early postpartum women who requested the information from the principal investigator by e-mail.

2.6. Statistical Analysis

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 28.0 was used for data analysis. For descriptive statistics, the results were presented with absolute and relative frequencies for qualitative variables. Measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) were used for quantitative variables. To estimate the level of general knowledge (poor, fair, and good) and its three dimensions (feeding habits, oral hygiene, and dental care), the Stanones scale [mean \pm 0.75 (standard deviation)] was used for the cut-off points. For the bivariate analysis, the Pearson chi-square test with Yates correction for expected values less than 5 was applied. For the multivariate analysis, the risk factors were evaluated using a logistic regression model (logit model) with an odds ratio (OR), considering a significance of $p < 0.05$.

2.7. Bioethical Considerations

The present study was approved by an Institutional Research Ethics Committee of the Universidad Privada San Juan Bautista with resolution No. 1579-2021-CIEI-UPSJB, in accordance with the bioethical principles of freedom, confidentiality, non-maleficence, and respect for medical research on human beings, as set forth in the Declaration of Helsinki [25].

3. Results

3.1. Description of Sample

The present study included a total of 317 participants. However, 14 early postpartum women did not complete the questionnaire. The mean age of the 303 early postpartum women belonging to the gynecology service of a Peruvian public hospital was 28.1 ± 6.4 years. The predominant age group was 18 to 25 years (41.3%). Of the early postpartum women, 83.8% were married or cohabiting, 41.9% had studied only up to secondary school and 47.5% had two children. Regarding monthly family income, 46.2% of the respondents earned between US\$125 and US\$250 per month. Finally, 88.8% of the early postpartum women reported not having a dentist as a family member. (Table 1).

Table 1. Sociodemographic characteristics of early postpartum women belonging to the gynecology service of a Peruvian public hospital.

Variable	Categories	Frequency	Percentage
Age group	18 to 25 years old	125	41.3
	26 to 35 years old	117	38.6
	36 to 45 years old	61	20.1
Marital status	Unmarried	49	16.2
	Married or cohabiting	254	83.8
Educational level	No education	20	6.6
	Primary School	61	20.1
	Secondary School	127	41.9
	Post-secondary technical education	74	24.4
	University	21	6.9
Number of children	1 child	74	24.4
	2 children	144	47.5
	3 children or more	85	28.1
Monthly family income	125 to 250 dollars	140	46.2
	251 to 400 dollars	120	39.6
	401 to 600 dollars	43	14.2
Having a dentist as a family member	Yes	34	11.2
	No	269	88.8
Age	Mean	SD	
	28.1	6.4	

SD: Standard deviation.

3.2. Analysis of the Principal Components of the Questionnaire

Regarding the questionnaire, the principal component factor analysis with Varimax rotation (in a pilot study with 180 participants) indicated three dimensions distributed in: D1 (knowledge about feeding habits in infants aged 0 to 2 years) (Q1–Q6), D2 (knowledge about oral hygiene in infants aged 0 to 2 years) (Q7–Q12) and D3 (knowledge about dental care in infants aged 0 to 2 years) (Q13–Q18). The correlation determinant was 0.034 and the Kaiser-Mayer-Olkin and Bartlett's sphericity tests indicated a value of 0.653 and $p < 0.001$; respectively. All values were considered acceptable.

3.3. Knowledge about Feeding Habits

Regarding the knowledge of early postpartum women about feeding habits in infants aged 0 to 2 years of age, statistically significant associations were obtained with Q2 and Q5

($p < 0.001$ and $p = 0.040$; respectively). Educational level was significantly associated with Q1 ($p < 0.001$), Q2 ($p = 0.003$), Q3 ($p = 0.005$) and Q5 ($p < 0.001$). The number of children was significantly associated with Q3 ($p = 0.038$). Monthly family income was significantly associated with Q1 ($p < 0.001$), Q2 ($p < 0.001$), Q3 ($p = 0.003$) and Q5 ($p < 0.001$). Finally, having a dentist as a family member was significantly associated with Q2 ($p = 0.006$) and Q6 ($p = 0.035$). (Table 2).

Table 2. Knowledge of early postpartum women about feeding habits in infants aged 0 to 2 years old of age, associated with sociodemographic factors.

