



**Universidad  
Continental**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Discrepancia de rodetes gingivales en recién  
nacidos por parto eutócico en el Centro de  
Salud La Libertad-Huancayo 2017**

**Zendy Janet Sosa Vilca**

Huancayo, 2018

Tesis para optar el Título Profesional de  
Segunda Especialidad en Odontopediatría



Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



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

**ASESORA:**

Mg. C.D. Paloma Elías Díaz

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesora, la Mg. C.D. Paloma Elías Díaz, por la dedicación, orientación y apoyo brindado a la realización de este trabajo.

Al Dr. Mario Elías Podestá por transmitirnos sus conocimientos y por la amistad.

Al Dr. Walter Flores por impulsarnos siempre a seguir adelante.

Al Centro de Salud La Libertad por brindarme el campo clínico para llevar a cabo el estudio.

Al Dr. Antenor Vargas por las coordinaciones para la recolección de datos y la orientación.

A la Universidad Continental por las facilidades brindadas durante el desarrollo de mi formación.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por concederme el privilegio de la vida y lograr mis objetivos. A mis padres por sus consejos y constante apoyo a lo largo de mi vida. A mis hermanos por sus ejemplos de superación y perseverancia. A mi esposo, por su apoyo incondicional, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con él. A mi hijo por ser la motivación para ser mejor día a día.

## INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	10
1.2. Objetivos.....	11
1.2.1. Objetivo general.....	11
1.2.2. Objetivos específicos .....	11
1.3. Justificación e importancia .....	12
1.4. Hipótesis y Variables .....	13
1.4.1. Hipótesis.....	13

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema.....	14
2.2. Bases teóricas .....	16
2.2.1. Anatomía normal bucal del recién nacido.....	16
2.2.2. Alteraciones bucales más frecuentes.....	21
2.2.3. Parto .....	25
2.2.4. Test de Apgar .....	28
2.3. Definición de términos básicos.....	29

### CAPÍTULO III

#### METODOLOGÍA

3.1. Método y Alcance de la investigación.....	30
3.2. Diseño de la Investigación.....	30
3.3. Población y Muestra .....	30
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	31

### CAPÍTULO IV

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la investigación.....	32
4.2. Prueba de hipótesis .....	42
4.3. Discusión de resultados .....	42

CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
ANEXOS .....	49

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra según el sexo.....	32
Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad de la madre.....	33
Tabla 3. Distribución de la muestra según semana de parto.....	34
Tabla 4. Distribución de la muestra según la posición anteroposterior prevalente de los rodetes gingivales .....	35
Tabla 5. Distribución de la muestra según el puntaje de Apgar .....	36
Tabla 6. Distribución de la muestra según la discrepancia.....	37
Tabla 7. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según el sexo .....	38
Tabla 8. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según la semana de parto .....	39
Tabla 9. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según la edad de la madre .....	40
Tabla 10. Discrepancia de rodets gingivales según el puntaje de Apgar.....	41

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según el sexo .....	32
Figura 2. Distribución de la muestra según la edad de la madre .....	33
Figura 3. Distribución de la muestra según la semana de parto.....	34
Figura 4. Distribución de la muestra según la posición anteroposterior prevalente de los rodets gingivales .....	35
Figura 5. Distribución de la muestra según el puntaje de Apgar .....	36
Figura 6. Distribución de la muestra según la discrepancia.....	37
Figura 7. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según el sexo .....	38
Figura 8. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según la semana de parto .....	39
Figura 9. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según la edad de la madre.....	40
Figura 10. Discrepancia de rodets gingivales según el puntaje de Apgar.....	41

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal, el diseño fue no experimental. La muestra estuvo conformada por 131 recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo. Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta mediante la entrevista. Se encontró que del total de la muestra (131), el 100% de los recién nacidos presentaron una relación de rodets gingivales positiva, el 35.11% presentaron 4mm de discrepancia, el 25.19% presentaron 5 mm, el 22.90% presentaron 3 mm, el 9.2%, el 4.6%, el 2.3% y el 0.8% presentaron 6 mm, 2 mm, 7 mm y 8 mm respectivamente. El 19.8% de los recién nacidos de sexo femenino presentaron 4 mm de discrepancia, mientras en el sexo masculino fue de 15.3%.

Los resultados fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS 22, donde se determinó que la discrepancia de rodets gingivales en los recién nacidos varió de 2 a 8 mm, con una prominencia del maxilar en relación a la mandíbula siendo la discrepancia de 4 mm la de mayor prevalencia con predominio del sexo femenino.

**Palabras clave:** Rodets gingivales, parto eutócico.



## **ABSTRACT**

The aim of this research was determining the discrepancy of gingival pads in newborns due to eutocic delivery at the La Libertad - Huancayo Health Center 2017. According to the type of research, it was descriptive and transversal, the design was non-experimental. The sample consisted of 131 newborns for eutocic delivery in the Health Center La Libertad - Huancayo 2017. The survey was used as a data collection technique through the interview.

It was found that of the total sample (131), 100% of newborns had a positive gingival ridge ratio, 35.11% had a discrepancy of 4mm, 25.19% presented 5mm, 22.90% presented 3mm, the 9.2%, 4.6%, 2.3% and 0.8% presented 6 mm, 2 mm, 7 mm and 8 mm respectively. The 19.8% of the newborns of feminine sex presented 4 mm of discrepancy, while in the masculine sex it was of 15.3%.

The results were processed and analyzed with the statistical program SPSS 22, where it was determined that the discrepancy of gingival pads in newborns varied from 2 to 8 mm, with a prominence of the maxilla in relation to the mandible with the discrepancy of 4 mm of higher prevalence with predominance of the female sex.

**Key words:** Gingival rims, eutocic delivery.

## INTRODUCCIÓN

La odontología para bebés comprende los cuidados de la cavidad bucal desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, para ello es importante que el odontopediatra tenga el conocimiento necesario acerca de las características morfológicas normales de la boca del bebé para ser capaz luego, de reconocer y diagnosticar las anormalidades en etapas tempranas, con el fin de explicar y orientar a los padres, que muchas veces presentan preocupaciones y ansiedad por desconocimiento.

La cavidad bucal del recién nacido presenta ciertas características y componentes diferentes como la posición y musculatura de los labios, el tipo de mucosa que lo recubre, la encía; que en los bebés se denomina mucosa bucal, los frenillos labiales y lingual, el cordón fibroso de Robin y Magitot y la relación entre los rodetes gingivales superior e inferior del cual existen diferentes opiniones al respecto.

La mayoría de los autores afirman que generalmente, el maxilar se encuentra en una posición más adelantada en relación a la mandíbula, considerando esta posición como fisiológica. La distancia entre los rodetes maxilares y rodetes mandibulares también ha sido motivo de estudio por algunos investigadores, quienes indican una relación aprox. de 5-6 mm.

El presente trabajo de investigación permitió determinar la discrepancia de los rodetes gingivales en los recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017.

La Autora

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. Planteamiento y formulación del problema**

La anatomía de la cavidad bucal en los recién nacidos presenta diferentes características, una de ellas es la relación entre los rodetes maxilares y los rodetes mandibulares. El maxilar tiene forma de herradura que sobrepasa a la mandíbula en sentido sagital y transversal, como la tapa de una caja a la caja. Aunque existe contacto entre ambos rodetes a nivel posterior, no existe la posibilidad de predecir la oclusión futura. La posición distal del rodete mandibular varía de 3 a 11 mm (Bordoni y otros, 2016).

Según Ventiades y Tattum (2006), la relación que existe entre los rodetes superior protruído y el inferior retruído ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un deficiente desarrollo de la mandíbula y excesivo para el maxilar (25). Schmitt, Guzzi, Damo, Araújo y Farias (2012), revisaron 270 historias

clínicas del Hospital Santa Catarina de Blumenau, del periodo de agosto del 2006 a mayo 2010, donde encontraron que la mandíbula se encontraba en una posición más posterior en relación a la maxila, la sobresaliencia se encontraba presente en el 66,7% de los casos.

