



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Odontología

Tesis monográfica para optar al título de Cirujano - Dentista

**“Nivel de conocimiento de las multigestantes sobre higiene oral en bebés,
albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada, y Blanca
Arauz en Nindirí, Masaya de Septiembre a Noviembre 2021”.**

Autoras:

Br. Miriam De Los Ángeles Torres Ríos

Br. Jeannette Auxiliadora Palacios Mercado

Tutor:

Dra. Tania López Martínez

Marzo, 2022

Agradecimiento

En primer lugar, queremos agradecer a Dios, por habernos permitido llegar a culminar nuestros estudios.

Queremos agradecer a nuestra tutora la Dra. Tania López Martínez quien, con sus conocimientos y apoyo, nos guio y fue parte principal para llegar a la culminación de nuestro trabajo.

A las casas maternas que nos apoyaron y acogieron para poder llevar a cabo nuestro estudio, en especial a las encargadas de cada una de las casas maternas por siempre estar al pendiente y brindarnos su apoyo.

A nuestros docentes por haber sido parte de nuestro proceso de formación.

A las madres embarazadas que formaron parte de nuestro estudio.

Y a todas aquellas personas que siempre estuvieron al pendiente brindándonos su apoyo.

Dedicatorias

Llena de mucha alegría y orgullo, le dedico este logro a Dios por haberme permitido llegar a recorrer este camino, lograr culminar mis estudios, por una meta que me ha dejado alcanzar, por ese logro que no es solo mío, sino que también le pertenece a mi familia.

A mi padre y madre, mis pilares fundamentales que siempre estuvieron ahí para brindarme su apoyo incondicional, por su dedicación, empeño, por todo el sacrificio que hicieron y por cada uno de los consejos que me brindaron. Sin ustedes no hubiese sido posible la culminación de mi carrera

A mis hermanas que siempre estuvieron ahí para brindarme su apoyo, los sacrificios que hicieron, sus palabras de ánimo, el cariño que siempre me han brindado.

A mi sobrina que ahora es un pilar fundamental para mí y mi familia, es esa personita tan especial que me impulsa cada día a salir adelante.

A mis tías por haberme brindado su apoyo, sus consejos, por contribuir a mi formación y porque siempre me tienen presentes en mis oraciones.

A mis seres queridos que ya no están presentes, donde quiera que estén este logro también es para ustedes.

A ti Luden Dávila, que siempre estuviste presente brindándome tu apoyo incondicional, por confiar en mí y por brindarme tus palabras de ánimo.

Muchas gracias familia por siempre estar ahí en los momentos más difíciles, por siempre brindar su apoyo y palabras de aliento.

Br. Jeannette A. Palacios M.

Esta monografía está dedicada primeramente a Dios y la Virgen Santísima por guiarme en cada paso que he dado, quienes me dieron la fe, fortaleza, salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi papá Adolfo Torres Mendoza (Qepd) por su apoyo incondicional y amor, por haber sido un ejemplo de entrega y dedicación, sin el nada hubiese sido posible, a mi mamá Myriam Ríos por siempre sostenerme de su mano sin soltarme, por su amor incondicional, oraciones y ser el faro de luz en mi vida.

A mis hermanos Adolfo, María José y Francisco por sus oraciones, motivación, apoyo incondicional y ser mi inspiración para cada día ser mejor.

A mi tiita (Qepd) porque se lo feliz que hubiese sido al verme culminar este logro.

A nuestra tutora Dra Tania López Martínez.

Br. Miriam Torres Ríos.

Resumen

El presente estudio se realizó con el fin de evaluar nivel de conocimiento de las multigestantes sobre higiene oral en bebés, albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada y Blanca Arauz en Nindirí, Masaya en periodo de septiembre a noviembre del 2021. Esta investigación está fundamentada en el enfoque cuantitativo, de corte transversal, de naturaleza descriptiva y correlacional. Se tomaron todos los casos de mujeres multigestantes atendidas albergadas en las casas maternas durante el periodo de estudio; se registró un total de 62 mujeres multigestantes. Se procedió a solicitar los debidos permisos de la Facultad de Ciencias Médicas y los directores de los SILAIS de Granada y Masaya, se empleó una herramienta cuantitativa como es la encuesta, la cual se aplicó a las multigestantes albergadas en las casas maternas. El instrumento para la recolección de los datos fue una encuesta creada por los autores enfatizando en la evaluación del nivel de conocimiento que tienen las multigestantes sobre higiene oral en bebés, edad, escolaridad y procedencia de la madre, así como las técnicas de higiene utilizadas, la frecuencia, auxiliares de limpieza y el conocimiento sobre enfermedades orales. Tras la medición del nivel de conocimiento de las multigestantes, se determinó que un 71% de las madres tiene un nivel de conocimiento bueno, un 27.4% un nivel de conocimiento regular y solamente el 1.6% un conocimiento deficiente, lo cual representa que las madres multigestantes poseen un conocimiento bueno en higiene oral en bebés.

Palabras claves: Higiene oral, bebés, multigestantes, conocimiento.

Contenido

1. Introducción.....	9
2. Antecedentes	10
3. Planteamiento del problema.....	15
4. Justificación.....	16
5. Objetivos	17
6. Marco teórico	18
1. Rango de edades de las madres.....	18
2. Nivel de escolaridad	20
3. Características de la cavidad bucal en el bebé	21
4. Cronología de la erupción dentaria.....	22
5. Placa Bacteriana.....	23
6. Higienización bucal previo a la erupción dentaria.....	25
7. Técnicas de higiene oral en dentición decidua.....	27
8. Auxiliares de limpieza.....	28
9. Higiene oral deficiente.....	30
10. Problemas de salud oral.	30
7. Hipótesis.....	40
8. Diseño metodológico	41
9. Resultados.....	47
10. Análisis y discusión de resultados.....	51
11. Conclusiones	54
12. Anexos.....	56

I. Introducción

La educación para la salud oral es uno de los ejes que aseguran la preservación de la salud integral del niño, asegurándole una mejor calidad de vida.

La salud y la prevención de las patologías bucales siempre han sido prioridad para el odontólogo tanto en la vida adulta como en la infancia, recientemente en los últimos años, la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica ha reconocido que la salud bucal perinatal e infantil son los cimientos sobre los cuales la educación preventiva y el cuidado dental deben asentarse para mejorar la oportunidad de que un niño tenga toda una vida libre de enfermedades bucales prevenibles. (Bueno, 2021)

En la actualidad se asume que la falta de conocimiento es por parte de los padres de familia, Los padres de familia son los responsables de la educación para la salud bucal en los hogares; principalmente las madre siendo ellas las primeras educadoras; ya que el infante depende totalmente de ella, pero no todas están preparadas para poder realizarlo correctamente, muchas de ellas transmiten a sus hijos la cultura que ellas recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, algunas veces perjudiciales para el niño (Paz Mamani, 2015).

La atención dental temprana del bebé, debe comenzar desde los primeros meses de vida, y dar inicio a actividades preventivas a partir de los 6 meses de edad o desde la erupción del primer órgano dental, esto trabajando en equipo los odontólogos con los padres, cuya finalidad es educar a los padres acerca de los cuidados oportunos y preventivos del sistema estomatognático desde el nacimiento, creando buenos hábitos desde casa y la correcta higiene bucal. Ya que los comportamientos positivos del niño en esta etapa se establecerán y desarrollarán a lo largo de la vida, permitiendo mantener un estado de salud bucal integral (Bueno, 2021).

II. Antecedentes

Teixeira et al. (2010) en Paraguay, realizaron un estudio titulado **“Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo. Paraguay, 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. 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. 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, 2010).

De manera similar, Peña Duran, C. en Santiago-Chile en el año 2014, realizó un estudio titulado **“Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral”**. El propósito fue describir el conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de edad de 3 comunas de bajos ingresos de la Región Metropolitana, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia y compararlo según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral. Se realizó un cuestionario para medir el conocimiento de las madres en Factores de Riesgo de CTI (Factor Primario de la CTI, Hábitos de Alimentación, Hábitos de Higiene y Visitas al Odontólogo). Por lo cual se encuestó a 114 madres de niños de hasta 71 meses de edad de las comunas de Independencia, Conchalí y Maipú. Es por ello como resultado el 63,7% de las madres obtuvo nivel de conocimiento suficiente. Poseían mayor conocimiento en Hábitos de Alimentación y Visitas al Odontólogo. El Nivel de conocimiento resultó ser dependiente del Acceso a Educación en Salud Oral e independiente del Quintil al que pertenecía la madre, su Nivel Educativo y su Edad (Peña Duran, 2014).

En igual forma, Paz Mamani en Lima- Perú en el año 2014, realizó el estudio titulado **“Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” MINSA 2014.”** El objetivo fue determinar nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses que asistieron a los servicios de odontoestomatología de la mujer y odontopediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014, siendo este un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra consta de 369 madres de niños de 0 a 36 meses; se realizó una encuesta estructurada de 20 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres, en donde se abarcó temas como crecimiento y desarrollo, lactancia materna y hábitos alimenticios, higiene oral, caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos. Los resultados obtenidos, se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Concluyendo que el nivel de conocimiento predominante fue el regular con el 56.9% de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el 31.7% y del nivel bueno con el 11.4%; hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos (Paz Mamani, 2015).

Del mismo modo, Marconi Bustinza, A. En Puno- Perú en el año 2017 realizó un estudio titulado **“Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno 2017”** correspondió al nivel descriptivo, con diseño relacional y transversal. El tamaño de muestra fue probabilístico con 50 madres primigestas y 50 multigestas entre las edades de 15 a 43 años, elegidas por muestreo aleatorio simple y con consentimiento de las mismas. Se aplicó un cuestionario sobre salud bucal, con dimensiones de medidas preventivas, higiene oral y salud bucal del futuro bebé. El análisis estadístico utilizado fue descriptivo con tablas de frecuencia absoluta y porcentual, la prueba estadística de Ji cuadrado fue utilizada para analizar la relación entre variables. El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en multigestas fue

bueno en 60%, regular 30% y deficiente un 10%, en primigestas bueno un 28%, regular el 32% y deficiente 12%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.853$). El nivel de conocimiento sobre higiene oral en multigestas, fue bueno en 34%, regular 32% y deficiente 34%, en primigestas con bueno 12%, regular el 28% y deficiente 60%, existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos ($p=0.0001$), presentando un mayor porcentaje de nivel deficiente en las madres primigestas. El nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal del futuro bebé, en multigestas fue bueno en 0%, regular 62% y deficiente un 38%, en primigestas bueno un 2%, regular el 46% y deficiente 52%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.069$). Se determinó la no existencia de relación estadística ($p>0.05$) entre la edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, tanto en madres primigestas y multigestas. El nivel de conocimiento general sobre salud bucal en multigestas es bueno en 16%, regular 66% y deficiente 18%, en primigestas bueno un 14%, regular 58% y deficiente el 28%, no existe diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.289$) en gestantes que asistieron al Centro de Salud J.A.E de Puno en el 2017 (Marconi Bustinza, 2017).

Por su parte, Espinoza Condor en Cerro de Pasco- Perú en el año 2019, realizó un estudio titulado **“Nivel de conocimiento sobre higiene oral del bebé, en madres del centro de salud Uliachín Pasco 2019”**, el estudio se enmarcó en la investigación básica del tipo descriptivo, Observándose como resultados que sobre el nivel de conocimientos de higiene oral del bebé; se analizó el nivel educacional obteniendo que 48.3% tienen Secundaria completa con un total de 28 madres. el promedio conocimiento es de 09.09 de calificativo que las agrupa en un nivel de conocimiento bajo teniendo un 63.3% de madres que han obtenido una nota menor o igual a 10. En cuanto al conocimiento de medidas preventivas para la higiene oral del bebé se observa que 32,8 % de las madres piensan que se debe iniciar la higiene del bebé a los seis meses, asimismo solo el 15.5% ellas indican que se debe iniciar con la higienización en el primer mes de nacido del bebé, concluyendo que la mayoría de madres no está informada de que la higiene del bebé debe iniciar cuando nace. Observamos que el 43.1 % llevaría a su bebé a

los 4 a 6 meses sin embargo el bebé por razones preventivas debe acudir al Odontólogo cuando nace o a más tardar en el tercer mes como lo menciona el 15.5% de las madres, en cuanto a la solución utilizada 86.2 % las madres indicaron que usan agua en la higienización del bebé, solo un 5.2% utiliza agua con agua oxigenada lo que indica que la educación en la prevención IV de la caries en los bebés no se lleva a cabo. Sobre la alimentación un 77.6 % menciona que su niño tiene o ha tenido en los primeros meses lactancia materna absoluta y 22.4% menciona que su bebé tuvo lactancia materna mixta. así mismo las madres indicaron que usan gaza en la higiene del bebé y un 31% utiliza cepillo para la higienización del bebé, el uso de biberón 75.9% de las madres refiere que no lo ha usado antes de los 6 meses y el 24.1% si lo utilizó. Las madres mencionaron sobre la edad de la erupción dentaria el 29.3% es de 6 meses, y el 20.7% que sería de 7 meses observando que la mayoría menciona otros tiempos diferentes no correspondientes al tiempo de erupción dentaria promedio. Sobre la frecuencia en la higienización del bebé, se observa que 43.1 % de las madres indicaron que higienizan al bebé al menos 3 veces por día, asimismo, un 39.7% realiza la higienización 2 veces por día, pero aún existe un 10% de ellas que indico que realiza la higienización solo 1 vez por día. Entonces se puede concluir que este estudio permitirá concientizar sobre la necesidad de la educación en la Higienización del bebe (Espinoza Condor, 2020).