Questions	Incorrect	Correct	Age Group	Marital Status	Educational Level	Number of Children	Monthly Family Income	Dentist as a Family Member
	f (%)	f (%)	p	p	p	p	p	p
Q1. Until what age should your child be exclusively breastfed?	137 (45.2)	166 (54.8)	0.077	0.372	<0.001 *	0.987	<0.001 *	0.616
Q2. Why is breastfeeding important for your child's mouth?	165 (54.5)	138 (45.5)	<0.001 *	0.096	0.003 *	0.635	<0.001 *	0.006 *
Q3. What food is most beneficial for your baby?	92 (30.4)	211 (69.6)	0.439	0.967	0.005 *	0.038 *	0.003 *	0.600
Q4. What type of food should be supplemented with breast milk after 6 months of age?	16 (5.3)	287 (94.7)	0.753	0.448	0.770	0.212	0.331	0.810
Q5. What is the effect of using a feeding bottle with sweetened milk to put your child to sleep?	184 (60.7)	119 (39.3)	0.040 *	0.094	<0.001 *	0.434	<0.001 *	0.083
Q6. From what age is it advisable to give your child liquids complementary to breast milk and how would you give them?	181 (59.7)	122 (40.3)	0.982	0.931	0.763	0.728	0.516	0.035 *

* Based on Pearson's Chi-square, with Yates correction for expected frequencies less than 5, $p < 0.05$ (significant association).

3.4. Knowledge about Oral Hygiene

Regarding the knowledge of early postpartum women about oral hygiene in infants aged 0 to 2 years, statistically significant associations were obtained between the age group with Q8 and Q12 ($p = 0.003$, $p = 0.002$, and $p = 0.015$; respectively). Marital status was significantly associated with Q9 and Q11 ($p = 0.004$ and $p = 0.010$, respectively). Educational level was significantly associated with Q8 ($p < 0.001$), Q9 ($p = 0.003$), Q11 ($p < 0.001$) and Q12 ($p = 0.003$). Number of children was significantly associated with Q8, Q10 and Q12 ($p = 0.002$, $p = 0.016$ and $p = 0.009$, respectively). Finally, monthly family income was significantly associated with Q8 ($p = 0.032$) and Q11 ($p < 0.001$) (Table 3).

Table 3. Knowledge of early postpartum women about oral hygiene in infants aged 0 to 2 years old, associated with sociodemographic factors.

Questions	Incorrect	Correct	Age Group	Marital Status	Educational Level	Number of Children	Monthly Family Income	Dentist as a Family Member
	f (%)	f (%)	p	p	p	p	p	p
Q7. From what age should you start cleaning your child's mouth?	182 (60.1)	121 (39.9)	0.367	0.256	0.228	0.835	0.427	0.184
Q8. At what time of the day should you clean your child's mouth?	172 (56.8)	131 (43.2)	0.003 *	0.491	<0.001 *	0.002 *	0.032 *	0.797
Q9. At what age should you start brushing your child's teeth with toothpaste?	229 (75.6)	74 (24.4)	0.956	0.004 *	0.003	0.747	0.226	0.472
Q10. What actions are part of your child's oral hygiene?	108 (35.6)	195 (64.4)	0.398	0.071	0.206	0.016 *	0.497	0.738
Q11. How should you brush your child's teeth?	123 (40.6)	180 (59.4)	0.002 *	0.010 *	<0.001 *	0.207	<0.001 *	0.504
Q12. What action contributes to the transmission of the microorganism that causes dental caries?	44 (14.5)	259 (85.5)	0.015 *	0.201	0.003 *	0.009 *	0.080	0.974

* Based on Pearson's Chi-square, with Yates correction for expected frequencies less than 5, $p < 0.05$ (significant association).

3.5. Knowledge about Dental Care

Regarding the knowledge of early postpartum women about dental care in infants aged 0 to 2 years, statistically significant associations were obtained between the age group and Q17 ($p = 0.033$). Marital status was significantly associated with Q13, Q15, Q16 and Q18 ($p = 0.038$, $p = 0.030$, $p = 0.005$ and $p = 0.003$, respectively). Educational level was significantly associated with Q13 ($p < 0.001$) and Q18 ($p < 0.001$). Monthly family income was significantly associated with Q13, Q14, Q15 and Q18 ($p < 0.001$, $p = 0.031$, $p = 0.018$ and $p = 0.005$, respectively). Finally, having a dentist as a family member was significantly associated with Q13 ($p = 0.022$) and Q15 ($p = 0.042$) (Table 4).

Table 4. Knowledge of early postpartum women about dental care in infants aged 0 to 2 years old, associated with sociodemographic factors.

Questions	Incorrect	Correct	Age Group	Marital Status	Educational Level	Number of Children	Monthly Family Income	Dentist as a Family Member
	f (%)	f (%)	p	p	p	p	p	p
Q13. Why would you take your child to the dentist?	163 (53.8)	140 (46.2)	0.073	0.038 *	<0.001 *	0.841	<0.001 *	0.022 *
Q14. At what age should your child's first visit to the dentist be?	250 (82.5)	53 (17.5)	0.351	0.519	0.218	0.203	0.031 *	0.980
Q15. What should you do when your child hits his mouth and starts bleeding?	174 (57.4)	129 (42.6)	0.148	0.030 *	0.207	0.405	0.018 *	0.042 *
Q16. How should you clean your baby's mouth when he/she does not have teeth yet?	29 (9.6)	274 (90.4)	0.114	0.005 *	0.446	0.856	0.379	0.641
Q17. When do your child's first milk teeth start to erupt?	158 (52.1)	145 (47.9)	0.033 *	0.863	0.228	0.740	0.280	0.320
Q18. How many milk teeth will your child have?	212 (70.0)	91 (30.0)	0.314	0.003 *	<0.001 *	0.310	0.005 *	0.268

* Based on Pearson's Chi-square, with Yates correction for expected frequencies less than 5, $p < 0.05$ (significant association).

