

**INTERVENCIÓN EN HIGIENE BUCAL EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA
ORAL HEALTH INTERVENTION ON FIRST 1000 DAYS OF LIFE**

**ANDRES DAVID REY ARRIETA
LAURA VANESSA TIRIA NEGRETE**

SHIRLEY DÍAZ CÁRDENAS

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA, BOLÍVAR**

2020

**INTERVENCIÓN EN HIGIENE BUCAL EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA
ORAL HEALTH INTERVENTION ON FIRST 1000 DAYS OF LIFE**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS**

OD, Ms. Salud Pública

Esp. Salud Familiar y Gerencia en los Servicios de la Salud
Esp. Odontopediatría con Énfasis en Bebés, APCD Sao Paulo-Brasil
Facilitadora Estrategia AIEPI para Odontólogos
Docente Titular e Investigador del Grupo de Salud Pública, GISPOUC
Jefe Departamento Odontología Preventiva y Social
Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena

Trabajo de investigación para optar por el título de Odontólogo

CO-INVESTIGADORES ESTUDIANTES

ANDRES DAVID REY ARRIETA

LAURA VANESSA TIRIA NEGRETE

Estudiantes de X Semestre Universidad de Cartagena

ASESORES

FARITH DAMIAN GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Docente Universidad de Cartagena

Facultad de Odontología

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA, BOLÍVAR
2020**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Cartagena de Indias, __ de _____ de 2020

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, que ha sido mi roca y fortaleza a lo largo de estos años, quien me ha llenado de fuerzas y esperanzas para llegar hasta este punto de mi vida.

A mis padres, Jackelin Negrete y Edgar Tiria, por ser mis primeros pacientes, por ser mi gran apoyo, por confiar y creer en mí, gracias por todo el esfuerzo que hacen por mí, y mi hermano a diario.

A mi hermano Diego Tiria Negrete, por estar siempre presente acompañándome y llenándome de fuerzas para seguir adelante.

Gracias a todos mis familiares que hicieron parte de este proceso, a los que me apoyaron siendo mis pacientes, o con una palabra de aliento o una oración.

Gracias a todas las personas que fueron mis pacientes, a todos gracias por creer en mí y colocar su salud en mis manos, los recordaré siempre y los llevo por siempre en mi corazón.

A mis profesores, a esos que nunca les faltó un abrazo o una palabra de aliento cuando estábamos a punto de desfallecer en medio del estrés de una clínica. Gracias Doctor Farith González por brindarnos todos sus conocimientos. Y por último y no menos importante GRACIAS Doctora Shirley por todos el amor y apoyo que le puso a este proyecto, siempre dispuesta a dar lo mejor de usted para nosotros, es un gran ejemplo de maestra, Dios la bendiga siempre.

LAURA V. TIRIA NEGRETE

CONTENIDO

	Pág.
<u>INTRODUCCIÓN</u>	9
1. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	11
2. <u>JUSTIFICACIÓN</u>	14
3. <u>OBJETIVOS</u>	15
3.1. <u>OBJETIVO GENERAL</u>	15
3.2. <u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	15
4. <u>MARCO CONCEPTUAL</u>	16
5. <u>MATERIALES Y MÉTODOS</u>	22
5.1. <u>SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN</u>	22
5.2. <u>PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	24
5.3. <u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	24
6. <u>RESULTADOS</u>	25
7. <u>DISCUSIÓN</u>	29
8. <u>CONCLUSIONES</u>	33
9. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	34

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n=37).	25
Tabla 2. Conocimiento de las madres sobre higiene bucal (n=37)	27
Tabla 3. Prácticas de higiene en salud bucal (n=37)	27
Tabla 4. Comparación de proporciones del antes y después de la intervención	28

LISTA DE ANEXOS

Instrumento conocimiento - prácticas salud bucal

38

RESUMEN

Objetivo: Estimar el impacto de un programa de intervención sobre educación en higiene bucal en los 1000 primeros días de vida.

Métodos. Estudio tipo intervención en 37 binomios madre-hijos menores de 2 años, que asisten a una institución de carácter pública en la ciudad de Cartagena-Colombia. La intervención consta de 3 etapas: 1. Recolección de información 2. Intervención de educación 3. Seguimiento. Se diseñó y aplicó un cuestionario para ser auto diligenciado antes y después de la intervención basadas en charlas demostrativas; los seguimientos se realizaron cada dos meses. Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones y comparación de resultados al inicio y final de la intervención a través del Test de diferencia de proporciones.

Resultados. Antes de la intervención, solo 54 % de las madres sabía qué tipo de crema dental usar y después de la intervención, este porcentaje aumentó a 97,3 %. En cuanto a prácticas, 51,3 % de los niños no aceptaban el cepillado bucal y después de la intervención aumentó a 94,5 %. Al comparar los conocimientos y prácticas antes y después de la intervención se encontraron cambios positivos con significancia estadística ($p < 0.001$).

Conclusiones. Intervenciones basadas en la educación en Higiene Bucal a madres de niños durante los 1000 primeros días pueden presentar un impacto positivo sobre los conocimientos y las prácticas de higiene bucal de estos niños. Al reportar mejores conocimientos sobre higiene bucal en la mayoría de las madres, se verá reflejado a largo plazo en las prácticas de salud bucal tanto de ellas, como la de sus hijos y la familia.

Palabras clave: higiene bucal, conocimiento, salud pública, madres, niño.

INTRODUCCIÓN

En Colombia los problemas de salud bucal afectan gran parte de la población comprometiendo su calidad de vida desde edades tempranas, particularmente en los sectores más vulnerables de la sociedad. La educación para la salud es la estrategia utilizada por los programas de promoción y prevención en salud bucal los cuales buscan motivar e incorporar hábitos saludables en niños, padres y cuidadores y evitar la aparición de enfermedades bucales.

En el seno familiar se mantienen creencias de antaño, como que los embarazos cuestan dientes y que los niños en su crecimiento dentro del útero absorben el calcio de los huesos y de los dientes de la madre. Al analizar cómo se cumplen las estrategias referidas a la promoción de salud de estos grupos priorizados se observa que las actividades dedicadas a la educación para la salud se realizan de forma individual el día de la consulta de seguimiento. La mujer no está totalmente capacitada para asumir el control de los factores de riesgo que influyen en su salud y la del niño. Para ello se requiere la coordinación de las políticas de promoción de salud en los diferentes sectores y organizaciones involucrados y hacerlo extensivo en el propio seno familiar¹.

Frente a estos panoramas en relación a los problemas bucales se deben formular estrategias educativas que tengan tendencia por el desarrollo de habilidades y competencias que se constituyan en factores de protección ante las situaciones de riesgo, el programa asistencial del futuro debe estar apoyando la educación para la salud bucal. Es evidente que los cuidados bucales deben empezar desde el nacimiento del bebé y no lo usual cuando este alcance los tres o incluso más años de edad, como es costumbre encontrar desde lo reportado en la literatura.

Debido a lo anterior, esta investigación se centró en realizar una intervención en salud bucal en madres con niños en los primeros 1000 días de vida. Con los resultados obtenidos en este estudio se podrían diseñar mejores y más acertadas herramientas preventivas que lograrían aproximarnos en la búsqueda de un modelo predictor de caries para niños e incluso prevenir desde la pre concepción teniendo que los padres son los encargados de velar por la salud y bienestar de los niños y principales y únicos actores de la salud bucal de sus hijos, constituyéndose en los primeros maestros durante los inicios de la vida. Al igual que la familia, la escuela es un lugar donde se refuerzan valores inculcados en casa, para fomentar una educación en donde se inculque hábitos y conductas saludables, de esta manera, realizando una labor de guía, las madres son el

¹ MARTÍNEZ ABREU, Judit; LLANES LLANES, Eduardo; GOU GODOY, Alina; BOUZA VERA, Meylín y DÍAZ HERNÁNDEZ, Ofelia. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. En: Revista Cubana de Estomatología [en línea] (2013). 50 (3), 265-275. Disponible en: [://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300004&lng=es&tlng=es).

principal transmisor de los hábitos de salud y las iniciadoras de patrones de comportamientos para los niños.