Finalmente, Álvarez Huayhua en Puno- Perú en el año 2019, realizo el estudio titulado “**Nivel de conocimientos de puérperas sobre prevención en salud bucal de niños hasta los 3 años en servicio de gineco obstetricia del HRMNB – PUNO**”, se hizo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra de 166 puérperas, resolvieron una encuesta de 14 preguntas las cuales fueron agrupadas por 5 bloques. Se hizo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra de 166 puérperas, Higiene Oral con el 77% fue adecuado; sobre la caries con el 52% fue inadecuado; sobre Hábitos Nutricionales con el 78% fue adecuado y sobre Tratamientos Preventivos con el 53% fue inadecuado. el nivel de conocimiento de las puérperas difiere significativamente. De 18 a 24 años se encontró un empate

entre adecuado y medio; de 25 a 31 años y 32 a 38 años el resultado fue adecuado y de 39 años a más fue medio. Con nivel primario se encontró un empate entre adecuado e inadecuado; con nivel secundario y técnico fue medio; con nivel superior fue adecuado. Sobre visitas al dentista, higiene oral y hábitos nutricionales fue adecuado; sobre la caries y tratamientos preventivos fue inadecuado (Alvarez Huayhua, 2019).

III. Planteamiento del problema

Las mujeres embarazadas multigestantes que se alojan en casas maternas, que en su mayoría habitan en zonas de difícil acceso, con limitación a programas preventivos en la salud bucal en niños menores a un año, por lo cual, el cargo de las madres es primordial para la comprensión que tengan sobre el tema de higiene bucal, en cierta parte de la población nicaragüenses las madres aplican técnicas de higiene oral inadecuadas a sus niños o la falta de interés en la salud oral de los menores.

La madre adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional. La Educación para la Salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. Por lo tanto, las patologías orales en niños como las caries dentales tempranas y la candidiasis oral son causadas por falta de higiene oral, estas afectan a la población lactante de nuestro territorio nacional.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres y sus conocimientos de técnicas de higiene oral en bebés. Por lo tanto, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en bebés que tienen las embarazadas albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada, y Blanca Arauz en Nindirí, Masaya en el periodo de septiembre a noviembre 2021?

IV. Justificación

La salud oral de los niños se encuentra relacionada con el conocimiento sobre higiene oral de sus madres, por lo que con este trabajo queremos evaluar el nivel conocimiento que tienen las madres multigestantes sobre la higiene oral en bebés basándose en sus experiencias previas. Las madres albergadas en las casas maternas en su mayoría son provenientes de áreas rurales y de escasos recursos económicos, lo que limita el acceso a educación oral.

Para promover estos comportamientos saludables las madres necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo; la información científica es necesaria para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con las tradiciones culturales. Entre estas conductas, la higiene oral adecuada constituye a elementos de la cultura oral sanitaria que se transforman en necesidades y que luego se ejecutan con habitual regularidad. La herramienta fundamental para establecer dichos hábitos es la educación para la salud oral que consiste en la transmisión de dichos conocimientos.

La educación sobre higiene oral debe ser fundamentada en una pedagogía participativa y lograr no sólo cambios cognitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida en un futuro.

Este trabajo servirá de referente para identificar las deficiencias de conocimiento que tienen las madres sobre el tema, los resultados serán significativos para desarrollar programas de educación oral a mujeres embarazadas a través de los odontólogos del Ministerio de Salud en base a estas necesidades. Resultando beneficiados las madres e hijos.

Para los estudiantes de odontología será una base para estudios posteriores.

V. Objetivos

Objetivo general

Nivel de conocimiento de las multigestantes sobre higiene oral en bebés, albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada y Blanca Arauz en Nindirí, Masaya de septiembre a noviembre 2021.

Objetivos específicos

- Caracterizar según edad y escolaridad a las multigestantes.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre higiene oral y las consecuencias producto de una higiene oral deficiente en bebés que tienen las multigestantes.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en bebés que tienen las multigestantes, según la edad y grado de escolaridad.

VI. Marco teórico

1. Rango de edades de las madres

Entre 25 y 108 de cada 1,000 adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe. En Centroamérica, nacen cada año entre 99 y 139 niños por 1,000 mujeres de 15 a 19 años, a excepción de Costa Rica. Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años.

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, seguido de la Costa Caribe con un 30%. Managua y León con un 20%.

La fecundidad de las adolescentes del área rural supera en un 75% a las del área urbana. El 46% de las adolescentes sin educación eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. Los partos entre las adolescentes y jóvenes son más frecuentes en el área rural y aumentan en la medida en que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

En Nicaragua el 15% de las mujeres de entre 15 y 49 años no tiene la posibilidad de planificar sus embarazos.

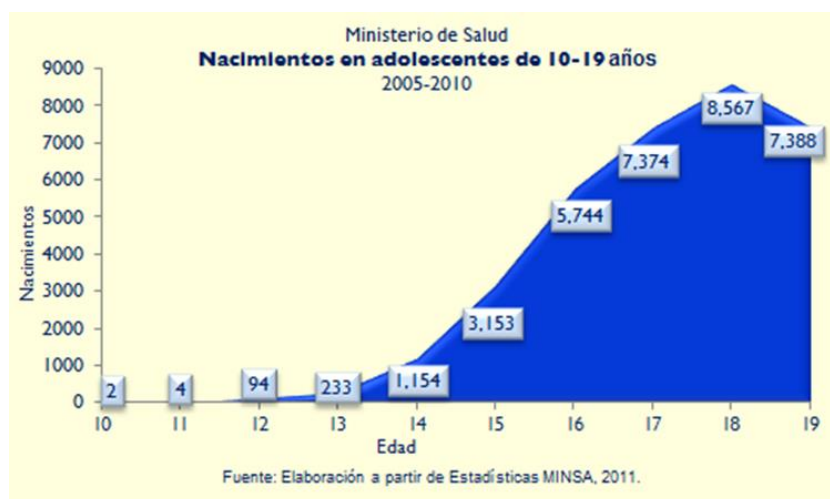
La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla; y madres solteras, sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las metas del Milenio relativas a reducción de la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil.

Para las adolescentes embarazadas, es frecuente el abandono de los estudios, lo que reduce futuras oportunidades de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

La proporción de mujeres entre 20 y 24 años que tuvo un hijo durante la adolescencia es más del doble entre las más pobres que entre las que están en el estrato socioeconómico más alto.

Entre todas las mujeres sexualmente activas de 1 a 19 años (unidas y no unidas), el 86% no desea un hijo en los próximos dos años, y el 36% tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva. El número de nacimientos en madres de 10 a 14 años se ha incrementado en la última década en un 47.9%, según datos de 18 SILAIS, mientras el 25% de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años.

Según estadísticas del MINSA, entre el 2000 y 2009 se pasó de 1,066 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, a 1,577, que representa el 0.47% del total de niñas en esa edad.



Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras, tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

El hijo (a) de la madre adolescente tiene mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor incidencia de muerte súbita, malformaciones, mortalidad perinatal. También corre un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición, y retardo del desarrollo físico y emocional.

Para el padre adolescente es frecuente la deserción escolar para hacer frente a la manutención de la familia. También es común que tengan trabajos de menor

remuneración que sus padres. Y muy frecuentemente el adolescente se desliga de su papel y la descendencia pasa a ser criada y orientada por la mujer.

Una cuarta parte de todos los nacimientos en Nicaragua 35.000 al año son de mujeres entre 15 y 19 años; éstas tienen la razón más alta de muerte materna, ya que por cada 100,000 embarazadas menores de 15 años, 180 se mueren.

La Tasa de Mortalidad Materna (2008) en Nicaragua fue de 66 por cada 100.000 nacidos/as vivos/as. Y al año 2010 registró un leve descenso (66.5), lo que demuestra que todavía se requieren mayores esfuerzos, si se toma en cuenta que, en el 2008, Costa Rica registraba 44, menos la mitad respecto a Nicaragua.

A medida que pasa el tiempo, Nicaragua se aleja más de la posibilidad de cumplir con uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como es la reducción de la mortalidad materna, ya que ha registrado un incremento de 30% en embarazos de adolescentes, cuyo grupo tiene grandes riesgos de morir en el período de gestación o en el parto (CODENI, 2017).

2. Nivel de escolaridad

La educación es un fenómeno que nos concierne a todos desde que nacemos. Los primeros cuidados maternos, las relaciones sociales que se producen en el seno familiar o con los grupos de amigos, la asistencia a la escuela, etc., son experiencias educativas, entre otras muchas, que van configurando de alguna forma concreta nuestro modo de ser.

Es por este motivo por el que nos resulta familiar hablar de educación. Incluso, a veces, las personas creen que entienden de educación, y no dudan en dar su opinión sobre aspectos relacionados con la misma, apoyándose en sus vivencias como escolares. Pero si nos alejamos de estas posiciones intuitivas respecto al fenómeno educativo y profundizamos en su verdadero significado, nos daremos cuenta de su complejidad (Pozo, DEI, Alvarez, Luengo, & Otero, 2004).

La salud está ineludiblemente emparentada a la educación. La construcción en la escuela de conocimientos, actitudes, técnicas, costumbres, experiencias

relacionadas con la salud y el auto conocimiento, le permiten al individuo, especialmente a las niñas, aspirar a una vida sana, actuar como intermediarios para cambiar sus circunstancias de vida, modificar la situación sanitaria de su familia y la de su comunidad; le faculta para descubrir e incrementar sus potencialidades creadoras.

La asistencia regular a la escuela constituye, por tanto, uno de los medios básicos para mejorar la salud y es de especial importancia para las niñas ya que su educación tiene efectos beneficiosos para ellas mismas, sus futuros hijos y la sociedad en que viven. Puede afirmarse sin duda que el factor de protección más importante para la salud de un infante, lo constituye el nivel educativo de su madre (Tejada, Gonzalez, Marquez, Bastardo, & Lurys, 2005).

3. Características de la cavidad bucal en el bebé

Al comenzar la vida extrauterina, la cavidad oral del bebé presenta características únicas y peculiares correspondientes de este período. Los procesos alveolares están cubiertos por prominencias gingivales que luego se segmentan para indicar los lugares de desarrollo de los dientes. La boca desdentada presenta una mucosa gingival de color rosada, firmemente adherida, denominada reborde gingival (Abad, 2017).

El maxilar presenta poca profundidad, la región del paladar se muestra bien marcada, con las rugosidades palatinas muy evidentes. Es frecuente encontrar en la línea media del labio superior el callo de succión, el cual es una zona ligeramente aumentada que presenta múltiples elevaciones que tienden a aumentar de volumen cuando está en contacto con el pecho materno, las cuales cumplen el propósito de apoyo para el amamantamiento durante el período de lactancia.

Intraoral, en la porción interna y media del labio superior y a unos milímetros por encima de la papila incisiva se encuentra insertado el frenillo labial superior, cuya principal función es brindar soporte al labio superior para favorecer el amamantamiento. Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros encima del margen gingival son considerados normales y aquellos que se insertan en el margen o en la papila son considerados patológicos (Abad, 2017).

Lateralmente se encuentran dos frenillos (bridas) uno a cada lado que fijan el labio al proceso maxilar. En la mandíbula se observa el surco lateral por distal de la papila canina como accidente anatómico más evidente. En la línea media mandibular (región anterior) se ubica el frenillo labial inferior uniendo la porción interna del labio al tercio gingival; lateralmente a este frenillo, se observa unas pequeñas inserciones (bridas) o frenillos laterales que son menos desarrolladas que las observadas en el arco superior. En los rebordes gingivales superior e inferior a nivel de la región de los incisivos y caninos deciduos existe un cordón fibroso y flácido a la palpación llamado cordón de Robín y Magitot el cual está bien desarrollado en el recién nacido y conforme se aproxima a la época de erupción de los dientes deciduos, va desapareciendo.

Según Issao, su desaparición indicaría una espera de 2 meses como máximo, para que los dientes deciduos estén irrumpiendo en la cavidad bucal. Se considera también que este cordón fibroso colabora con el sellado de los maxilares, volviéndolo de esta manera auxiliar durante la succión. Se evidencia una discrepancia media de 5-6mm entre los procesos alveolares superior e inferior, debido a que el maxilar superior presenta una leve protrusión y la mandíbula una ligera retrusión. Ante valores mayores, es posible esperar un excesivo desarrollo para el maxilar y pobre desarrollo de la mandíbula, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, pudiendo existir una tendencia a desarrollar una oclusión clase III en el futuro (Abad, 2017).

4. Cronología de la erupción dentaria

En la erupción dentaria se diferencian tres fases:

- Fase preeruptiva: dura hasta que se completa la formación de la corona.
- Fase eruptiva prefuncional: comienza con el inicio de la formación de la raíz y termina cuando el diente se pone en contacto con el diente antagonista.
- Fase eruptiva funcional: comienza en el momento en que contacta con el diente antagonista y comienza a realizar la función masticatoria.

Tiempo de erupción biológico normal se define como el momento en que erupciona un diente, fenómeno que ocurre cuando éste tiene 2/3 de la raíz formada. Contrariamente, erupción biológica retardada, se define como la erupción dental que no ocurre a pesar de tener los 2/3 de la raíz formada. Sin embargo, si un paciente presenta una erupción cronológicamente retrasada significa que tiene una edad dental no adecuada ya que no presenta formados los 2/3 de raíz que corresponderían a su edad. En dicho caso la alteración se define como erupción dental retardada.

El hombre tiene una doble dentición. La dentición temporal emerge en los primeros años de la vida y tiene una duración limitada a los años en que el crecimiento craneofacial y corporal es más intenso. Progresivamente, los dientes temporales son sustituidos por los definitivos (Morgado & Garcia, 2011).

En la dentición temporal el orden de erupción es el siguiente: incisivos centrales inferiores a los seis o siete meses, centrales superiores a los ocho meses, laterales superiores a los nueve meses, laterales inferiores a los diez meses, primeros molares a los catorce meses, caninos a los dieciocho meses y segundos molares a los veintidós o veinticuatro meses (Morgado & Garcia, 2011).

5. Placa Bacteriana

Las bacterias que se encuentran en la saliva pueden ser consideradas bacterias que flotan en una fase líquida. Sin embargo, las bacterias que se encuentran en una superficie dura, forman una película gelatinosa adherente: la placa dental. La placa dental es el principal agente etiológico de la caries y de las enfermedades periodontales.

En 1965, Egelberg y cols determinaron los estadios en la formación de la placa dental. Estos autores definieron:

- Un primer estadio o fase I, en la que se formaría una biopelícula sobre la superficie limpia del diente. Esta biopelícula estaría compuesta fundamentalmente por glicoproteínas.