3.6. Overall Knowledge about Oral Health Prevention in Infants Aged 0 to 2 Years Old

The 46.86% (CI: 41.24–52.48%) of the surveyed early postpartum women had poor knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years old, while 30.36% (CI: 25.18–35.54%) and 22.77% (CI: 18.05–27.49%) showed fair and good knowledge, respectively (Figure 1).

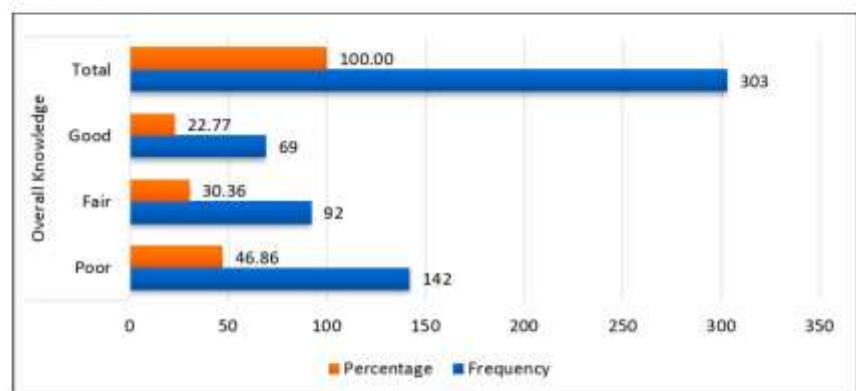


Figure 1. Frequency of early postpartum women's overall knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years old.

3.7. Association of Sociodemographic Factors with Knowledge about Oral Health Prevention in Infants

On the other hand, it was observed that knowledge about eating habits in infants aged 0 to 2 years of age was significantly associated with age group ($p = 0.007$), educational level ($p < 0.001$) and monthly family income ($p < 0.001$). Knowledge about oral hygiene in infants aged 0 to 2 years was significantly associated with age group ($p = 0.029$), marital status ($p = 0.005$), educational level ($p = 0.001$), number of children ($p = 0.005$) and monthly family income ($p = 0.020$). In addition, knowledge about dental care in infants aged 0 to 2 years was significantly associated with age group ($p = 0.003$), educational level ($p = 0.004$), monthly family income ($p = 0.012$) and having a dentist as a family member ($p = 0.019$). Finally, overall knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years was significantly associated with age group, marital status, educational level, and monthly family income ($p < 0.001$, $p = 0.002$, $p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively) (Table 5).

In the logistic regression analysis (logit model) of the crude model, the dependent variable was knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years, the independent variable was age group and the possible confounding variables were marital status, educational level, number of children, monthly family income and having a dentist as a family member. As a result, the age group and educational level of the early postpartum women were found to be influential factors ($p < 0.05$). Subsequently, the adjusted model showed that early postpartum women between 18 and 25 years of age were significantly ($p = 0.008$) 2 times more likely to have poor knowledge (OR = 2.43; CI: 1.26–4.70) than those over 35 years of age. In addition, early postpartum women who had no education, those who only studied up to primary school, and those who only studied up to secondary school had 11 times (OR = 11.76; CI: 2.41–57.43), 6 times (OR = 6.61; CI: 1.72–25.45) and 5 times (OR = 5.50; CI: 1.52–19.89) respectively, the probability of having poor knowledge significantly ($p < 0.05$) compared to early postpartum women with university education (Table 6).

Table 5. Association of sociodemographic factors of early postpartum women with knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years old.