En el Perú, específicamente en el distrito de Huancayo no existen estudios que abarquen el tema de relaciones de rodets gingivales en recién nacidos, por ello se planteó el siguiente problema:

¿Cuál es la discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo general**

Identificar la discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

- a. Describir la posición anteroposterior prevalente de los rodets gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017.
- b. Describir el tipo de discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según el sexo.

- c. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según la semana de parto.
- d. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según la edad de la madre.
- e. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según el puntaje de Apgar.

### **1.3. Justificación e importancia**

El presente estudio tuvo la inquietud por parte de la investigadora de determinar la discrepancia de rodetes gingivales en los recién nacidos de la Región Junín.

En el Perú no se han reportado estudios relacionados con este tema, por lo tanto, se presenta uno de ellos para futuras investigaciones; en Sudamérica tampoco se reportaron estudios a excepción de Brasil, en donde sí se han realizado estudios.

El presente estudio permitió conocer la realidad acerca de la discrepancia entre los rodetes gingivales en los recién nacidos en la Región Junín, lo cual permitirá orientar a los padres, personal de salud, pediatras, cirujanos dentistas y odontopediatras.

Los resultados obtenidos servirán de sustento para futuras investigaciones y de otras similares, ya que permite ampliar el marco teórico e incrementar profundamente los conocimientos en este tema.

## **1.4. Hipótesis y variables**

### **1.4.1. Hipótesis**

Debido a que la investigación es de tipo descriptiva no es necesario la formulación de una hipótesis (14).

#### **Variable independiente**

Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos por parto eutócico

#### **Covariables**

Sexo del recién nacido

Edad de la madre

Semana de parto

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del problema

SANCHEZ AL, ESPINDOLA V. PORTELA M, SOVIERO V, BASTOS E.7 (2001) en el estudio “*Relação entre o grau de sobressaliência entre roletes gengivais, tipo de parto e dificuldade de sucção*” concluyen que: La maxila está delante de la mandíbula en la mayoría de los recién nacidos. Hubo una tendencia en los recién nacidos por cesárea que presentaron un grado de resalte inferior que los recién nacidos por parto normal, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa y no se puede relacionar el resalte aumentado con la dificultad para succionar el pecho de la madre.

VENTIADES FJ, TATTUM BK.1 (2006) en su estudio “*Patología oral del recién nacido*” mencionan que: La relación entre los rodetes superior protruido y el

inferior retraído ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un desarrollo pobre de la mandíbula y excesivo para el maxilar, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia a desarrollar una clase III en el futuro.

SCHMITT BHE, GUZZI SH, DAMO MN, ARAÚJO SM, FARIAS MMAG.5 (2012) en el estudio "*Características da cavidade oral de bebês recém-nascidos*" se concluye que: Al Nacimiento, la mandíbula se encuentra en una posición más posterior en relación al maxilar. La sobresalencia estaba presente en 66,7% de los casos. La relación de sobremordida de rodets gingivales son condiciones normales en los recién nacidos. Los resultados mostraron la presencia de sobremordida en 25,2% de los bebés analizados y sobremordida exagerada en 1.1% diferenciando del otro estudio que se encontró sobremordida exagerada en 26,6% de los casos. Las relaciones de rodets gingivales, considerados normales para bebés recién nacidos fueron las más prevalentes.

ANGULO EMA, DE LA TEJA AE, DURÁN GA. (2013) en el estudio "*El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal del recién nacido*" concluyen que: La parte anterior existe un espacio entre los maxilares, sirve para que el bebé obtenga un sellado correcto de la cavidad bucal, adaptándose al pecho de la madre para realizar la succión perfectamente. La relación entre los rodets superior saliente y el inferior retraído ocurre con una discrepancia media de 5 a 6 mm Según Van Der Haven y cols. Los valores mayores predicen alteración en la relación de los maxilares como la micrognasia, protrusión maxilar o ambos.



## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Anatomía normal bucal del recién nacido**

El recién nacido presenta características anatómicas bucales propias a la edad, algunas aparecen y van desapareciendo a medida que el bebé se va desarrollando. Por ello, es necesario que el odontopediatra sea capaz de diagnosticar las características normales de la boca del recién nacido y las lesiones, con el fin de orientar a los padres.

#### **2.2.1.1. Labios**

Los labios tienen una demarcación notable en el borde que limita la piel y las mucosas, tienen un aspecto edematoso, un poco enrojecidos, húmedos y brillantes, con una ligera elevación, de color rosado y opaco la piel que cubre el tercio externo de la superficie visible del labio (4). Después de unos pocos días del nacimiento, la superficie de la membrana mucosa se presenta seca y arrugada, con descamación y eventual reemplazo, que persiste por algunas semanas (Hooley, 1967). Se encuentran ligeramente separados, el labio superior y los músculos faciales presentan una relativa inmovilidad a comparación del labio inferior, que es más activo. Los músculos succionadores de los labios y mejillas se encuentran más desarrollados que los músculos masticadores, Los músculos mandibulares adoptan una posición ligeramente horizontal, que facilitan los movimientos anteroposteriores que necesita realizar para el amamantamiento (19).

### **2.2.1.2. Apoyo de succión o sucking pad**

El contorno de los labios del recién nacido es de forma triangular, con la base en el labio inferior y el vértice en el centro del labio superior, donde puede presentar una callosidad asociado a la succión (11), denominado apoyo para succión, el cual posee múltiples proyecciones vellosas, que tiene por característica aumentar de volumen cuando el apoyo entra en contacto con el pecho de la madre o cuando son estimuladas. Esta área se encuentra más desarrollada en los niños de menor edad que se alimentan con leche materna (27), la función principal que cumple esta almohadilla es de ayudar al cierre hermético del pezón en el acto de amamantamiento (9).

### **2.2.1.3. Frenillos**

#### **A. Frenillo labial superior**

En la porción interna y media del labio superior se localiza el frenillo labial. El frenillo labial es una estructura dinámica, variable en forma, tamaño y posición durante las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo (15). Está insertado en la superficie interna del labio pudiendo prolongarse hasta la zona palatina. La función de esta membrana tecto-labial es la de proporcionar mayor soporte al labio durante la succión al momento del amamantamiento (11, 27, 9).

#### **B. Frenillo labial inferior**

El frenillo labial inferior se encuentra en el labio inferior, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y

lateralmente las bridas, pero menos desarrolladas que las del arco superior y por ello a veces pasan desapercibidas (27, 9).

### **C. Frenillo lingual**

Es un repliegue mucoso, insertado en la extremidad posterior del surco medio de la cara ventral de la lengua y termina en el surco gingivolingual, constituido por tejido conjuntivo rico en fibras colágenas y elásticas, células adiposas, fibras musculares y vasos sanguíneos, recubiertos por tejido epitelial pavimentoso estratificado (9, 13).

Internamente se encuentra el paladar y la bóveda, la papila palatina y en la zona anterior se observan las rugosidades palatinas. El rafe medio se localiza en la porción media de anterior a posterior. En la porción posterior se encuentra la transición del paladar duro con el blando, diferenciándose por el color, siendo el paladar blando más rojizo (27, 9).

#### **2.2.1.4. Rodetes gingivales**

Los bebés presentan encías firmes recubiertas por una fibromucosa bastante resistente y firme, parecidas a la boca del adulto desdentado, que ejercen una función energética durante la alimentación y la exploración de objetos. Los rodetes gingivales no son superficies lisas, éstas están recubiertos de crestas y surcos. La madurez del bebé al nacer, el tamaño expresado por el peso del nacimiento, el tamaño de los dientes primarios en desarrollo, actores genéticos, pueden determinar el tamaño de los rodetes gingivales (25, 4, 11, 27, 9).

El rodete maxilar presenta forma de herradura que sobrepasa al rodete mandibular sagital y transversalmente. Existe contacto entre ellos a nivel del sector posterior, pero ello no parece predecir la oclusión futura en la fórmula de la dentición primaria.

El rodete maxilar está dividido en diez segmentos y separados por surco de profundidad y detalle variables, que corresponden a los dientes. Estos segmentos pertenecen a los incisivos centrales, a los caninos y primeros molares (4, 11).

El rodete mandibular presenta forma de “U” o rectangular, también se encuentra segmentado, pero de una forma menos nítida. Se puede dividir en una zona anterior (incisal) y dos laterales (molares), con los caninos en los ángulos (4, 11).

