

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN Managua
Facultad de Ciencias Medicas
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis Monográfica para optar al título de Cirujana Dentista

Tema:

“Nivel de conocimiento de mujeres embarazadas sobre dieta e higiene bucal del niño antes y después de la erupción dental primaria que asisten al centro de salud Pedro Altamirano en el período de noviembre a diciembre, 2020.”

Autora:

- Br. Judith Gutiérrez Solís

Tutor:

- Dr. Horacio González

**Octubre, 2021
Managua, Nicaragua**

Agradecimiento

Agradezco enormemente a Dios por haber culminado este trabajo, agradezco a mis maestros que brindaron sus conocimientos tiempo y apoyo día a día.

Agradezco también a mi asesor el Dr. Horacio González por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico y por haber tenido toda la paciencia para guiarme durante el desarrollo de mi tesis.

Agradezco a mis padres por haber tenido la paciencia hasta que este día llegara y que sabían que llegaría.

Y finalmente agradezco a mis amigas de universidad una de las mejores épocas de mi vida fue junto a ellas.

Dedicatoria

Dedico este trabajo primero a Dios por darme la paciencia para poder culminar, y a mi madre pues sin ella no lo habría logrado. Tu bendición a diario y a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien, por eso te doy mi trabajo como ofrenda a todo el sacrificio que has hecho.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre la dieta e higiene bucal en sus niños atendidos en el centro de salud Pedro Altamirano en el período de noviembre a diciembre, 2020.

Diseño metodológico: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, aplicado a 60 embarazadas. Se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes. Se aplicó una encuesta de conocimientos.

Resultados: Las características sociodemográficas en las encuestadas que predominaron fueron el grupo etario de 15 a 22 años y la escolaridad de secundaria. Con respecto al antecedente de embarazos predominó el antecedente de 1 a 2 hijos previo al que estaban esperando. En el momento de la encuesta en su gran mayoría tenían 2 meses de gestación, seguido del 5to mes. Con respecto a los conocimientos, la mayoría 83.3% creen que hasta los 6 meses le van a limpiar la boca, porque ya deja de mamar. El 70% limpia la boca con gasa y miel. El 83.3% refirieron su limpieza de dientes con cepillos usando técnicas circulares; y es mejor hacer la limpieza cuando salen los dientes. Con respecto a los conocimientos sobre la alimentación, el 91.7% refirió llevar una alimentación sana, variada y equilibrada. Y deberíamos de darle de mamar por un año al menos. La gran mayoría de encuestadas no sabían que es la caries, como se evita y que abordaje debe de hacerse en esos casos, ni cada cuando se debe visitar al dentista.

Conclusión: este trabajo es similar a lo que refiere la literatura internacional, se recomienda promover la salud bucal en el embarazo y en los niños.

Palabras clave: Caries dental, higiene bucal.

INDICE

INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACION	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
MARCO TEORICO	11
DISEÑO METODOLOGICO	24
RESULTADOS	29
ANALISIS DE RESULTADOS	34
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXOS	44

INTRODUCCION

El cuidado de la higiene oral en el recién nacido constituye una de las acciones más importantes para la salud del bebé. Muchos padres creen, erróneamente, que hasta que no aparecen los primeros dientes no es necesario prestarle mayor atención a la salud dental de los más pequeños. Sin embargo, el cuidado de la boca en el recién nacido resulta fundamental para evitar problemas en el futuro cercano (Cisneros, 2011).

La higiene bucal envuelve un conjunto de medidas que tienen como objetivos la remoción de biofilm dental y la prevención de su reincidencia, pudiendo ser realizadas a través de medios mecánicos y químicos. Los padres juegan un papel importante en el inicio de la vida de los hijos, ya que tienen la posibilidad de introducir los hábitos de higiene diaria en una etapa temprana, incluso antes de la erupción dental, a través de masajes gingivales y limpieza para establecer un microbiota bucal saludable (Magalhães et al, 2009).

La remoción manual de los restos de alimentos acumulados en las comisuras labiales y en la cavidad bucal puede ser realizada mediante el uso de dedos especiales, gasas suaves o paños limpios envueltos en el dedo índice preferiblemente de noche después de la última alimentación y solamente una vez al día, ya que las inmunoglobulinas que contiene la leche materna protegen a la mucosa bucal contra las infecciones. La higiene bucal puede ser realizada antes de dormir, generalmente durante o después del baño para que el niño la asocie a la higiene corporal durante toda la vida (Cunha, 2001).

Después que nace el bebé hasta los 6 meses, se le debe alimentar de manera exclusiva con leche materna. Después de los 6 meses continúa con lactancia materna y comienza la alimentación complementaria al introducir papillas, jugos en taza de entrenamiento, vasos especiales, sin la necesidad de usar biberón, ya que no se tiene la necesidad fisiológica de la succión. La consistencia de los alimentos debe aumentar progresivamente para estimular la función masticatoria y estimular la erupción dentaria. (Romulus, 2011).

La programación metabólica adecuada puede prevenir el desarrollo de obesidad y otras enfermedades asociadas a lo largo de la vida. Es muy importante que

realicemos una higiene correcta después de la lactancia, para evitar también la aparición de la llamada “caries de infancia temprana” (Moscardini, 2017).

A lo largo del primer año de vida del niño, irán surgiendo los primeros dientes temporales. Es preciso que los padres vigilen en esta etapa, para evitar que el pequeño adopte malos hábitos, como podría ser la succión digital (chuparse el dedo), así como el bruxismo o rechinar de diente, y otros hábitos no deseables (Moscardini, 2017).

Los profesionales de Odontopediatría afirman que la limpieza ya se puede realizar cuando el bebé tiene tres meses, incluso antes si se desea. Además de la higiene bucal, se irá asentando en los niños la costumbre de la limpieza de su boca y, con ello, el hábito del cepillado en el futuro. Este trabajo pretende identificar los conocimientos que tienen la madre de recién nacidos sobre higiene bucal y el cuidado de la cavidad oral de estos.

ANTECEDENTES

En el 2015, en Cuba, Lavastida y Gispert identificaron la relación entre el nivel de conocimientos básicos de salud bucal de los adolescentes y el de sus madres. Este estudio tuvo una etapa descriptiva y otra analítica de corte transversal. Del universo de 561 adolescentes de 12 a 14 años, de la Secundaria Básica "Angola", municipio Playa, fueron seleccionados 167 (de forma aleatoria simple) con sus madres respectivas. La información fue recogida en cuestionarios. Se estimó la frecuencia de adolescentes y de madres, según nivel de conocimientos, intervalos de confianza (IC) de 95 % de confiabilidad. Además, fue analizada la oportunidad relativa (OR) a bajo nivel de conocimiento en los hijos según variables de las madres (el nivel de instrucción de ellas fue tomado como variable confusora), por regresión logística de Wald paso a paso hacia atrás con significación de $p \leq 0,05$, y el valor instrumental del conocimiento de las madres en el diagnóstico del de sus hijos mediante la sensibilidad, la especificidad y la curva ROC.

Entre los resultados estuvieron que el 85,6 % de los adolescentes y el 91,6 %, de sus madres poseían un alto nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos en los hijos se asoció significativamente al de sus madres ($p \leq 0,000$) con OR 39,486 (9,763-159,71), aún luego de la corrección se mantuvo la asociación en 37,500 (2,771-507,475), la sensibilidad fue de 97,9 % (97,5-98,3) y la exactitud diagnóstica de 71,9 % (59,7-84,0). Se concluyó que el nivel de conocimiento de las madres es un instrumento para identificar el de sus hijos, por lo que se refuerza el planteamiento de que las estrategias que se elaboren para preservar la salud bucal en adolescentes, deben incluir a sus madres (Lavastida y Gispert, 2015).

En el 2012, en el Perú se realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilístico

por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana.

No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ($p > 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados (Benavente et al, 2012).

En Paraguay, en el 2011, se realizó un estudio que describió el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010. Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. En los resultados se encontró que la mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. Se concluyó que el conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud (Teixeira et al, 2011).

En 2008, en León Nicaragua se realizó un estudio en la fundación Ana Fernanda García centro de atención y recreación para adolescentes de Sutiaba donde jóvenes en su mayoría estudiantes de medicina, brindaban información a mujeres primigestas sobre parto psicoprofiláctico, nuestro propósito fue identificar y comparar el nivel de conocimiento en las mujeres primigestas sobre dieta e higiene bucal en el niño, antes y después de realizar un programa educativo durante un periodo de 17 semanas. El número de respuestas correctas de las mujeres embarazadas sobre higiene oral en el niño se incrementó considerablemente al finalizar el programa, enriqueciendo sus conocimientos teóricos a través de las charlas educativas y modificar sus habilidades en técnica de cepillado. Los resultados obtenidos indican que las mujeres primigestas tenían un nivel de conocimiento bajo, previo a iniciar el programa, que se refleja en el número de respuestas correctas, siendo un promedio de nueve (09) para higiene oral y de siete (07) para dieta, lo cual pudo haber influido la edad o el nivel de escolaridad, ya que de las diecinueve mujeres embarazadas a las cuales se les impartió el programa, doce (12) de ellas son adolescentes comprendidas entre las edades de catorce (14) a diecisiete años (17), que representa el 63% y si a esto se le agrega que su nivel de escolaridad está comprendido entre primaria y secundaria no concluida lo que representa un 84%; siendo éste la mayoría de la población, lo que influyó que en el test inicial se obtuviera un nivel de conocimiento bajo.

JUSTIFICACION

La atención odontológica en los primeros años de vida representa un desafío y una prioridad para el profesional, está orientada principalmente hacia la prevención en salud bucal del infante. Esta se define como todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud bucal posible. En este aspecto, los padres juegan un papel importante para evitar el desarrollo y curso de enfermedades que puedan afectar la cavidad bucal del bebé.

Impacto social del estudio: la promoción de la salud bucal desde temprana edad conllevará a niños más disciplinados con empoderamiento de su salud y disminuirá enfermedades de la cavidad oral y de enfermedades asociadas a la mala higiene oral.

Beneficiados: serán los padres porque de esta manera podrán medirse sus conocimientos para un abordaje adecuado de la higiene de la cavidad oral y así si es necesario capacitarlos para mejorar. Así mismo los niños se beneficiarán de la salud y adecuada higiene en los primeros años de la infancia, que se reflejara con sonrisas en el resto de sus vidas.