- Un segundo estadio o fase II. En esta fase se observa la adhesión de unos determinados tipos de bacterias a la biopelícula previamente formada.
- Fase III. Se produce multiplicación bacteriana.
- Fase IV. Debido a la multiplicación bacteriana de la fase anterior y a la aparición de nuevas condiciones, se produce la coagregación de nuevas especies bacterianas (Serrano-Granger, 2005).

Ciertas bacterias muestran o tienen la capacidad de desarrollar estructuras de superficie que favorecen la adhesión de las mismas a una superficie sólida, tales como fimbrias y fibrillas. Así, colonizadores primarios como *Actinomyces naeslundii*, varias especies de estreptococos, como *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus parasanguis*, *Streptococcus mitis*, muestran fimbrias y fibrillas en su superficie. Otros factores que favorecen la adhesión de las bacterias a una superficie son la capacidad que muestran algunas especies bacterianas para el movimiento, como la *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas fluorescens*, *Escherichia coli*, o la expresión de ciertas proteínas en su superficie celular, denominadas adhesinas.

Existen una serie de factores que afectan a la adhesión de las bacterias a una superficie sólida. Por un lado, factores físicos y químicos de la superficie, como su rugosidad y composición química, y factores del medio líquido en el que se desarrolla, como la velocidad del flujo y la composición química del mismo. Una vez que las bacterias están ya adheridas a una superficie sólida se produce la expresión de ciertos genes que las diferencian de las formas planctónicas. Posteriormente se produce la multiplicación de la especie bacteriana y la coagregación con otras especies bacterianas. Dentro del biofilm, esta asociación de especies no sería aleatoria, sino que existirían asociaciones específicas entre bacterias dentro del Biofilm (Serrano-Granger, 2005).

La placa bacteriana o biofilm constituye un factor predisponente para la formación de enfermedades bucales prevalentes como la caries dental y la enfermedad periodontal; de ahí que es necesaria la adecuada utilización del cepillo dental

según sus diferentes diseños, tamaños y texturas indicados de acuerdo al caso, que conlleven al control y disminución de la misma; dentro de este contexto en la actualidad se preconiza el uso del cepillo dental iónico especialmente en preescolares por sus escasas habilidades psicomotrices en la remoción de la placa bacteriana; siendo pertinente definir, conocer su estructura y proceso de formación de ésta (Lozada, 2017).

6. Higienización bucal previo a la erupción dentaria

Por su parte Cabinian et al. (2016) llevo a cabo un estudio en el cual explica que, a pesar de nuestro conocimiento del papel protector de los anticuerpos transmitidos a los bebés a través de la leche materna, nuestro conocimiento de la transferencia de inmunidad a través de los leucocitos maternos es todavía limitado. Para emular la interfaz inmunológica entre la madre y su bebé durante la lactancia, utilizamos crías murinas criadas después del nacimiento en hembras con MHC compatible y no compatible con MHC.

En general, los datos revelaron que: 1) La supervivencia de los leucocitos de la leche materna en los lactantes es posible, pero no significativa después de que cesa la crianza; 2) La mayoría de los linfocitos de la leche materna se establecen en áreas específicas del intestino denominadas placas de Peyer (PP); 3) Mientras que la mayoría de los leucocitos en el bolo de leche eran células mieloides, la mayoría de los leucocitos de la leche materna localizados en PP eran linfocitos T y células T citotóxicas (CTL) en particular; 4) Estos CTL exhiben altos niveles de las moléculas de orientación intestinal $\alpha 4\beta 7$ y CCR9, pero una expresión reducida del marcador de orientación sistémica CD62L; 5) En las mismas condiciones de activación, las células T CD8 transferidas a través de la leche materna tienen una capacidad superior para producir mediadores citolíticos e inflamatorios potentes en comparación con los generados por el lactante amamantado. Por lo tanto, es posible que los CTL maternos que se encuentran en la leche materna se dirijan a los PP para compensar el sistema inmune adaptativo inmaduro del bebé con el fin

de protegerlo contra los riesgos infecciosos orales constantes durante la fase posnatal (Cabinian, 2016).

Por otra parte, Al-Shehri et al. (2015) argumenta La xantina oxidasa (XO) se distribuye en los mamíferos principalmente en el hígado y el intestino delgado, pero también es muy activa en la leche donde genera peróxido de hidrógeno (H₂O₂). La saliva humana adulta es baja en hipoxantina y xantina, los sustratos de XO, y alta en el sustrato de lactoperoxidasa tiocianato, pero no se ha examinado la saliva de los recién nacidos.

Las concentraciones medias de hipoxantina y xantina en la saliva neonatal (27 y 19 μ M respectivamente) fueron diez veces más altas que en la saliva de adultos (2,1 y 1,7 μ M). La leche materna fresca contenía $27,3 \pm 12,2 \mu$ M H₂O₂, pero la mezcla de saliva de bebé con leche materna generó adicionalmente $> 40 \mu$ M H₂O₂, suficiente para inhibir el crecimiento de los patógenos oportunistas *Staphylococcus aureus* y *Salmonella spp*. La actividad de la peroxidasa oral en la saliva neonatal fue variable pero baja (mediana 7 U / L, rango 2-449) en comparación con los adultos (620 U / L, 48-1348), mientras que el sustrato de peroxidasa tiocianato en la saliva neonatal fue sorprendentemente alto. La saliva de bebés, pero no de adultos, también contenía nucleósidos y nucleobases que estimulaban el crecimiento de la bacteria comensal *Lactobacillus*, pero inhibían los patógenos oportunistas; estos nucleósidos / bases también pueden promover el crecimiento de células intestinales inmaduras. La transición del patrón de saliva neonatal al adulto ocurrió durante el período de destete. Un estudio de la saliva de mamíferos domésticos reveló una amplia variación en los patrones de nucleósidos / bases (Al-Shehri, 2015).

Durante la lactancia, la saliva del bebé reacciona con la leche materna para producir especies reactivas de oxígeno, al mismo tiempo que proporciona precursores de nucleótidos que promueven el crecimiento. Por lo tanto, la leche juega más que un simple papel nutricional en los mamíferos, interactuando con la saliva infantil para producir una potente combinación de metabolitos estimulantes e inhibidores que regulan el microbiota oral temprana y, por lo tanto, intestinal. En

consecuencia, la mezcla de leche y saliva parece representar un sinergismo bioquímico único que refuerza la inmunidad innata temprana (Al-Shehri, 2015).

Haga la limpieza de la boca (solo cuando el niño regurgite, quedando la leche estancada en la boca) con una gasa o con una punta de un pañal embebido en agua destilada o filtrada. Por la noche, en la última mamadera y cambio de ropa del niño, estimular la cavidad con dederas de goma o de toallas, levemente para no remover las inmunoglobulinas presentes en la boca y saliva que protegen a los niños de algún tipo de virus (Velasco Cornejo, 2012).

A partir del cuarto mes de vida, hay que empezar con la estimulación oral un mínimo de 1 vez al día para acostumbrar al bebe a la manipulación de su boca, e instaurar un hábito de higiene oral precoz. Para esta etapa se puede utilizar dedal de silicona, gasas húmedas en agua o pañitos especiales (Cahuana, Palma, Gonzalez, & Palacios, 2016).

7. Técnicas de higiene oral en dentición decidua

Con la erupción del primer diente de leche alrededor de los 6 meses de edad, se recomienda continuar la rutina de higiene dos veces al día, por la mañana y por la noche, continuar utilizando una gasa, un paño húmedo o el dedal de silicona y pasarlo por encima de los dientes, las encías, la lengua, la parte interior de las mejillas y el paladar. Los bebes edéntulos que van hasta los 6 a 9 meses aproximadamente, se debe realizar con la ayuda de una gasa embebida en suero fisiológico o con soluciones bucales específicas para el bebé, esto ayudará a mantener una buena salud bucal además familiariza al niño en el futuro con el hábito del cepillado, siempre manteniendo en cuenta la integridad de las encías (Pilatasing Herrera , 2016).

A los 12 meses, etapa en la cual se va complementando la erupción de los incisivos deciduos, a esta edad es importante la introducción del cepillado dental en el aseo diario de la cavidad bucal del niño, se sugiere utilizar un cepillo del tamaño de su boca, de cabeza pequeña con cerdas suaves de nylon para limpiar correctamente todas las superficies de estos sin lastimar las encías, adecuado a la boca del bebé, renovándolos con frecuencia, con una pasta dental específica con fórmulas

infantiles, sin mucho flúor y en pequeñas cantidades, utilizando como auxiliar de higiene el hilo dental con cera antes de dormir, ya que el riesgo de caries aumenta por presentarse superficies susceptibles como son las oclusales (López López & Díaz Pizán, 2014).

Koch (1994) menciona que el cepillado debe ser realizado por los padres al menos hasta la edad escolar del niño para asegurar una higiene oral aceptable, en los primeros 60 segundos de cepillado se elimina la mayor cantidad de placa bacteriana, existe un mejor control de placa cuando se prolonga el tiempo de cepillado hasta 3 minutos (Pilatasing Herrera , 2016).

En cuanto al dentífrico este ayuda a la prevención de caries, pero cuando es ingerido en exceso produce manchas en los dientes que se están formando, su cantidad se podría distribuir de la siguiente manera siendo del tamaño de un grano de cebada cuando hay la presencia de 2 a 8 dientes, y del tamaño de un grano de alberga cuando hay de 10 a 20 dientes (Pilatasing Herrera , 2016).

8. Auxiliares de limpieza

Cepillo dental

Hoy día, abundan los modelos de cepillos dentales manuales y eléctricos en el mercado. Muestran gran variedad de diseños y presentaciones que combinan en un solo aditamento diferentes tipos, tamaños y grosores de cerdas que se disponen en distintas angulaciones. Para facilitar el cepillado dental, se han desarrollado tendencias de fabricar cepillos dentales de un sin número de marcas, tipos, formas, durezas y colores atendiendo a su creciente demanda (Napoles Gonzalez, Fernandez Collazo, & Jimenez Beato III, 2015).

En el mercado se puede encontrar cepillos para niños. Se recomienda que estos utilicen cepillos manuales con las siguientes características: cabezas con bordes protectores, fabricadas con un material plástico, preferiblemente caucho. Estas cabezas evitan las lesiones que pueden causarse, por la mala utilización del

cepillo, los movimientos bruscos o fuerzas exageradas. Las cerdas deben ser extra suaves pues en esta etapa, se está limpiando más tejidos blandos como las encías, que los dientes.

El cepillo dental ha sido muy importante desde su invención, es una de las herramientas básicas utilizadas por el hombre, relacionada con la higiene bucal de forma sencilla, cómoda y barata. Aplicar una técnica adecuada y saber utilizar el cepillo dental nos facilitará el proceso de higiene de los dientes, a fin de evitar las enfermedades más frecuentes causadas por la placa dentobacteriana (caries dental y enfermedad periodontal) y de lograr la conservación de los dientes funcionales por más tiempo en la cavidad bucal (Napoles Gonzalez, Fernandez Collazo, & Jimenez Beato III, 2015).

Pasta Dental

El efecto preventivo de este producto ha sido ampliamente demostrado en la literatura científica reciente, por lo que su utilización es ampliamente recomendada para la prevención de la caries dental (Arana & Villa, 2006).

El principal riesgo asociado a la administración de fluoruros es la posibilidad de desarrollar fluorosis. La severidad de la condición dependerá de la dosis, el momento y la duración de la ingesta de flúor. El riesgo de desarrollar fluorosis dental ha sido asociado al consumo de productos fluorados, como pastas dentales, suplementos y fórmulas, por niños menores de seis años, debido principalmente a la deglución de pasta dental con flúor, siendo la cantidad de flúor ingerido dependiente de la cantidad de flúor que se coloca en el cepillo y la concentración de flúor en la pasta (Arana & Villa, 2006).

Se ha observado, que el período crítico para el desarrollo de fluorosis ocurre durante el estadio de maduración temprana en el proceso de formación del esmalte. Es por ello, que es necesario conocer como las familias utilizan la pasta dental en el hogar, especialmente los niños en edad vulnerable.

9. Higiene oral deficiente

Además de afectar la salud bucal y la apariencia de los dientes, la mala higiene bucal genera bacterias que se reproducen y viajan a través del organismo, causando diversas enfermedades (Cabrera Benavides, 2009).

“Una mala higiene bucal no sólo afecta la estética de la sonrisa, también puede causar graves problemas de salud, como la fiebre reumática o enfermedades del corazón”, aseguró el encargado del servicio de Estomatología del IMSS en Jalisco.

Por este motivo, es importante cultivar el hábito de la limpieza, debido a que en la boca se acumulan bacterias que predisponen al organismo a desarrollar dichas patologías.

10. Problemas de salud oral.

Cualquier problema que afecte las funciones de la boca, dificultad para comer, beber incluso hasta sonreír (MedlinePlus, 2019).

11. Caries dentales

La caries dental se reconoce que afecta la salud general y que altera la calidad de vida. La generación de caries durante la infancia, se ha asociado con hábitos en la lactancia materna, el uso de biberón nocturno, el uso del chupón, una dieta rica en carbohidratos, con aspectos frecuentemente determinados por las condiciones de vida de los niños y sus familias, tales como bajo nivel educativo y ausencia de hábitos higiénicos en general.

Tiene alto riesgo en niños pequeños debido a los malos hábitos alimenticios; no es exclusivo el uso prolongado del biberón, lo que ahora se le llama caries temprana de la infancia (CTI). Dentro de este término se incluye a la caries por biberón y la caries rampante, que la Asociación Americana de Odontopediatría adoptó en el 2003. Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se la define como la presencia de 1 o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses. (García, 2008).

El término "caries dental" se utiliza para describir los resultados, signos, y síntomas de una disolución química localizada de la superficie del diente causada por

eventos metabólicos que tienen lugar en las biopelícula o placa dental, que cubren el área afectada.