Según Moyers (1987), por lo menos hasta el cuarto mes de vida intrauterina, se determina la forma básica de los arcos dentarios, por los gérmenes dentarios en desarrollo y por el hueso basal en crecimiento.

Corrêa et al (1998), en su estudio *Evaluación clínica de las características de la cavidad bucal y de la aparición de anomalías en recién nacidos*, donde evaluó bebés de 0 a 6 días de vida, describe algunas diferencias morfológicas en el segmento anterior de los rebordes, mostrando que el 47,1% de los casos, a nivel de la región anterior del reborde superior presenta superficie lisa y redondeada, con una adherencia firme, mientras que el 52,9% de los bebés presentaron rebordes irregulares y flácidos a la palpación.

### **Relaciones antero-posterior de los maxilares.**

El maxilar se encuentra en una posición hacia adelante en relación a la mandíbula, esto es el aspecto más resaltante en el nacimiento, produciendo la aparición de una pseudomicrognasia (26). La relación entre los rodetes superior protruído y el inferior retraído ocurre con una discrepancia media de 5 a 6 mm (27, 1). Valores mayores indican un desarrollo deficiente de la mandíbula y excesivo del maxilar, en casos extremos, puede llegar a más de un centímetro, y en otros pueden no existir diferencias entre el superior y el inferior, con tendencia en este caso a una futura Clase III (27).

Bordoni et al (2010), menciona que existe una discrepancia que varía ampliamente de 3 a 11 milímetros, sobre todo considerando los cambios como producto del crecimiento de los arcos en longitud, ancho y profundidad en los primeros meses de vida.

El estudio realizado por Clinch (1938), demuestra las siguientes variaciones: A partir del 56° al 64° día de vida intrauterina, la mandíbula se encuentra más grande que el maxilar. En el 74° día de vida intrauterina, esa proyección prácticamente desaparece y a partir de ese momento el proceso de crecimiento se vuelve contrario al presentado, se mantiene así hasta el momento del nacimiento.

Según Sillman (1938), la proyección del maxilar llega a alcanzar el 90% de los casos, y la discrepancia puede variar de 2.5 a 4.5 mm. En el estudio de Corrêa et al (3), llevado a cabo en Brasil, también se demostró esta característica descrita en las investigaciones

internacionales, siendo la prevalencia de 95.7%, encontrando variaciones de 2 a 6 mm. En este estudio no se encontraron la presencia de protrusión de la mandíbula en relación al maxilar, y sólo el 4.3% de los bebés presentaron relación borde a borde.

#### **2.2.1.5. Lengua**

La lengua es más parecida a su contraparte adulta que cualquier otra estructura de la boca. Presenta un color rojo encendido a violáceo y tiene una dimensión más delgada en sentido dorso-ventral. En reposo, la lengua se posiciona entre los rebordes gingivales, de tal manera que los tejidos blandos llenan el espacio que en el futuro será ocupado por las piezas dentarias (4, 8).

#### **2.2.1.6. Cordón fibroso de Robin y Magitot**

Sobre la región de los incisivos y caninos, en ambos rodets, se encuentra una prolongación de la misma mucosa denominada Cordón fibroso de Robin y Magitot, el cual se encuentra bien desarrollado en el recién nacido, siendo la característica anatómica más frecuentemente observada. Desaparece en la época de la erupción dentaria, ellos cumplen la función de facilitar la deglución durante el amamantamiento (25, 4, 27, 9, 8).

### **2.2.2. Alteraciones bucales más frecuentes**

La evaluación del bebé se debe llevar a cabo desde el nacimiento, para poder identificar posibles patologías que interfieran con la fisiología normal del bebé, para intervenir de manera inmediata (27, 15).

### **2.2.2.1. Dientes natales y neonatales**

Dientes natales son aquellos que se encuentran presentes en la cavidad bucal en el momento del nacimiento del bebé, y los dientes neonatales son los que brotan durante los 30 primeros días de vida extrauterina (27, 3). A veces son piezas supernumerarias, pero con mayor frecuencia pertenecen a la fórmula, debiendo ser protegidos, a menos que se haya formado defectuosamente o presente insuficiente desarrollo de la raíz y movilidad marcada, en esta situación se deberá proceder al retiro de la pieza porque se corre el riesgo de aspiración por parte del niño. La extracción está indicada cuando la pieza está causando una lesión en la superficie ventral de la lengua conocida como de Riga Fede, que puede causar un rechazo del bebé al amamantamiento (11, 20).

Los dientes natales presentan menos movilidad y los dientes neonatales se hacen menos móviles en los primeros meses, aquellos que permanecen más allá de cuatro meses tiene mejor pronóstico <sup>10</sup>.

La etiología de la aparición de dientes natales y neonatales es desconocida. Las causas no se encuentran definidas, pero pueden estar asociadas a hipovitaminosis o asociación con síndromes como la Displasia condroectodérmica (27, 9, 8).

Es necesario comprobar los hallazgos clínicos con una exploración radiográfica para poder determinar si se trata de un diente de la serie normal de la dentición primaria o de un supernumerario y también a su vez para poder medir el grado de maduración dentaria. Si

se observa una imagen doble, se confirmará el diagnóstico de diente supernumerario y si es visible 3/5 de corona normal o buena parte de la raíz, reafirmaremos la madurez del diente (3). El examen radiográfico será útil para realizar un diagnóstico diferencial de nódulos de Bohn y de los quistes de la lámina dental (16).

#### **2.2.2.2. Nódulos de Bohn**

Se encuentran presentes en las porciones vestibulares y palatinas o linguales de los rodetes gingivales. Son más frecuentes en el maxilar superior. Se originan a partir de restos de tejido glandular mucoso (27, 8, 3).

Los nódulos de Bohn son los quistes de inclusión que con mayor frecuencia se confunden con dientes neonatales por su forma, color, localización y momento de aparición, ya que algunas veces son más visibles a los 30 días posteriores al nacimiento. No requieren tratamiento, involucionan con el tiempo (27, 15, 3).

Histopatológicamente, se encuentra revestido por un delgado epitelio plano estratificado delgado de 2 a 3 capas aproximadamente de células de espesor y una trama de tejido conectivo fibroso, que podría contener acinos mucosos y conductos excretores de glándulas salivales (17).

#### **2.2.2.3. Perlas de Epstein**

Son pequeñas lesiones quísticas, derivadas de las células del paladar y su contenido es queratina. Se localizan a lo largo del rafe palatino medio. Tienen un tamaño aproximado de 0.5 a 3 mm de



diámetro y son de color aperlado. Son menos frecuentes que los nódulos, no ocasionan síntomas y se desprende al cabo de unas semanas (25, 15, 3).

#### **2.2.2.4. Quistes de la lámina dental**

Son lesiones quísticas blanquecinas, se sitúan en la cresta alveolar del maxilar superior, con mayor frecuencia en la región posterior. En la mandíbula están situados en la región posterior, a nivel de las superficies linguales de los procesos alveolares (25, 27, 15, 8, 3).

#### **2.2.2.5. Épulis congénito del recién nacido**

Es un tumor benigno de etiología desconocida que se encuentra presente al momento del nacimiento a nivel de la encía del reborde alveolar del maxilar superior, en la región canina e incisal y con menos frecuencia en el reborde gingival de la mandíbula. También es llamado Tumor congénito de células granulosas, tumor gingival de células granulosas, tumor de Newmann (8, 3, 10).

Clínicamente se presenta como una masa pedunculada rosada, insertada en la cresta del reborde o proceso alveolar. Pueden ser uni o multilobular y el color varía de acuerdo a la irrigación (10).

Esta tumoración aparece con mayor frecuencia en el maxilar superior, en una proporción de 2:1 con respecto a la mandíbula y de 8:1 en mujeres (3, 10).

Debe hacerse un diagnóstico diferencial con otros procesos de apariencia similar que puedan presentarse a esta edad como

hemangioma, fibroma, granuloma piógeno, tumor neuro ectodérmico melanótico de la infancia y con el tumor de células granulares o mioblastoma (3).