Variable	Categories	Feeding Habits		* <i>p</i>	Oral Hygiene		* <i>p</i>	Dental Care		<i>p</i>	Overall		* <i>p</i>
		Unacceptable (Poor)	Acceptable (Fair/Good)		Unacceptable	Acceptable		Unacceptable	Acceptable		Unacceptable	Acceptable	
		f (%)	f (%)		f (%)	f (%)		f (%)	f (%)		f (%)	f (%)	
Age group	18 to 25 years old	68 (22.4)	57 (18.8)	0.007 *	79 (26.1)	46 (15.2)	0.029 *	100 (33.0)	25 (8.3)	0.003 *	76 (25.1)	49 (16.2)	<0.001 *
	26 to 35 years old	40 (13.2)	77 (25.4)		54 (17.8)	63 (20.8)		70 (23.1)	47 (15.5)		41 (13.5)	76 (25.1)	
	36 to 45 years old	28 (9.2)	33 (10.9)		34 (11.2)	27 (8.9)		43 (14.2)	18 (5.9)		25 (8.3)	36 (11.9)	
Marital status	Unmarried	28 (9.2)	21 (6.9)	0.060	36 (11.9)	13 (4.3)	0.005 *	39 (12.9)	10 (3.3)	0.120	33 (10.9)	16 (5.3)	0.002 *
	Married or cohabiting	108 (35.6)	146 (48.2)		131 (43.2)	123 (40.6)		174 (57.4)	80 (26.4)		109 (36.0)	145 (47.9)	
Educational level	No education	13 (4.3)	7 (2.3)	<0.001 *	15 (5.0)	5 (1.7)	0.001 *	18 (5.9)	2 (0.7)	0.004 *	14 (4.6)	6 (2.0)	<0.001 *
	Primary school	34 (11.2)	27 (8.9)		40 (13.2)	21 (6.9)		49 (16.2)	12 (4.0)		36 (11.9)	25 (8.3)	
	Secondary school	65 (21.5)	62 (20.5)		73 (24.1)	54 (17.8)		92 (30.4)	35 (11.6)		67 (22.1)	60 (19.8)	
	Post-secondary technical education	21 (6.9)	53 (17.5)		35 (11.6)	39 (12.9)		42 (13.9)	32 (10.6)		22 (7.3)	52 (17.2)	
	University	3 (1.0)	18 (5.9)		4 (1.3)	17 (5.6)		12 (4.0)	9 (3.0)		3 (1.0)	18 (5.9)	
Number of children	1 child	33 (10.9)	41 (13.5)	0.673	44 (14.5)	30 (9.9)	0.005 *	55 (18.2)	19 (6.3)	0.680	39 (12.9)	35 (11.6)	0.501
	2 children	68 (22.4)	76 (25.1)		66 (21.8)	78 (25.7)		99 (32.7)	45 (14.9)		64 (21.1)	80 (26.4)	
	3 children or more	35 (11.6)	50 (16.5)		57 (18.8)	28 (9.2)		59 (19.5)	26 (8.6)		39 (12.9)	46 (15.2)	
Monthly family income	125 to 250 dollars	80 (26.4)	60 (19.8)	<0.001 *	86 (28.4)	54 (17.8)	0.020 *	109 (36.0)	31 (10.2)	0.012 *	82 (27.1)	58 (19.1)	<0.001 *
	251 to 400 dollars	48 (15.8)	72 (23.8)		65 (21.5)	55 (18.2)		80 (26.4)	40 (13.2)		51 (16.8)	69 (22.8)	
	401 to 600 dollars	8 (2.6)	35 (11.6)		16 (5.3)	27 (8.9)		24 (7.9)	19 (6.3)		9 (3.0)	34 (11.2)	
Having a dentist as a family member	Yes	12 (4.0)	22 (7.3)	0.233	18 (5.9)	16 (5.3)	0.787	18 (5.9)	16 (5.3)	0.019 *	13 (4.3)	21 (6.9)	0.285
	No	124 (40.9)	145 (47.9)		149 (49.2)	120 (39.6)		195 (64.4)	74 (24.4)		129 (42.6)	140 (46.2)	

* Based on Pearson's Chi-square, with Yates correction for expected frequencies less than 5, $p < 0.05$ (significant association).

Table 6. Logistic regression model of overall knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years old, according to associated factors.

Variable	Categories	Crude Model				Adjusted Model			
		OR	95% CI		* <i>p</i>	OR	95% CI		* <i>p</i>
			LL	UL			LL	UL	
Age group	18 to 25 years old	2.19	1.00	4.77	0.049 *	2.43	1.26	4.70	0.008 *
	26 to 35 years old	1.05	0.52	2.14	0.896	1.06	0.54	2.09	0.872
	36 to 45 years old	1.00				1.00			
Marital status	Unmarried	1.76	0.84	3.72	0.137				
	Married or cohabiting	1.00							
Educational level	No education	7.19	1.15	45.01	0.035 *	11.76	2.41	57.43	0.002 *
	Primary school	4.17	0.80	21.85	0.091	6.61	1.72	25.45	0.006 *
	Secondary school	3.60	0.73	17.85	0.116	5.50	1.52	19.89	0.009 *
	Post-secondary technical education	1.62	0.34	7.67	0.544	2.10	0.55	7.99	0.277
	University	1.00				1.00			
Number of children	1 child	0.93	0.42	2.06	0.861				
	2 children	0.85	0.45	1.63	0.629				
	3 children or more	1.00							
Monthly family income	125 to 250 dollars	1.64	0.54	4.94	0.379				
	251 to 400 dollars	1.60	0.56	4.52	0.379				
	401 to 600 dollars	1.00							
Having a dentist as a family member	Yes	0.96	0.41	2.24	0.921				
	No	1.00							

Logit model: All variables were entered in the statistical analysis of the raw multivariate model. Subsequently, the model was adjusted only with the associated factors (* *p* < 0.05), OR = Odds ratio, 95% CI = 95% confidence interval. For the adjusted model about knowledge, the Pseudo R2 = 0.168, *p* < 0.001 (significant for the omnibus test of the model coefficient).