Este proyecto se realizará por medio de un estudio tipo intervención, en el cual se seleccionó la población por conveniencia de binomios madre-hijos una institución pública del ICBF ubicada en la zona Sur de la ciudad de Cartagena durante el año 2019-2020.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud materno infantil, es un tema que ha tomado gran auge para la sociedad a nivel internacional, ya que se considera que una infancia saludable y bien guiada, son los cimientos esenciales para una vida feliz y productiva.

Los hogares son responsables en gran parte de la educación para la salud bucal, pero de igual forma, no todos los padres están preparados para poder realizarlo de manera adecuada, ya que estos transmiten a sus hijos hábitos, en muchas ocasiones equivocados y a veces perjudiciales.

La infancia temprana es una edad clave para iniciar con la adaptación y el desarrollo de hábitos saludables en cuanto a la limpieza de la cavidad bucal; a través de la educación se puede llegar oportunamente a cada una de las madres, para así poder cambiar todos esos hábitos o creencias erróneas, no dejando a un lado la parte biopsicosocial de cada una de las familias, incluyendo las características sociodemográficas de estas.

Programas de educación en salud realizados en Cuba en el 2009 cuyo objetivo fundamental fue la sensibilización sobre los cuidados en salud generales además de lograr salud bucal desde edades tempranas con ayuda de la familia y la comunidad, evidenciaron un mejor estado de salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención²; este estudio demostró que las mujeres embarazadas no presentaban conocimientos suficientes sobre la salud bucal de sus futuros hijos. En la familia mantienen las viejas creencias, por ejemplo, que los dientes temporales no se cuidan, y también que la caries es algo que no se previene³

Los resultados de otros investigadores orientan hacia la necesidad de establecer estrategias educativas individualizadas y multidisciplinarias con la salud materno infantil; Martínez⁴ en Cuba en el 2020 concluye que las embarazadas presentaron bajo nivel de conocimientos sobre salud bucal mientras que las madres con niños menores de un año, presentaban un nivel de conocimientos medio. Por esto precisa que en las temáticas

² SOSA ROSALES, Maritza y MOJÁBIER, Armando. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. Disponible en: aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf

³ GARBERO, Irene; DELGADO, Ana y BENITO DE CÁRDENAS, Ida. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Acta odontol. venez [revista en Internet]. 2009 mayo 43(2): 135-140. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000200006&lng=es

⁴ MARTÍNEZ ABREU, Judit; LLANES LLANES, Eduardo; GOU GODOY, Alina; BOUZA VERA, Meylín y DÍAZ HERNÁNDEZ, Ofelia. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. En: Revista Cubana de Estomatología [revista en internet] (2013). 50(3), 265-275. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300004&lng=es&tlng=es.

sobre las cuales hay que desarrollar mejores estrategias de promoción de salud en las mujeres en cuanto a conocimientos y cuidados de higiene oral.

Todos estos aspectos hacen que se considere importante educar sobre la higiene bucal que tienen las madres de niños en sus primeros 1000 días de vida lo más temprano posible, como un grupo de riesgo, por lo que las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención oportuna son de vital importancia y están dirigidas a lograr salud para la madre y el niño. El odontólogo representa un papel fundamental en la comunidad como vocero para contribuir en la modificación de los conocimientos, hábitos, costumbres y mitos de las madres; con el propósito de alcanzar un comportamiento responsable ante su propia salud y la de su bebé⁵.

La OMS en su último informe en marzo del 2020 publicó que las enfermedades bucodentales constituyen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte, cuando tenemos altas prevalencias de caries dental³. Se estima que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas. Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (*Global Burden of Disease Study 2017*), la caries dental sin tratar en dientes permanentes es el trastorno de salud más frecuente y en caries en la primera infancia. Más de 530 millones de niños sufren de caries dental en los dientes de leche en América latina" ⁶ en Colombia la prevalencia de caries a la edad de 5 años es de 82.63% (dentición temporal) pero pese a estas prevalencias pocos estudios reportan intervenciones para prevenir la caries dental. La mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales. En la IV Encuesta Nacional de Salud Bucal de Colombia se reportan lesiones de caries en niños de 1 año de edad de 26,85% y a los 3 años casi el 80% presentan la enfermedad⁷.

Por lo anterior se aprecia la importancia de intervenir desde edades tempranas, en los 1000 primeros días en la educación sobre la prevención de la Caries dental teniendo en cuenta que la presencia de caries en dentición decidua representará riesgo de caries

⁵ SOSA ROSALES, Maritza y MOJÁBIER, Armando. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. Disponible en: aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf

⁶ World Health Organization: WHO. (2020, 25 marzo). Salud bucodental. Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

⁷ BÁEZ QUINTERO, Liliana. Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia "Soy Generación más Sonriente". En: Ministerio de Salud. (2019, 1 marzo). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-soy-generacion-sonriente-2019.pdf>

dental en la dentición permanente, pero pocos son los estudios reportados en el país desde la prevención en edades tempranas. Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Qué impacto tienen la intervención sobre conocimientos y prácticas de higiene bucal en madres con niños en los primeros 1000 días de vida?

2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es relevante al tratarse de madres que tienden a captar mejor las ideas e ir aplicándolas, y al tener estos cambios de actitud y comportamiento, hace que para recibir información y ser educadas sobre la salud bucal, sea más sencillo, lo que hace importante la intervención a este grupo priorizado, para observar las repercusiones que tiene esta para la salud materna y la de los niños. Los cambios heredables y reversibles en la función genética sin modificar la secuencia del ADN⁸.

A pesar de que muchas mujeres no tienen incomodidad (Dolor, sangrado o cualquier otra afección) en su cavidad oral, no podríamos decir a ciencia cierta que no haya presencia de lesiones cariosas o de por lo menos gingivitis, ya que éstas suelen ser bastante silenciosas, los chequeos regulares y los buenos hábitos de salud bucal como la dieta, la frecuencia del cepillado, la utilización de ayudas de higiene oral, pueden contribuir a mantener sana tanto a la mamá como al bebé.

Es importante que a partir de la información recolectada se comiencen a tomar medidas de promoción y prevención en este grupo de riesgo, para disminuir aparición de caries, ya que nos hemos acostumbrado por muchos años a tratar y no prevenir, siendo esto un gran error y fuente de muchas incomodidades para el niño afectado.

Pensamos que de esta manera interceptando de forma temprana y didáctica en las madres estas malas prácticas de higiene bucal, ellas como cabeza de familia llevarán todo este conocimiento, tanto para ellas, como para sus hijos y demás familiares, por lo que estaremos colocando un granito de arena en cada uno de estos hogares.

Así, el estudio nos permitirá evidenciar los cambios de mentalidad, en cuanto al conocimiento y la disminución o preferiblemente la erradicación de lesiones cariosas en los niños, ya que entre más temprano se realicen estas intervenciones, mucho mejor para la salud bucal de nuestros niños.

⁸ FEINBERG, Andrew. Epigenetics at the epicenter of modern medicine. En: JAMA. 2009; 299:1345-50. Disponible en: <http://www.codebiology.org/database/Epigenetic%20Code/Fei08.pdf>

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Estimar el impacto de una intervención sobre educación en higiene bucal en madres de niños en los primeros 1000 días de vida.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir distribución de las características sociodemográficas en los sujetos de estudio (edad, estrato, nivel socioeconómico, nivel educativo, procedencia, estado civil).

Describir conocimientos y prácticas de salud bucal en madres de niños en infancia temprana, antes y después de la intervención.

Realizar una intervención basada en conocimientos sobre higiene bucal para niños en los 1000 primeros días de vida.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Caries dental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad⁹.

4.2 Caries de la infancia temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad¹⁰. En una encuesta sobre la prevalencia de caries en Colombia en niños escolares en 2013 es de 90,5% al 96%¹¹ y en otros estudios como el de SUN et. Al.; (China)¹² en el 2017 mostraron que la prevalencia de caries en niños era del 66,33 %. La razón principal fue la diferente composición por edades de la muestra. Además, las diferencias en el entorno y el estilo de vida de las distintas regiones, el nivel económico, la educación oral y el dominio de los conocimientos orales, las distintas muestras seleccionadas y los instrumentos utilizados para el examen también podrían contribuir a esas diferencias.