El tratamiento consiste en la excéresis quirúrgica y no presente recidiva. Deja de crecer después del nacimiento y a veces parece que es posible la regresión espontánea del mismo (3).

### **2.2.3. Parto**

El parto o nacimiento es la finalización del embarazo, hasta el periodo de expulsión del feto, por cualquier vía, vivo o muerto, acompañado de dolor (27).

#### **2.2.3.1. Tipos de parto**

##### **A. Parto eutócico**

Es también denominado parto normal, parto vaginal y se produce al terminar la gestación (entre 37 y 40 semanas). Inicia de manera espontánea y se desarrolla y finaliza sin ningún tipo de complicación. El feto se encontrará en posición cefálica flexionada y su expulsión será por vía vaginal. No es necesaria la intervención quirúrgica y al finalizar la madre y el bebé se encontrarán en perfectas condiciones. Esta se puede llevar a cabo con anestesia o sin ella.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), definen el Parto Normal, como aquel que cursa con “*Comienzo espontáneo, bajo riesgo al*

*comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (OMS, 1996) (2).*

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.) contempla el Parto Normal como *“el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (FAME, 2007) (2).*

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia define el Parto Normal como *“el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37º-42º semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica” (SEGO, 2007) (2).*

## **B. Parto distócico**

Se produce cuando hay complicaciones que requieren la intervención médica para que el alumbramiento se lleve a cabo de la mejor manera posible. Las dificultades que surgen pueden ser de origen fetal (posición del feto, tamaño del feto), materno (posición de los huesos de la pelvis de la madre que impiden que la cabeza del niño tenga el espacio suficiente para salir) o de los anexos fetales como pueden ser el cordón umbilical, la placenta o el líquido amniótico.

De acuerdo con la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en: (12).

- **Recién nacido pre-término**

Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

- **Recién nacido inmaduro**

Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

- **Recién nacido prematuro**

Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

- **Recién nacido a término**

Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

- **Recién nacido postérmino**

Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

#### **2.2.4. Test de Apgar**

Es un sistema de puntuación que fue propuesto por la Dra. Virginia Apgar, es el primer examen clínico que se lleva a cabo al recién nacido, fue diseñada para valorar la respuesta del recién nacido al ambiente extrauterino evaluando cinco parámetros: la frecuencia cardíaca (latidos del corazón por minuto), respiración (esfuerzos o dificultad respiratoria), tono muscular, irritabilidad refleja y coloración, dando un puntaje de 0, 1 ó 2 para cada uno (máximo 10 puntos). Los cinco valores se suman y se tiene el puntaje del Apgar. Se debe realizar al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. Un puntaje de 10 – 7 se considera que el recién nacido se encuentra en buenas condiciones, el puntaje de 6 – 4 significa depresión moderada (El recién nacido no se está adaptando correctamente por lo que necesita maniobras para ayudarlo), puntaje de 3 – 0 representa depresión severa (El recién nacido necesita reanimación) (10, 24).

El Pediatra Norteamericano, Joseph Butterfield en el año de 1962, para ayudar a sus estudiantes y al personal de salud, generó un acrónimo con las cinco letras del apellido de la Dra. Virginia Apgar, que es el siguiente: (24)

A: Appearance. (Color, apariencia)

P: Pulse. (Pulso)

G: Grimace. (Reflejos, gesticulación)

A: Activity. (Tono Muscular, actividad)

R: Respiratory effort. (Esfuerzo respiratorio, respiración)

### 2.3. Definición de términos básicos

**Recién nacido:** Bebé que tiene 27 días o menos desde el nacimiento, sea eutócico o distócico.

**Rodetes gingivales:** También son denominados almohadillas gingivales. Son membranas mucosas bucales muy gruesas de encías, que se dividen en segmentos, que indican el sitio para el desarrollo del diente.

**Discrepancia de rodetes gingivales:** Es la distancia entre el rodete gingival maxilar y el rodete gingival mandibular en sentido anteroposterior.

**Parto eutócico:** También denominado parto normal o parto vaginal, se produce al terminar la gestación (entre 37 y 40 semanas).

**Apgar:** Es la primera prueba que se realiza a un recién nacido para obtener una valoración de su estado de salud general, se lleva a cabo al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método y alcance de la investigación**

**Descriptivo:** Se describe el comportamiento de la variable, sin intervenir en éste.

**Transversal:** Se realiza en un momento específico de tiempo.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es de tipo **no experimental** porque no manipularemos deliberadamente las variables.

#### **3.3. Población y muestra**

##### **Población**

Estuvo conformada por los recién nacidos por parto eutócico del Centro de Salud La Libertad – Huancayo, durante el periodo de julio a noviembre del 2017. N = 198.

## **Muestra**

La muestra del estudio estuvo conformada por 131 recién nacidos en el Centro de Salud de la Libertad – Huancayo, sometidos a los criterios de inclusión.

## **Muestreo**

El tipo de muestreo fue el no probabilístico, muestreo por conveniencia.

## **Criterios de inclusión**

Bebés nacidos a término (37° a 42° semana)

Bebés nacidos con Apgar de 8 a 10.

## **Criterios de exclusión**

Nacidos con fisura labial unilateral.

Nacidos con fisura labial bilateral.

Nacidos con fisura labiopalatina unilateral.

Nacidos con fisura labiopalatina bilateral.

Nacidos con Síndrome de Down.

Nacidos con Síndrome de Treacher Collins.

Nacidos que presenten dientes neonatales.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó para este estudio fue la encuesta mediante la entrevista a la madre acerca de las semanas de gestación. (Anexo 1)

También se recolectó los datos mediante la observación de los rodetes gingivales de los recién nacidos, haciendo la medición de la discrepancia con reglas milimetradas.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la investigación

Tabla 1.

*Distribución de la muestra según el sexo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	54	41,2	41,2	41,2
	femenino	77	58,8	58,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

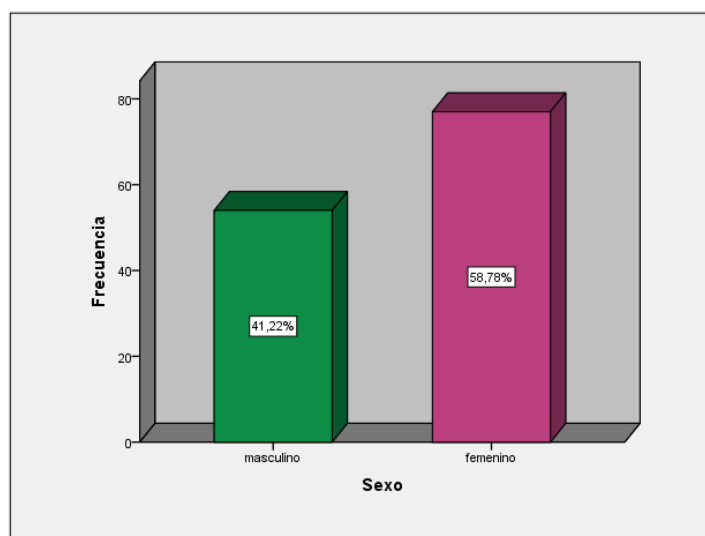


Figura 1. Distribución de la muestra según el sexo  
Fuente: Elaboración propia

## INTERPRETACIÓN:

La tabla 1 y la figura 1 indican que del total de la muestra (131), 58.78% (77) fueron mujeres y 41.22% (54) fueron varones.