4. Discussion

The high prevalence of oral diseases [26] makes it necessary to promote and prevent oral health from early childhood to reduce the impact on future generations. This becomes even more relevant if we take into account that women during the gestation and postpartum stages are more predisposed to make changes in their habits, assimilating more easily the information that can benefit their health and that of their babies. Therefore, these stages become crucial to instruct mothers about oral health care so that they can be transmitters of healthy attitudes and practices to their children [8,9,26]. In Peru, 12.6 out of every 100 adolescents are pregnant or are already mothers according to the Demographic and Family Health Survey in 2018 [27]. Adolescents between 12 and 17 years of age represent 10.8% of the population in Peru. Of this total, adolescent pregnancies registered 10.1% in urban areas and 22.7% in rural areas [27]. Likewise, between 34% and 43% of patients in public hospitals have been reported with inadequate health literacy, being age, level of education, and unemployment are some of the factors that influence this problem [28]. For this reason, the National Concerted Health Plan 2007–2020 in Peru included as part of its health objective the inclusion of pregnant women in preventive dental care [29]. In view of the above, the present study aimed to determine the factors associated with the level of knowledge of early postpartum women about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years old. The null hypothesis was rejected since academic level and age were identified as risk factors for having a poor level of knowledge about this topic. Taking into account the findings, it would be advisable for health authorities to pay more attention to this vulnerable population, focusing specifically on young women with low academic levels, encouraging their self-care and helping them to be guides for their children in the acquisition of healthy habits [7]. Furthermore, taking into account that maternal oral health is recognized as a risk factor for early childhood caries, preventive oral care, and educational sessions should be addressed before pregnancy and as part of prenatal and postnatal check-ups [30–32].

Of the total number of respondents, 48.86% had a poor level of knowledge. These results differ from those reported by Luengo et al. [17] who found that 58% of the women surveyed showed fair knowledge. This discrepancy could be due to the fact that the aforementioned study was conducted on Mexican pregnant women hospitalized in a specialized women's health care facility where there is probably greater control and dedication to pre- and postnatal care, including oral health care. The present study was carried out in a general hospital where patients referred from different health facilities are attended. Likewise, the study by Luengo et al. was carried out before the COVID-19 pandemic, unlike the present study which was conducted when Peru was in the second wave of the pandemic and may have greatly limited the oral health care of early postpartum women. In addition, the poor level of knowledge obtained in the present study could be attributed to the low awareness of many women about their oral health, since despite having symptoms or signs of disease, they do not seek or receive promotional preventive dental care. If we add to this the socioeconomic level, it becomes a barrier to disease prevention [17,30,33,34]. Another explanation for this could be that oral health care instruction for the future baby is not routinely addressed during the mother's prenatal care either because dentists are not part of the prenatal multidisciplinary health team or because there is little interprofessional education [30]. Furthermore, the present study was conducted in a population whose social determinants such as age and educational level may have had a negative influence on the level of knowledge [35–37].

In the present study, early postpartum women aged 18 to 25 years were significantly two times more likely to have poor knowledge than those over 35 years, which is consistent with the study by Ben David et al. [19] who reported that older women had greater knowledge. Likewise, Esteves et al. [22] found that women older than 30 years had acceptable knowledge in relation to knowing when their child should visit the dentist for the first time. Likewise, our results were similar to those found by Al-Sane et al. [21] who indicated that the age of the mother was significantly associated with a better level of knowledge about

dental caries, since mothers older than 35 years had significantly better scores than younger mothers. In summary, these results could be explained by the fact that older women may want to become more skilled and acquire more experience, which may contribute to a healthier prenatal and postnatal environment [38]. Moreover, greater maturity would allow them to engage in independent, productive, and self-serving behaviors [39].

The early postpartum mothers in the present study who had no education, those who had only primary school, and those who had only secondary school had 11 times, 6 times, and 5 times, respectively, the probability of having poor knowledge significantly higher than those who had a university education. These results are similar to those obtained by Al-Sane et al. [21], who indicated that mothers with higher levels of education had better levels of knowledge. Furthermore, according to Barbieri et al. [18], a level of schooling equal to or higher than 8 years was associated with adequate knowledge about oral health. This could be explained by the fact that mothers with a higher educational level may have better discernment to choose the appropriate sources of information to adopt healthy practices. Likewise, women with a higher educational level may have better oral health literacy and a greater ability to choose a health service that is appropriate to their needs [40–42].