Por ello se hace necesario que se aborde esta población que se encuentra en riesgo ya que un gran número de estudios han demostrado que la relación entre el conocimiento de los padres y los hábitos de cuidado bucal y la incidencia de caries dental en los niños es alta, demostrando así la necesidad de asumir seriamente la educación de las madres

⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987): Oral health surveys. Basic Methods. 3rd. Geneve, Suiza, WHO. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19882045443>

¹⁰ ALONSO NORIEGA, María y KARAKOWSKY, Luis. Caries de la infancia temprana. En: Perinatol Reprod Hum [revista en internet] (2009); volumen 23 (2): 90-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

¹¹ SUÁREZ ZÚÑIGA, Elizabeth y VELOSA PORRAS, Juliana. Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. En: Univ Odontol. [revista en internet] 2013 ene-Jun; 32(68): 117-124. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Temp/6218-Texto%20del%20art%C3%ADculo-23987-1-10-20130915.pdf>

¹² SUN, Hui; ZHANG Wei y ZHOU Xiao. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. En: Chin J Dent Res [revista en internet] 2017;20(2):97-104. doi: 10.3290/j.cjdr.a38274. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28573263/>

y cuidadores para la verdadera promoción de la salud bucal, así como la transmisión de información a prácticas de instrucción y adiestramiento para el desarrollo de destrezas¹³.

En la clínica del bebé de la Universidad San Francisco de Quito en Perú, se brinda una guía del tratamiento odontológico para el infante hasta su primer año de vida basándose en la prevención y realizando promoción en salud ya que si esta comienza desde edades tempranas con los cuidados bucales correspondientes se lograrán generaciones libres de caries¹⁴.

4.3 Higiene bucal

La higiene bucal es la práctica del mantenimiento de la salud oral, previniendo la aparición de enfermedades, mediante el uso del cepillo, pasta y seda dental, y la remoción del biofilm en los espacios interdentes. El mantenimiento de esta no solo corresponde al uso de las ayudas, también se debe tener un correcto uso de ellas, por eso es pertinente la educación en Higiene utilizando diferentes tipos de recursos como: video, presentación de diapositivas y otros tipos de acciones como cepillado dental supervisado y demostración¹⁵.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (2016)¹⁶ considera muy importante una visita inicial con historias médicas (infantil) y dentales (padres e infantil) exhaustivas, un examen oral completo, una demostración de limpieza de dientes y encías apropiada para la edad, y un tratamiento de barniz de flúor si está indicado. El tratamiento de la caries en lactantes y niños pequeños con factores de riesgo conocidos para la caries de infancia temprana debe ser realizado por profesionales que tengan la formación y la experiencia necesarias para controlar tanto al niño pequeño como el proceso de la enfermedad. El objetivo deseado del asesoramiento de salud oral es mejorar los

¹³ FRANCO, Angela; SANTAMARIA, Adriana; KURZER, Erika; CASTRO, Lyda y GIRALDO, Marisol. El menor de seis años: Situación de caries Y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. En: CES odontología [revista en internet] (2004); Vol. 17 Núm. 1. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461>

¹⁴ PINTO, José; CHÁVEZ, Daniela y NAVARRETE, Catalina. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. En: Odous Científica [revista en internet] (2018); 19(1) ISSN: 1315 2823. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>

¹⁵ STEIN, Caroline; LOPES, Nathalia; BALBINOT, Juliana y NEVES, Fernando. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. En: Community Dent Oral Epidemiol. 2018 feb;46(1):30-37. doi: 10.1111/cdoe.12325. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28815661. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28815661/>

¹⁶ THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Perinatal and Infant Oral Health Care. En: American Pediatric Dentistry. (2016). Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/perinatal-and-infant-oral-health-care/#section-references>

comportamientos de salud oral. La entrevista motivacional ha tenido éxito en la promoción de cambios en las conductas de salud.

4.4 Salud bucal

El concepto de Salud Bucal supera el solo hecho de tener dientes blancos, encías rosadas y dientes parejos y se concibe como el estado en el que las estructuras relacionadas con la boca contribuyen positivamente al bienestar físico, mental y social de las personas al permitirles disfrutar de la vida a través de autopercebirse y reconocerse positivamente, hablar, masticar, saborear la comida y alimentarse, y disfrutar y participar de sus relaciones sociales y transmitir emociones a través de sus expresiones faciales¹⁷. Muchos estudios dan cuenta sobre la importancia de la salud bucal y su impacto sobre la calidad de vida, incluso desde edades tempranas como lactantes y preescolares. Así un estudio realizado en Colombia reportó un mayor impacto negativo sobre la calidad de vida con respecto a salud bucal en los niños con presencia de caries dental, tratamientos dentales sin resolver y poca frecuencia de visitas al odontólogo¹⁸.

4.5 Conocimiento

El conocimiento científico es una construcción humana que tiene por objetivos comprender, explicar y actuar sobre la realidad. No es un conocimiento absoluto, sino que está sujeto a reconstrucciones (Concari, 2001)¹⁹.

4.5.1 Conocimiento sobre salud bucal

El conocimiento sobre salud bucal se refiere a que la persona o individuo posee la habilidad para entender una determinada patología oral y cómo aparece esta. en el caso de la caries, por ejemplo, el individuo sabe que un incorrecto cepillado o el no realizarlo puede causar caries, poseer esta información podría generar un cambio positivo de actitud hacia un hábito de cepillado diario, sin embargo, poseer estos conocimientos

¹⁷ Adaptación del concepto por Sandra Tovar Valencia, desde el Ministerio de Salud y Protección Social a partir de: Canadian Dental Association. Oral Health complications. What is oral health? Approved by Resolution 2001.02, Canadian Dental Association Board of Governors, March 2001). Disponible en: www.cda-adc.ca/en/oral_health/complications/index.asp; Ministerio de Salud y Protección Social. III Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB III 1998; Sheiham Aubrey, Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. September 2005, 83(9); FDI World Dental Federation. Vision 2020. A New Definition of Oral Health: Executive summary. www.fdiworldental.org.

¹⁸ DIAZ, Shyrley; RAMOS, Ketty; PÉREZ, Stephany y MALO, Lina. Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena. (2015) En: Repositorio UdeC. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/1998>

¹⁹ RAVIOLO, Andrés; RAMÍREZ, Paula; LÓPEZ, Eduardo y AGUILAR, Alfonso. Concepciones sobre el Conocimiento y los Modelos Científicos: Un Estudio Preliminar. Formación universitaria, (2010). 3 (5), 29-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062010000500005>

sobre salud bucal no necesariamente se relaciona con un mejor comportamiento en salud, en varios estudios²⁰ indican lo contrario, que puede mejorarse a través del conocimiento. Ellos reportan que proporcionando a las personas las actitudes necesarias para obtener, comprender y tomar medidas basadas en información relacionada con la odontología puede mejorar su capacidad para mantener la salud bucal y, en última instancia, mejorarla. Todo esto según el informe de investigación que se llevó a cabo en Carolina del Norte.

4.5.2 Conocimiento en salud bucal en madres

Respecto a conocimientos y actitudes específicas sobre salud bucal por parte de las madres hacia sus hijos, Al-zahrani et al., (2014) realizó un estudio en madres de Arabia Saudita, reportando que un 96% de las madres estaban de acuerdo con que “los dientes enfermos podrían afectar la salud del bebé”, 90,1% de madre acordaron que “usando crema dental fluorada ayuda a prevenir enfermedades en los dientes”, sin embargo, 21,8% de madres reportó que sus niños sólo deben ver al dentista cuando presentan un problema dental; su conclusión fue que las madres necesitaban un mejoramiento en sus conocimientos y actitudes. Gálvez et. Al,⁸ En Cuba, reportaron resultados positivos después de realizadas intervenciones sobre salud bucal y de medidas preventivas de enfermedades bucales, al inicio de la intervención educativa predominaron las evaluaciones de insuficiente y regular, y las de bien y excelente después de la intervención. La mayoría de las madres, catalogaron como buenas las medidas educativas, con una percepción positiva respecto a los temas impartidos en dicha propuesta educativa concluyendo que, al aumentar conocimientos en salud bucal, mejoran los resultados. En un estudio en Colombia de Rengifo y Muñoz²¹ reportó que las madres que presentaban secundaria completa tienen una frecuencia de cepillado y frecuencia de visita al odontólogo mucho más alto que aquellas que no tienen la secundaria.