Los niños en el rango de edad de 12 a 30 meses tienen un patrón especial de caries que difiere del de los niños mayores. Caries afecta los incisivos primarios superiores y el primer primario molares de una manera que refleje el patrón de erupción. Mientras más tiempo el diente ha estado presente y expuesto a la caries, más se ve afectado. Los incisivos superiores son más vulnerables, mientras que los incisivos mandibulares están protegidos por la lengua y por la saliva de submandibular y sublingual glándulas. Este patrón de caries dental ha sido etiquetado como "caries de biberón", "caries de lactancia", "biberón caries" o "boca de botella nocturna". Estos términos sugieren que la principal causa de caries dental en la primera infancia es alimentación con biberón inapropiada. La evidencia actual sugiere que El uso de un líquido que contiene azúcar en un biberón por la noche puede ser un factor etiológico importante, aunque no es necesariamente el único factor etiológico. Por tanto, se recomienda que el término "caries de la primera infancia (ECC)" se utilice cuando describir cualquier forma de caries en bebés y preescolares niños.

La ECC comienza con lesiones de manchas blancas en los primeros incisivos superiores a lo largo del margen de la encía. Si la enfermedad continúa, la caries puede progresar y provocar una destrucción completa de la corona. Niños que experimentan caries cuando son bebés o los niños pequeños tienen una probabilidad mucho mayor de caries tanto en la dentición temporal como en la permanente. La ECC no solo afecta los dientes, sino también las consecuencias de esta enfermedad también pueden conducir a una salud más generalizada. Los bebés con ECC crecen a un ritmo más lento que los bebés sin caries. Algunos niños pequeños con ECC pueden tener muy por debajo del peso debido al dolor asociado y su aversión a comer. La ECC también puede estar asociada con deficiencia de hierro.

La caries dental es una enfermedad prevenible y puede ser detenido e incluso potencialmente revertido durante sus primeras etapas. Las personas siguen siendo susceptibles a la enfermedad a lo largo de su vida (Yumiko, 2011).

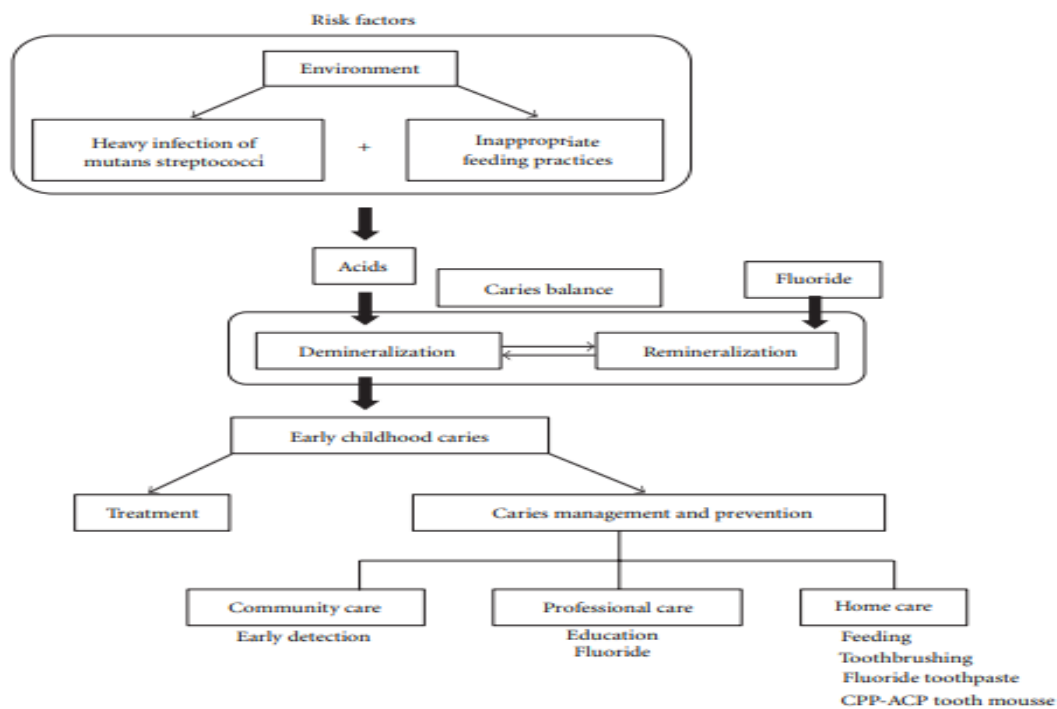


FIGURE 1: Brief overview of early childhood caries.

LA DECLARACIÓN DE BANGKOK DEL IAPD

Caries de Primera Infancia (ECC) es definida como la presencia de una o más superficies cariadas (cavidades o no cavidades), perdida u obturada (debido a caries), en cualquier diente primario de un niño menor de 6 años. Los dientes primarios mantienen el espacio para los dientes permanentes y son esenciales para el bienestar del niño, debido a que la caries dental puede llevar a dolor crónico, infecciones y otras morbilidades (Pitts, 2020). La Caries de Primera infancia es prevenible, pero actualmente afecta a más de 600 millones de niños en el mundo, y permanece mayormente no tratada. Esta enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias y es una carga innecesaria a la sociedad. La Caries de Primera Infancia, como otras formas de Caries, es considerada una enfermedad dinámica, mediada por la biopelícula, impulsada por

azúcares, multifactorial, que resulta en un desbalance en la desmineralización y remineralización de los tejidos duros dentales.

La Caries Dental es determinada por factores biológicos, conductuales y psicológicos que están relacionados al medio ambiente del individuo. ECC comparte factores de riesgo con otras enfermedades no transmisibles (ENT) asociadas con consumo excesivo de azúcar, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad.- El exceso en la ingesta de azúcares lleva a una producción prolongada de ácidos de parte de bacterias que se adhieren a los dientes y a un cambio en la composición del microbiota oral y el pH de la biopelícula. Si esto se mantiene, las estructuras dentarias se desmineralizan. ECC, en algunos casos está asociado a defectos del desarrollo del esmalte. El manejo apropiado de ECC por padres, profesionales de la salud y trabajadores de salud comunitarios bien informado, es importante para reducir la carga de esta enfermedad prevenible (Pitts, 2020).

La determinación del riesgo de Caries es una gran ayuda en este proceso ya que establece la probabilidad de que los pacientes individuales, o grupos de niños desarrollen lesiones cariosas. Para el niño individual, la determinación del riesgo es un elemento esencial para guiar en la prevención y el manejo. A nivel comunitario, la determinación del riesgo de caries puede guiar al diseño de intervenciones de salud pública y asignar el tiempo y los recursos hacia aquellos con mayores necesidades. La prevención y el cuidado de ECC puede ser estructurado en tres fases:

Prevención Primaria que incluye mejorar la educación en salud oral para padres/cuidadores y trabajadores de la salud, limitar el consumo de azúcares libres en comidas y bebidas, y exponer diariamente a los fluoruros.

La Prevención Secundaria consiste en el control efectivo de las lesiones iniciales antes de su cavitación e incluye la aplicación de barnices fluorados con mayor frecuencia y la aplicación de sellantes de fosas y fisuras en molares susceptibles.

La Prevención Terciaria, incluye la detención de las lesiones cavitadas y el tratamiento operatorio orientado a la preservación de la mayor cantidad de estructura dentaria (Pitts, 2020).

12. Saliva

La saliva es una solución supersaturada en calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, enzimas, agentes *buffer*, inmunoglobulinas y glicoproteínas, entre otros elementos de gran importancia para evitar la formación de las caries.

El flúor está presente en muy bajas concentraciones en la saliva, pero desempeña un importante papel en la remineralización, ya que, al combinarse con los cristales del esmalte, forma la fluorapatita, que es mucho más resistente al ataque ácido. La saliva es esencial en el balance ácido-base de la placa. Las bacterias acidogénicas de la placa dental metabolizan rápidamente a los carbohidratos y obtienen ácido como producto final. El pH decrece rápidamente en los primeros minutos después de la ingestión de carbohidratos para incrementarse gradualmente; se plantea que en 30 minutos debe retornar a sus niveles normales.

Para que esto se produzca actúa el sistema *buffer* de la saliva, que incluye bicarbonato, fosfatos y proteínas. El pH salival depende de las concentraciones de bicarbonato; el incremento en la concentración de bicarbonato resulta un incremento del pH. Niveles muy bajos del flujo salival hacen que el pH disminuya por debajo de 5-3, sin embargo, aumenta a 7-8 si se acrecienta gradualmente el flujo salival.

Es conocido también que las macromoléculas salivales están comprometidas con las funciones de formación de la película salival. Al estudiar las funciones de las proteínas salivales ricas en prolina, se ha demostrado que estas interaccionan con la superficie del diente, y forman parte de una capa de proteínas que se deposita sobre el mismo, denominada *película adquirida*. Esta está involucrada en procesos importantes como la protección de la superficie dentaria, su remineralización y la colonización bacteriana, entre otras.

En la saliva además de proteínas, se han aislado péptidos con actividad antimicrobiana, como, por ejemplo, las Beta defensinas. Se considera que además de la defensa de la superficie de la cavidad bucal, pudieran inhibir la formación de

la placa dental bacteriana y, por lo tanto, el desarrollo de la caries dental (Nuñez & Garcia, 2010).

La caries dental es una enfermedad contagiosa y transmisible que se inicia tras la erupción dentaria, conduce a la destrucción de estructuras del diente mediante la acción de bacterias (*Streptococo Mutans*) formadoras de ácidos presentes en la placa dentobacteriana, en presencia de azúcar.

Los especialistas coinciden en que la formación de caries está asociada a la higiene bucodental y al consumo de alimentos con alto contenido de azúcar. Especialistas en odontopediatría comentaron que el uso de biberones o pajas supone una mayor tentación de agregar azúcar a las bebidas, ya sea leche, agua o jugos, pues existe la creencia de que esta práctica induce el sueño al bebé, lo que aumenta el riesgo de apareamiento de lesiones cariosas (caries del biberón o de la primera infancia). (Rodríguez de Cáceres, Fuentes de Sermeño, & Arévalo de Roque, 2017)

Las caries se manifiestan cuando se le da al bebé líquidos endulzados y se le dejan en la boca por largos períodos; entonces las bacterias utilizan estos azúcares como alimento y producen los ácidos que atacan los dientes (Nuñez & Garcia, 2010).

Con relación a su posible potencial cariogénico, la leche materna como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte, siempre que se mantenga como sustrato disponible durante ocho horas seguidas. Las mezclas de fórmulas lácteas y cereales constituyen soluciones de mayor concentración de hidratos de carbono y en consecuencia son más cariogénicas, su ingestión sin cuidados bucales diarios llega a originar dicha enfermedad en esta etapa.

La leche materna, por múltiples causas, reduce el riesgo para padecer caries a edades tempranas, pero una vez iniciada la ablactación existen diversos factores que pueden influir en la aparición de caries de infancia temprana (CIT). La sacarosa está considerada como el hidrato de carbono más cariogénico de la dieta

y la colonización del *Streptococo mutans* depende de los niveles de este disacárido en la alimentación (Urgelles & Abellas, 2012).

Cuando el líquido es consumido con frecuencia en períodos prolongados durante el día y la noche, de modo que permanecen restos de este alrededor de la dentadura y contiene carbohidratos fermentables que son metabolizados por los microorganismos bucales, los cuales producen ácidos que desmineralizan los dientes; este ácido estancado provoca lesiones rápidamente, lo que se ha observado en niños menores de 12 meses.

La cariogenicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa y, aunque en menor escala, la glucosa, la fructuosa, la maltosa, el almidón, entre otros nutrientes naturales del *Streptococo mutans*, el cual se encuentra presente en la boca del lactante desde la aparición del primer diente, donde la mamá o el resto del entorno, son los responsables de esta infección temprana.

13. Caries de infancia temprana

La denominada "caries de biberón" o "caries del lactante", es una forma de caries rampante que se ha atribuido clásicamente al uso inadecuado del biberón, especialmente por la noche; sin embargo, esta no es la única causa, por lo que el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) recomienda utilizar el término "Caries de Infancia Temprana" (CIT) (Urgelles & Abellas, 2012).

La etiología de la CIT, como en todo proceso de caries, se debe fundamentalmente a la asociación de cuatro factores, tales como: microorganismos patógenos en la cavidad oral, carbohidratos fermentables, superficies dentarias vulnerables y el tiempo; pero además existen numerosos factores del entorno que favorecen la aparición de la misma.

La importancia del biberón en la CIT depende fundamentalmente de la característica y duración del contacto nocturno con el mismo (para calmar a los niños durante la noche). Otro factor importante para el desarrollo de caries es el uso del biberón más allá del primer año de vida (Urgelles & Abellas, 2012).

14. Moniliasis o infecciones por hongos

Para los especialistas, la presencia de Moniliasis está más asociada al uso de fórmulas y a la mala higiene bucal, así como al uso de azúcares antes de los 2 años de edad (Rodríguez de Cáceres, Fuentes de Sermeño, & Arévalo de Roque, 2017).

Muget

Afección también conocida como candidiasis oral, infección que se forma debido a la proliferación de una levadura de un tipo de hongo llamado *Cándida albicans* muy común en los bebés menores de 6 meses. Esta infección causa irritación dentro y alrededor de la boca del bebé (Tellado, 2019).

Un bebé con muguet tendrá la piel de las comisuras de la boca agrietada o placas blanquecinas en los labios, la lengua o la cara interna de las mejillas, con un aspecto similar al del requesón, pero sin que se pueda limpiar. Algunos bebés no podrán alimentarse bien o sentirán incomodidad al succionar porque sus bocas están irritadas, pero muchos de ellos no sentirán ni dolor ni malestar.

La candidiasis puede ocurrir después de que el bebé haya recibido antibióticos para tratar una infección bacteriana, porque los antibióticos pueden matar las bacterias "buenas" que evitan que el hongo *Candida* siga creciendo. El muguet también puede presentarse después de haber tomado alguna medicación con esteroides.

Para prevenirla, si el bebé se alimenta con biberón o si usa chupete, es aconsejable limpiar meticulosamente los chupones y los chupetes en agua caliente o en una lavadora de platos después de cada uso. De esta manera, si hubiera algún hongo en la tetina o chupón de la mamadera o en el chupete, el lactante no se volverá a infectar, también guardar la leche y los biberones ya preparados en la nevera para prevenir el crecimiento de los hongos.