Among the limitations of the present study, we can mention that it was not possible to make a comparison between the knowledge of early postpartum women who attended in public health facilities and those who attended in private health facilities. Likewise, it was not possible to compare the knowledge of early postpartum women in urban areas with those in rural areas. Another limitation was the inability to interview early postpartum women under 18 years of age because informed consent could not be obtained from their guardians. Finally, the cross-sectional design of the present study did not allow us to evaluate the variation and durability of knowledge over time.

Taking into account the results obtained, it is recommended that health authorities develop oral healthcare programs focused on the mother-child duo from the moment of conception [10]. Likewise, it is necessary to empower professionals who work with pregnant women and postpartum women, whether primiparous or multiparous, on the need to develop promotion and prevention strategies during prenatal and postnatal control in an interdisciplinary manner with the dentist, valuing that these stages are learning opportunities that can contribute to establishing healthy habits from childhood, thus favoring the care of the mother and child throughout life [30,32].

5. Conclusions

In summary, with the limitations of the present cross-sectional study, it was observed that only a small minority of early postpartum had good knowledge about oral health prevention in infants aged 0 to 2 years. In addition, younger and less educated early postpartum women were at greater risk of having little knowledge on this topic. Not having basic education was the main risk factor identified. It is advisable to train professionals who work with pregnant and postpartum women to develop promotion and prevention strategies during pre- and postnatal care in an interdisciplinary manner with the dentist, since this can favor the consolidation of healthy habits in their children from infancy.

Supplementary Materials: The following supporting information can be downloaded at: <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph20031881/s1>, Questionnaire.

Author Contributions: Conceptualization, N.G.-D. and M.L.-C.; Data curation, N.C.-L.; Formal analysis, C.C.-R.; Funding acquisition, G.B.-V. and M.N.-V.; Investigation, N.G.-D., M.L.-C., G.B.-V., A.E.-G. and C.C.-R.; Methodology, M.L.-C., A.E.-G. and C.C.-R.; Project administration, N.G.-D., M.L.-C. and G.B.-V.; Resources, N.C.-L., M.N.-V., A.C.-P. and A.E.-G.; Software, L.C.-G. and A.C.-P.; Supervision, M.L.-C.; Validation, N.C.-L., G.B.-V., M.N.-V., A.C.-P. and A.E.-G.; Visualization, L.C.-G.; Writing—original draft, NGD and N.C.-L.; Writing—review and editing, M.L.-C., L.C.-G., M.N.-V., A.C.-P. and C.C.-R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This research respected the bioethical principles for medical research with human beings of the Declaration of Helsinki. The Institutional Research Ethics Committee of the Universidad Privada San Juan Bautista approved the study with resolution No. 1579-2021-CIEI-UPSJB.

Informed Consent Statement: Voluntary informed consent was requested on the first page of the questionnaire.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author.

Acknowledgments: We thank the team of the “Stomatological Public Health” research line of the School of Stomatology of the Universidad Privada San Juan Bautista, Peru, for their constant support in the preparation of this manuscript.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

- Nishino, M.; Amarsaikhan, B.; Furumoto, N.; Hirao, S.; Bando, H.; Nakagawa, A.; Nomingerel, S.; Bolorchimeg, B.; Fujimoto, M. Dental Caries in Children Under Five Years of Age in Mongolia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 4741. [CrossRef]
- Petersen, P.E.; Baez, R.J.; Ogawa, H. Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 World Health Assembly statement on oral health. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2020**, *48*, 338–348. [CrossRef] [PubMed]
- World Health Organization. Oral Health. 2022. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (accessed on 23 August 2022).
- Pesaressi, E.; Villena, R.S.; Bronkhorst, E.M.; Frencken, J.E. Dental caries in three-year-old preschool children in Lima, Peru assessed according to the CAST instrument. *Acta Odontol. Latinoam.* **2020**, *33*, 90–97. Available online: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aol/v33n2/1852-4834-aol-33-2-90.pdf> (accessed on 15 March 2022). [CrossRef]
- Chauhan, G.; Tadi, P. Physiology, Postpartum Changes. 2022. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/> (accessed on 26 August 2022).
- Paglia, L. Healthcare providers and the oral health of the mother and the unborn child. *Eur. J. Paediatr. Dent.* **2021**, *22*, 5. [CrossRef] [PubMed]
- Riggs, E.; Kilpatrick, N.; Slack-Smith, L.; Chadwick, B.; Yelland, J.; Muthu, M.S.; Gomersall, J.C. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2019**, *2019*, CD012155. [CrossRef]
- Wassihun, B.; Ayinalem, A.; Beyene, K. Knowledge of oral health during pregnancy and associated factors among pregnant mothers attending antenatal care at South Omo Zone public hospitals, Southern Ethiopia, 2021. *PLoS ONE* **2022**, *17*, e0273795. [CrossRef] [PubMed]
- Kim, E.G.; Park, S.K.; Nho, J.H. Factors Related to Maternal Oral Health Status: Focus on Pregnant and Breastfeeding Women. *Healthcare* **2021**, *9*, 708. [CrossRef]
- Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. Guía de Salud Bucal en Gestantes para el Equipo Multidisciplinario. 2016. Available online: <https://backup.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guia-de-Salud-Bucal-en-Gestantes/Guia-de-Salud-Bucal-en-Gestantes.pdf> (accessed on 26 August 2022).
- Maybury, C.; Horowitz, A.M.; La Touche-Howard, S.; Child, W.; Battanni, K.; Qi Wang, M. Oral Health Literacy and Dental Care among Low-Income Pregnant Women. *Am. J. Health Behav.* **2019**, *43*, 556–568. [CrossRef]
- Gurunathan, D.; Moses, J.; Arunachalam, S.K. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* **2018**, *11*, 338–343. [CrossRef]
- Petrauskienė, S.; Narbutaitė, J.; Petrauskienė, A.; Virtanen, J.I. Oral health behaviour, attitude towards, and knowledge of dental caries among mothers of 0- to 3-year-old children living in Kaunas, Lithuania. *Clin. Exp. Dent. Res.* **2020**, *6*, 215–224. [CrossRef]