Tabla 2.  
*Distribución de la tabla según la edad de la madre*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 21 años	33	25,2	25,2	25,2
	21 - 30 años	71	54,2	54,2	79,4
	31 - 40 años	24	18,3	18,3	97,7
	+ 40 años	3	2,3	2,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

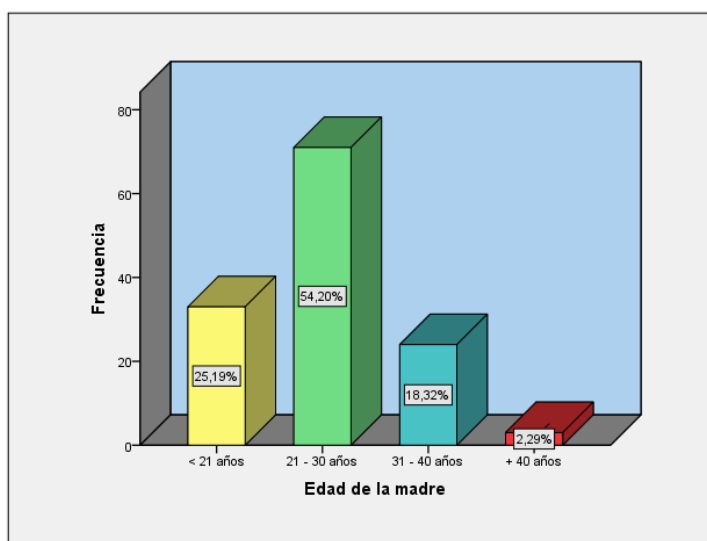


Figura 2. Distribución de la muestra según la edad de la madre  
Fuente: Elaboración propia

## INTERPRETACIÓN:

La tabla 2 y la figura 2 indican que del total de la muestra (131), las madres de los recién nacidos tienen edades entre 21 a 30 años, que representa el 54.2% (71), seguido de < 21 años que representa el 25.2% (33), madres entre 31 a 40 años fueron el 18.3% (24) y en menor porcentaje madres de + 40 años con el 2.3% (3).

Tabla 3.  
Distribución de la muestra según semana de parto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	36º semana	1	,8	,8
	37º semana	10	7,6	8,4
	38º semana	22	16,8	25,2
	39º semana	52	39,7	64,9
	40º semana	41	31,3	96,2
	41º semana	5	3,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

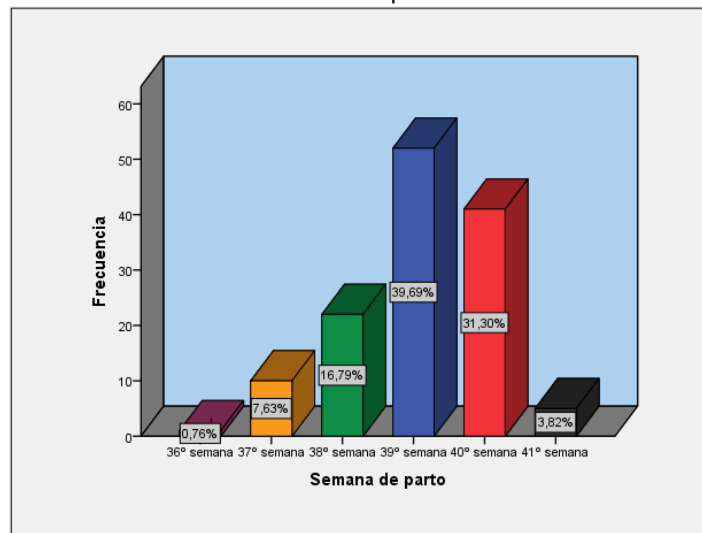


Figura 3. Distribución de la muestra según la semana de parto  
Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

La tabla 3 y figura 3 indican que del total de la muestra (131), el 39.7% (52) nacieron en la semana 39ª, el 31.3% (41) nacieron en la semana 40ª, 16.8% (22) nacieron en la semana 38ª, el 7.6% (10) nacieron en la semana 37ª, el 3.8% (5) nacieron en la semana 41ª y el 0.8% (1) nació en la semana 36ª.

Tabla 4.  
*Distribución de la muestra según la posición anteroposterior prevalente de los rodetes  
gingivales*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido rodete superior a inferior	131	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

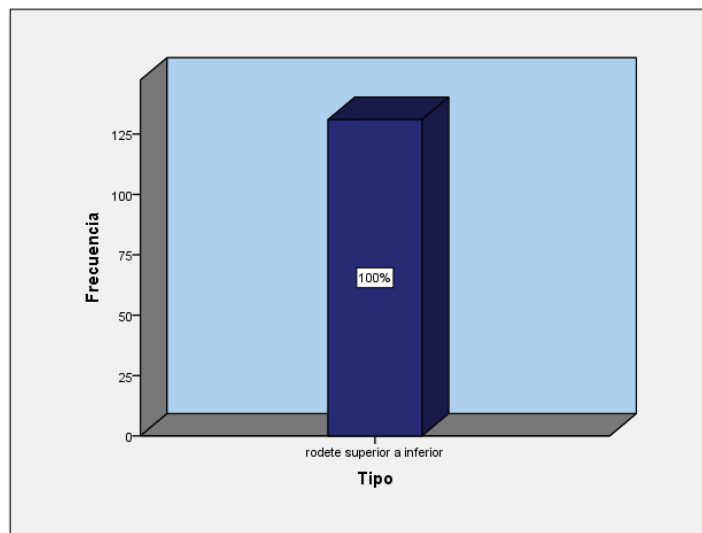


Figura 4. Distribución de la muestra según la posición anteroposterior prevalente de los rodetes gingivales  
Fuente: Elaboración propia

### **INTERPRETACIÓN:**

La tabla 4 y figura 4 indican que del total de la muestra (131), el 100% (131) presenta una relación de rodetes gingivales positiva, es decir el maxilar se encuentra delante de la mandíbula.

Tabla 5.  
Distribución de la muestra según el puntaje de Apgar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 8	1	,8	,8	,8
9	129	98,5	98,5	99,2
10	1	,8	,8	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

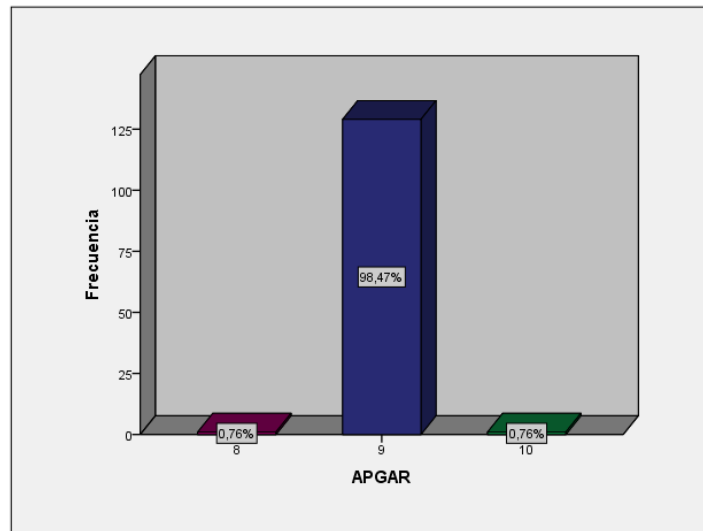


Figura 5. Distribución de la muestra según el puntaje de Apgar

Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

La tabla 5 y figura 5 indican que del total de la muestra (131), el 98.47% (129) presentaron un puntaje de Apgar 9 y el 0.8% (1) presentaron un puntaje de Apgar de 8 y 10.

Tabla 6.  
Distribución de la muestra según la discrepancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 mm	6	4,6	4,6	4,6
	3 mm	30	22,9	22,9	27,5
	4 mm	46	35,1	35,1	62,6
	5 mm	33	25,2	25,2	87,8
	6 mm	12	9,2	9,2	96,9
	7 mm	3	2,3	2,3	99,2
	8 mm	1	,8	,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

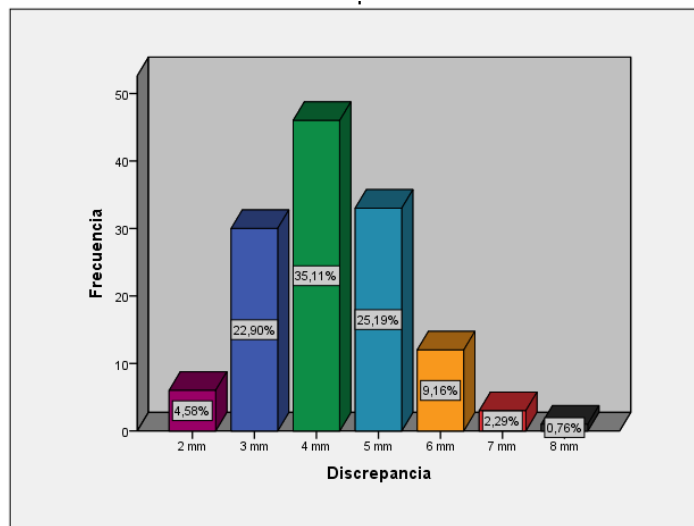


Figura 6. Distribución de la muestra según la discrepancia  
Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

La tabla 6 y figura 6 indican que del total de la muestra (131), el 35.11% (46) presentaron 4mm de discrepancia, el 25.19% (33) presentaron 5 mm, el 22.90% (30) presentaron 3 mm, el 9,2% (12), el 4.6% (6), el 2.3% (3) y el 0.8% (1) presentaron 6 mm, 2 mm, 7 mm y 8 mm respectivamente.