Por esto es importante instruir a la madre sobre la importancia de los autocuidados relacionados con la higiene oral de su boca y la de sus hijos. Deben saber en cuanto a sus posibles cambios en hábitos dietéticos y el papel que estos pueden jugar en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las existentes e instruirse en cuanto a las medidas que pueden permitirle evitar esta situación. Por otra parte, la madre tiene

²⁰ LEE, Jessica; DIVARIS, Kimon; BAKER, Diane; ROZIER, Gary y VANN, William Jr. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health*. 2012 May;102(5):923-9. doi: 10.2105/AJPH.2011.300291. Epub 2011 Nov 28. PMID: 22021320. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021320/>

²¹ RENGIFO, Herney y MUÑOZ, Lida. Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a salud bucal en Popayán, Colombia. En: *Univ Odontol*. 2019 ene-jun; 38(80). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ccpm>

que conocer que, si consigue una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, eso implicará un menor riesgo de caries de su hijo²².

4.6 Programas preventivos

Los programas preventivos a nivel bucal son un proceso complejo en donde la reducción de los factores de riesgo implica estrategias que tengan en cuenta, tanto los procesos biológicos que intervienen en el desarrollo de las enfermedades, como los procesos relacionados con los estilos de vida. La prevención de los problemas se sitúa en el control de los determinantes de la salud, es decir, entre más y mejores condiciones de vida sean las de las poblaciones, mejor será el control de factores de riesgo específicos y el desarrollo de habilidades personales para evitar o controlar estos factores. La prevención de los problemas de salud bucal se debe hacer para toda la población, pero por supuesto, orientar sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios de riesgo como niños y adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes y poblaciones marginales. En el estudio de Ghaffar et al. (2016)²³ muestra la asociación entre el conocimiento de la salud oral y las prácticas de las mujeres embarazadas sauditas, reportando que las madres tenían conocimientos básicos de salud oral pero este conocimiento no estaba fuertemente asociado con el autocuidado, además las madres que presentaban altos conocimientos en salud bucal eran más probable que visitaran al dentista durante el embarazo; también reportan que una de las estrategias más eficientes fue un paquete de información que se entrega a las mujeres embarazadas ya que esto alentó aún más a las mujeres embarazadas sauditas para visitar al dentista regularmente.

La aplicación de este tipo de programas, tiene impacto en la población en la medida en la que se realice por todos los medios necesarios, generar un pensamiento diferente, teniendo en cuenta que lo que más se quiere es hacer un cambio radical en el estilo de vida y los factores biológicos desde el punto de vista odontológico. Con respecto a la educación para la salud se espera que se convierta en un potente instrumento de cambio de las condiciones que determinan la salud, pero que además predisponga a los integrantes de la población a estilos de vida que refuercen su salud general. Para que esto sea exitoso, se debe tener en cuenta el entorno, las necesidades del sujeto o sujetos, estilo de vida, habilidades personales, La prevención específica en odontología, se basa en el control de biofilm mediante una adecuada higiene bucal, teniendo en cuenta la supresión de la actividad microbiana; ha demostrado ser eficaz en la prevención de lesiones futuras. La prevención incluye además actividades particulares como la

²² ALFARO, Ascensión; CASTEJÓN, Isabel; MAGÁN, Rafael y ALFARO, María Jesús. Embarazo y salud oral. En: Revista Clínica de Medicina de Familia [revista en internet] (2018). 11(3), 144-153. Epub 01 de octubre 2019. Recuperado en 22 de septiembre de 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es&tlng=es.

²³ GHAFARI, M; RAKHSHANDEROU, S; RAMEZANKHANI, A; NOROOZI, M y ARMOON, B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. En: Int J Dent Hyg. 2018 feb;16(1):59-67. doi: 10.1111/idh.12304. Epub 2017 Aug 24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28836347/>

consejería sobre buenos hábitos alimenticios, la utilización de flúor y sellantes, y el control de hábitos nocivos²⁴.

4.7 Educación para la salud bucal

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable. Forma parte de la ciencia preventiva definida como todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud posible ²⁵Hay desafíos que superar para mejorar en los países en desarrollo, ya que existe una urgencia de fortalecer los programas de salud pública a nivel mundial mediante el despliegue de medidas preventivas eficaces en contra de estas enfermedades, al tiempo que se promuevan la salud²⁶

²⁴ GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD ORAL. Higiene oral. Bogotá, D.C. 2010. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>

²⁵ CRESPO MAFRÁN, María Isabel; RIESGO COSME, Yalili; LAFFITA LOBAINA, Yaline; TORRES MÁRQUEZ, Pedro y MÁRQUEZ FILIÚ, Maricel. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. En: MEDISAN, 13(4). (2009).

²⁶ SUN, Hui; ZHANG Wei y ZHOU Xiao. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. En: Chin J Dent Res [revista en internet] 2017;20(2):97-104. doi: 10.3290/j.cjdr.a38274. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28573263/>

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

Estudio tipo intervención en 37 binomios madre-hijos menores de 2 años, que asisten a una institución de carácter pública dedicado al cuidado de estos grupos etarios en la ciudad de Cartagena-Colombia, las cuales fueron seleccionadas por criterio durante el segundo periodo 2019, contando con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Institución. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta enfermedades sistémicas como diabetes, hipertensión, síndrome de Down o cualquier discapacidad motora y sensorial. Como criterios de inclusión mujeres con hijos menores a 2 años de vida, niños que pertenezcan a la institución escogida, que el entrevistado (madre/padre) conviva con el menor y cuyas madres aceptaran participar en el estudio. Para el inicio de las mediciones se solicitó el consentimiento de la institución y a cada una de las participantes a través de la firma del consentimiento informado escrito.

Etapa I: Etapa de recolección de información

Se realizó puesta a prueba del instrumento utilizado mediante un piloto a 20 madres voluntarias de una institución de carácter público en la ciudad de Cartagena-Colombia, la cual nos brindó información de fallas en la formulación de algunas preguntas en los diferentes cuestionarios, por lo que algunas fueron ajustadas para la aplicación del instrumento en la población de estudio. Posterior a esto se aplicó el Alpha de Cronbach²⁷ para medir la consistencia del instrumento obteniendo un valor para la consistencia interna general del instrumento de 0,72 correspondiente a valores aceptables.

Se diseñó y aplicó a las madres con hijos menores a 2 años una encuesta para indagar factores sociodemográficos donde se evaluó: estrato socioeconómico (bajo, alto), ingresos socioeconómicos (≤ 1 SMMLV, > 1 SMMLV), nivel escolaridad de las madres y su pareja (primaria, bachillerato, técnico, tecnólogo, profesional), tenencia de la vivienda (no propia, propia), tipo de vivienda (habitación, apartamento o casa), hacinamiento (más de 3 personas por cuarto).

²⁷ USOS DEL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH. En: *Biomédica* [artículo en internet]. 2006, vol.26, n.4, pp.585-588. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572006000400012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-4157.