Valor teórico: este trabajo permitirá tener una línea de base y un punto de partir sobre lo que deben saber los padres sobre la higiene de la cavidad oral en niños y su correspondiente la dieta que protege los dientes en los niños. Los resultados de este trabajo serán como insumo en la elaboración de una estrategia educativa en las unidades de salud dirigidas a la salud bucal del recién nacidos y del niño preescolar.

Valor metodológico: este trabajo aportará para próximas investigaciones y evidenciará el impacto que pueden tener las estrategias que promueve la mejora de la salud bucal de la población infantil. El estudio provee un instrumento de evaluación de conocimientos sobre la salud bucal en los niños y puede ser utilizado en varios lugares a nivel nacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el estado de salud de un recién nacido y su madre son indicadores de desarrollo humano en cualquier país de Latinoamérica. La mujer posterior al parto, ya con su hijo debe saber cuidarlo evitando realizar actos propios de la cultura o paradigmas sociales o religiosos inclusive; debe hacer las cosas bien, en función de tener un bebé sano con un crecimiento y desarrollo adecuado.

La dentadura es un indicador del cuidado del niño, si están sucios, refleja que la madre no lo cuida correctamente, o desconoce el cuidado de los dientes. Se apegan a creencias que los dientes válidos y que hay que cuidar son los permanentes, que la primera dentadura no vale la pena cuidarla y se cae rápidamente. Con esas creencias surgen los problemas de salud bucal del niño.

Es necesario que los padres deban tener buenos hábitos de higiene oral para ellos mismos, ya que el desarrollo de los hábitos más tempranos ocurre por imitación de la conducta de los padres, por ello la primera recomendación sería, que los padres tuvieran, un asesoramiento prenatal, antes que él bebe nazca para evitarles en el futuro gran cantidad de problemas orales; el odontólogo puede dar orientación sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud dental que contribuirán a la salud bucal del niño durante toda su vida. Por lo planteado, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál fue el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre dieta e higiene bucal antes y después de la erupción dental primaria de los niños que fueron atendidos en el centro de salud Pedro Altamirano de Managua durante el mes de noviembre y diciembre del 2021?

OBJETIVOS

General

Determinar el nivel de conocimiento de mujeres embarazadas sobre dieta e higiene bucal en niños antes y después de la erupción dental primaria que acudieron al centro de salud Pedro Altamirano en el período de noviembre a diciembre, 2020.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres embarazadas sobre dieta en los niños.
3. Identificar el nivel de conocimientos de las mujeres embarazadas sobre higiene bucal en niños.

MARCO TEORICO

Concepto del Lactante

Se define la etapa del lactante aquella que se inicia a los 28 días de vida del niño y finaliza a los 2 años de edad (Nelson, 2020).

Periodo de lactancia: La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. La lactancia materna es la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez (OMS, 2019).

Alimentación del lactante

La alimentación del niño lactante es un área clave para mejorar la supervivencia infantil y promover el crecimiento y desarrollo saludable; siendo los dos primeros años de vida de un niño de suma importancia, dado que una nutrición óptima disminuye la morbilidad y la mortalidad, fomentando un mejor desarrollo en general (OMS, 2013).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses tiene muchos beneficios para el bebé y la madre, el principal de ellos es la protección contra las infecciones gastrointestinales; mientras que el inicio temprano de la lactancia materna, en el plazo de una hora después del parto, protege al recién nacido de infecciones y reduce la mortalidad neonatal (OMS, 2013).

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

La leche materna proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a un crecimiento y desarrollo favorables. Reduce la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas, protege al niño de ciertos tipos de alergias e

intolerancias alimentarias, se ajusta en todo momento a las necesidades del bebé, y contribuye a que la relación entre madre e hijo sea más cercana (OMS, 2011).

No es aconsejable utilizar pautas rígidas de alimentación. El bebé ha de mamar a petición suya y de manera frecuente (cada dos o tres horas los primeros días). En pocas semanas, las tomas se espaciarán espontáneamente. Cuando la lactancia materna no es posible, la lactancia artificial es una buena alternativa para alimentar al niño.

La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir lactancia materna es cada vez más reconocida (OMS, 2013).

Las revisiones de estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben lactancia materna tienen una probabilidad de 6 a 10 veces más de morir durante los primeros meses de vida, en comparación con los niños que son alimentados con leche materna. Muchas de estas muertes son causadas por la diarrea y la neumonía, que son más frecuentes y tienen mayor gravedad, entre los niños que son alimentados de manera artificial (con leche artificial comercial) (OMS, 2011).

La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo: inmunoglobulinas, principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células; glóbulos blancos, que destruyen microorganismos; proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos; oligosacáridos, que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas (OMS, 2013).

La protección brindada por estos factores es de un valor inigualable para el lactante. Primero, la protección ocurre sin provocar los efectos de la inflamación, como ser la fiebre, la cual puede ser peligrosa para un lactante pequeño. Segundo, la IgA contiene anticuerpos producidos por el cuerpo de la madre contra sus propias bacterias intestinales y contra las infecciones que ella ha padecido. De esta manera,

estos anticuerpos protegen particularmente al lactante contra las bacterias que puedan existir en el medio ambiente donde se encuentra.

Introducción de alimentos sólidos

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años (OMS, 2011; AIEPI, 2018)

La incorporación de cada nuevo alimento debe realizarse por separado, dejando varios días entre uno y otro. Se ofrecerán pequeñas cantidades, aumentándolas a medida que el niño se acostumbre al sabor. La pauta de introducción de cada alimento no es fija, sino que presenta pequeñas variaciones, dependiendo de la experiencia del pediatra y el ritmo de crecimiento y desarrollo del bebé

La alimentación complementaria debe aportar una densidad energética no inferior a la aportada a través de la leche materna y el volumen de esta debe ir aumentando en forma progresiva de acuerdo a la edad y aceptabilidad del lactante. Es importante destacar que es en el período de los 6 a 24 meses donde se establecen la mayor parte de los hábitos, preferencias y aversiones alimentarias que condicionarán el tipo de alimentación futura (OPS, 2016).

El inicio de la alimentación complementaria además depende de la madurez morfofuncional del niño: digestión y absorción adecuada de nutrientes, control de cabeza (capacidad de levantar y sostener la cabeza, en general a los 2 meses) y de tronco (capacidad de sentarse sin apoyo, en promedio a los 6 meses), uso de la musculatura masticatoria, erupción dentaria, incremento de las percepciones sensoriales (olfato, visión, gusto y tacto de alimentos), extinción del reflejo de extrusión y discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencia de los alimentos (OPS, 2016).

Los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes (OMS, 2013; OPS, 2016):

- Han de ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente;
- Han de ser adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento;
- Han de ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas;
- Han de darse de forma adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación deben ser adecuados para su edad (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por si mismo).

De 4 a 5 meses

A partir del 4º mes de vida se inicia la papilla de frutas (por la tarde) que corresponderá a una merienda con aporte de vitaminas naturales y fibra, que son importantes para la salud del niño. Tras la papilla de frutas a los pocos días pueden añadirse a 1 ó 2 biberones al día unas cucharaditas de harina sin gluten.

De 5 a 6 meses

De los 5 a 6 meses y medio de edad se inicia la primera papilla salada en la alimentación del bebé que consiste en un puré de verduras de pollo. Se inicia con 60- 70 gramos de pollo para ir aumentando en los siguientes días hasta los 100-120 gramos. Paralelamente se van reduciendo el número de tomas por día y se puede cambiar la fórmula de inicio (leche 1) por una leche de continuación (leche 2). Una vez cumplido el 6º mes de vida se amplía la variedad de harinas, escogiéndose entre las que contienen gluten (OPS, 2016).

De 7 a 8 meses

Entre el 7º y 8º mes se introduce la carne de ternera alternándola con el pollo en la toma del mediodía. A partir del 8º mes se inicia una papilla salada por la noche con la introducción del pescado blanco (rape, merluza, lenguado) 3-4 veces a la semana. Con la introducción del pescado se inicia el aporte de aceites de pescado de gran interés para un correcto equilibrio entre la grasa saturada (de origen animal) y poliinsaturada (de origen vegetal y marino). El aporte de leche diario debe ser aproximadamente de 500 cc durante la infancia (OMS, 2013).

Al cenar el niño el pescado, en los casos que sólo haga 4 tomas al día, el aporte de leche se vería mermado si no se aplica algún cambio en su alimentación. El aporte de leche en esta edad todavía es básico para un buen desarrollo, por lo que no debe ser inferior a los 500 cc/día. Para ello, el día en que se desee darle pescado al bebé se suprimirá la papilla de frutas y se administrará una papilla con leche 2 y cereales igual a la del desayuno (OPS, 2016).

De 10 a 12 meses

A los 10-12 meses de vida se introduce el huevo para la cena alternando con el pescado una vez a la semana. Primero será huevo duro y solo la yema; pasadas 2-3 semanas ya puede administrarse completo. En forma de tortilla francesa se iniciará a los 12-15 meses dependiendo de la habilidad del bebé para la masticación.

De 12-24 meses

La consistencia de los alimentos debe ser molida desde los 12 meses y picados desde los 18 meses. Es aconsejable a esta edad introducir el consumo de verduras crudas y estimular la ingestión de vegetales. Por otro lado, no es recomendable el consumo de golosinas (helados, dulces, chocolates, galletas, bebidas gaseosas, jugos en polvo, concentrados lácteos, papas fritas, cereales azucarados) y se debe restringir el aporte adicional de sal ya que en este período el niño está formando sus hábitos y preferencias. Desde la perspectiva de la obesidad, se ha buscado la relación entre la alimentación en el primer año de vida y la obesidad infantil (OMS, 2013; OPS, 2016).

Orientación prenatal y posnatal

Durante el embarazo ocurren cambios físicos y hormonales que tienen un impacto significativo en casi todos los sistemas del organismo, incluida la cavidad bucal. Por esta razón la atención odontológica durante el embarazo es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que puedan afectar la cavidad bucal tanto en la gestante como en el bebé que viene en camino, es el momento oportuno para brindar conocimientos en higiene bucal (OPS, 2016).

La incorporación de instrucciones odontológicas pre-parto y post-parto a madre y todas las personas que rodean al bebé, tiene como objetivo preservar la salud bucal del bebé a corto y largo plazo. Los padres deben recibir orientación temprana sobre salud bucal en la primera infancia, lactancia materna, lactancia artificial, higiene bucal, hábitos alimenticios, transmisibilidad de la caries, uso racional de fluoruros y primera visita al odontopediatra.