Si la madre amamanta a su bebé y sus pezones están rojos y los siente doloridos, tal vez tenga una infección de hongos en sus pezones y se la podrían transmitir constantemente entre ella y su bebé, importante consultar al médico, quien

recomendará usar una pomada fungicida en sus pezones mientras que a su bebé se lo tratará con una solución fungicida.

Aftas o estomatitis.

Los bebés y los niños pequeños tienden a chupar los objetos, sus manos o sus pies. Por esto, las llagas en la boca son una dolencia frecuente de los bebés y los niños. Suelen ser muy molestas, se producen por distintos motivos. Su tratamiento se centra en el alivio del dolor. Cuando tienen llagas, los bebés suelen rechazar ciertos tipos de alimento (Rein, Rodríguez Murphy, & Gil Nagel, 2011).

Las llagas en la boca, también conocidas como aftas o estomatitis, son pequeñas heridas en la mucosa de la boca, la lengua y/o las encías. El bebé suele estar molesto, se mete los dedos en la boca, babea más de lo habitual, llora y, probablemente, tiene dificultades para alimentarse (Rein, Rodríguez Murphy, & Gil Nagel, 2011).

Los bebés pueden tener llagas en la boca por distintos motivos. Estos son algunos:

- Enfermedad "mano-pie-boca": Causada por un virus, benigno en general. Se pueden producir pequeñas epidemias en las guarderías porque se contagia por la saliva y las heces. Además de las llagas, salen unas vesiculitas en las palmas de las manos y plantas de los pies. De ahí su nombre.
- Herpangina: Enfermedad benigna, con más o menos fiebre, que produce llagas en la parte del paladar y las amígdalas. Suele ser catalogada de "amigdalitis" pese a estar causada por otro virus.
- Gingivo-estomatitis herpética: Similar a la anterior, pero de evolución más larga y con mayores molestias porque la fiebre suele ser más alta y puede durar hasta una semana. Lo más característico es que aparecen llagas en el paladar, las amígdalas y la lengua. Además, las encías se inflaman y sangran con facilidad. Es normal que los bebés se nieguen a comer y a beber. Está producida por el virus del herpes, que se contagia por la saliva.

Contrariamente a lo que se pueda pensar, el mugett (hongos) no son llagas sino pequeñas colonias del hongo y en general, no duelen (Rein, Rodríguez Murphy, & Gil Nagel, 2011).

Puede haber otras llagas, causadas por otros motivos. La mayoría de las veces desconocidas, aunque se atribuya a la falta de higiene, a que los bebés lo chupan todo o a falta de vitaminas. Cuando salen los dientes, pueden parecer llagas, pero en seguida se verá que la encía se ha roto por la erupción de una muela (Rein, Rodríguez Murphy, & Gil Nagel, 2011).

VII. Hipótesis

H_i: “La edad y la escolaridad de las mujeres multigestantes están relacionadas a aquellas que tengan mayor conocimiento sobre la higiene oral de sus bebés”.

H_o: “La edad y la escolaridad de las mujeres multigestantes no esta relacionadas con el conocimiento sobre la higiene oral de sus bebés que ellas tengan”.

VIII. Diseño metodológico

Tipo de estudio

Esta investigación está fundamentada en el enfoque cuantitativo, de corte transversal, de naturaleza descriptiva y correlacional, debido a que en este primer momento se evaluara el nivel de conocimiento que tienen las multigestantes sobre higiene oral en bebés y relacionarlas con las variables de edad y grado de escolaridad.

Unidad de estudio: Mujeres Multigestantes albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada y Blanca Arauz en Nindirí, Masaya.

Periodo: septiembre a noviembre 2021.

Área de estudio: Casa materna Madre de Dios en Granada y casa materna Blanca Arauz en Nindirí, Masaya.

Universo y muestra:

Se tomaron todos los casos de mujeres multigestantes atendidas albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada y Blanca Arauz en Nindirí, Masaya durante el periodo de estudio; se registró un total de 62 mujeres multigestantes.

Siendo una cantidad pequeña de observaciones se procedió a trabajar con todas las gestantes.

Se plantearon los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Embarazadas multigestantes albergadas en las casas maternas
- ✓ Embarazadas multigestantes que acepten participar en el estudio.
- ✓ Embarazadas multigestantes que su salud física y mental les permita participar.

Criterios de exclusión:

- ✓ Embarazadas primigestas que se albergadas en la casa maternas.
- ✓ Embarazadas multigestantes que no deseen participar.
- ✓ Embarazadas multigestantes que su salud física y mental no les permita participar.

|

Operacionalización de variables

Variables	Sub variable	Definición	Indicador	Valor
Edad		Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Ficha de recolección de datos	Años
Escolaridad		Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Ficha de recolección de datos	Nula Primaria Secundaria Universidad Profesional
Hijos		Personas consideradas con relación a su padre y madre o a uno de los dos.	Ficha de recolección de datos	
Higiene oral en bebés	Higienización bucal previo a la erupción dentaria	Uno de los mejores medios de proteger los dientes es el de crear en el individuo el hábito de la higiene desde los primeros años.	Ficha de recolección de datos	Si No
	Técnica de higiene bucal	Medidas adecuadas para tener una buena higiene bucal.	Ficha de recolección de datos	Gaza húmeda Algodón con agua Miel Nistatina Tomate Ninguna
	Frecuencia de higienización	Número de veces en que se emplea un método de higiene oral.	Ficha de recolección de datos	1 vez al día 2 veces al día 1 vez a la semana Ninguna
	Higienización dental del bebé	Conjunto de cuidados que se dedican a la dentadura para su mejor conservación y la salud general del organismo.	Ficha de recolección de datos	Si No

	Tipo de cepillo dental	Instrumento de higiene oral, utilizados para limpiar dientes y encías	Ficha recolección de datos	de de	Cepillo tipo dedal Cepillo de niños Cepillo de adultos Gaza húmeda
	Cantidad de flúor	Su valor radica en su efectividad para prevenir la caries.	Ficha recolección de datos	de de	600 PPM 1000 PPM 1,100 PPM 1,400 PPM No sabe
	Cantidad de pasta dental	La pasta dental es una especie de crema o gel que se emplea para la limpieza de los dientes.	Ficha recolección de datos	de de	Tamaño de un grano de arroz. Tamaño de un grano de frijol. A lo largo de todo el cepillo. Ninguna
	Frecuencia de cepillado	Número de veces en que se repite al día una técnica de cepillado.	Ficha recolección de datos	de de	1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día Ninguna.
	Patologías orales	Especialidad de la odontología, dedicada al diagnóstico y manejo de las alteraciones orales, que pueden presentarse en la cavidad bucal de recién nacidos	Ficha recolección de datos	de de	Caries Dentales. Mal aliento. Pérdida temprana de dientes. Candidiasis oral

Técnica y procedimiento

Técnicas:

Se procedió a solicitar los debidos permisos de la Facultad de Ciencias Médicas y los directores de los SILAIS de Granada y Masaya. Una vez aprobada la propuesta se realizó la obtención de datos e información requerida del estudio la cual se empleó una herramienta cuantitativa como es la encuesta, la cual se aplicó a las multigestantes albergadas en las casas maternas, se tomaron todas las medidas de bioseguridad siguiendo la guía de comunicación para la prevención de la COVID-19 a la población del Ministerio de Salud de Nicaragua.

A cada multigestantes se le explico previamente que los datos son privados, que cuando deseen pueden abandonar el estudio. De esta forma preservamos las normas éticas para el trato a los pacientes.

Se procede adecuar el lugar para realizar la encuesta, se procede aplicar el instrumento que consta de 13 preguntas cerradas en la que cada una tiene una serie de respuestas.

Instrumentos:

El instrumento para la recolección de los datos fue una encuesta creada por los autores enfatizando en la evaluación del nivel de conocimiento que tienen las multigestantes sobre higiene oral en bebes, edad, escolaridad y procedencia de la madre, así como las técnicas de higiene utilizadas, la frecuencia, auxiliares de limpieza y el conocimiento sobre enfermedades orales.

Plan de tabulación:

Para la tabulación, procesamiento y análisis de datos se utilizó un programa de IBM SPSS Statistics versión 25, este se utilizó con el fin de hacer el análisis de datos en el área de la salud y resulta un programa confiable en el procesamiento de datos. Así mismo se realizaron tablas y gráficos a través de Microsoft Excel para una posterior redacción del informe en Microsoft Word.

Considerando que las preguntas miden conocimiento, la codificación de las respuestas fue dicotómica, respecto a la puntuación de los Ítems, se definió que sería simple, es decir, la puntuación se obtendrá con la sumatoria de respuestas acertadas. A cada respuesta correcta se le asignó un valor de "1" mientras que las incorrectas un valor de "0". De esta forma el cuestionario podría tener máximo 13 puntos y mínimo 0. Los resultados de la clasificación de los niveles de la información se agruparon en las siguientes escalas:

Bueno 9 – 13 preguntas correctas

Regular 5 – 8 preguntas correctas

Deficiente 0 – 4 preguntas correctas

IX. Resultados

En este capítulo presentaremos el resultado de los datos obtenidos, de las 62 multigestantes albergadas en las casas maternas. En dichos resultados se destacan las variables que nos permitió evaluar el nivel de conocimiento que tienen sobre higiene oral en bebés.

A través de la encuesta logramos recolectar información importante como es la correlación entre la edad y nivel de escolaridad de las multigestantes, su procedencia, cantidad de hijos, las técnicas de higiene oral que aplican en bebés, así como la frecuencia de las mismas, el tipo de auxiliares de limpiezas utilizados, de igual manera el conocimiento que tienen sobre las diversas patologías orales.

Con el fin de conocer la población en estudio, se insertó la pregunta demográfica sobre las edades de las multigestantes, el mayor resultado fueron en la edad 33 a más donde encontramos 20 multigestantes (32.3%), de 27 a 32 años hay 15 (24.2%), de igual manera de 21 a 26 años 15 (24.2%) y en las edades de 15 a 20 años solamente 12 multigestantes (19.4%). (Tabla1).

Tabla 1. Edad de las multigestantes

Edades	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 20 años	12	19.4
De 21 a 26 años	15	24.2
De 27 a 32 años	15	24.2
De 33 a más	20	32.3
Total	62	100.0

Fuente: Datos primarios

Respecto a la cantidad de hijos de las multigestantes, observamos un valor igualitario en el cual 31 (50%) tienen de 1 a 2 hijos y 31 (50%) de 3 a 4 hijos.

Asimismo, la procedencia de las multigestantes nos da como resultados que 31 (50%) corresponden al área rural y las otras 31 (50%) de área urbana, siendo esto un resultado semejante.

En cuanto, al grado de escolaridad de las multigestantes se obtuvieron los siguientes resultados en la modalidad de secundaria se encontraron 25 (40.3%), seguido de primaria con 22 (35.5%), en analfabetismo a 6 (9.7%), igualmente las profesionales 6 (9.7%) y por último universitarias 3 (4.8%).

Por consiguiente, 61 (98.4%) de las multigestantes respondieron que limpian la boca del bebe cuando aún no tienen dientes y únicamente 1 (1.6%) respondió que no lo realiza.

Las técnicas utilizadas para limpiar la boca del bebe cuando aún no tienen dientes, resultaron ser las de mayores porcentajes la gaza con agua 24 multigestantes (38.7), y la miel con 24 (38.7), la nistatina 7 (11.3%), el tomate 4 (6.5%), el algodón con agua 1 (1.6), 1 (1.6%) multigestante realiza otra técnica y por último 1 (1.6%) no realiza ninguna.

Las multigestantes respondieron que la frecuencia con que limpian la boca del bebe descrita en la siguiente tabla. (Tabla 2).

Tabla 2. ¿Con que frecuencia limpia la boca del bebe?

Con que frecuencia limpia la boca	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al día	30	48.4
Dos veces al día	27	43.5
Una vez a la semana	4	6.5
Ninguna	1	1.6
Total	62	100.0

Fuente: Datos primarios.

En cuanto, a que si cepillan los dientes del bebe cuando comienzan a salir los dientes, 44 (71%) de multigestantes respondió que sí y 18 (29%) que no.

Por lo que observamos que el tipo de cepillo dental que utilizan en su mayoría las multigestantes es de niño 61 (98.4%) y 1 (1.6%) no utiliza ninguno.

Sin embargo, 55 (88.7%) de las multigestantes no saben la cantidad de partículas de flúor que contiene las pastas dentales que utilizan, el resto respondieron 3 (4.8%) 1,000 PPM; 2 (3.2%) 1,100 PPM y 2 (3.2%) 600 PPM.

De igual manera, la porción de pasta dental que utilizan las multigestantes 27 (43.5%) del tamaño de un grano de frijol, 23 (37.1%) del tamaño de un grano de arroz, 11 (17.7%) a lo largo de todo el cepillo, 1 (1.6%) no utiliza.

La frecuencia con la que cepillan la boca del bebe, 29 (46.8%) dos veces al día, 26 (41.9%) tres veces al día, por último 7 (11.3%) una vez al día.

En los datos recolectados, las mujeres multigestantes en su totalidad siendo 62 (equivalente a 100%).

En la pregunta número 9 del instrumento: ¿Sabía usted que la falta de higiene oral ocasiona problemas? Se refleja en los resultados que 61 (equivalente a 98.4%) de las multigestantes saben que la falta de higiene dental ocasiona problemas y únicamente 1 (equivalente a 1.6%) no sabe.

Con respecto a la pregunta número 10 de nuestro instrumento: ¿Sabía usted que una mala higiene oral ocasiona caries dental? Estas en su totalidad (equivalente a un 100%) responden que una mala higiene oral puede ocasionar caries dental.

En la pregunta número 11 del instrumento: ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona mal aliento? De la misma manera las mujeres encuestadas en su globalidad (equivalente a un 100%) consideran que una mala higiene oral ocasiona mal aliento.

En la pregunta número 12 del instrumento: ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona perdida temprana de dientes? De manera similar estas responden en su mayoría 61 (equivalente a un 98.4%) considera que sí; mientras que solamente 1 (equivalente a 1.6%) no lo considera

Finalmente, 51 (82.3%) de multigestantes consideran que una mala higiene ocasiona gusanillo (Lesiones blancas cremosas), en cambio 11(17.7%) no lo considera.