14. Allen-Revoredo, C.; Ladera-Castañeda, M.I.; Córdova-Limaylla, N.E.; Briceño-Vergel, G.; Cervantes-Ganoza, L.A.; Cayo-Rojas, C. Knowledge, attitudes, and practices on oral health prevention associated with sociodemographic factors of adolescent students from a Peruvian-Swiss educational institution. *J. Int. Oral Health* **2022**, *14*, 475–486. Available online: <https://www.ijoh.org/text.asp?2022/14/5/475/359962> (accessed on 17 August 2022).
15. Chala, S.; Houzmali, S.; Abouqal, R.; Abdallaoui, F. Knowledge, attitudes and self-reported practices toward children oral health among mother's attending maternal and child's units, Salé, Morocco. *BMC Public Health* **2018**, *18*, 618. [CrossRef]
16. Lapresa, L.B.; Barbero, B.S.; Arizaleta, L.H. Prevalence of healthy oral habits in the child population resident in Spain. *An. Pediatr.* **2012**, *76*, 140–147. [CrossRef]
17. Luengo, J.A.; Toscano, I.; Carlos, L.E.; Anaya, M. Knowledge about oral health in a group of mexicans pregnant. *Acta Univ.* **2018**, *28*, 65–71. [CrossRef]
18. Barbieri, W.; Peres, S.V.; Pereira, C.B.; Peres Neto, J.; Sousa, M.D.L.R.; Cortellazzi, K.L. Sociodemographic factors associated with pregnant women's level of knowledge about oral health. *Einstein* **2018**, *16*, eAO4079. [CrossRef] [PubMed]
19. Ben David, M.; Callen, Y.; Eliasi, H.; Peretz, B.; Odeh-Natour, R.; Ben David Hadani, M.; Blumer, S. Oral Health and Knowledge among Postpartum Women. *Children* **2022**, *9*, 1449. [CrossRef] [PubMed]
20. Von Elm, E.; Altman, D.G.; Egger, M.; Pocock, S.J.; Gøtzsche, P.C.; Vandenbroucke, J.P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology [STROBE] statement: Guidelines for reporting observational studies. *Gac. Sanit.* **2008**, *22*, 144–150. [CrossRef]
21. Al-Sane, M.; Koerber, A.; Montero, M.; Baskaradoss, J.K.; Al-Sarraf, E.; Arab, M. Sociodemographic and behavioural determinants of early childhood caries knowledge among expectant mothers in Kuwait. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.* **2021**, *22*, 449–458. [CrossRef]
22. Esteves, M.; Pereira, J.; Gomes, C.; Cunha, B.; Messias, A.; Costa, A. Oral health-related knowledge and practices among a cohort of pregnant Portuguese women. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dentária Cir. Maxilofac.* **2021**, *62*, 229–236. [CrossRef]
23. Torres-Carranza, M. Nivel de Conocimiento Sobre Salud Bucal en Madres de Niños de 0 a 3 Años de Edad Atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa. Ph.D. Thesis, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Peru, 2016. Available online: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4474> (accessed on 26 September 2021).
24. Cayo-Rojas, C.F.; Soto-Castro, L.; Castro-Mena, M.; Medrano-Colmenares, S.; López-Gurreonero, C.; Córdova-Limaylla, N.E.; Briceño-Vergel, G.; Ladera-Castañeda, M.I.; Cervantes-Ganoza, L. Level of knowledge about metalloproteinases in dental students close to graduate from three universities in Peruvian capital city. *Eur. J. Dent. Educ.* **2022**, *26*, 692–699. [CrossRef]
25. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* **2013**, *310*, 2191–2194. [CrossRef] [PubMed]
26. Desai, J.; Varkey, I.M.; Lad, D.; Ghule, K.D.; Mathew, R.; Gomes, S. Knowledge and Attitude about Infant Oral Health: A Paradox among Pregnant Women. *J. Contemp. Dent. Pract.* **2022**, *23*, 89–94. Available online: <https://www.thejcdp.com/doi/pdf/10.5005/jp-journals-10024-3266> (accessed on 19 August 2022). [CrossRef] [PubMed]
27. Ministerio de Salud del Perú. En el Perú, 12 de Cada 100 Adolescentes Están Embarazadas o ya son Madre. 2020. Available online: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/303880-en-el-peru-12-de-cada-100-adolescentes-estan-embarazadas-o-ya-son-madres> (accessed on 11 January 2023).
28. Rosas-Chavez, G.; Romero-Visurraga, C.A.; Ramirez-Guardia, E.; Málaga, G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica* **2019**, *36*, 214–221. [CrossRef] [PubMed]
29. Ministerio de Salud del Perú. Plan Concertado de Salud 2007–2020. Available online: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/489991/-140270698920062173120200123-7298-ne8izh.pdf?v=1579815072> (accessed on 11 January 2023).
30. Adeniyi, A.; Donnelly, L.; Janssen, P.; Jevitt, C.; Kardeh, B.; von Bergmann, H.; Brondani, M. Pregnant women's perspectives on integrating preventive oral health in prenatal care. *BMC Pregnancy Childbirth* **2021**, *21*, 271. [CrossRef] [PubMed]
31. Díaz, L.; Valle, R.L. The influence of mouth health in the future newborn during pregnancy. *Gac. Méd. Espirit.* **2015**, *17*, 111–125. Available online: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v17n1/GME12115.pdf> (accessed on 16 August 2022).
32. Rocha, N.B.; Garbin, C.A.S.; Garbin, A.J.I.; Saliba, O.; Moimaz, S.A.S. Longitudinal study into the determining factors of dental caries in children aged 4: Socio-behavioral aspects and oral health of pregnant women. *Rev. Gaúch. Odontol.* **2017**, *65*, 52–61. [CrossRef]
33. Rengifo, H.A.; Muñoz, L.M. Mothers' Beliefs, Knowledge, and Practices Regarding Oral Health in Popayan, Colombia. *Univ. Odontol.* **2019**, *38*, 1–28. [CrossRef]
34. Bahramian, H.; Mohebbi, S.Z.; Khami, M.R.; Quinonez, R.B. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth* **2018**, *18*, 153. [CrossRef]
35. Fakheran, O.; Keyvanara, M.; Saied-Moallemi, Z.; Khademi, A. The impact of pregnancy on women's oral health-related quality of life: A qualitative investigation. *BMC Oral Health* **2020**, *20*, 294. [CrossRef]
36. Corchuelo-Ojeda, J.; González Pérez, G.J.; Casas-Arcila, A. Factors Associated With Self-Perception in Oral Health of Pregnant Women. *Health Educ. Behav.* **2022**, *49*, 516–524. [CrossRef]
37. Barman, D.; Ranjan, R.; Kundu, A. Factors associated with dental visit and barriers to the utilization of dental services among tribal pregnant women in Khurda district, Bhubaneswar: A cross-sectional study. *J. Indian Soc. Periodontol.* **2019**, *23*, 562–568. [CrossRef] [PubMed]