Cuidados orales en el recién nacido

La instauración de hábitos adecuados de higiene bucal en los primeros años de vida es indispensable para la preservación de la dentición primaria y con ello el correcto desarrollo óseo maxilar y mandibular, masticación, fonación, nutrición, comportamiento y salud en general del bebé. Es importante que los Odontopediatras transmitan a los padres, los adecuados métodos de prevención temprana, como hábitos de higiene bucal, asesoramiento alimenticio, factores de riesgo y tratamientos iniciales que permitan preservar la salud bucal del bebé.

Que un recién nacido no tenga dientes no significa que no deba tenerse cuidado de su higiene bucal desde un primer momento. Asegurar una correcta higiene bucodental desde los primeros días permitirá sentar las bases para desarrollar una boca sana en la edad adulta (OPS, 2010).

Dentro de los principales problemas de salud bucal que afectan a los niños menores de 5 años de edad se encuentra la caries dental y los traumatismos dentales, estos problemas tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los niños y sus

familias. Muchas de las consecuencias que pueden tener estas alteraciones se ven reflejadas en: la dificultad en la masticación, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad en dormir y alteración en el comportamiento. De la misma manera, estos problemas pueden causar infecciones que desencadenan enfermedades sistémicas o la pérdida de órganos dentales (American academy of pediatric dentistry, 2014).

En el recién nacido, después de cada toma, o como mínimo después de la toma de la noche, sería conveniente introducir el dedo índice limpio, y preferiblemente con un dedal de silicona, dentro de la cavidad oral del bebé y recorrer, con movimientos suaves y circulares, todas las superficies, para retirar los restos de leche que hubieran podido quedar. Otra posibilidad sería hacerlo envolviendo el dedo con una gasa o un paño humedecidos (American academy of pediatric dentistry, 2014).

- Limpie la boca de su bebé con un trozo de gasa embebida en agua hervida fría, después de alimentarlo y antes de dormir.
- Procure retirar el biberón de su niño al año de nacimiento.
- Evite el contacto directo con besos y saliva.

AQUIIIIII

Cuidados orales cuando ya hay dientes.

En este periodo el niño ya tiene todos los dientes de leche, y se aconseja que comience a hacerse cargo de su higiene bucal y que comprenda su necesidad. Para ello, lo más importante es crear el hábito.

Se recomienda que el niño comience a realizar el cepillado él mismo, al menos dos veces al día (mañana y, sobre todo, noche) o preferiblemente después de las comidas, e intentando conseguir la duración de dos minutos. Para ayudar a adquirir el hábito existen ciertos recursos, como que los padres se cepillen a la vez que el niño, y multitud de aplicaciones, juegos, canciones, etc.

Para un cepillado óptimo, el cepillo debe estar adaptado a la mano y la boca del niño, con un cabezal muy pequeño, que permita llegar a todas las zonas de la boca, y con filamentos suaves, que respeten dientes y encías (American academy of pediatric dentistry, 2014).

El cepillo tiene que ser manejable también para los padres, que deberán repasar diariamente el cepillado de los niños (hay que tener en cuenta que el niño probablemente no será totalmente eficaz en la eliminación del biofilm dental).

Acciones como limpiar el chupete con la boca o probar la comida con el mismo utensilio que se utilizará para alimentar después a la criatura deberán evitarse, porque el riesgo de transmitirle microorganismos propios de la boca del adulto es alto (Modesto, 2010).

Es aconsejable acudir al odontopediatra dentro del primer año de vida.

La revisión del odontopediatra controlará la correcta erupción de los dientes y factores como la oclusión o la alineación, y permitirá anticiparse a cualquier trastorno o patología bucal como la detección temprana de caries.

Además de las recomendaciones de higiene bucal, para la prevención de la caries a esta edad es aconsejable tener en cuenta los siguientes hábitos:

- No dejar al bebé acostado con el biberón cuando éste contenga líquidos que no sean agua, debido a que el acúmulo de azúcares durante largo tiempo favorece la aparición de caries.
- Evitar mojar el chupete en sustancias dulces como azúcar.
- Evitar la transmisión de las bacterias cariogénicas a través de la saliva con gestos como limpiar el chupete con nuestra boca o soplar directamente sobre su comida para enfriarla (American Academy of Pediatric Dentistry, 2014).

Fisiopatología de la Caries Dental

La caries es una enfermedad de causa multifactorial que implica una relación entre los dientes, la saliva y la micro flora oral como factores del huésped, y la dieta como factor externo. La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas de bacterias sobre la superficie del esmalte, donde

elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica. Una vez que ha tenido lugar la penetración del esmalte, el proceso patológico evoluciona a través de la dentina hacia la pulpa (Cottom, 2011).

Si el proceso no se detiene, el diente resulta totalmente destruido. La evolución dentro del diente puede ser interrumpida eliminando mecánicamente el tejido dentario infectado y sustituyéndolo por un material sintético adecuado que restaure la forma y la función normales del diente.

Aunque la caries dental está limitada al tejido duro de esmalte, dentina y cemento, si se deja sin tratamiento el proceso penetrará finalmente a través de los conductos radiculares más allá del diente hacia el tejido blando adyacente, donde iniciará una reacción inflamatoria dolorosa y destructiva. En esta localización puede difundirse hacia los espacios medulares del hueso y, posiblemente a los tejidos blandos y músculos de la cara y el cuello.

Factores biológicos primarios.

Microorganismos: El papel esencial de los microorganismos en la etiología de la caries fue instituido por Miller en 1890. A ello se sumó la identificación de las bacterias sindicadas como las principales: el *Lactobacillus* por Kligler, en 1915 y los *Streptococcus mutans* por Clarke en 1924.

Sobre esta base se estableció que la noción básica de esta enfermedad es semejante a la de las patologías infecciosas y, por ende, se encuadra en el concepto del balance existente entre la respuesta inmune, por un lado, y por la patogénesis microbiana, por otro lado. En salud, las respuestas inmunes del huésped son suficientes para detener el potencial patogénico, tanto de la microflora normal como de los patógenos exógenos. Vale decir, que la caries como enfermedad infecciosa se produce cuando se rompe dicho equilibrio (MacFarlane, 2009).

Dieta: El aporte de la dieta a la instauración y desarrollo de la caries constituye un aspecto de capital importancia puesto que los nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos. Entre ellos, los carbohidratos fermentables son considerados como los principales responsables de

su aparición y desarrollo. Más específicamente la sacarosa, que es el carbohidrato fermentable con mayor potencial cariogénico y además actúa como el sustrato que permite producir polisacáridos extracelulares (fructano y glucano) y polisacáridos insolubles de la matriz (mutano) (MacFarlane, 2009).

Además, la sacarosa favorece tanto la colonización de los microorganismos orales como la adhesividad de la placa, lo cual le permite fijarse mejor sobre el diente. El rol decisivo de la dieta en la caries se consolidó mediante cuatro estudios que se consideran clásicos.

El primero de ellos estableció, la relación entre la sacarosa y la caries merced al experimento de Magitot, investigador francés que en 1867 demostró in vitro que la fermentación del azúcar producía la disolución del esmalte.

El segundo, realizado por Kite, en 1950, constató que la ingestión de sacarosa en ratas producía caries sólo cuando se realizaba por vía oral y no cuando experimentalmente se le suministraba directamente al estómago mediante cánulas. La tercera investigación, realizada por Gustaffson y col en Vipeholm, Suecia, en 1954, en un sanatorio para enfermos mentales, demostró lo determinante de la frecuencia de la ingesta de la sacarosa, 20 más allá de su cantidad; ya que, si dicha frecuencia es muy alta, la reposición de calcio y fosfato al diente es incompleta, y consecuentemente se producirá una pérdida acumulada de sustancia calcificada, es decir, se formará una lesión cariosa subsuperficial conocida como marcha blanca.

Finalmente, el trabajo publicado en 1963 por Harris, de la observación hecha en niños del orfanato de Hopewood House, a quienes se les restringía el consumo de sacarosa, reveló que su baja prevalencia de lesiones cariosas llegaba a equipararse con la del resto de la población, cuando los internos dejaban al establecimiento y, al reintegrarse a la comunidad, retomaban una dieta rica en azúcares (Erikson, et al, 2009).

El principal mecanismo que interviene en el inicio de la desmineralización de los tejidos dentales duros es la formación de ácidos por parte de los microorganismos, durante su actividad glucolítica, a partir de diferentes sustancias o alimentos de la

dieta. Esto se traduce en una caída del pH en el medio oral, lo que favorece un medio de desarrollo para otras bacterias cariogénicas.

Existen además otros factores individuales que afectan la variación del pH, tales como: cantidad y composición del biofilm dental, flujo salival, capacidad buffer y tiempo de eliminación de la sustancia, entre otras. Aquellos productos que causan una caída brusca de pH por debajo del nivel crítico se consideran acidogénicas y potencialmente cariogénicas. Conjuntamente con la cantidad y la frecuencia de consumo de los alimentos, asimismo deben tomarse en cuenta otros factores, como por ejemplo la adherencia propia del alimento, que prolonga el tiempo de permanencia de éste en contacto con el diente.

En el lado favorable, debe tenerse presente que existen ciertos alimentos tales como el maní y el queso, que son capaces de reducir la producción de ácido después de un consumo previo de alimentos que contengan sacarosa (Erikson, 2009).

Técnicas de cepillado para niños

Técnica de Starkey

Es una técnica que llevan a cabo los padres colocando al niño de espalda a ellos y apoyándolo sobre su pecho o pierna. Cuando el niño tiene 2 o 3 años se hace colocándolo frente a un espejo y de pie. Se posicionan los filamentos del cepillo a un ángulo de 45 grados respecto al eje vertical del diente hacia apical y se realizan los movimientos horizontales.

El objetivo de esta técnica es promover el hábito de higiene por lo que se recomienda hacerlo hasta los 7 años (Noguero et al, 2014).

Técnica de Charters

Con la boca entreabierta se colocan los filamentos del cepillo dental en ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal, para realizar movimientos vibratorios en los espacios interproximales, al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas (Noguero et al, 2014).

Cuidado de los primeros dientes del bebe

Se cepillan los dientes del bebe con un cepillo suave con cabeza pequeña dos veces al día, se aplican movimientos suaves de atrás hacia adelante. En general, los dientes de leche comienzan a aparecer entre los 4 y 7 meses de edad. Pero cada bebé es diferente. Los primeros dientes que salen son generalmente los dos dientes frontales inferiores.

Se denomina dentición al período en que su bebé comienza a tener dientes. Cuando su bebé comienza la dentición, puede notar que babea más o que quiere masticar cosas. Para algunos bebés, la dentición puede ser indolora. Para otros, sus encías pueden estar doloridas. Pueden estar quisquillosos. Otros síntomas de la dentición son la pérdida de apetito y los problemas para dormir.