Tabla 7.  
*Discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos según el sexo*

			Sexo		Total
			Masculino	femenino	
Discrepancia	2 mm	Recuento	1	5	6
		% del total	0,8%	3,8%	4,6%
3 mm	3 mm	Recuento	7	23	30
		% del total	5,3%	17,6%	22,9%
4 mm	4 mm	Recuento	20	26	46
		% del total	15,3%	19,8%	35,1%
5 mm	5 mm	Recuento	16	17	33
		% del total	12,2%	13,0%	25,2%
6 mm	6 mm	Recuento	7	5	12
		% del total	5,3%	3,8%	9,2%
7 mm	7 mm	Recuento	2	1	3
		% del total	1,5%	0,8%	2,3%
8 mm	8 mm	Recuento	1	0	1
		% del total	0,8%	0,0%	0,8%
Total	Total	Recuento	54	77	131
		% del total	41,2%	58,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

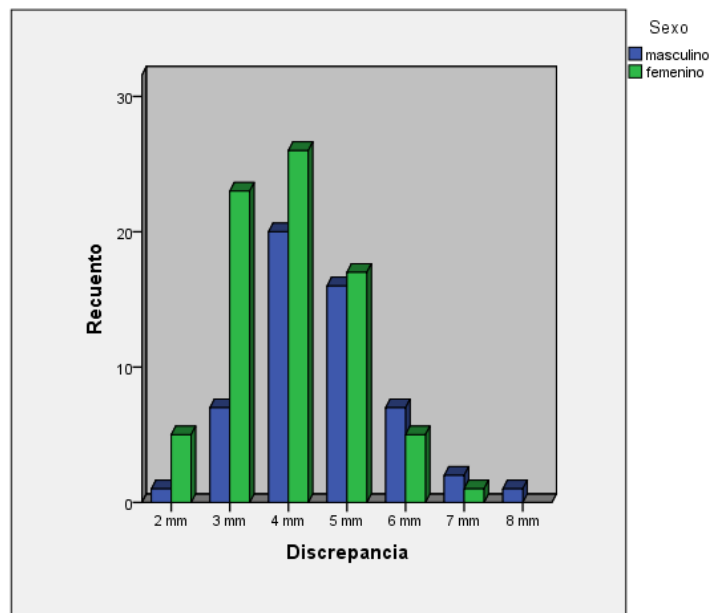


Figura 7. Discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos según el sexo  
 Fuente: Elaboración propia

## INTERPRETACIÓN:

La tabla 7 y figura 7 indican que la discrepancia de los rodets gingivales de 4mm fue la que prevaleció en ambos sexos. Los recién nacidos de sexo femenino presentaron el 19.8% (26) de esta discrepancia, mientras que los recién nacidos de sexo masculino presentaron el 15.3% (20).

Tabla 8.

*Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según la semana de parto*

Discrepancia		Semana de parto						Total
		36° semana	37° semana	38° semana	39° semana	40° semana	41° semana	
2 mm	Recuento	0	1	1	1	3	0	6
	% del total	0,0%	0,8%	0,8%	0,8%	2,3%	0,0%	4,6%
3 mm	Recuento	0	4	5	13	8	0	30
	% del total	0,0%	3,1%	3,8%	9,9%	6,1%	0,0%	22,9%
4 mm	Recuento	1	3	7	16	17	2	46
	% del total	0,8%	2,3%	5,3%	12,2%	13,0%	1,5%	35,1%
5 mm	Recuento	0	2	5	15	11	0	33
	% del total	0,0%	1,5%	3,8%	11,5%	8,4%	0,0%	25,2%
6 mm	Recuento	0	0	3	5	1	3	12
	% del total	0,0%	0,0%	2,3%	3,8%	0,8%	2,3%	9,2%
7 mm	Recuento	0	0	1	1	1	0	3
	% del total	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	0,8%	0,0%	2,3%
8 mm	Recuento	0	0	0	1	0	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Total	Recuento	1	10	22	52	41	5	131
	% del total	0,8%	7,6%	16,8%	39,7%	31,3%	3,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

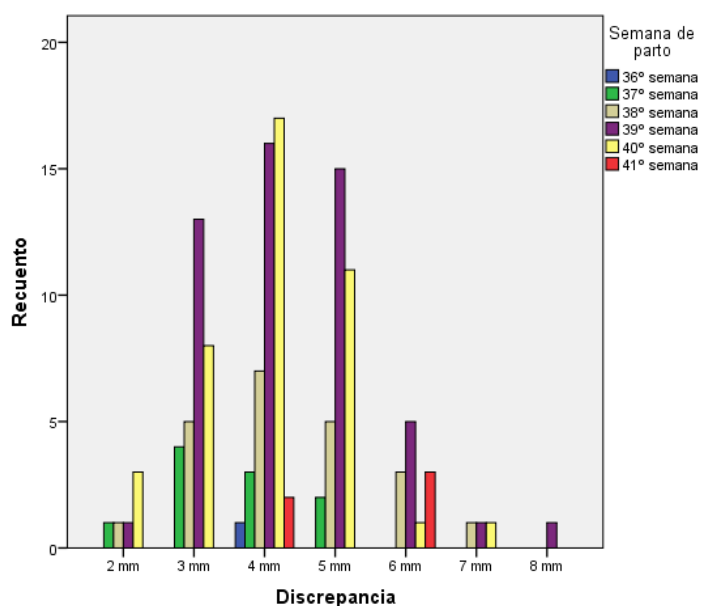


Figura 8. Discrepancia de rodets gingivales en recién nacidos según la semana de parto  
Fuente: Elaboración propia



## INTERPRETACIÓN:

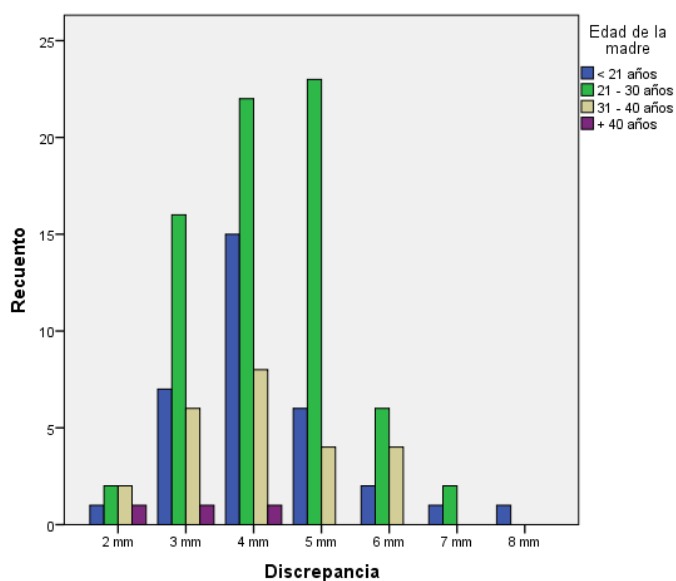
La tabla 8 y figura 8 indican que los recién nacidos que presentaron 4 mm de discrepancia, el 13% (17) nacieron en la semana 40°, el 12.2% (16) nacieron en la semana 39° y el 5.3% (7) nacieron en la semana 38°.

Tabla 9.

*Discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos según la edad de la madre*

Discrepancia		Edad de la madre				Total
		< 21 años	21 - 30 años	31 - 40 años	+ 40 años	
2 mm	Recuento	1	2	2	1	6
	% del total	0,8%	1,5%	1,5%	0,8%	4,6%
3 mm	Recuento	7	16	6	1	30
	% del total	5,3%	12,2%	4,6%	0,8%	22,9%
4 mm	Recuento	15	22	8	1	46
	% del total	11,5%	16,8%	6,1%	0,8%	35,1%
5 mm	Recuento	6	23	4	0	33
	% del total	4,6%	17,6%	3,1%	0,0%	25,2%
6 mm	Recuento	2	6	4	0	12
	% del total	1,5%	4,6%	3,1%	0,0%	9,2%
7 mm	Recuento	1	2	0	0	3
	% del total	0,8%	1,5%	0,0%	0,0%	2,3%
8 mm	Recuento	1	0	0	0	1
	% del total	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Total	Recuento	33	71	24	3	131
	% del total	25,2%	54,2%	18,3%	2,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia



*Figura 9. Discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos según la edad de la madre*

Fuente: Elaboración propia

## INTERPRETACIÓN:

La tabla 9 y figura 9 indican que el 17.6% (23) de las madres presentan edades entre 21 a 30 años y los recién nacidos presentan una discrepancia de 5 mm, el 16.8% (22) tienen entre 21 a 30 años y el 11.5% (15) las madres presentan edades menores a 21 años, y los recién nacidos presentan una discrepancia de 4 mm.

Tabla 10.

*Discrepancia de rodetes gingivales según el puntaje de Apgar*

Discrepancia		APGAR			Total
		8	9	10	
2 mm	Recuento	0	6	0	6
	% del total	0,0%	4,6%	0,0%	4,6%
3 mm	Recuento	0	30	0	30
	% del total	0,0%	22,9%	0,0%	22,9%
4 mm	Recuento	0	45	1	46
	% del total	0,0%	34,4%	0,8%	35,1%
5 mm	Recuento	0	33	0	33
	% del total	0,0%	25,2%	0,0%	25,2%
6 mm	Recuento	1	11	0	12
	% del total	0,8%	8,4%	0,0%	9,2%
7 mm	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	2,3%	0,0%	2,3%
8 mm	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%
Total	Recuento	1	129	1	131
	% del total	0,8%	98,5%	0,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

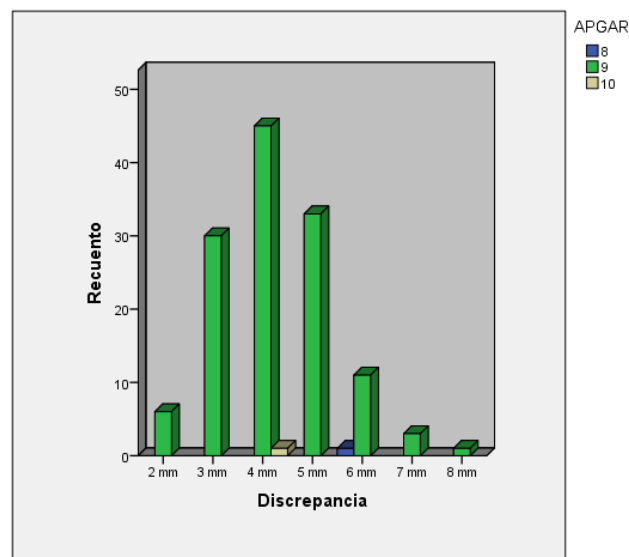


Figura 10. Discrepancia de rodetes gingivales según el puntaje de Apgar

Fuente: Elaboración propia

## **INTERPRETACIÓN:**

La tabla 10 y figura 10 indican que el 34.4% (45) de los recién nacidos con discrepancia de 4 mm presentaron un puntaje Apgar de 9 y el 0.8% (1) presentó un puntaje de Apgar 10.

### **4.2. Prueba de hipótesis**

La presente investigación es de tipo descriptiva, por lo tanto, no se consideran hipótesis.

### **4.3. Discusión de resultados**

La discrepancia de los rodets gingivales encontrados en el presente estudio varía de 2 a 8 mm en una muestra de 131 recién nacidos, resultados similares presentaron el estudio de Sillman (1938), quien examinó 709 recién nacidos de 1 a 11 días de vida, reportando un rango de variación en la relación de rodets gingivales de 0 a 7 mm, iguales a los resultados de Sánchez (2001), quien examinó a 103 recién nacidos en dos hospitales de la ciudad de Río de Janeiro, mientras que Corrêa (1998), encontró de 0 a 6 mm la discrepancia de los rodets gingivales. Korkhaus (1958), estudió modelos de yeso de 300 recién nacidos y halló una discrepancia media de 5 a 6 mm, siendo que en algunos casos la discrepancia llegó a medir 1 cm, valores similares a los de Leighton (1977), quien reportó una variación de la discrepancia de 1 a 10 mm, en modelos 338 modelos de estudio de recién nacidos.

Se obtuvo que el 100% de los bebés presentó prominencia del maxilar en relación a la mandíbula, siendo la característica más marcada en sentido antero-posterior en los recién nacidos, resultados similares a los que reportó Flinck (1994), quien evaluó a 1,021 recién nacidos, encontrando una proyección maxilar en 99% de los casos. Simpson y Cheung (1973), hallaron una relación intermaxilar en 97.3% de

los niños, mientras que Sillman (1938), reportó un 90% de los casos estudiados. Corrêa (1998), encontró una prevalencia del 95.7% de los 70 bebés estudiados, donde no hubo presencia de mandíbula anteriorizada, y sólo el 4.3%, es decir 3 niños, presentaron relación borde a borde. Sánchez (2001), en su estudio, encontró que el 96% de los bebés presentaban el maxilar protruído en relación a la mandíbula.

La discrepancia que tuvo mayor prevalencia fue la de 4mm en ambos sexos, resultados similares reportó Sillman (1938), que examinó 709 modelos, donde encontró discrepancia promedio de 4.5 mm en bebés de sexo masculino y de 4.1 mm en recién nacidos de sexo femenino.

Se obtuvo que los 133 bebés nacieron entre la 37ª semana a la 41ª semana, considerado como parto a término y también se encontró que los bebés nacieron con puntaje Apgar de 8 a 10. Sánchez (2001), examinó a 103 recién nacidos, siendo los bebés nacidos a término y con puntaje Apgar de 10.

En la relación de la edad de la madre con respecto a la discrepancia de los rodets de los recién nacidos se obtuvo que 17.6% de las madres tienen edades entre 21 a 30 años y los recién nacidos presentan una discrepancia de 5 mm, el 16.8% presentaron edades entre 21 a 30 años y el 11.5% las madres presentan edades menores a 21 años, y los recién nacidos en ambos casos presentaron una discrepancia de 4 mm.

## CONCLUSIONES

1. La presente investigación determinó que la discrepancia de los rodets gingivales de recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo fue de 2 a 8 mm, siendo la discrepancia de 4 mm la prevalente con el 35.1% que representa a 46 bebés.
2. Se identificó que el 100% de los recién nacidos presentó una relación intermaxilar de prominencia del maxilar y posición distal de la mandíbula.
3. Se identificó que los recién nacidos de sexo femenino representaron el 19.8%, es decir 26 bebés, con una discrepancia de 4 mm, mientras que los recién nacidos de sexo masculino representaron el 15,3%, 20 bebés, con una discrepancia de 4 mm, que es la discrepancia prevalente.
4. Se identificó que los recién nacidos que presentaron una discrepancia de 4 mm, el 13%, es decir 17 bebés nacieron en la semana 40º, seguido del 12.2%, 16 bebés, que nacieron en la semana 39º, concluyendo que el parto fue a término.
5. Se identificó que entre las edades de 21 a 30 y < 21 años de la madre, los recién nacidos presentaron prevalencia de la discrepancia de 4 mm y 5 mm, concluyendo que, a menor edad de la madre, mayor discrepancia de rodets gingivales del recién nacido.
6. Se identificó que los recién nacidos que presentaron una discrepancia de 4 mm, el 34.4%, es decir 45 bebés, obtuvieron puntajes de Apgar 9, seguido del 25.2%, 33 bebés, que también obtuvieron un puntaje Apgar de 9 y discrepancia de 5 mm.