También se indagó sobre conocimientos²⁸ (13 preguntas, de las cuales, eran 12 preguntas cerradas politómicas y una pregunta mixta politómica) y prácticas²⁹ (11 preguntas, de las cuales, eran 10 preguntas cerradas politómicas y una pregunta mixta politómica) relacionados con la higiene bucal durante estos 1000 primeros días como: cuándo debe ser la primera consulta odontológica de bebé, cuándo debe iniciar la limpieza bucal, qué tipo de pasta y cepillo utilizar, la importancia del flúor, cómo se observa una caries, si esta es contagiosa, entre otras preguntas para evaluar el conocimiento de estas en cuanto a salud bucal, prácticas y conocimiento. A cada pregunta se asignó un valor de un punto a cada respuesta correcta y cero a las incorrectas. Dependiendo de los límites de rangos de valores presentados se dividieron en tres rangos los niveles de conocimientos así: Bajo: de 0-6 preguntas contestadas correctamente, nivel medio: de 7-9 preguntas contestadas correctamente y nivel alto de 10-13 preguntas contestadas correctamente. Los encuestadores fueron previamente entrenados y calibrados para aplicar la encuesta antes y después de la intervención y estuvieron ciegos frente a los odontopediatras que realizarían la intervención

Etapa II: Intervención

Un odontopediatra experto en el tema impartió una charla educativa sobre cuidados rutinarios en salud bucal que se deben llevar a cabo en la práctica de higiene de los rodetes y órganos dentarios de los niños calibrado y entrenado por un Gold Estándar especialista en Salud bucal en Bebés. Este odontopediatra era ciego a los encuestadores que participan antes y después de la intervención, La actividad consistió en ilustrar a las madres a través de una mesa demostrativa el uso de herramientas clave para poder llevar a cabo una correcta limpieza, se trabajó con cremas dentales, cepillos dentales, dedil de silicona, algodón laminado, seda dental, entre otros. Inicialmente, se demostró su uso con ayuda de un macro rodete, este primer momento tuvo una duración de 30 minutos. Luego, de manera demostrativa se realizó la práctica rodilla con rodilla, con una madre voluntaria y su hijo, para que así quedara más clara la forma de realizar la limpieza, algunas madres también acompañaron, siguiendo las instrucciones desde su silla con supervisión de los investigadores. Este procedimiento tuvo una duración de 15 minutos. Por último, se les hizo entrega a las madres de un kit que incluía crema dental y cepillo dental para los niños.

Etapa III: Seguimiento

²⁸ GURUNATHAN, Deepa; MOSES, Joyson y ARUNACHALAM, Shanmugaavel. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. En: *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018 jul-Aug; 11(4): 338–343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6212669/>

²⁹ DHULL, Kanika; DUTTA, Brahmananda ; DEVRAJ, Indira y SAMIR, P. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers towards Infant Oral Healthcare. En: *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018 sep.-Oct; 11(5): 435–439. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6379533/>

El seguimiento a estas madres, se realizó 2 meses después de la primera encuesta e intervención a cargo de los encuestadores entrenados previamente. A nivel de las variables sociodemográficas solo se diligenció si había cambios en estas. Posterior a esto, nuevamente se realizaban actividades de educación en higiene bucal por parte del odontopediatra encargado de la intervención de educación con el ánimo de realizar refuerzos en los conocimientos y prácticas.

5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron analizados utilizando el software STATA, con un margen de error ($p < 0.05$). Inicialmente, los análisis descriptivos evaluaron frecuencias, proporciones y comparación de resultados al inicio y final de la intervención a través del test de diferencia de proporciones.

Finalmente, la consistencia interna se estimó con el coeficiente alfa de Cronbach y se evaluó con los criterios propuestos por Kline: buena (0,72)

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la resolución No. 8430 del Ministerio de Protección Social de Colombia de 1993, el estudio se considera libre de riesgo, por lo que las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio no pueden ser interferidas o modificadas intencionalmente. La información investigada y recopilada es confidencial, por lo que no se revelarán las identidades de los participantes, respetando así su dignidad, protegiendo sus derechos y su bienestar.

6. RESULTADOS

No se presentó deserción de ningún sujeto de estudio, ni cuestionarios mal diligenciados, participaron en total 37 niños, comprendido entre 1 y 15 meses de vida, siendo más frecuente el sexo masculino con un 62,1 %. En cuanto a las madres el 21,6 % eran menores de 19 años de edad, el 86,4 % del total de las madres presentaban menos de 9 años de estudio, más de la mitad de las madres no se encontraban trabajando (59,4 %) y el 59,4 % reportan ingresos menores a un SMMLV. Con respecto al sistema de salud, el 70% se encontraban afiliadas al sistema público (Tabla 1).

Teniendo en cuenta las características familiares, se observa que más de la mitad de la muestra de las madres vivían con su pareja en un 67,5 %, 97,3 % presentaban de 1 a 3 hijos y 56,76 % viven en casa propia, y en hacinamiento en un 64,8 % (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 37)

VARIABLES	Frecuencia (%)
Edad del menor	
≤ 5 meses	10 (27,1)
≥ 6 meses	27 (73,0)
Sexo del Niño	
Masculino	23 (62,2)
Femenino	14 (37,8)
Edad de la madre	
≥ 20 años	29 (78,4)
≤ 19 años	8 (21,6)
Seguridad social	
No presenta	1 (2,7)
Si presenta	36 (97,3)
Tipo de servicio	
Publico	26 (70,3)
Privado	10 (27,0)
No presenta	1 (2,7)
Nivel de escolaridad madre	
≤ 9 años de estudio	32 (86,5)
≥ 10 años de estudio	5 (15,3)

Trabaja la madre	
Si	15 (40,5)
No	22 (59,5)
Ingresos Socioeconómicos mensuales	
≥ 1 SMMLV	15 (40,5)
< 1 SMMLV	22 (59,5)
Tipo de unión	
Sin pareja	12 (32,4)
Con pareja	25 (67,6)
No hijos madre	
De 1 a 3	36 (97,3)
De 4 a 6	1 (2,7)
Tenencia de vivienda	
Propia	21 (56,7)
Arrendada	16 (43,2)
Hacinamiento	
≤ 2	24 (64,9)
≥ 3	13 (35,1)

En cuanto a los conocimientos, se observó que antes de la intervención solo el 37,8 % conocía cuando debe ser la primera consulta del bebé al Odontólogo, al igual que solo el 21,6 % tenía conocimiento de cual tipo de crema usar para cepillar a los bebés. Con respecto a la aplicación de fluoruro, el 100% de la población no sabía cuándo comenzar las aplicaciones, otra variable relevante, fue de cómo se evidenciaba la caries dental, ya que antes de la intervención solo el 8,1 % de la población conocía como esta se percibía (Tabla 2).

Tabla 2. Conocimiento de las madres sobre higiene bucal (n = 37)

Variables	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Incorrectas Fcia (%)	Correctas Fcia (%)	Incorrectas Fcia (%)	Correctas Fcia(%)
Primera consulta	23 (62,1)	14 (37,8)	2 (5,4)	35 (94,5)
Inicio cepillado bucal	11 (29,7)	26 (70,2)	1 (2,7)	36 (97,3)
Con qué limpiar rodetes	3 (8,1)	34 (91,8)	0 (0)	37 (100)
Tipo crema dental	17 (45,9)	20 (54,0)	1 (2,7)	36 (97,3)
Edad uso crema dental	29 (78,3)	8 (21,6)	3 (8,1)	34 (91,8)
Edad uso enjuague	16 (43,2)	21 (56,7)	1 (2,7)	36 (97,3)
Edad uso seda	36 (97,3)	1 (2,7)	14 (37,8)	23 (62,1)
Inicio flúor	37 (100)	0 (0)	9 (24,3)	28 (75,6)
Caries enf. contagiosa	15 (40,5)	22 (59,4)	4 (10,8)	33 (89,1)
Se puede evitar progresión caries	5 (13,5)	32 (86,4)	1 (2,7)	36 (97,3)
Cómo se ve caries	34 (91,8)	3 (8,1)	6 (16,2)	31 (83,7)
Leche materna da caries	16 (43,2)	21 (56,7)	31 (83,7)	6 (16,2)
Quien debe realizar higiene	3 (8,1)	34 (91,8)	0 (0)	37 (100)

En cuanto a las practicas antes de la intervención el 32,4 % no había recibido formación en higiene oral y el 51,3 % de los niños no aceptaban el cepillado. El 48,6 % de los niños aceptaba el cepillado dental o limpieza de rebordes, pero el 56,8 % de las madres presentaron dificultades al momento de realizar esta limpieza en los niños (Tabla 3).