Estos consejos pueden ayudar a aliviar las molestias de su bebé.

- Dele a su bebé un anillo de dentición frío o una toallita fría para masticar o chupar.
- Frote las encías de su bebé con un dedo limpio.
- Pregúntele a su médico si su bebé puede tomar acetaminofeno infantil (una marca: Tylenol). No le dé aspirina a su bebé. La aspirina puede causar el síndrome de Reye, una enfermedad grave que puede provocar la muerte en niños menores de 18 años.
- Pregúntele a su médico antes de usar geles o tabletas para la dentición.

La dentición no tiene que interferir con la lactancia materna. Puede continuar amamantando a su bebé como de costumbre una vez que comience la dentición.

Limpie los dientes y las encías de su bebé con una toallita o gasa húmeda. Haga esto al menos una vez al día o después de las comidas. Una vez que su bebé

comience a tener dientes, límpielos por lo menos dos veces al día. Cuando su hijo tenga entre 1 y 2 años, cambie a un cepillo de dientes suave con agua. Agregue una pequeña cantidad de pasta de dientes que no contenga flúor. Este tipo de pasta dental es segura si su bebé la traga. Cepille los dientes de su bebé al menos dos veces al día. También debe comenzar a usar hilo dental entre los dientes de su bebé (ADA, 2014).

Aspectos a tener en cuenta

- Siempre sostenga a su bebé cuando le dé un biberón. No deje un biberón en la cuna. No permita que su bebé se duerma con un biberón. La leche puede acumularse en la boca de su bebé y causar caries.
- No le dé a su bebé una taza de jugo o leche en la cuna. Su bebé puede comenzar a usar una taza para sorber cuando tenga alrededor de 6 meses. Deje de darle biberón a su bebé cuando tenga 1 año. No permita que su bebé camine con una taza para sorber a menos que solo contenga agua.
- Una vez que su hijo tenga 1 año, dele agua o leche normal entre comidas en lugar de otras bebidas. Solo deles jugo o leche saborizada con las comidas. El jugo y la leche con sabor contienen mucha azúcar.
- Puede darle un chupete a su bebé, pero solo cuando sea necesario. Intente dejar de usarlo cuando tenga alrededor de 2 años. La misma edad se aplica a los bebés que se chupan el pulgar. El uso prolongado de un chupete o chuparse el dedo puede causar problemas en la alineación de los dientes. Hable con su médico sobre qué tipo de chupete debe usar. Siempre use un chupete limpio. No lo sumerja en miel u otra sustancia que contenga azúcar (ADA, 2014).

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El presente estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El área de estudio correspondió al centro de Salud Pedro Altamirano de la ciudad de Managua, en el área de odontología.

Período de estudio:

Correspondió al período del 1 de noviembre al 30 diciembre, 2020.

Población de estudio:

Fueron de 60 mujeres embarazadas que llegaron a pasar consulta al área de odontología del centro de salud en el mes de noviembre y diciembre del 2020. No se calculó muestra, se eligió a las estudiadas por conveniencia.

Tipo de muestra:

Por conveniencia

Unidad de análisis:

Embarazadas que acudieron a la consulta de salud bucal en el período de estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas desde el primer trimestre hasta el tercero control y atención de salud bucal.
- Mujeres que decidieron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres no embarazadas
- Mujeres que no aceptaron llenar la encuesta

Fuente de información:

Fue primaria, ya que las pacientes embarazadas fueron encuestadas personalmente llenando una encuesta previamente elaborada.

Instrumento de recolección de información:

El instrumento de recolección de información para esta investigación constó de dos páginas. En la primera página se le informaba el tipo de encuesta y de que consistía el estudio y estas entendían los objetivos del mismo, enunciaba la libre espontaneidad de las mujeres a participar en él, a continuación, y en la segunda página fue la ficha recolectora de datos propiamente, fue desarrollada tomando en cuenta datos sociodemográficos del paciente como nombre, edad y nivel académico, y las preguntas que eran de interés para obtener la información necesaria.

Método de recolección de información:

Se llenó la encuesta, cuando la paciente acudía a la consulta bucal, se le explico el propósito de la encuesta, y se hizo firmar un consentimiento informado, dejando claro que no había ningún riesgo para el embarazo. La encuesta fue llenada previa a cualquier procedimiento, con seguridad y rapidez.

Materiales utilizados:

- Ficha de recolección de la información
- Lapicero
- Computadora
- Encuesta

Procesamiento de los datos

Los datos una vez que se recolectaron, fueron introducidos en una base de datos, en el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 21.0 para Windows, así

mismo se realizó un análisis tomando en cuenta los objetivos del estudio. Los resultados que se obtuvieron del análisis estadístico se plasmaron en tablas y gráficos mostrando distribución de frecuencia simple, promedios y porcentajes. Las tablas se realizaron en Microsoft Word y en Microsoft Excel 2016.

Aspectos éticos

Se le explicó a las embarazadas sobre el estudio, y que participar en el estudio, no ponía en peligro el transcurso del trabajo. Este trabajo no contiene conflictos de interés, y guarda la confidencialidad de las personas estudiadas.

Operacionalización de variables		
Variable	Concepto operacional	Valor
Grupo etario	Es la cantidad de años de la madre categoriza en intervalos	15 a 22 años 23 a 30 años 31 a 36 años
Escolaridad	Es la cantidad de años transcurridos en la educación para aprender un oficio.	Analfabetismo Primaria Secundaria Universidad
Antecedentes de embarazo	Es la cantidad de embarazo previos a las embarazadas que acuden a la unidad de salud.	Ninguno 1 a 2 3 a 4
Edad de limpieza bucal	Es la edad en que al niño se debe limpiar la boca.	6 meses Cuando sale el primer diente Hasta el año.
Material de limpieza	Es el material que se ha de utilizar para hacer la primera limpieza en el recién nacido.	Gasa con agua Gasa con miel Solo con gasa.
Funciones del cepillo de dientes	Es las distintas funciones que puede tener el cepillo de dientes.	Limpiar dientes y remover comida. Evitar caries Quitar mal aliento.
Técnica de limpieza de dientes	Es la técnica utilizada para realizar la limpieza de los dientes.	Técnica circular Limpieza de lengua y dientes

Tiempo de limpieza	Es el tiempo en que la madre considera apto para empezar a limpiar la cavidad oral.	Cuando salen los dientes A los 6 meses Al año
Alimentación de inicio	Es las primeras comidas que el niño tendrá posterior a lactancia.	Comer frutas y verduras Llenar una alimentación sana, variada y equilibrada. Comer cocido, sin grasa.
Medidas de higiene bucal	Son las prácticas comunes para evitar la caries dental en los niños.	Lavarle los dientes 3 veces al día. No dar dulces. Comer saludable.

RESULTADOS

Se realizó un estudio de conocimientos en 60 embarazadas sobre el cuidado de los dientes de los niños recién nacidos, obteniendo importantes resultados que se muestran en esta sección.

En lo que respecta a la escolaridad de las madres encuestadas se determinaron los siguientes valores:

En la gráfica 1., se puede observar que el grupo de 15 a 22 años predominó con UN 43.3% (26 px) participantes, seguido del grupo de 23 a 30 con un 42% (25 px).

La edad promedio fue de 26 años, con una mediana de 25.

El 30% de la muestra tiene estudios universitarios aprobados, así mismo, el porcentaje de madres con estudios de escuela secundaria aprobada corresponde a un 63% y solamente un 7% con estudios de escuela primaria aprobados. Por tanto, se puede afirmar que la muestra está conformada en su mayoría (93%) por madres cuyos estudios aprobados son de secundaria o superior.

Además de la información general antes expuesta, también se preguntó sobre el número de embarazos que han tenido las pacientes.

Se puede observar en la Gráfica 3. que en su gran mayoría (85%) las madres han tenido uno a dos embarazos. En cambio, solamente el 7% afirmó que ha tenido entre 3 y 4 embarazos. Con los datos se puede afirmar que la muestra en estudio se realizó con madres predominantemente jóvenes que tenían experiencia con un embarazo anterior.

Se puede señalar que el 38% de las pacientes tenía de 1 a 3 meses de embarazo, a su vez, el 28.33% tenía de 4 a 6 meses, y el 33% tenía de 6 a 9 meses de embarazo.

La primera pregunta que se realizó a las pacientes, con el fin de medir el nivel de conocimiento de higiene oral fue la siguiente: ¿a qué edad se le debe empezar a limpiar la boca al niño? Los resultados se muestran en la Tabla 1.

El 83.3% señaló que, a partir de los 6 meses, el 13.3% cuando sale el primer diente y un 3.3% afirmó que hasta pasado un año se debe empezar a limpiar la boca al niño. Con base a estos resultados se puede afirmar que las madres involucradas en el estudio tienen un buen conocimiento sobre la edad en la que debe iniciar la limpieza bucal.

La segunda interrogante planteada a las pacientes estaba referida a los materiales que utiliza para hacer efectiva la limpieza bucal a sus hijos.

Se puede observar en la Tabla 2. que el 23.3% señala que utiliza gasas con agua, en cambio una buena parte (70%) de las encuestadas indica que emplea gasas con miel, y solamente un 6.7% afirma que solamente utiliza gasa para la limpieza bucal de los infantes. De acuerdo con los porcentajes obtenidos se puede afirmar que las madres en estudio tienen un buen conocimiento en lo que respecta al material para la limpieza bucal de los niños.

Seguidamente, se indagó sobre el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas acerca de las funciones del cepillo de dientes.

El 58.3% considera que la función principal del cepillo de dientes es limpiar y remover los restos de comida, el 31.7% para evitar caries y solamente un 10% afirmó para quitar el mal aliento. Con estos porcentajes se puede aseverar que se tiene un buen conocimiento sobre funcionalidad del cepillo de dientes en la limpieza bucal.

Unos de los aspectos centrales en la salud bucal es el referido a la forma en cómo se deben cepillar los dientes a los niños. En este sentido, los resultados obtenidos se muestran en la Gráfica 5.

Se puede deducir que el 83.33% considera que se debe cepillar dientes y lengua de arriba abajo y en forma circular, el 15% indicó que se debe limpiar dientes y lenguas

y 1.67% piensa que solo los dientes. Estos resultados ponen en evidencia un buen conocimiento acerca de la forma idónea de cepillar los dientes a los niños.

Otro aspecto considerado fue el conocimiento que tienen las embarazadas sobre la edad en que es conveniente llevar al niño al dentista.