Finalmente se logra ver con los resultados de 51 (82.3%) de multigestantes consideran que una mala higiene ocasiona gusanillo (Lesiones blancas cremosas).

X. Análisis y discusión de resultados.

Es importante puntualizar que los padres deben tener buenos hábitos de higiene oral, ya que el desarrollo de los hábitos más tempranos ocurre por imitación de la conducta de los padres (García, 2010). Con respecto a la edad y grado de escolaridad, parte de nuestra población tiene limitaciones de acceso a la salud oral, por lo general la mayoría de las madres empiezan sus embarazos en su adolescencia, limitando a estas madres a continuar sus estudios

Con respecto a que si limpian la boca del bebé cuando aún no tiene dientes 98.4% si lo hacen, 1.6% no, el método que utilizan encontramos una similitud del 38.7% entre la gaza con agua y la miel, 11.3% utiliza nistatina, 6.5% tomate y el 1.6% utiliza algodón con agua, otras técnicas o ninguna de las anteriores. La frecuencia de limpieza fue 48.4% una vez al día, 43.5% dos veces, 6.5% una vez a la semana y 1.6% ninguna vez. En su estudio Espinoza Condor (, 2020) encontró que 15.5% indicaron que se debe iniciar con la higienización en el primer mes de nacido, en cuanto a la solución utilizada 86.2% indicaron que utilizaban agua, un 5.2% agua oxigenada, así mismo las madres indicaron que utilizaban gazas en la higienización de los bebés.

De la misma manera que si cepillan los dientes del bebé cuando comienzan a salir 71% si lo hace, 29% no; 98.4% utilizan cepillos de niños y 1.6% ninguno. En la frecuencia de cepillado el 46.8% lo realiza dos veces al día, 41.9% tres veces al día y 11.3% una vez al día, de igual manera (Espinoza Condor, 2020) encontró en su investigación que el 31% utilizaba cepillos dentales para la higienización del bebé, sobre la frecuencia de higienización 43.1% indicaron que lo hacían al menos

tres veces al día, 39.7% dos veces al día y un 10% indicó que lo realizaba una vez al día. Obteniendo de esta manera unos resultados similares a los de nuestra investigación. El cepillado dental debe realizarse tres veces al día, a partir de la erupción de los primeros dientes deciduos. El objetivo inicial del cepillado es establecer buen patrón de higiene bucal, fortaleciendo la remoción mecánica de biofilm dental de zonas accesibles (Vilela, Huaman, De Rossi, Nelson-Filho, & De Rossi, 2017).

La mayoría de las madres 88.7% no sabe la cantidad de flúor que contiene la pasta dental que utilizan, 4.8% respondió que contiene 1,000 PPM y 3.2% dijo que contiene 1,100 PPM y 600 PPM. En cuanto a la cantidad de flúor 43.5% utiliza el tamaño de un grano de frijoles, 37.1% el tamaño de un grano de arroz, 17.7% la longitud de todo el cepillo y 1.6% no utiliza ninguno, no encontramos antecedentes que se relacionen con este acápite, pero estos son los resultados de nuestra muestra.

Así mismo, sobre la salud oral tenemos como resultados que 98.4% sabe que una mala higiene ocasiona problemas de salud oral, en cambio 1.6% no lo sabe. 100% de las madres contestaron que una mala higiene oral ocasiona caries dentales y mal aliento. En la pérdida temprana de dientes 98.4% considera que es producto de una mala higiene y 1.6% no lo considera, respecto a que si una mala higiene ocasiona candidiasis (gusanillo) 82.3% dijo que si y 17.7% que no. De igual manera no encontramos antecedentes similares que se relacionen a los datos de nuestra investigación.

Tras la medición del nivel de conocimiento de las multigestantes, se determinó que un 71% de las madres tiene un nivel de conocimiento bueno, un 27.4% un nivel de conocimiento regular y solamente el 1.6% un conocimiento deficiente, lo cual representa que las madres multigestantes poseen un conocimiento bueno en higiene oral en bebés. En comparación con el estudio realizado por Peña Duran (2014) donde se determinó que un 63.7% de las madres alcanzaron, clasificándolo como un nivel de conocimiento suficiente: un conocimiento que resulto ser dependiente del acceso a educación en salud oral, confirmando la hipótesis planteada en su estudio.

XI. Conclusiones

- De acuerdo a la caracterización según edad y escolaridad a las multigestantes se obtuvo como resultado que la mayoría de las tenían 33 años o más y el mayor nivel de escolaridad fue secundaria.
- Se logro identificar el nivel de conocimiento sobre higiene oral y las consecuencias producto de una higiene oral deficiente en bebes que tienen las multigestantes por lo cual se plantea que el 71% obtuvo un nivel de conocimiento bueno, 27.4% regular y 1.6% deficiente.
- La relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en bebes que tienen las multigestantes, según la edad y grado de escolaridad se logro comprobar que no existe relación entre tener edades mayores, y tener escolaridad secundaria o universitaria para tener conocimientos sobre el cuidado oral del bebe.

XII. Recomendaciones

- ✓ Implementar programas educativos para llevarle conocimiento a las madres embarazadas y que estas se lo puedan transmitir a sus hijos.
- ✓ Impartir charlas y crear actividades para transmitir conocimientos a través de estas.
- ✓ Crear programas de salud dental en conjunto con el MINSA, como parte de los controles prenatales de las madres embarazadas.
- ✓ Realizar estudios de control de los programas realizados, con la finalidad de investigar los beneficios y deficiencias que tiene los programas para realizar mejoras a estos.

|

XIII. Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

(UNAN-MANAGUA)

ODONTOLOGIA

Tema: “Nivel de conocimiento de las multigestantes sobre higiene oral en bebés, albergadas en las casas maternas Madre de Dios en Granada y Blanca Arauz en Nindirí, Masaya de septiembre a noviembre 2021”.

Código:		Edad:	
Cantidad de hijos:		Procedencia departamental:	
Último año cursado y aprobado:			

1. ¿Limpia la boca del bebé cuando aún no tiene dientes?
 - a. Si
 - b. No

2. ¿Cómo limpia la boca del bebe antes de que le salgan los dientes?
 - a. Gaza con agua
 - b. Algodón con agua
 - c. Miel
 - d. Tomate
 - e. Nistatina
 - f. Ninguno.
 - g. Otra

3. ¿Con que frecuencia limpia la boca del bebe?

- a. Una vez al día
 - b. Dos veces al día
 - c. Una vez a la semana
 - d. Ninguna
4. ¿Le cepilla los dientes a su bebe cuando le empiezan a salir?
- a. Si
 - b. No
5. ¿Qué tipo de cepillo dental utiliza?
- a. De tipo dedal.
 - b. Cepillo de niño.
 - c. Cepillo de adulto.
 - d. Gaza húmeda.
 - e. Ninguno
6. ¿Sabe cuál es la cantidad de flúor que tiene la pasta dental que utiliza?
- a. 600 PPM
 - b. 1,000 PPM
 - c. 1,000 PPM.
 - d. 1,400 PPM
 - e. No sabe.
7. ¿Cuál es la porción de pasta dental utiliza con él bebé?
- a. Grano de arroz.
 - b. Grano de frijol
 - c. A lo largo de todo el cepilla.
 - d. Ninguna.
8. ¿Con que frecuencia cepilla los dientes de su bebe?

- a. Una vez al día
- b. Dos veces al día
- c. Tres veces al día
- d. Ninguna.

9. ¿Sabía usted que la falta de higiene oral ocasiona problemas?

- a. Si
- b. No

10. ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona caries dentales?

- a. Si
- b. No

11. ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona mal aliento?

- a. Si
- b. No

12. ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona perdida temprana de dientes?

- a. Si
- b. No

13. ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona gusanillo (lesiones blancas cremosas)?

- a. Si
- b. No

Gráfico 1: Edad.

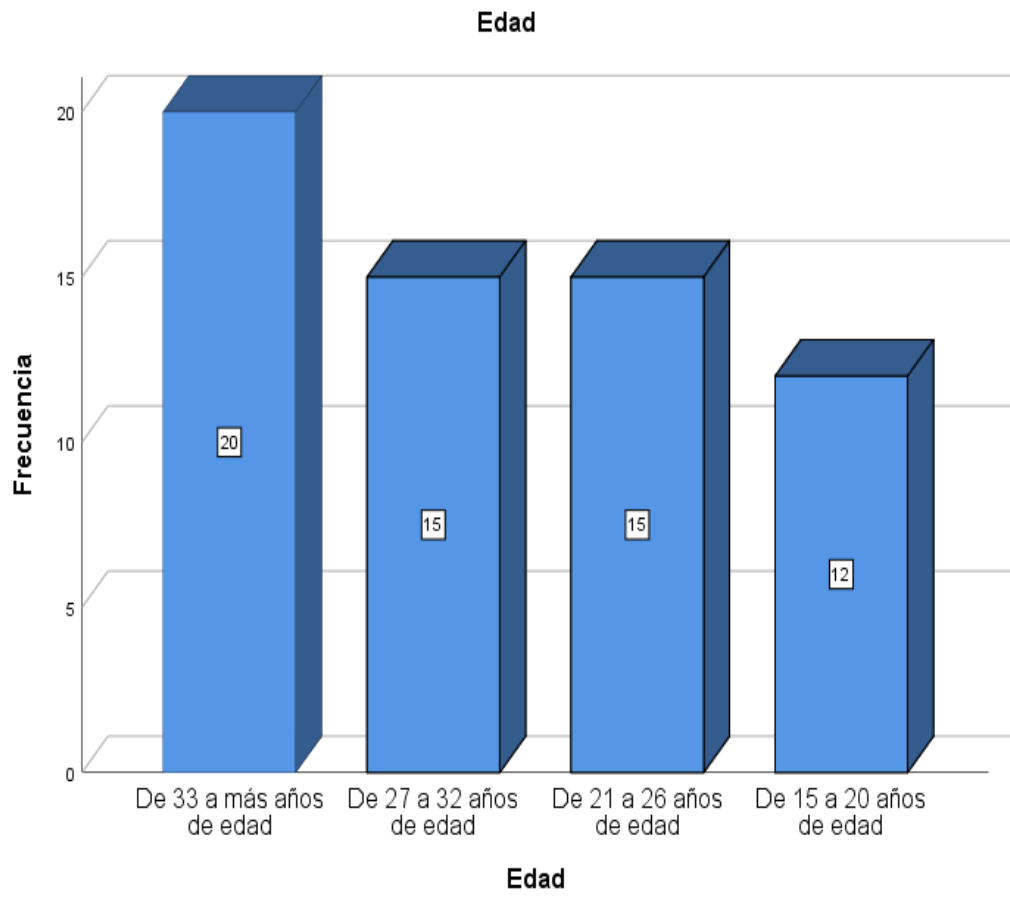


Grafico 2: Cantidad de hijos

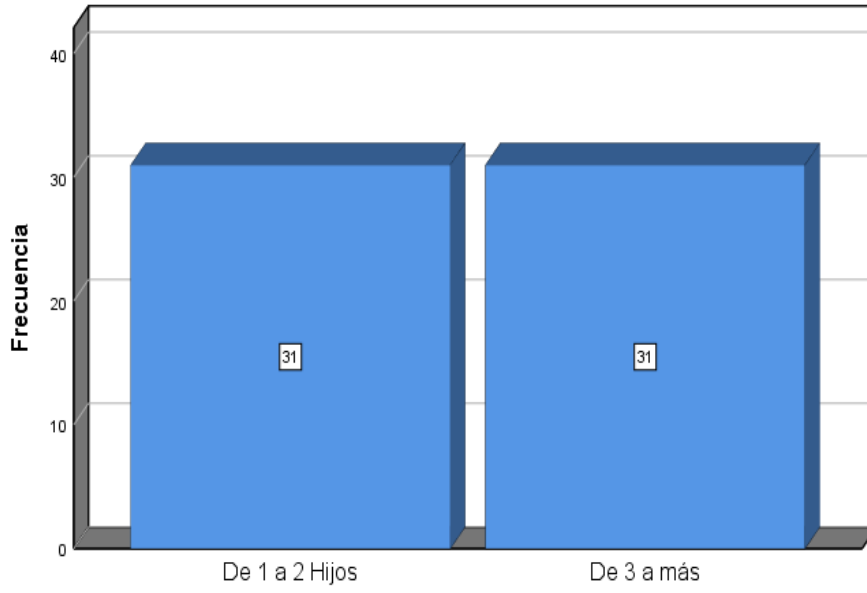


Grafico 3: Procedencia departamental.

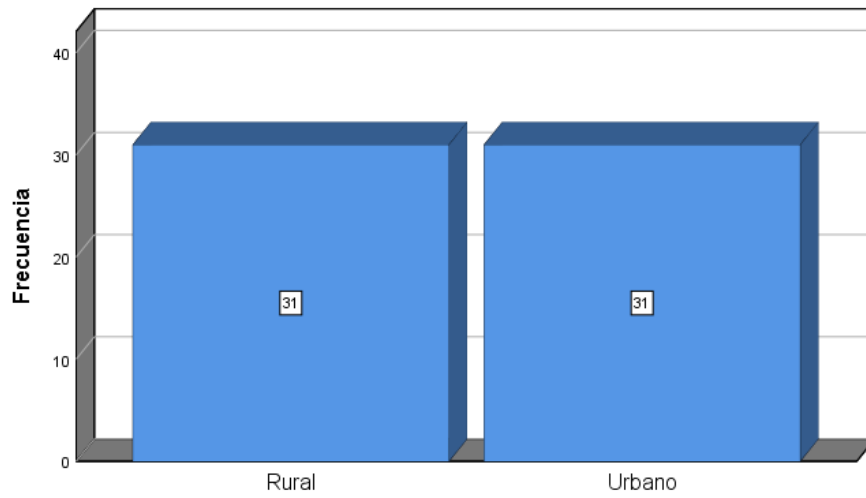


Gráfico 4 : Escolaridad.