38. Duncan, G.J.; Lee, K.T.H.; Rosales-Rueda, M.; Kalil, A. Maternal Age and Child Development. *Demography* **2018**, *55*, 2229–2255. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Camberis, A.L.; McMahon, C.A.; Gibson, F.L.; Boivin, J. Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Dev. Psychol.* **2014**, *50*, 2154–2164. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Pattanshetti, K.; Kothari, H.P.; Tiwari, J.; Malagi, S.; Pattanashetty, S.; Hinge, K. Assessment of Knowledge and Attitude of Expectant Mothers Regarding Effect of Their Oral Health and Its Influence on the Infant Oral Health. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* **2020**, *13*, 471–475. [[CrossRef](#)]
41. Cayo-Rojas, C.F.; Santillán-Espadín, K.R.; Nicho-Valladares, M.K.; Ladera-Castañeda, M.I.; Aliaga-Mariñas, A.S.; Cervantes-Ganoza, L.A. Knowledge about oral health, salivary PH, body mass index and its relationship with dental caries in preschool children. *Rev. Fac. Med.* **2021**, *69*, e88709. [[CrossRef](#)]
42. Baskaradoss, J.K.; Geevarghese, A. Utilization of dental services among low and middle income pregnant, post-partum and six-month post-partum women. *BMC Oral Health.* **2020**, *20*, 120. [[CrossRef](#)]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.