En este caso, el 67% de las encuestadas considera que la edad idónea para llevar al niño o la niña al dentista es cuando le salen los dientes, el 23% considera que hasta que el niño cumpla el año de edad, y un 10% indica que a los seis meses de edad. Tomado como referencia estos porcentajes obtenidos se puede afirmar que las embarazadas que fueron parte del estudio poseen un bajo nivel de conocimiento en lo que respecta a la edad en que se debe visitar por primera vez al dentista, que es a los 6 meses.

Seguidamente se muestran los resultados obtenidos en lo que se refiere al nivel de conocimiento de dieta que tiene las embarazadas que fueron parte del estudio. En este caso, primeramente, se preguntó ¿qué es comer sanamente? Para la cual se obtuvieron los siguientes resultados.

El 91.7% de la muestra considera que comer sanamente implica llevar una alimentación sana, variada y equilibrada, el 6.7% considera que comer cocido y sin grasa, y solamente un 1.77% piensa que es comer frutas y verduras.

También se preguntó ¿Hasta qué edad cree conveniente amamantar exclusivamente al niño?

En esta ocasión se tiene que el 26.7% considera que, hasta los 6 meses conviene amamantar al bebé, en cambio el 45% piensa que, hasta el primer año de edad, y solamente un 28% indica que esta el bebé no quiera.

La siguiente interrogante que se planteó en el estudio fue que, si el bebé tiene dientes, entonces ¿hay que quitarle el pecho?

En la Gráfica 7. se puede apreciar que el 82% considera que no se debe quitar el pecho si el bebé tiene dientes, en cambio, el 18% señaló que si se debería dejar de amamantar al bebé. Con base a estos datos se ponen en evidencia un conocimiento aceptable acerca del aspecto indagado.

A las mujeres embarazadas que fueron parte del estudio, también se les preguntó sobre la forma de alimentación que se debe realizar por la noche.

Se observa que 42 de las 60 encuestadas (70%) señala que se debe retirar la pacha y darle agua, así mismo, 17 de las embarazadas (28.3%) y solamente una (1.7%) de ellas piensa que le debe dejar dormir con la pacha toda la noche. Por tanto, se puede afirmar que la muestra presenta un conocimiento moderado en lo que respecta a la forma de alimentación por la noche.

Ahora bien, uno de los aspectos fundamentales en la higiene bucal está referido a la conceptualización y caracterización de las caries dentales. En este sentido se preguntó ¿Qué es caries dental? Y los resultados encontrados se exponen de este modo, de la muestra en estudio, el 50% indica que las caries son puntos negros en los dientes y muelas, el 28.3% que son manchas en los dientes, y un 21.7%, es cuando los dientes se debilitan y se forman cavidades.

Ahondando un poco más en lo concerniente al conocimiento que tienen las embarazadas sobre las caries, se planteó la interrogante: ¿a los niños pequeños les pueden aparecer caries?

De la Tabla 6., se puede observar que el 90% de la muestra especifica que a los niños si le puede aparecer caries, en contraposición un 10% señala lo contrario.

De acuerdo con estos datos obtenidos se puede afirmar que las madres en fueron parte del estudio tienen un buen conocimiento de la temática indagada. Por otra parte, también se consideró indagar sobre las acciones que realizarían con la finalidad de evitar caries en los niños.

El 46.7% considera que la función principal del cepillo de dientes es limpiar y remover los restos de comida, el 31.7% para evitar caries y solamente un 10% afirmó para quitar el mal aliento. Con estos porcentajes se puede aseverar que se tiene un buen conocimiento sobre funcionalidad del cepillo de dientes en la limpieza bucal. Posteriormente se preguntó por el tipo de alimentación que se debe proporcionar a los niños para mantener los dientes sanos. Al respecto las madres señalaron lo siguiente:

El 50% de la muestra considera que para mantener los dientes sanos es necesario llevar una alimentación variada, sana y equilibrada, complementando esta idea, un 46.7% considera indica que nunca se les debe dar dulces, y solamente un 3.3 % piensa que la salud dental implica consumir solo comida cocida, la alimentación variada se refiere a incorporar a partir de los 6 meses todos los grupos alimenticios excepto los lácteos y mariscos crudos hasta los 12 meses, esto quiere decir que se empieza la alimentación complementaria con verduras, frutas, carnes, huevos.

Y para finalizar se preguntó lo siguiente: ¿luego que aparecen todos los dientes, cada cuanto cree conveniente llevar al niño a consulta con el dentista?

El 90% señaló que, cada seis meses, el 6.7 % cuando le duela un diente o una muela, y el 3.3% en caso que requiera una extracción. Tomando como referencia estos porcentajes se puede afirmar que las embarazadas involucradas en el estudio tienen un buen conocimiento sobre el tema indagado.

ANALISIS DE RESULTADOS

Este estudio muestra los conocimientos sobre higiene bucal y la primera alimentación que tienen las embarazadas que están esperando a sus hijos, se logró observar que hay déficit en algunos conocimientos esenciales para mantener una higiene bucal adecuada en los niños. Se demuestra que en las mujeres que estas no han sido capacitadas en los controles prenatales, y que la higiene de los niños al parecer no es una prioridad para las madres. Existen una diversidad de estudios que analizan el tema de la escolaridad específicamente de la salud bucal, como uno realizado en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia, en el cual la prevalencia de caries fue de 51 % (mal estado de salud bucal) y el 59 % viven con madres de bajo nivel educativo.

En el presente estudio, resultó evidente la presencia de desconocimiento en las encuestadas lo que conllevará a los niños con mal estado de salud bucal, también reflejará en las madres que no estudiaron en la universidad teniendo bajo nivel escolar. Estos resultados coinciden con el estudio de Texeira que refiere que la mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor (Teixeira et al, 2011).

Un estudio contradictorio a los resultados de este estudio es uno realizado en Cuba donde se refiere que el 86 % de los adolescentes y el 92 %, de sus madres poseían un alto nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos en los hijos se asoció significativamente al de sus madres (Lavastida y Gispert, 2015).

Otro estudio realizado en madres de niños entre 3 a 5 años refiere que si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son

aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados (Benavente, 2012).

Otro equipo de investigadores evaluó, también en Medellín, el nivel de conocimiento posterior a una intervención educativa en la cual destaca que el nivel de conocimiento aumenta ostensiblemente sin reportar las cifras iniciales o finales del mismo. Participaron del programa 178 madres y se destacaron en las preguntas de tiempo de inicio de la higiene bucal y de las consecuencias del uso prolongado del chupete. Demostraron que las charlas educativas son efectivas como herramienta para elevar el nivel de conocimiento en las madres y cuidadoras de menores de 6 años. Así el 70,9% de las participantes con bebés de entre 10-12 meses de edad tuvieron un buen nivel de conocimientos, en el grupo de madres de niños de 7-9 meses fue de 66.6% (Campos et al, 2010).

La edad de la madre, es un dato muy importante, las embarazadas jóvenes apenas están desarrollando sus capacidades para ser madres, no son odontólogas, ni especialista en problemas de la boca, situación que no es necesaria. Pero entre menos edad, mayor irresponsabilidad. Predominó la edad de 15 a 22 años en la mayoría de las encuestadas, esto conlleva a cuidados neonatales inadecuados, donde existe influencia de mayor edad, y que es negativo para el crecimiento del bebe. Existen una gran gamma de creencias, ritos que se transmiten de generación en generación que solo demuestra mayor ignorancia y posibles enfermedades en los niños.

Existe en este estudio, la valoración de los antecedentes de embarazos, y algo muy impactante fue el predominio de mujeres con un embarazo anterior. Pero esto, puede afectar relativamente, porque tener hijos trae un mayor desgaste de los

dientes, de ahí la frase: cada hijo cuesta un diente. Eso podría ser la importancia de dichos datos.

Existe, por parte de la población, la tendencia a restar importancia a los dientes temporales, puesto que por todos es sabido que van a ser sustituidos por los permanentes; sin embargo, hay que cuidarlos, porque ejercen una importante función y cualquier alteración repercute en el correcto desarrollo de la dentición posterior (Santiso et al, 2013).

En los niños lactantes, al principio, se les puede limpiar las encías con una gasa o una tela húmeda. Al mantenerlas limpias, se reduce el número de bacterias bucales y la producción de ácidos, y con ello la erupción dental tendrá menos complicaciones. En el contexto nicaragüense muchos lo hacen con un poco de miel, o con agua con sal, lo cual queda a la opinión de las mujeres de Nicaragua.

El comienzo del cepillado dental en el niño debe ser en cuanto erupcionen sus primeros dientes (González et al, 2014) y los motivos son dos: primero para limpiarlos y, además, para ir habituando al niño a que practique de forma sistemática la higiene bucal, lo que resultará fundamental para mantenerla durante el resto de su vida.

Una de las técnicas de cepillado más utilizada es la Stillman modificada. Es importante que los padres conozcan cuál es la técnica correcta para el cepillado dental antes de enseñarla a sus hijos, porque si el procedimiento no se aprende bien desde el principio, luego resulta difícil de corregir. Las embarazadas refirieron en su mayoría la técnica circular, desconociendo realmente de la técnica de stillman, la cual consiste en que se hace un barrido desde la encía hacia el diente, de esta manera se limpia la zona interproximal (interdental) y se masajea el tejido gingival, evitando enfermedades dentales

Se debe tener en cuenta que el niño aprende por imitación, observando las acciones de sus padres y hermanos. Por naturaleza, el niño realizará un cepillado horizontal. Hasta los 6 o 7 años, no tiene el desarrollo psicomotor suficiente para aprender a

realizar un cepillado de barrido adecuado. Antes de esta edad no hace falta enseñarle la técnica correcta, lo importante es que se cepille los dientes.

A los 6 o 7 años, puede iniciarse la técnica de cepillado vertical, cepillando desde la encía al diente. Se ha comprobado que existe un índice determinado en cuanto al desconocimiento por parte de la población acerca de las consecuencias de la mala higiene bucal; por ello, es de suma importancia la prevención.

De acuerdo con la educación de los padres, tutores o cuidadores sobre la higiene bucal, se deben combatir la formación precoz de caries y se deben mejorar los índices de salud bucal de la población infantil. Los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto a la relación inversamente proporcional existente entre el nivel de conocimiento que tenían las madres sobre la dentición temporal y su importancia, y el estado de salud bucal del niño. Esto coincide con el estudio de Tascón y colaboradores donde se refleja que la mayoría de las madres desconocían la importancia de la dentición temporal (Tascón, 2014).