Tabla 3. Prácticas de higiene en salud bucal (n = 37)

Variables	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Incorrectas Fcia (%)	Correctas Fcia (%)	Incorrectas Fcia (%)	Correctas Fcia(%)
Primera consulta	28 (75,6)	9 (24,3)	33 (89,1)	4 (10,8)
Inicio limpieza bucal	11 (29,7)	26 (70,2)	10 (27,0)	27 (72,9)
Qué usa limpiar boca bebe	3 (8,1)	34 (91,8)	0 (0)	37 (100)
Hijo usa enjuague	37 (100)	0 (0)	0 (0)	37 (100)
Hijo usa seda	37 (100)	0 (0)	32 (86,4)	5 (13,5)

A qué inició flúor	35 (94,5)	2 (5,4)	33 (89,1)	4 (10,8)
Quién le ha enseñado higiene del bebé	30 (81,0)	7 (18,9)	1 (2,7)	36 (97,3)
Has recibido educación h. Bucal	12 (32,4)	25 (67,5)	1 (2,7)	36 (97,3)
Quien realiza h. Bucal niño	1 (2,7)	36 (97,3)	0 (0)	37 (100)
Niño acepta cepillado	19 (51,35)	18 (48,65)	2 (5,41)	35 (94,59)
Dificultad al cepillar bebé	16 (43,24)	21 (56,76)	23 (62,16)	14 (37,84)

En cuanto al análisis de la comparación de conocimientos y prácticas, antes y después de la intervención, hubo diferencia con significancia estadística con un cambio positivo en el nivel de conocimiento y de las prácticas de higiene ($p < 0.001$) (Tabla 4), mostrando que después de la intervención el 78,3 % de las madres presentaban conocimientos adecuados y que el 89,1 % realizaba las prácticas de higiene de forma correcta.

Tabla 4. Comparación de proporciones del antes y después de la intervención

Conocimientos					
Bajo-Medio	5,4	78,3	-72,97	-88,1 - -57,8	<0.001
Prácticas de higiene					
Bajo-Medio	8,1	89,1	-81,0	-94.4 - -67,7	<0.001

7. DISCUSIÓN

Trabajar con madres de niños lactantes en la comunidad resulta ser un trabajo dispendioso y difícil dada las condiciones de acceso a estas poblaciones por ubicarse en lugares de alta vulnerabilidad y seguridad para el personal del estudio. Sin embargo, estas comunidades fueron las seleccionadas para el estudio precisamente por estas condiciones que limitan el acceso a buenos servicios de salud bucal y a la información. Por otro lado, no se incluyó la evaluación clínica de los menores por lo que no se relacionaron las variables de conocimientos y prácticas en salud oral con la evaluación de la caries, siendo esto de mucha relevancia.

Con respecto al objetivo del estudio, se pudo observar cómo los conocimientos sobre higiene bucal en madres durante los 1000 primeros días del niño, aumentaron significativamente posterior a la intervención realizada, al igual que las prácticas, lo que podría evidenciar que las madres se encontraron receptivas en las intervenciones realizadas, teniendo conocimiento sobre temas relevantes, de cómo limpiar los rodetes y dientes; Ghaffari y col (2017)³⁰ en su meta-análisis y revisión sistemática sugirió que los programas de intervenciones en salud oral son efectivas y tienen impactos positivos relacionados con las visitas al odontólogo, actitudes y cepillado, 3 meses después de la intervención al igual que lo demostrado en nuestro estudio en el que se demuestran los cambios positivos que tuvo la población, tanto en conocimientos como en prácticas posterior a un seguimiento en los dos meses posteriores.

Después de aplicadas la estrategias educativas se pudo observar cómo se logró modificar la información acerca de cómo preservar la salud bucal del niño ya que después de aplicada las estrategias aumentó el porcentaje de madres con estos conocimientos en un 78,38 %, confirmando que estrategias de educación podrían mejorar el número de personas con conocimientos adecuados en salud bucal dando prioridad a realización de actividades basadas en educación a la comunidad; Simoni, et al.³¹ En Brasil dan extrema importancia a la promoción de salud bucal mediante la realización de actividades educativas en la comunidad, ya que la educación de los padres contribuye al mantenimiento de la salud bucal y a una reducción significativa de las enfermedades

³⁰ GAFFAR, B; EL TANTAWI, M; AL-ANSARI, A y ALAGL, A. Association between oral health knowledge and practices of Saudi pregnant women in Dammam, Saudi Arabia. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit, (2016). 22(6), 411–416. Disponible en: <https://doi.org/10.26719/2016.22.6.411>

³¹ SIMIONI, Gava; COMIOTTO, Mirian; RÉGO, Delane y REGINA, Luciane. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. En: RPG Rev Pós Grad. 2005; 12(2):167-73. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237506649_Percepcoes_maternas_sobre_a_saude_bucal_de_bebes_da_informacao_a_acao

bucodentales en los niños en la primera infancia, por lo tanto se realizan inversiones en programas de prevención y promoción de la salud bucodental para mejorar el conocimiento y las prácticas de higiene en el cuidado de la salud bucal.

A nivel del uso de pastas fluoradas y aplicaciones de flúor en barniz en nuestro estudio se reportó después de las intervenciones que más del 90% de las madres conocía cuándo y cuáles pastas dentales usar, en una revisión sistemática llevada a cabo por de Wright et al.³² en 2014 concluye que en el caso de los niños menores de 6 años el uso de pasta dental con flúor es eficaz para el control de las caries. La ingestión de cantidades del tamaño de un guisante o más puede conducir a una leve fluorosis y para minimizar el riesgo de fluorosis en los niños y al mismo tiempo maximizar el beneficio de la prevención de caries para todos los grupos de edad, la cantidad apropiada de pasta dental con flúor debe ser utilizada por todos los niños, independientemente de su edad.

Con respecto a los conocimientos acerca de cuándo iniciar las aplicaciones de flúor, se reportó que antes de la intervención ninguna de las madres conocía cuando iniciar las aplicaciones de este, después de la intervención se logró un aumento del 75,6 %, en un ensayo hecho por Latifi-Xhemajli et al.³³ demostró que el uso de aplicaciones de barniz de flúor se asoció con una prevención de caries, en comparación con el grupo de control, donde hubo progresión y activación de algunas lesiones. La reducción de la caries se manifestó en términos de incidencia y la gravedad de la enfermedad, sugiriendo que el flúor en barniz se debe dar a los niños que tienen un mayor riesgo de sufrir caries en la primera infancia.

Más del 90% de las madres indicaron que recibieron información de la salud oral de sus hijos en el momento de la intervención, al igual que en el estudio de Hanna LMO et al³⁴, que reportó que también el 90 % de las madres recibió información sobre la salud bucal; y recibieron esos conocimientos mediante la participación en las conferencias de promoción de la salud, al igual que en nuestro estudio que se obtuvo a través de intervenciones dictadas con charlas demostrativas.

³² WRIGHT, Timothy; HANSON, Nicholas; RISTIC, Helen; WHALL, Clifford; ESTRICH, Cameron y ZENTZ, Ronald. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. En: J Am Dent Assoc. 2014 feb;145(2):182-9. doi: 10.14219/jada.2013.37. PMID: 24487610. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24487610/>

³³ LATIFI-XHEMAJLI, B; BEGZATI, A; VERONNEAU, J; KUTLLOVCI, T y REXHEPI, A. Effectiveness of fluoride varnish four times a year in preventing caries in the primary dentition: A 2 year randomized controlled trial. En: Community Dent Health. 2019 Aug 29;36(2):190-194. doi: 10.1922/CDH_4453Begzati05. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436925/>

³⁴ HANNA, Leila; NOGUEIRA, Antonio y HONDA, Vanna. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO. 2007;55(3): 271-274. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Temp/RGO-2007-752.pdf>

Se encontraron deficiencias en cuando asistir por primera vez al odontólogo ya que antes de la intervención el 24,32 % no había realizado esta práctica y después de la intervención el 89.19 % no había hecho el ejercicio coincidiendo con lo reportado por Simioni et al³⁵, en el 2017 quien reportó que el mayor porcentaje de los entrevistados declaran que la visita debe tener lugar en el momento en que erupcionaron los dientes. La mayoría de los padres lleva a sus hijos al dentista entre los dos y tres años de edad, cuando la dentadura ya está completamente erupcionada y muchas veces se encuentran lesiones iniciales o incluso caries cavitacionales, dando como sugerencia la prevención y que se asista a la consulta entre el primer y tercer mes de vida del bebé además de tener controles periódicos.