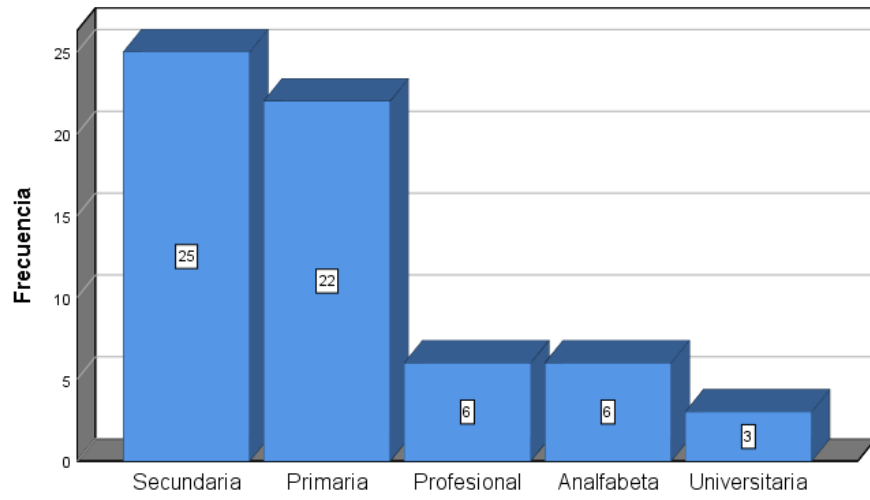


Gráfico 5 : ¿Limpia la boca del bebé cuando aún no tiene dientes?

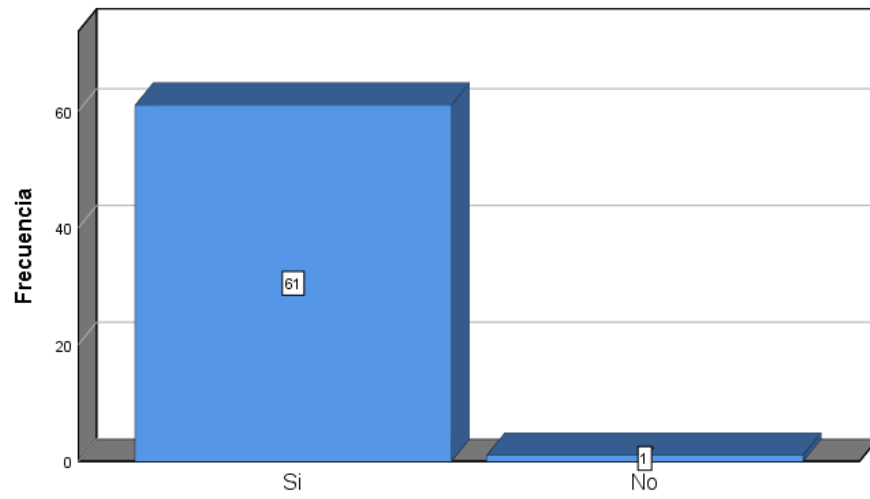


Grafico 6: ¿Cómo limpia la boca del bebe antes de que le salgan los dientes?

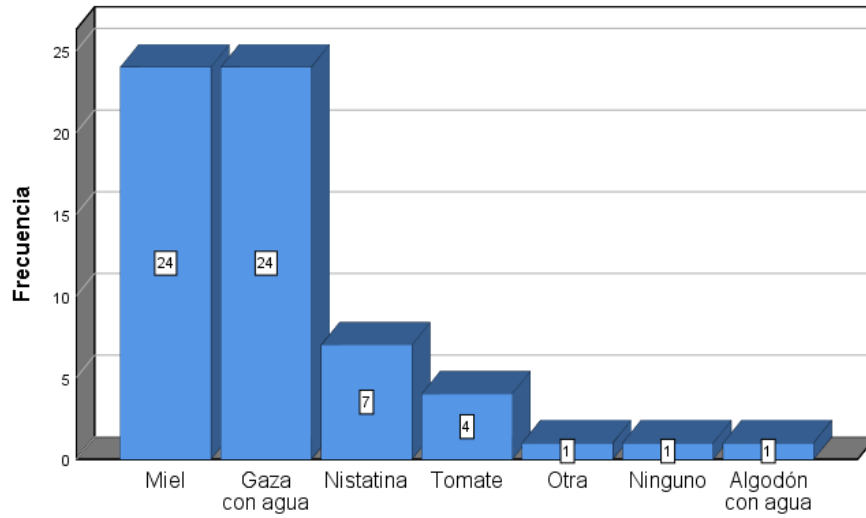


Grafico 7: ¿Con que frecuencia limpia la boca del bebe?

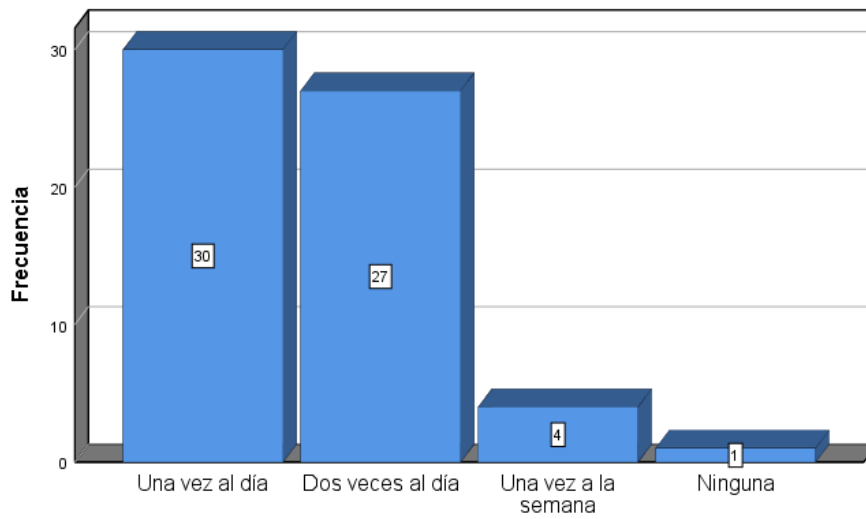


Grafico 8: ¿Le cepilla los dientes a su bebe cuando le empiezan a salir?

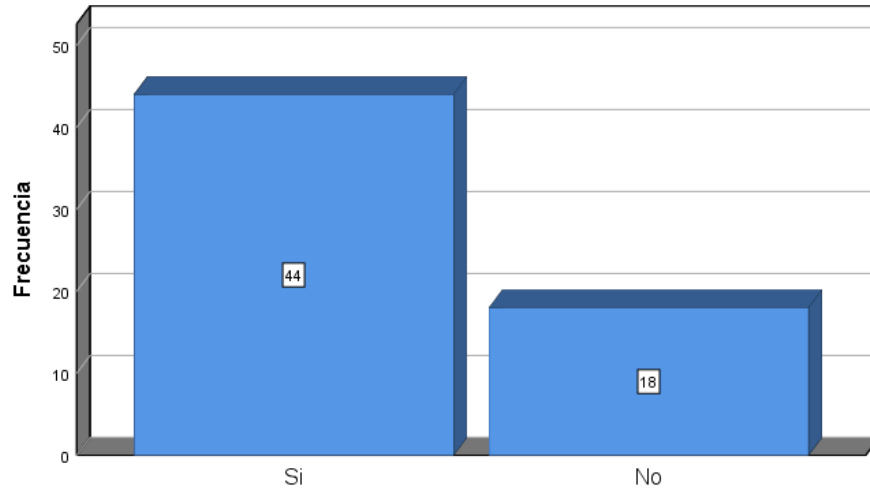


Grafico 9: ¿Qué tipo de cepillo dental utiliza?

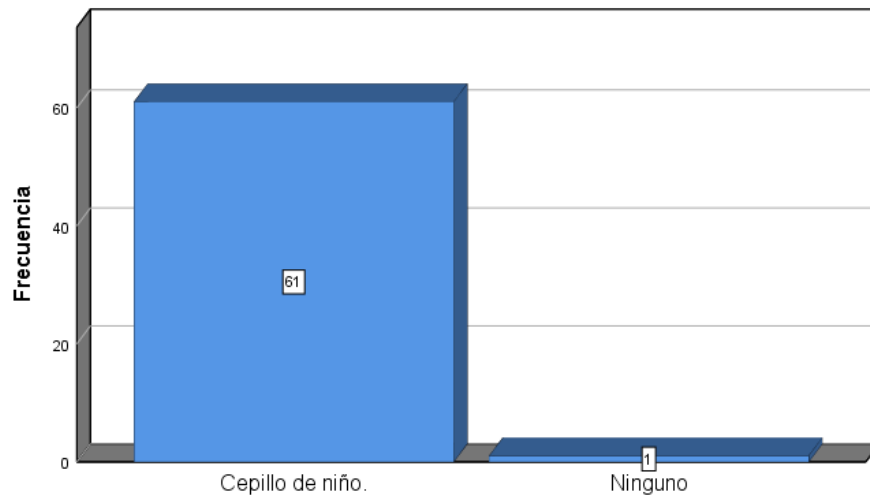


Grafico 10: ¿Sabe cuál es la cantidad de flúor que tiene la pasta dental que utiliza?

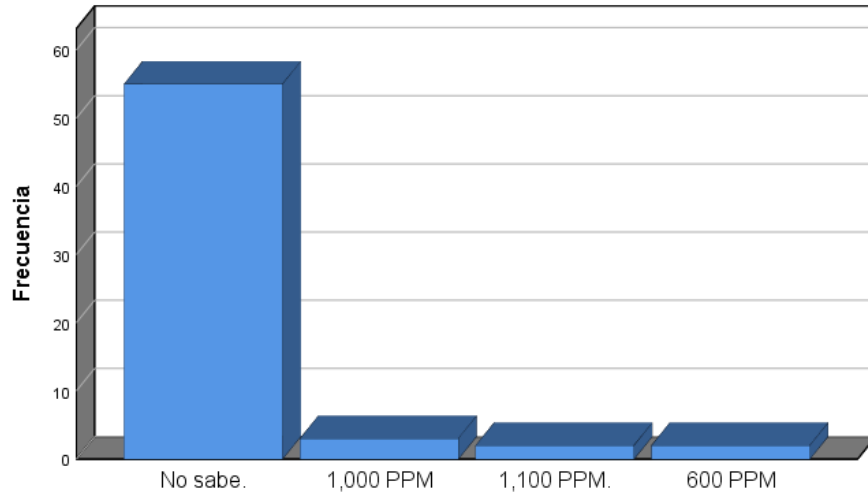


Grafico 11: ¿Cuál es la porción de pasta dental utiliza con él bebé?

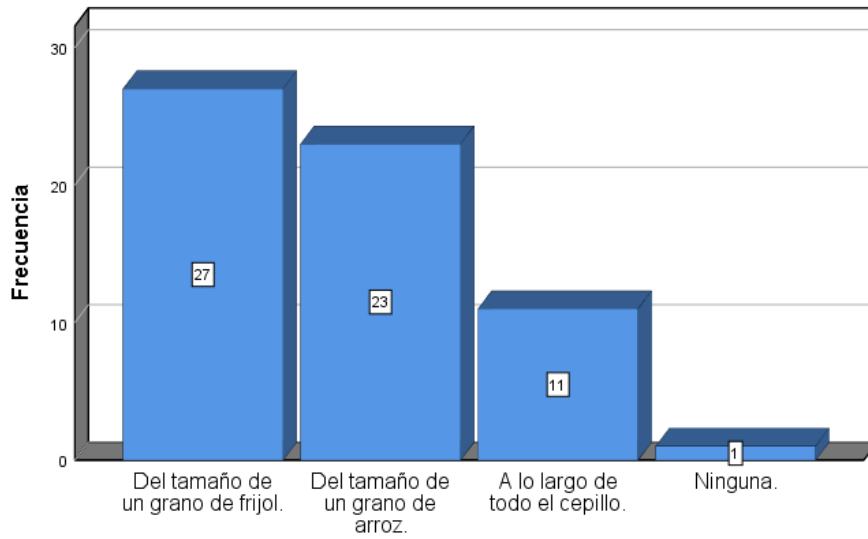


Grafico 12: ¿Con que frecuencia cepilla los dientes de su bebe?

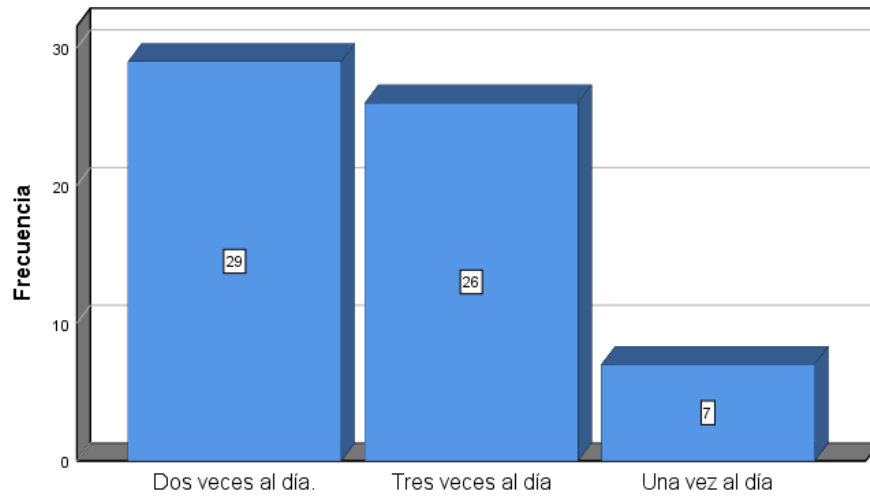


Grafico 13: ¿Sabía usted que la falta de higiene oral ocasiona problemas?