Paralelamente a la higiene de la cavidad oral, se deben de informarse sobre la alimentación ideal en los niños para prever el problema de caries dental y saber que empezar a ofrecer al niño, tomando en cuenta la edad, el desarrollo de la dentición y los recursos con que se cuentan. Hay una diversidad de alimentos que se pueden ofertar al bebé, que son inocuos, y que si se mantiene la limpieza cualquier alimento puede probar el bebé.

Probablemente uno de los factores que más esté incidiendo en el bajo nivel de conocimientos de las personas incluidas en este estudio, sean las deficiencias de los diferentes métodos de promoción de salud. Es necesario propiciar información, pero ésta por sí sola no es capaz de originar cambios en la conducta de los individuos, es indispensable facilitar escenarios para el intercambio de opiniones, experiencias, sentimientos y la elaboración de nuevos mensajes educativos. Los resultados coinciden en tendencia con un estudio efectuado con la finalidad de obtener mayor información acerca del conocimiento materno después del parto, en relación a los cuidados bucales del recién nacido y del bebé.

Las limitaciones para este estudio, fueron el tiempo destinado a la recolección de datos en el centro, la exposición continua en tiempos de pandemia, y a veces la rapidez con que se encontraban las embarazadas, además de sentirse extrañas con preguntas que en el momento tal vez no tenían respuestas. Como fortalezas de este estudio, se muestra que existe un problema serio en las próximas madres con respecto a la higiene de la boca de los recién nacidos y futuros niños. Es necesario crear estrategias que mejoren estos resultados y promueven una salud bucal desde los primeros años de vida.

En conclusión, hay un bajo porcentaje de conocimiento de higiene bucal en las madres de las encuestas, así como del momento ideal para la primera consulta del pequeño, por ello es menester establecer y puntualizar mecanismos y directrices para la promoción de los cuidados orales del niño. Los resultados de la investigación indican la recomendación de desarrollar programas educativos a fin de proporcionar a los participantes métodos de prevención y concienciación de salud bucal. Los conocimientos acerca de la higiene oral, y el momento oportuno para iniciarla, son métodos eficaces para el control de la placa microbiana, causa fundamental en la aparición de la caries y gingivitis, enfermedades frecuentes en la cavidad bucal, especialmente en los niños pequeños.

La atención conjunta en un equipo de salud que integre al pediatra y al odontopediatra debe instituirse precozmente, en función de un papel educador y portador de información, a fin de que las madres adquieran conciencia y se empoderen de las medidas de higiene y dietas protectoras.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas en las encuestadas que predominaron fueron el grupo etario de 15 a 22 años, con escolaridad secundaria. Presentaron en su gran mayoría antecedentes de 1 a 2 hijos previos al que esperaban.
2. Con respecto a los conocimientos, una gran parte cree que hasta los 6 meses se le debe limpiar la boca al infante, ya que deja de mamar a esta edad. De igual manera refirieron limpiar la boca del bebe con gasa y miel. Ellas mencionaron que realizaban la limpieza de dientes con cepillos, usando técnicas circulares; y que es mejor hacer la limpieza cuando salen los dientes.
3. Con respecto a los conocimientos sobre la alimentación, la mayor parte refirió llevar una alimentación sana, variada y equilibrada. Y que deberían amamantar a su hijo por un año al menos. Algunas sugieren que si tiene dientes hay que quitar la leche, lo cual es un aspecto a mejorar en su conocimiento por el momento.
4. Se confirmó que las encuestadas no sabían que es la caries, como se evita y que abordaje debe de hacerse en esos casos, tampoco conocían cada cuando se debe visitar al dentista.

RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud

- Promover la salud bucal y sus principales aspectos en los programas para las mujeres embarazadas a través de charlas sobre el cuidado oral para el recién nacido y los bebés antes y después de la erupción de dientes.
- Promover capacitaciones continuas a las embarazadas, al personal de salud y a los niños más grandes para que la salud bucal sea de cuidado fundamental en la prevención de problemas de salud graves.

A organismos

- Que realicen material educativo que se pueda compartir con las embarazadas de fácil comprensión para que se crea la cultura de las medidas de higiene en los niños, en conjunto con la que ya existe de COLGATE.

A la facultad de odontología de UNAN- Managua o León

- Dar una clase de Odontología social y preventiva que es charlas a niños en las escuelas, también se podría implementar charlas a las mamás y a los docentes de las escuelas.

A las embarazadas

- Estar abiertas al cambio de paradigmas culturales que dificultan el aprendizaje y desarrollo de una higiene adecuada de la boca.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Dental Association Council on Scientific Affairs (2014). Fluoride toothpaste use for young children. *J Am Dent. Assoc*; 145(2): 190-1.

American academy of pediatric dentistry (2014). Guideline on infant oral health care. Reference manual 2014 – 2015. *Pediatr Dent*; 37 (6): 146-150

AIEPI (2018). Atención integral de la niñez. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua.

Benavente Lipa LA, Chein Villacampa SA, Campodónico Reátegui CH, Palacios Alva E, Ventocilla Huasupoma MS, Castro Rodríguez A, Huapaya Paricoto O, Álvarez Paucar MA, Paulino Córdova W, Espetia Aguirre A (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 16 de julio de 2012 [citado 1 de octubre de 2021];15(1):14-8. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2823>

Campos L, Rabaldo Bottan E, Bez Birolo J, Garcia da Silveira E, Eger Schmitt BH. (2010) Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). *Rev Sul-Bras Odontol*; 7(3):287-95.

Cisneros DG, Hernández BY. (2011) La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Medisan*.15 (10): 1445-58.

Cotton Cotton KT, Seale NS, Kanellis MJ, Damiano PC, Bidaut-Russell M, McWhorter AG. (2011) Are general dentists' practice patterns and attitudes about treating Medicaid - enrolled preschool age children related to dental school training? *Pediatr Dent* 23(1): 51-5

Cunha RF, Delbem ACB, Percinoto C, Saito TE. (2010) Dentistry for babies: a preventive protocol. *J Dent Child*; 53: 89-92.

Erickson PR, Mazhari E. (2019) Investigation of the role of human breast milk in caries development. *Pediatr Dent*; 21 (2): 86-90

González Martínez F, Sierra Barrios CC, Morales Salinas LE. (2011) Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Pública Méx [internet]. [citado 11 jun. 2021];53(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es

OMS, (2019). Principios De Orientación Para La Alimentación Complementaria Del Niño Amamantado.

OMS (2011). La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.

OMS. (2013) Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2013

OPS. (2013). La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.

OMS. (2016). Alimentación del Lactante y del niño pequeño. Representación Nicaragua.

Lavastida Fernández, MA & Gispert Abreu E. (2015). Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. Revista Cubana de Estomatología, 52(Supl. 1), 30-41. Recuperado en 01 de octubre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500005&lng=es&tlng=es.

Formato Documento Electrónico(Vancouver)

Magalhães AC, Rios D, Honório HM, et al. (2009) Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. Odontologia. Clín.-Científ; 8(3):245-249.

Moscardini V; Díaz H; De Rossi; Paulo Nelson-Filho; Andiará De Rossi. (2017) Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Vol 7. No 2.

MacFarlane TW, Saramanayake LP (2009): Oral ecosystem and dental plaque. In Oral Microbiology. London: Wright, p 21–3

Modesto A, Lima KC, Uzeda M. (2010) Effects of solutions used in infant's oral hygiene on biofilms and oral microorganisms. ASDC J Dent Child; 67(5): 338-44.

Nelson. (2020) Tratado de Pediatría. Mcgraw-hill editorial. Ed 21.

Noguerol B, Llodra JC, Teixerra H, Echeverría J, Sanz M, Martínez P, et al. (2014) Control de Placa e Higiene Bucodental. Resumen del 1er Workshop Ibérico. Periodoncia y osteointegración; 14 (2): 93-104

Romulus-Nieuwelink JJ, Doak C, Albernaz E, Victora CG, Haisma H. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. Int J Pediatr Obes 2011; 6(2): 508-14.

Santiso Cepero A, Torres Ulloa M, Álvarez Curbelo M, Cubero González R, López Martín D. (2010). Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. Mediciego [internet], 16(Supl.1)

Tascón, JE, Aranzazu L, Velasco T, Trujillo K, Paz M. (2015) Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Colomb Méd [internet]. oct.-dic. [citado 26 ago. 2014];36(4 Supl. 3): [aprox. 6 p.].

Teixeira González, P, ; Vázquez Caballero, C; Domínguez Samudio, V; Portaluppi Elizeche, V; Alfonzo Cuenca L ; Mao Bernal C, Ferreira Gaona M; Pérez Bejarano N; Del Valle de Abbate N; Sanabria Vázquez D. (2011) Nivel De Conocimiento De Madres Sobre Higiene Bucal En Niños De 0 A 3 Años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag; Vol. 1 (1): 3-12

ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

Encuesta dirigida a mujeres embarazadas

Tema de Investigación

Nivel de conocimiento de mujeres embarazadas sobre dieta e higiene bucal del niño antes y después de la erupción dental primaria que asisten al centro de salud Pedro Altamirano periodo diciembre 2020.

Soy alumna del 5to año de Facultad de Odontología de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), y estoy realizando un trabajo investigativo acerca del conocimiento que usted tiene sobre dieta e higiene bucal a implementar con su hijo(a), por lo tanto, solicito su valiosa colaboración brindando la información que se pide en los datos generales y posteriormente marcando X dentro del paréntesis, en la opción de respuesta con la que más se identifique. Cabe aclarar que toda la información recolectada será manejada de forma confidencial, es por eso que se pide veracidad al completar la encuesta. De antemano se agradece su grandiosa ayuda.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1.- Características sociodemográficas.

Edad_____ Escolaridad: analfabetismo____ primaria____ secundaria____
universitaria_____

2. Antecedentes

Número de embarazos previos: Ninguno____ 1 a 2____ 3 a 4____

Mes de encuesta: _____

3. ¿a qué edad se le debe empezar a limpiar la boca al niño?

6 meses____ cuando sale el primer diente____ hasta el año____

4. ¿Qué materiales que utiliza para hacer efectiva la limpieza bucal a sus hijos?

Gasa con agua____ Gasas con miel____ Solo con gasa____

5. ¿Qué se hace con cepillar los dientes?

Limpieza____ Evitar caries____ Quitar mal aliento____

6. ¿Qué técnicas o que hace con el cepillo de dientes?

Técnica circular____ Limpieza de lengua y dientes____ Cepillar dientes____

7. ¿Qué edad es conveniente para llevar al niño al dentista?