Se presentaron cambios con respecto a la dificultad que encontraron las mamás al momento de realizar el cepillado de los niños; antes de la intervención el 43,24 % presentaban dificultad y después de la intervención se incrementó la dificultad a un 62,16%; esto puede deberse a que muchas madres antes de la intervención no realizaban la higiene bucal y por lo tanto no presentaban dificultad y después de la intervención empezaron a realizar la práctica y encontraron que el niño no aceptaba el cepillado por no estar acostumbrado. En un estudio realizado por Thomas et al.³⁶, en la India muestra la importancia de la higiene bucal de la madre, especialmente durante el embarazo, ya que tiene una influencia directa en la salud bucal de su hijo. Ellos reportaron que sólo el 26,2% de las mujeres embarazadas eran conscientes del hecho de que el aumento de la incidencia de caries en su cavidad oral aumentaba el factor de riesgo de caries en sus bebés. por lo cual, concluyen que el sensibilizar a las madres sobre los cuidados su propia salud oral, la de su hijo no se verá afectada en las dificultades del cepillado.

Con respecto al uso de la seda dental se encontraron hallazgos positivos, ya que antes de las intervenciones el 100 % de las madres no usaban seda dental a la hora de la higiene bucal con sus hijos (en los niños que se podía) y después de las intervenciones el 13,51 % de la población empezó a usarlo, similar a lo reportado por Sánchez et al.³⁷ en el 2017 en un estudio realizado en un municipio del occidente de Colombia donde reportan que madres de los niños escolares no usaban seda dental para su higiene bucal

³⁵ SIMIONI, Gava; COMIOTTO, Mirian; RÉGO, Delane y REGINA, Luciane. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. En: RPG Rev Pós Grad. 2005; 12(2):167-73. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237506649_Percepcoes_maternas_sobre_a_saude_bucal_de_bebes_da_informacao_a_acao

³⁶ THOMAS, Ann; JACOB, Anoop; KUNHAMBU, Dhanalakshmi; SHETTY, Priya y SHETTY, Sowmyan. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. En: J Int Soc Prev Community Dent. 2015 Sep-Oct;5(5):400-5. doi: 10.4103/2231-0762.163405. PMID: 26539393. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606605/>

³⁷ SÁNCHEZ, Melissa; GALVIS, Johnny; ÁLZATE, Santiago; LEMA, Dayanna; LOBÓN, Laura; QUINTERO, Yenci y CARMONA, Sandra. Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. En: Univ. Salud. 2019;21(1):27-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n1/2389-7066-reus-21-01-27.pdf>

explicando que esto se podría dar debido a la edad de los niños al considerarlos muy pequeños para el uso de la seda dental, el costo del producto y la poca apropiación de este hábito por parte de la población adulta incluso; en la revisión sistémica por Oliveira et al.³⁸ encontraron asociación entre el uso de seda dental y la reducción de caries proximal en la dentición primaria, por lo cual se debe alentar el uso del seda dental, ya que los hábitos saludables adquiridos en la infancia continúan a lo largo de la vida adulta. Por esto, se hace necesario promocionar el uso de los implementos de higiene bucal y su adecuado manejo desde la primera infancia.

Cabe resaltar que una de las fortalezas de este estudio fue la persistencia y compromiso de las madres las cuales acataron las directrices dadas, además fueron muy puntuales en las diferentes charlas dictadas, sobre todo resolviendo dudas que presentaron durante su embarazo relacionado con higiene bucal de sus hijos.

³⁸ OLIVEIRA, Katharina; NEMEZIO, Mariana; ROMUALDO, Priscilla; DA SILVA, Asseb; DE PAULA, Francisco y KÜCHLER, Erika. Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review. En: Oral Health Prev Dent. 2017;15(5):427-434. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28785751/>

8. CONCLUSIONES

Intervenciones basadas en la educación en Higiene Bucal a madres de niños durante los 1000 primeros días pueden presentar un impacto positivo sobre los conocimientos y las prácticas de higiene bucal de estos niños. Al reportar mejores conocimientos sobre higiene bucal en la mayoría de las madres, se verá reflejado a largo plazo en la salud oral tanto de ellas, como la de sus hijos y familia. Con esto se recalca la importancia de intervenir a tiempo, para prevenir y no tratar, siendo esto muy traumático y de mucha incomodidad para el niño.

9. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO, Ascensión; CASTEJÓN, Isabel; MAGÁN, Rafael y ALFARO, María Jesús. Embarazo y salud oral. En: Revista Clínica de Medicina de Familia [revista en internet] (2018). 11(3), 144-153. Epub 01 de octubre 2019. Recuperado en 22 de septiembre de 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es&tlng=es.

ALONSO NORIEGA, María y KARAKOWSKY, Luis. Caries de la infancia temprana. En: Perinatol Reprod Hum [revista en internet] (2009); volumen 23 (2): 90-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

BÁEZ QUINTERO, Liliana. Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia “Soy Generación más Sonriente”. En: Ministerio de Salud. (2019, 1 marzo). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamient-os-soy-generacion-sonriente-2019.pdf>.

CRESPO MAFRÁN, María Isabel; RIESGO COSME, Yalili; LAFFITA LOBAINA, Yaline; TORRES MÁRQUEZ, Pedro y MÁRQUEZ FILIÚ, Maricel. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. En: MEDISAN, 13(4). (2009).

DIAZ, Shyrley; RAMOS, Ketty; PÉREZ, Stephany y MALO, Lina. Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena. (2015) En: Repositorio UdeC. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/1998>

DHULL, Kanika; DUTTA, Brahmananda ; DEVRAJ, Indira y SAMIR, P. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers towards Infant Oral Healthcare. En: Int J Clin Pediatr Dent. 2018 sep.-Oct; 11(5): 435–439. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6379533/>

FRANCO, Angela; SANTAMARIA, Adriana; KURZER, Erika; CASTRO, Lyda y GIRALDO, Marisol. El menor de seis años: Situación de caries Y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. En: CES odontología [revista en internet] (2004); Vol. 17 Núm. 1. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461>

FEINBERG, Andrew. Epigenetics at the epicenter of modern medicine. En: JAMA. 2009; 299:1345-50. Disponible en: <http://www.codebiology.org/database/Epigenetic%20Code/Fei08.pdf>

GARBERO, Irene; DELGADO, Ana y BENITO DE CÁRDENAS, Ida. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Acta odontol. venez [revista en Internet]. 2009 mayo 43(2): 135-140. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000200006&lng=es

GHAFAFARI, M; RAKHSHANDEROU, S; RAMEZANKHANI, A; NOROOZI, M y ARMOON, B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. En: Int J Dent Hyg. 2018 feb;16(1):59-67. doi: 10.1111/idh.12304. Epub 2017 Aug 24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28836347/>

GAFFAR, B; EL TANTAWI, M; AL-ANSARI, A y AIAGL, A. Association between oral health knowledge and practices of Saudi pregnant women in Dammam, Saudi Arabia. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit, (2016). 22(6), 411–416. Disponible en: <https://doi.org/10.26719/2016.22.6.411>

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD ORAL. Higiene oral. Bogotá, D.C. 2010. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>

GURUNATHAN, Deepa; MOSES, Joyson y ARUNACHALAM, Shanmugaavel. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. En: Int J Clin Pediatr Dent. 2018 jul-Aug; 11(4): 338–343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6212669/>

HANNA, Leila; NOGUEIRA, Antonio y HONDA, Vanna. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO. 2007;55(3): 271-274. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Temp/RGO-2007-752.pdf>

LATIFI-XHEMAJLI, B; BEGZATI, A; VERONNEAU, J; KUTLLOVCI, T y REXHEPI, A. Effectiveness of fluoride varnish four times a year in preventing caries in the primary dentition: A 2 year randomized controlled trial. En: Community Dent Health. 2019 Aug 29;36(2):190-194. doi: 10.1922/CDH_4453Begzati05. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436925/>

LEE, Jessica; DIVARIS, Kimon; BAKER, Diane; ROZIER, Gary y VANN, William Jr. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. Am J Public Health. 2012 May;102(5):923-9. doi: 10.2105/AJPH.2011.300291. Epub 2011 Nov 28. PMID: 22021320. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021320/>

MARTÍNEZ ABREU, Judit; LLANES LLANES, Eduardo; GOU GODOY, Alina; BOUZA VERA, Meylín y DÍAZ HERNÁNDEZ, Ofelia. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. En: Revista Cubana de Estomatología [en línea] (2013). 50 (3), 265-275. Disponible en: [://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300004&lng=es&tlng=es).