## RECOMENDACIONES

1. Todos los Cirujanos Dentistas que laboran en los establecimientos de salud deberían ser capacitados en actividades preventivo promocionales para personas adultas, niños y también en bebés, donde se deba explicar la anatomía de la cavidad bucal en los recién nacidos, la manera correcta de cómo realizar la limpieza de la boca y la importancia de ello.
2. El Cirujano Dentista debería capacitar al personal de salud (Médicos, Obstetrices, Enfermeras, Técnicos en Enfermería) que laboran en los establecimientos de salud, sobre medidas preventivas en los bebés, para que así la población, mediante la consejería del personal de salud, despejen algunas dudas, temores o ansiedad provocados por el desconocimiento.
3. El Cirujano Dentista debería realizar el examen clínico oral a todos los recién nacidos y registrar los hallazgos en la Historia Clínica del bebé.
4. Se podría crear una cartilla del recién nacido, exclusivo para registrar las características normales de la boca del bebé, hallazgos que se presenten y agendar los siguientes controles.
5. Crear el programa de Odontología del Bebé en todos los establecimientos de salud, siendo el objetivo principal la concientización de la población acerca de la anatomía normal de la cavidad bucal del recién nacido y alteraciones más frecuentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angulo EMA, De La Teja AE, Durán GA. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal del recién nacido. *Acta Pediatr Mex.* 2013; 34(4): 196-204.
2. Arnau SJ, Martínez RM<sup>a</sup> E, Nicolás VM<sup>a</sup> D, Bas PE, Morales LR. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana.* 2012; 7(2): 225-47.
3. Boj JR, Catalá M, García – Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.* 1º ed. Madrid: Ripano; 2011.
4. Bordoni N, Escobar RA, Castillo MR. *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* 1º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
5. Bordoni N, Escobar RA, Castillo MR. *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* 1º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
6. Clinch LM. Variations in the degree of over-bite between birth and three years. *Dent Rec.* 1938; 58(7): 585-97.
7. Corrêa MSNP, Villena SR, Frascino VMS. Avaliação clínica das características da cavidade bucal e da ocorrência de anomalias em recém-nascidos. *Rev. Bras. Odontol.* 1998; 6(2): 96-102.
8. Corrêa MSNP. *Odontopediatría. En la Primera Infancia.* São Paulo: Santos; 2009.
9. Elías PM, Arellano SC, Tello MG. *Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.* 2º ed. Lima: Savia; 2016.
10. Elías PM, Arellano SC, Tello MG. *Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.* 2º ed. Perú: Savia; 2016.
11. Escobar MF. *Odontología Pediátrica.* 1º ed. Madrid: Ripano; 2012.

12. Gómez GM, Danglot BC, Aceves GM. Clasificación de los niños recién nacidos. *Rev mex pediatr.* 2012; 79(1): 32-39.
13. Guedes P. et al. Técnica cirúrgica pediátrica. Frenectomía lingual. *Jornal Brasileiro de Pediatria.* 1998; 1(3): 101-05.
14. Hernández SR, Méndez VS, Mendoza TCP, Cuevas RA. Fundamentos de la investigación. 1º ed. México: McGraw Hill/Interamericana; 2017.
15. Licla K. *Conociendo la cavidad oral del recién nacido.* Revista Científica Odontológica. 2016; 4(1): 486 – 94.
16. Magaña PM, Robles AMS, Guerrero SC. Alteraciones bucales del recién nacido. *Rev. ADM.* 2014; 71(3): 115-19.
17. Martínez HP, Aguiar FEG. Tumor gingival del recién nacido y nódulos de Bohn. *Acta Odontol. Venez.* 2016; 54(1).
18. Moyers R. Ortodontia. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1987.
19. Ohanian M. *Fundamentos y principios de la ortopedia Dento-Máximo-Facial.* 1º ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas; 2000.
20. Perona M de PG, Castillo CJL. Manejo Odontológico materno infantil basado en evidencia científica. 1º ed. Madrid: Ripano; 2012.
21. Sanchez AL, Espindola V, Portela M, Soviero V, Bastos E. Relação entre o grado de sobresaliência entre roletes gengivais, tipo de parto e dificuldade de sucção. *J. bras. odontopediatr. odontol. bebê.* 2001; 4(20): 284-88.
22. Schmitt BEE, Guzzi SE, Damo MN, Araújo SM, Farias MMAG. Características da cavidade oral de bebês recém-nascidos, Blumenau/SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa.* 2012; 12(1): 89-92.
23. Sillman J.H. Relationship of maxillary and mandibular gum pads in the newborn infant. *Am J Orthod Oral Surg.* 1938; 24(5): 409-23.



24. Torres ADR. Factores de riesgo asociados a score de apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla de Julio a diciembre del 2016 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
25. Ventiades FJ, Tattum BK. Patología oral del recién nacido. Rev Soc Bol Ped. 2006; 45 (2): 112 – 15.
26. Villena RS, Corrêa MSNP. Características do sistema estomatognático. Algumas anomalias no recém-nascido. In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 1998.
27. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontología para el bebé. Odontopediatría desde el nacimiento a los 3 años*. 1º ed. São Paulo: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2000.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

H.C.:.....

Edad de la Madre:.....

Edad del Padre:.....

Nombre del Recién nacido:.....

Fecha de parto:.....

Teléfono:.....

EDAD	UN DIA (1)
	DOS DIAS (2)
	TRES DIAS (3)
	CUATRO DIAS (4)

SEXO	MASCULINO (1)
	FEMENINO (2)

TIPO DE PARTO	EUTÓCICO (1)
	DISTÓCICO (2)

APGAR	OCHO (1)
	NUEVE (2)
	DIEZ (3)

SEMANA DE PARTO	1: PRE TÉRMINO	34º SEMANA (1)
		35º SEMANA (2)
		36º SEMANA (3)
	2: TÉRMINO	37º SEMANA (1)
		38º SEMANA (2)
		39º SEMANA (3)
		40º SEMANA (4)
		41º SEMANA (5)
		42º SEMANA (6)
	3: POST TÉRMINO	43º SEMANA (1)
		44º SEMANA (2)
		45º SEMANA (3)

TIPO	DISCREPANCIA	
Rodete superior a rodete inferior	1 mm (1)	6 mm (6)
	2 mm (2)	7 mm (7)
	3 mm (3)	8 mm (8)
	4 mm (4)	9 mm (9)
	5 mm (5)	10 mm (10)
Contacto de reborde a reborde		
Rodete inferior a rodete superior	1 mm (1)	6 mm (6)
	2 mm (2)	7 mm (7)
	3 mm (3)	8 mm (8)
	4 mm (4)	9 mm (9)
	5 mm (5)	10 mm (10)

## Anexo 2

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el centro de salud La Libertad – Huancayo 2017	¿Cuál es la discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017?	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Identificar la discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> a. Describir la posición anteroposterior prevalente de los rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017. b. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según el sexo. c. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según la semana de parto. d. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según la edad de la madre. e. Describir el tipo de discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico en el Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017 según el puntaje de Apgar.</p>	Debido a que la investigación fue de tipo descriptiva, no es necesario la formulación de una hipótesis.	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> Discrepancia de rodetes gingivales en recién nacidos por parto eutócico.</p> <p><b>COVARIABLES</b> Sexo del recién nacido Edad de la madre Semana de parto</p>	Según el tipo de investigación: El estudio fue de tipo no experimental. Según su diseño y orientación a lo largo del tiempo: El estudio fue descriptivo y transversal, porque se recolectó la información en un solo momento.	<p><b>Población</b> Estuvo conformada por los recién nacidos por parto eutócico en el centro de salud La Libertad – Huancayo 2017. N=198</p> <p><b>Muestra</b> El tamaño de la muestra fue de n=131, que se obtuvo reemplazando los valores en la fórmula de la población finita.</p>	La técnica de recolección de datos que se utilizó para este estudio fue la encuesta mediante la entrevista a la madre acerca de las semanas de gestación.

## Anexo 3

### RECOLECCIÓN DE DATOS



Centro de Salud La Libertad – Huancayo



Jefa del Servicio de Obstetricia



Evaluación ectoscópica



Examen intraoral y medición de la discrepancia entre ambos rodetes



Perfil del recién nacido



Medición de la discrepancia de los rodetes gingivales



Madre colocando al bebé, para la evaluación y respectiva medición