Cuando salen los dientes____ A los 6 meses____ Al año____

8. ¿Qué es comer saludable?

Comer frutas y verduras____ Alimentación sana, variada y equilibrada____

Comer cocido, sin grasa____

9. Hasta que edad de debe amantar?

6 meses____ 1 año____ Hasta que no quiera____

10. Hay que quitarle al bebe su lactancia materna, por ya comer. Si____ No____

11. Que se recomienda en la noche con las comidas.

Le debe dejar dormir con la pacha toda la noche____

Retirar la pacha y darle agua____

No darle pacha en la noche____

12. ¿Qué es la caries?

Son puntos negros en los dientes y muelas____ La caries dental es cuando los dientes se debilitan y se forman cavidades____ Son manchas en los dientes____

13. Los niños pequeños padecen de dengue: Si____ No____

14.- Que medidas que deben cumplir.

Lavarle 3 veces al día____ No darle dulces____ Darle de comer saludable____



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha invitado a participar en la encuesta “Nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre la dieta e higiene bucal en sus niños atendidos en el centro de salud Pedro Altamirano en el período de noviembre a diciembre, 2020.”.

He leído el propósito de dicha encuesta, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo acepto y participo voluntariamente.

Contestare todas las preguntas, y he sido informado de los objetivos de la investigación. La cual incluye información clara y precisa de la investigación, relativa al propósito del estudio, modalidad de participación, riesgos y beneficios, voluntariedad, derecho a conocer los resultados, derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Firma: Si acepto_____

GRAFICAS

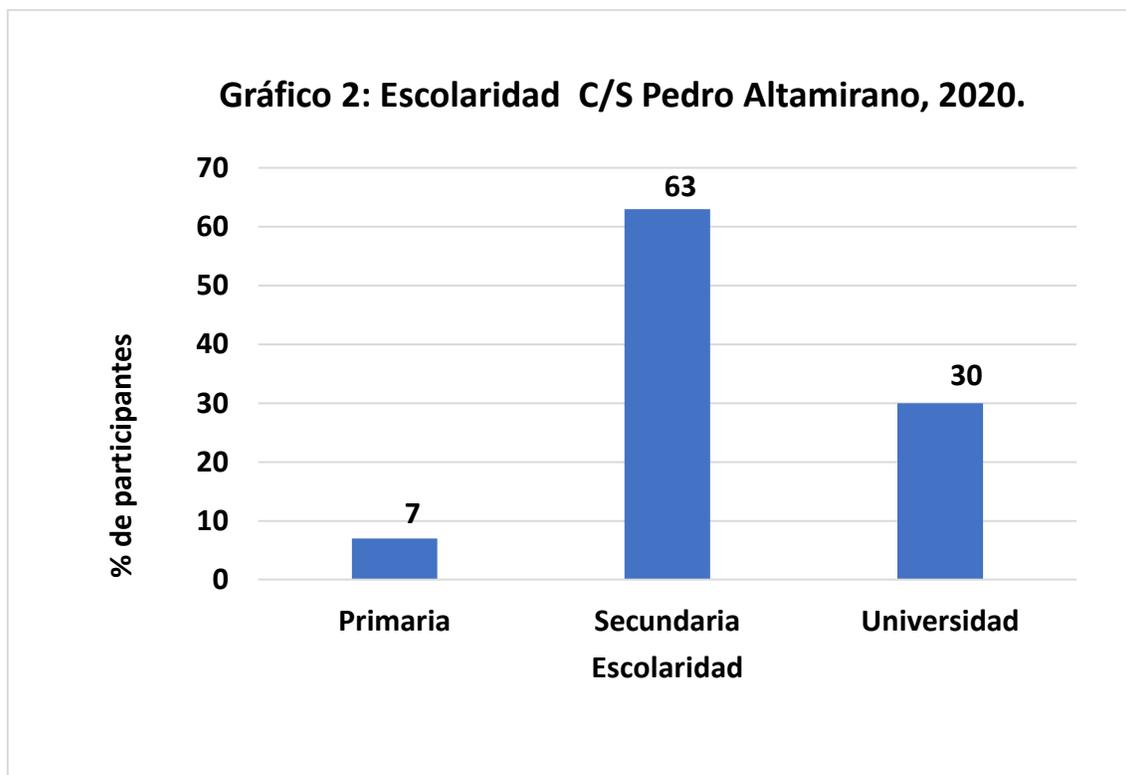
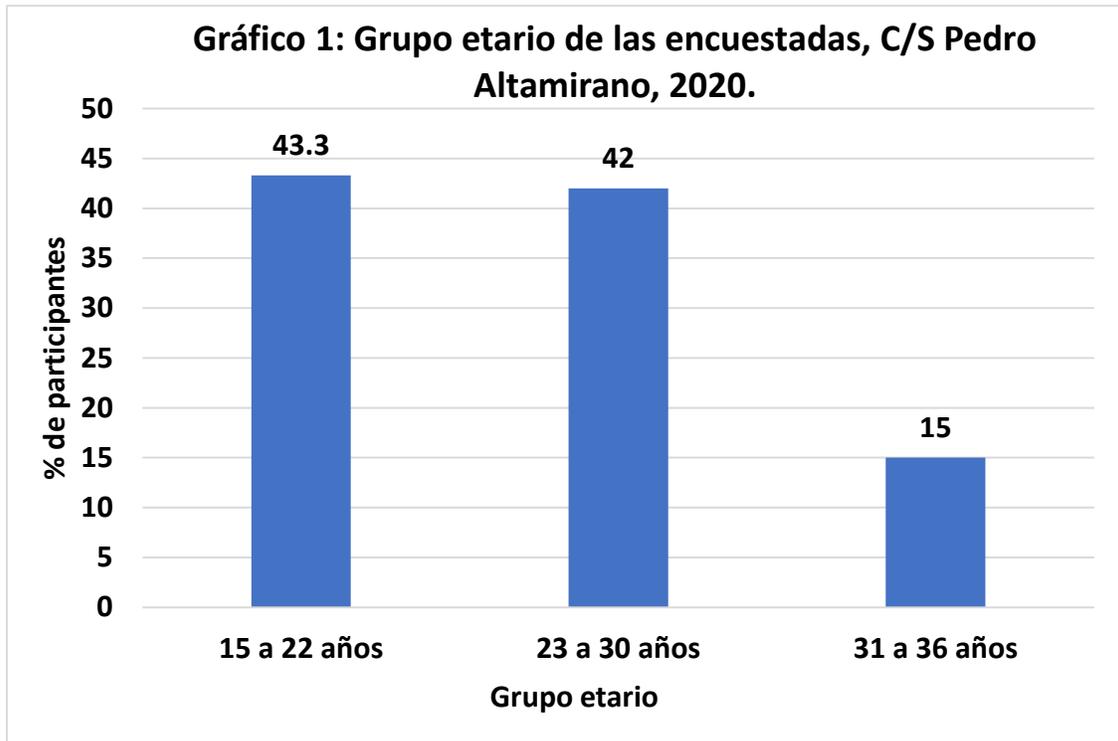


Gráfico 3: Antecedentes de embarazos anteriores C/S Pedro Altamirano, 2020.

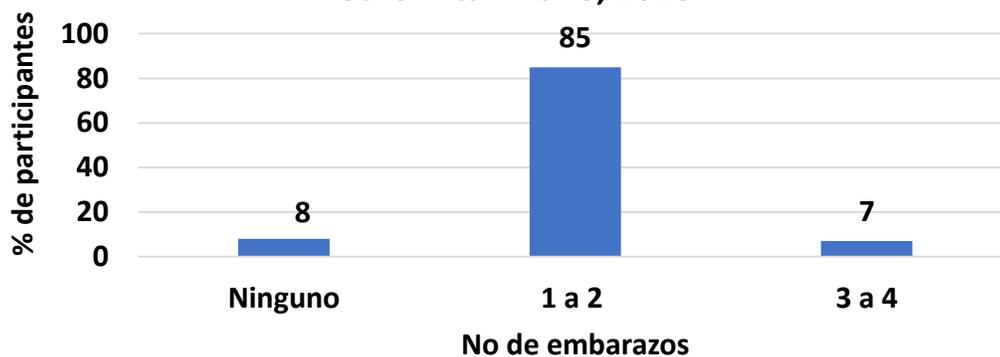


Gráfico 4: Mes de embarazo en el momento de la encuesta a embarazadas, C/S Pedro Altamirano, 2020.