OLIVEIRA, Katharina; NEMEZIO, Mariana; ROMUALDO, Priscilla; DA SILVA, Asseb; DE PAULA, Francisco y KÜCHLER, Erika. Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review. En: Oral Health Prev Dent. 2017;15(5):427-434. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28785751/>

PINTO, José; CHÁVEZ, Daniela y NAVARRETE, Catalina. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. En: Odous Científica [revista en internet] (2018); 19(1) ISSN: 1315 2823. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>

RAVILOLO, Andrés; RAMÍREZ, Paula; LÓPEZ, Eduardo y AGUILAR, Alfonso. Concepciones sobre el Conocimiento y los Modelos Científicos: Un Estudio Preliminar. Formación universitaria, (2010). 3 (5), 29-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062010000500005>

RENGIFO, Herney y MUÑOZ, Lida. Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a salud bucal en Popayán, Colombia. En: Univ Odontol. 2019 ene-jun; 38(80). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ccpm>

SÁNCHEZ, Melissa; GALVIS, Johnny; ÁLZATE, Santiago; LEMA, Dayanna; LOBÓN, Laura; QUINTERO, Yenci y CARMONA, Sandra. Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. En: Univ. Salud. 2019;21(1):27-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n1/2389-7066-reus-21-01-27.pdf>

SIMIONI, Gava; COMIOTTO, Mirian; RÉGO, Delane y REGINA, Luciane. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. En: RPG Rev Pós Grad. 2005; 12(2):167-73. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237506649_Percepcoes_maternas_sobre_a_saude_bucal_de_bebes_da_informacao_a_acao

SOSA ROSALES, Maritza y MOJÁBIER, Armando. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. Disponible en: aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf.

STEIN, Caroline; LOPES, Nathalia; BALBINOT, Juliana y NEVES, Fernando. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren:

Systematic review and meta-analysis. En: Community Dent Oral Epidemiol. 2018 feb;46(1):30-37. doi: 10.1111/cdoe.12325. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28815661. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28815661/>

SUÁREZ ZÚÑIGA, Elizabeth y VELOSA PORRAS, Juliana. Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. En: Univ Odontol. [revista en internet] 2013 ene-Jun; 32(68): 117-124. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Temp/6218-Texto%20del%20art%C3%ADculo-23987-1-10-20130915.pdf>

SUN, Hui; ZHANG Wei y ZHOU Xiao. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. En: Chin J Dent Res [revista en internet] 2017;20(2):97-104. doi: 10.3290/j.cjdr.a38274. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28573263/>

THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Perinatal and Infant Oral Health Care. En: American Pediatric Dentistry. (2016). Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/perinatal-and-infant-oral-health-care/#section-references>

THOMAS, Ann; JACOB, Anoop; KUNHAMBUR, Dhanalakshmi; SHETTY, Priya y SHETTY, Sowmyan. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. En: J Int Soc Prev Community Dent. 2015 Sep-Oct;5(5):400-5. doi: 10.4103/2231-0762.163405. PMID: 26539393. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606605/>

USOS DEL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH. En: Biomédica [artículo en internet]. 2006, vol.26, n.4, pp.585-588. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572006000400012&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-4157.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987): Oral health surveys. Basic Methods. 3rd. Geneva, Suiza, WHO. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19882045443>

World Health Organization: WHO. (2020, 25 marzo). Salud bucodental. Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

WRIGHT, Timothy; HANSON, Nicholas; RISTIC, Helen; WHALL, Clifford; ESTRICH, Cameron y ZENTZ, Ronald. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. En: J Am Dent Assoc. 2014 feb;145(2):182-9. doi: 10.14219/jada.2013.37. PMID: 24487610. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24487610/>

INSTRUMENTO CONOCIMIENTO-PRÁCTICAS SALUD BUCAL

Gracias por aceptar participar en este estudio. Complete la información y/o marque con X la casilla correspondiente a su respuesta.

SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Nombre completo del menor: _____
2. Nombre completo de la madre o padre: _____
3. Edad de la madre o padre: _____
4. Edad del niño _____
5. Fecha de nacimiento: _____
6. Sexo de niño M () F ()
7. ¿El menor presenta servicios de salud? Sí () No ()
8. Tipo Público () Privado ()
9. El menor vive con: Abuelos () Madre y padre () Sólo con el padre () Sólo con la madre () Madre y compañera () Padre y compañero () Otro, ¿quién? _____
10. Edad del padre: _____
11. Estado civil: Casada () Soltera () Unión libre () Separada o divorciada () Viuda ()
12. Número de hijos: _____
13. Último año de estudio de la madre: _____
14. Trabaja: Sí () No ()
15. Ingresos mensuales familiares: _____
16. Vivienda: Propia () Arrendada ()
17. ¿Cuántas personas viven en la casa?: _____
18. Número de habitaciones: _____

CONOCIMIENTO

1. ¿Cuándo debe ser la primera consulta del bebé al odontólogo? Inmediatamente cuando nace el niño () a los 3 meses () Cuando salen los primeros dientes () después de la erupción de los dientes () no se ()
2. ¿A partir de qué edad usted considera que debe comenzar la limpieza bucal del bebé? Antes de la erupción del primer diente () Desde la erupción del primer diente () Desde el año () no se ()
3. ¿Qué debe usarse para limpiar la boca del bebé sin dientes? No se limpia () Gasa () Paño o tela () Dedil de silicona () Otro, ¿cuál? _____ No sé ()
4. ¿Cuál crema dental utilizaría para cepillarle los dientes a tu bebé? La crema dental de adultos () Una crema para niños con flúor () Una crema para niños sin flúor () No usaría crema dental () No sé ()
5. ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor? Desde que aparecen los dientes de leche () Desde que tienen todos los dientes de leche () Desde que aparecen los dientes de hueso () A cualquier edad es igual () No sé ()
6. ¿A partir de qué edad

- considera que podría utilizar enjuague bucal su hijo? Desde la erupción del primer diente
 Al año 3 años 5 años No es necesario No sé
7. ¿A partir de qué edad considera que podría utilizar seda dental su hijo? Desde la erupción del primer diente Al año 3 años 5 años No es necesario No sé
8. ¿Cuándo le pueden iniciar aplicaciones con flúor a los niños? Desde la erupción del primer diente Al año 3 años 5 años No es necesario No sé
9. ¿La caries es una enfermedad contagiosa? Sí No No sé
10. ¿La caries se puede evitar? Sí No No sé
11. ¿Cómo se ve la caries dental? Como un hueco en el diente Como una mancha blanca en el diente Como una mancha negra o café en el diente Como una mancha café o blanca, o un hueco en el diente
12. ¿La leche materna da caries? Sí No No sé
13. ¿Quién debe realizar la higiene de la boca del niño? Mamá Papá Otro adulto El niño solo El odontólogo Conteste Verdadero o Falso:

PRÁCTICAS

1. ¿Cuándo fue la primera consulta del bebé al odontólogo? Inmediatamente cuando nació el niño a los 3 meses Cuando salieron los primeros dientes después de la erupción de los dientes No ha asistido
2. ¿A partir de qué edad comenzó la limpieza bucal del bebé? Antes de la erupción del primer diente Desde la erupción del primer diente Desde el año No ha comenzado
3. ¿Que usa para limpiar la boca del bebé sin dientes? No se limpia Gasa Paño o tela Dedil de silicona Otro, ¿cuál? _____ Nada
4. ¿Su hijo usa enjuague bucal? Sí No
5. ¿Su hijo usa seda dental? Sí No
6. ¿A qué edad inició las aplicaciones con flúor a su hijo? Desde la erupción del primer diente Al año 3 años 5 años No ha iniciado
7. ¿Quién le ha enseñado la higiene bucal de su bebé? Familiar, ¿quién? _____ Odontólogo Personal del Hogar Infantil No me han enseñado
8. ¿Has recibido educación sobre la higiene bucal de su hijo? Sí No
9. ¿Quién realiza la higiene de la boca del niño? Mamá Papá Otro adulto El niño solo Niño y adultos No se realiza
10. ¿El niño acepta / se queda tranquilo durante el cepillado? No Sí
11. ¿Tiene alguna dificultad para cepillarse los dientes del bebé? No Muy poca Poca Regular Mucha