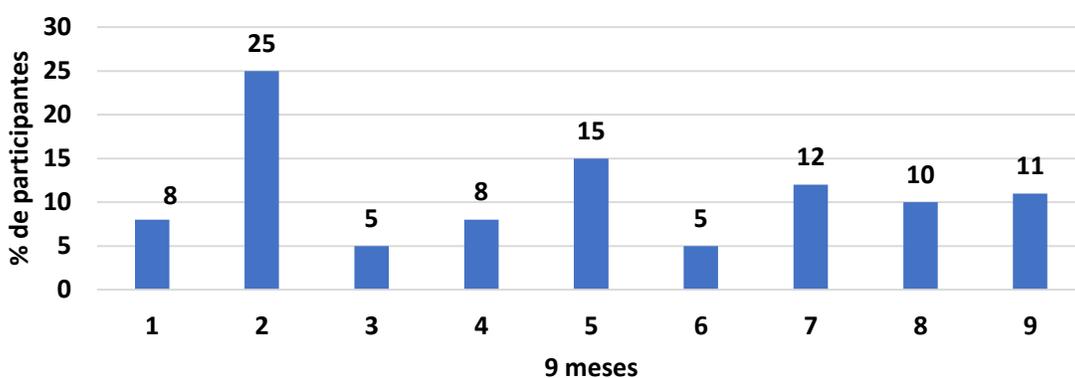
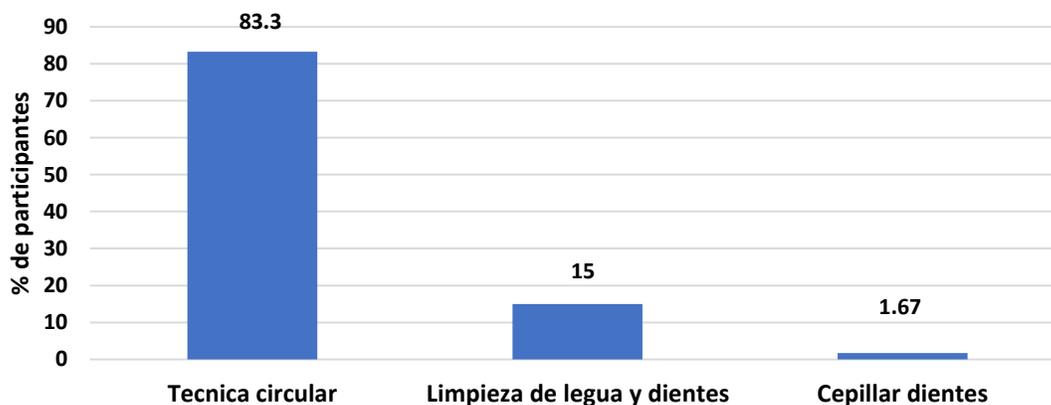
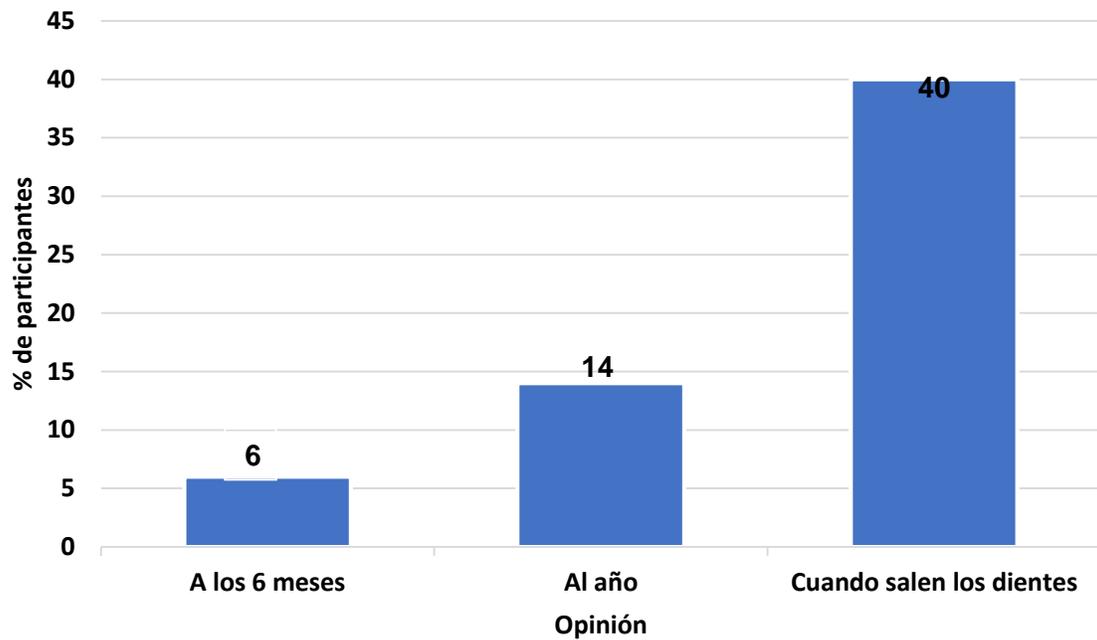


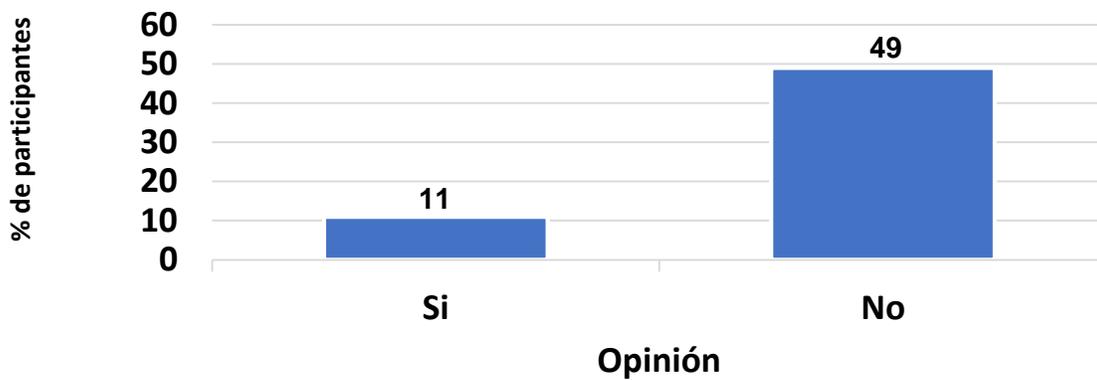
Gráfico 5: Técnica para cepillar los dientes según las embarazadas C/S Pedro Altamirano, 2020.



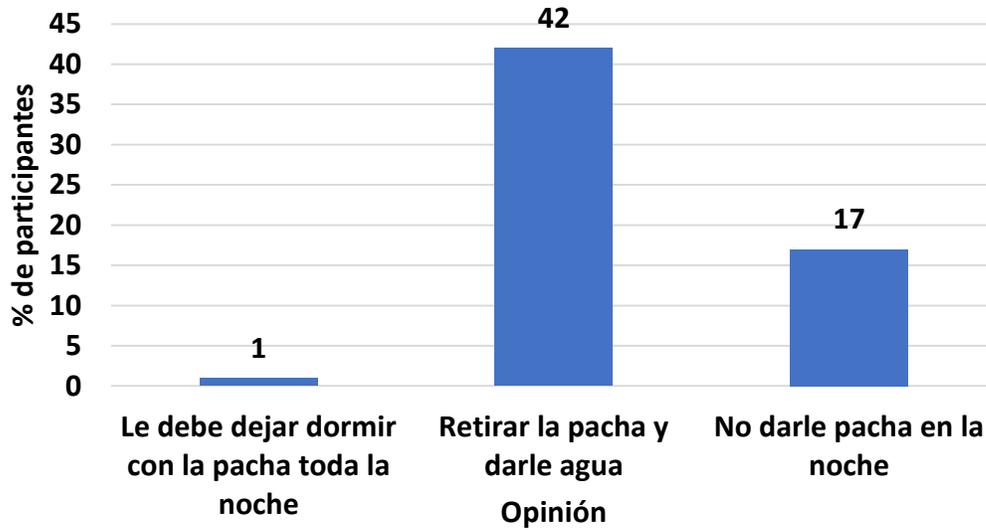
Gráfica 6. Edad para lavar la cavidad oral.



Gráfica 7. Si el bebé tiene dientes, entonces ¿hay que quitarle el pecho?



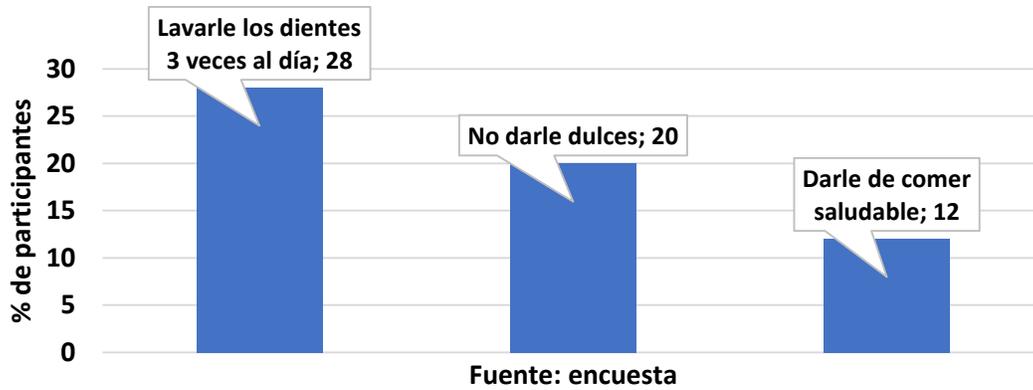
Gráfica 8. Alimentación nocturna de los bebés.



Gráfica 9. Concepto de caries.



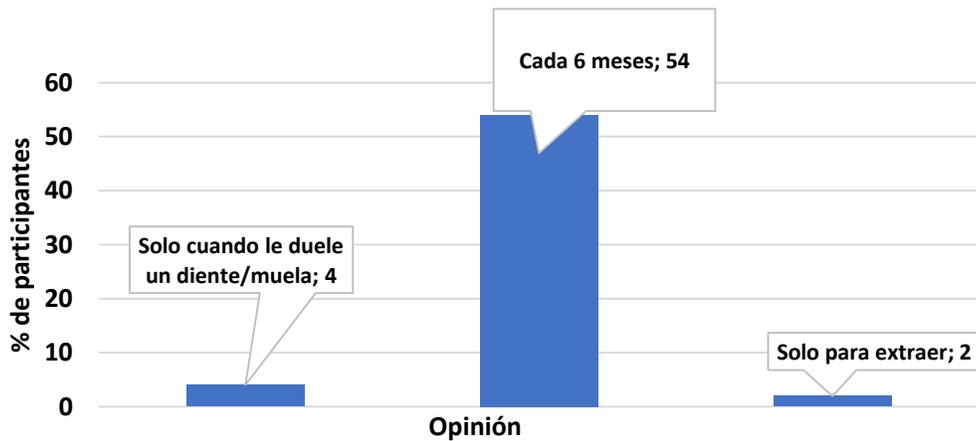
Gráfica 10. Acciones para evitar caries según las embarazadas.



Gráfica 11. Alimentación para evitar caries.



Gráfica 12. Frecuencia para visitar al dentista.



TABLAS

Tabla 1. Edad para iniciar limpieza bucal.

	Frecuencia	Porcentaje
6 meses	50	83.3
Cuando sale el primer diente	8	13.3
Hasta el año	2	3.3
Total	60	100.0

Tabla 2. Material para limpieza bucal utilizado.

	Frecuencia	Porcentaje
Gasas con agua	14	23.3
Gasas con miel	42	70.0
Solo con gasa	4	6.7
Total	60	100.0

Tabla 3. Funciones del cepillo de dientes.

	Frecuencia	Porcentaje
Limpiar dientes y remover restos de comida	35	58.3
Evitar caries	19	31.7
Quitar el mal aliento	6	10
Total	60	100.0

Tabla 4. Significado de Comer saludable.

	Frecuencia	Porcentaje
Comer frutas y verduras	1	1.7
Llevar una alimentación sana, variada y equilibrada	55	91.7
Comer cocido, sin grasa	4	6.7
Total	60	100.0

Tabla 5. Tiempo para amamantar el bebé

	Frecuencia	Porcentaje
6 meses	6	26.7
1 año	27	45
Hasta que el bebe no quiera	17	28.3
Total	60	100.0

Tabla 6. Según encuestadas. ¿A los niños les puede aparecer caries?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	90.0
No	6	10.0
Total	60	100.0