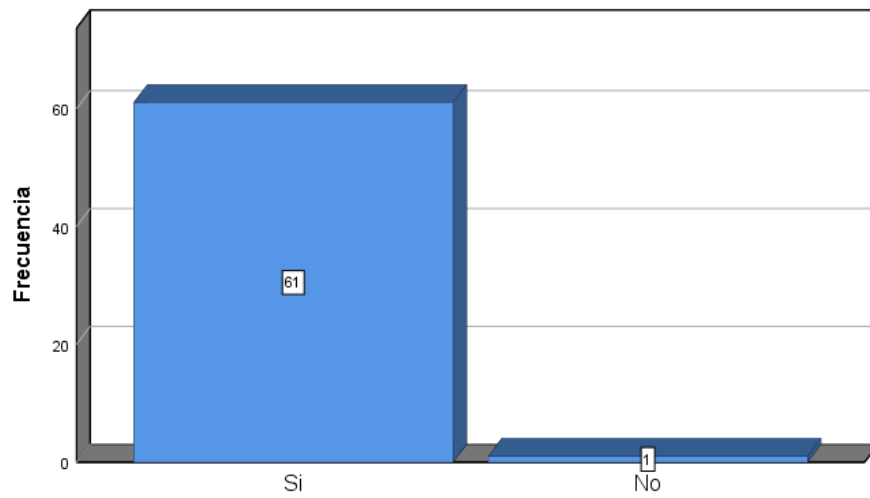


Grafico 14: ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona caries dentales?

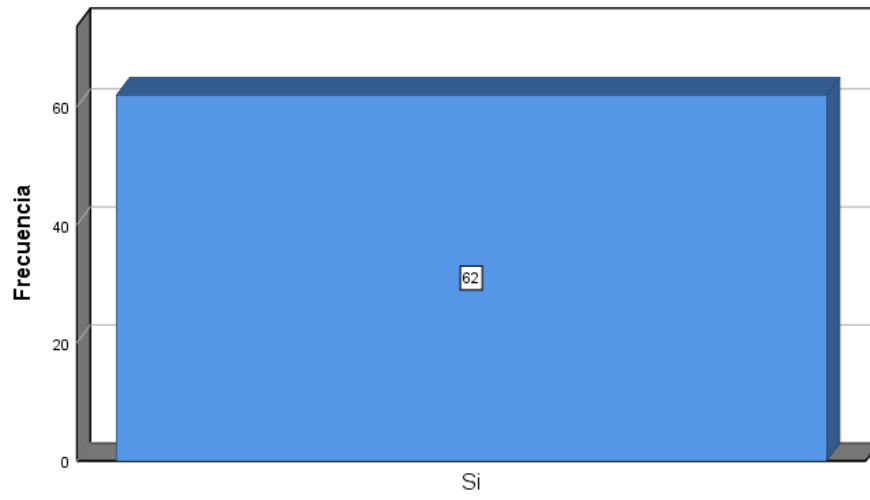


Grafico 15: ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona mal aliento?

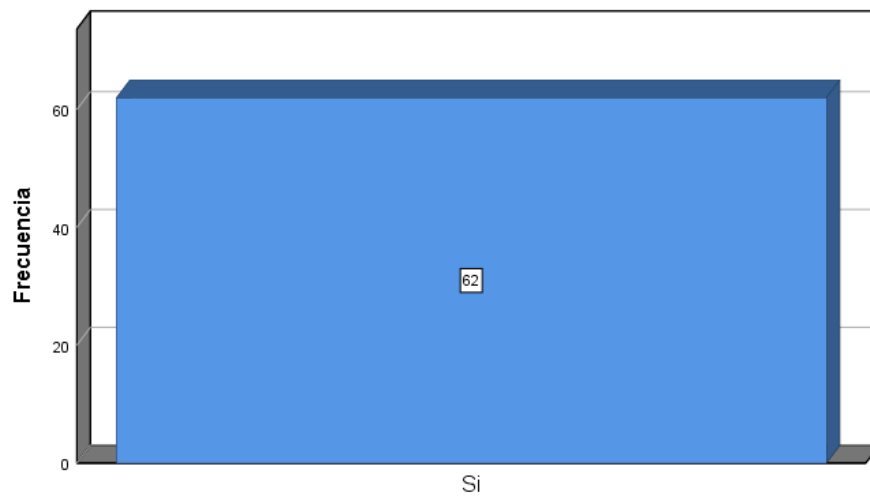


Grafico 16: ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona perdida temprana de dientes?

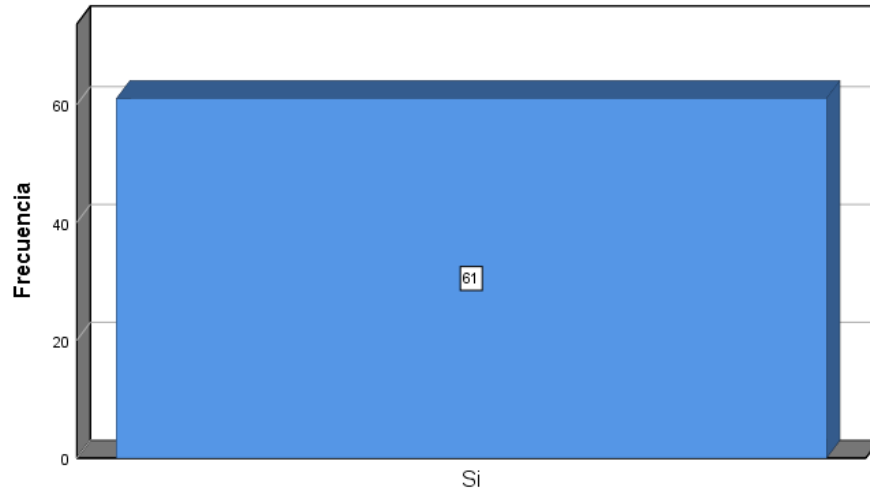


Grafico 17: ¿Considera usted que una mala higiene ocasiona gusanillo (lesiones blancas cremosas)?

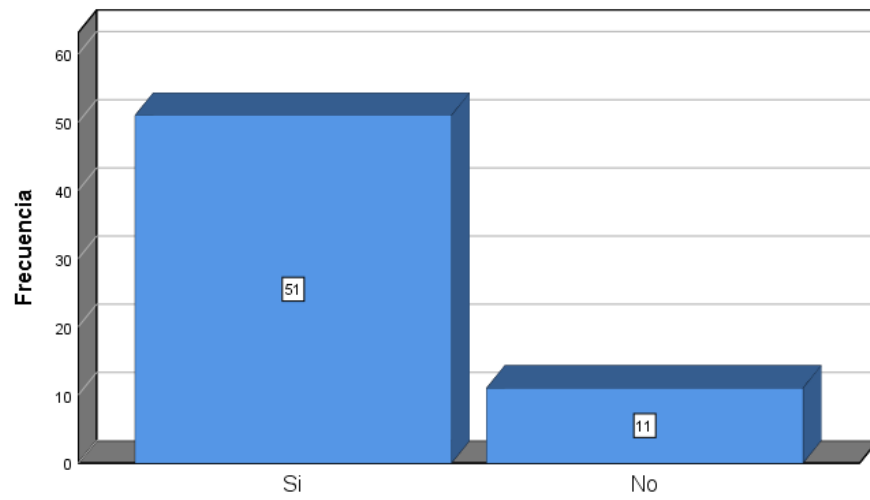
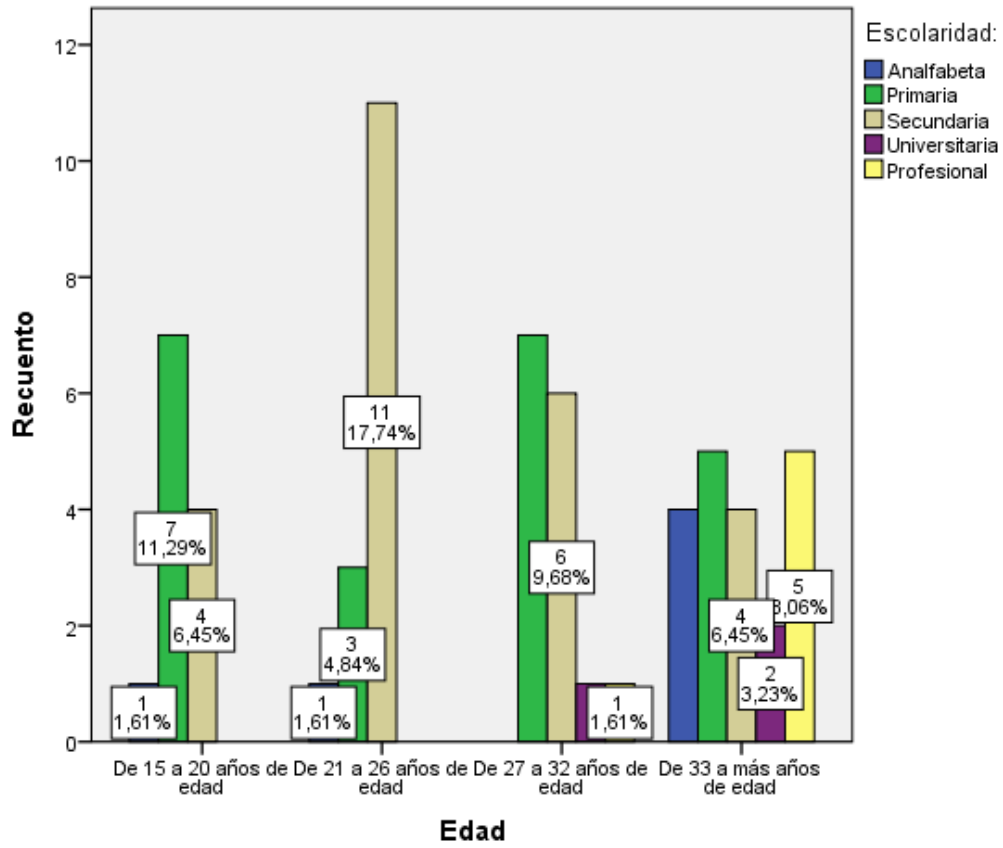


Gráfico de barras



Bibliografía

Alvarez Huayhua, H. (2019). *“Nivel de conocimientos de puérperas sobre prevención en salud bucal de niños hasta los 3 años en servicio de gineco obstetricia del HRMNB – PUNO”*. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12837/Alvarez_Huayhua_Harold_Joel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Espinoza Condor, J. (2020). *Nivel de Conocimientos sobre higiene oral del bebé, en madres que acuden al Centro de Salud Uliachín, Pasco 2019*. Obtenido de http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/1789/1/T026_71979506_T.pdf

GARCIA, E. D. (2017). Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/130/FILOMENO-Nivel-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lou Gomez, I. (2017). *“Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del centro de salud “BELLAVISTA” – LA LIBERTAD”*. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2904/1/RE_ESTO_ISMAEL.LOU_SALUD.BUCAL_DATOS.PDF

Marconi Bustinza, A. (2017). *“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS PUNO 2017”*. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6181/Marconi_Bustinza_Alid_Iry.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Palomino Javier, J. N. (2015). *Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo*. Obtenido de Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: http://54.165.197.99/bitstream/20.500.12423/2248/1/TL_PalominoJavierJorge.pdf

Paz Mamani, M. (2015). *Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani "San Bartolomé" MINSA 2014*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4277/Paz_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Peña Duran, C. (2014). *"Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral"*. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130706/Conocimiento-de-madres-de-ni%C3%B1os-de-hasta-71-meses-de-3-comunas-de-bajos-ingresos-de-la-RM%2c-en-factores-de-riesgo-de-caries-temprana-de-la-infancia-seg%C3%ban-factores-sociodemogr%C3%a1ficos->

Teixeira Gonzalez, P. a. (2010). *"Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo, Paraguay, 2010"*. Obtenido de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/viewFile/10/21>

Referencias

Duran, C. A. (2014). Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130706/Conocimiento-de-madres-de-ni%C3%B1os-de-hasta-71-meses-de-3-comunas-de-bajos-ingresos-de-la-RM%2c-en-factores-de-riesgo-de-caries-temprana-de-la-infancia-seg%C3%ban-factores-sociodemogr%C3%a1ficos-y-acceso-a-educ>

Filomeno Garcia, E. (2017). "Nivel de conocimiento sobre higiene oral de madres e higiene oral de niños de 2 a 3 años del PRONOEI "los pajaritos", 2016". Obtenido de repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/130/FILOMENO-Nivel-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gallegos Martinez, D. (Abril de 2015). Nivel de conocimiento sobre los habitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asisten al hospital Amistad Mexico-Nicaragua con el programa de "niño sano", en el municipio de Ticuantepe en el periodo de Noviembre-Enero. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/2790/1/51171.pdf>

GARCIA, E. D. (2017). Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/130/FILOMENO-Nivel-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herrera, B. S. (2016).

Herrera, B. S. (2016). Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5863>

Lambruschini, D. B. (2012). Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2773/Barrios_Id.pdf?sequence=1&isAllowed=yv

Mamani, M. A. (2015). Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4277/Paz_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Marquez Saltos, M. (2015). "Influencia del conocimiento de prevencion en odontologia de madres y profesoras, y su relacion con la salud oral de niños escolares de 4 años de edad de la escuela particular "Nuestro mundo Eco-Rio" en el periodo noviembre 2014 a abril 2015. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/800/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0054.pdf>

Teixeira Gonzalez, P. a. (2010). "Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo, Paraguay, 2010". Obtenido de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.ins.gov.py/index.php/rsp/article/viewFile/10/21>

Duran, C. A. (2014). Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130706/Conocimiento-de-madres-de-niños-de-hasta-71-meses-de-3-comunas-de-bajos-ingresos-de-la-RM%2c-en-factores-de-riesgo-de-caries-temprana-de-la-infancia-según-factores-sociodemográficos-y-acceso-a-educación>

Filomeno Garcia, E. (2017). "Nivel de conocimiento sobre higiene oral de madres e higiene oral de niños de 2 a 3 años del PRONOEI "los pajaritos", 2016". Obtenido de repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/130/FILOMENO-Nivel-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gallegos Martinez, D. (Abril de 2015). Nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asisten al hospital Amistad Mexico-Nicaragua con el programa de "niño sano", en el municipio de Ticuantepe en el periodo de Noviembre-Enero. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/2790/1/511171.pdf>

GARCIA, E. D. (2017). Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/130/FILOMENO-Nivel-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herrera, B. S. (2016).

Herrera, B. S. (2016). Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5863>

Lambruschini, D. B. (2012). Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2773/Barrios_Id.pdf?sequence=1&isAllowed=yv

Mamani, M. A. (2015). Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4277/Paz_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Marquez Saltos, M. (2015). "Influencia del conocimiento de prevencion en odontologia de madres y profesoras, y su relacion con la salud oral de niños escolares de 4 años de edad de la escuela particular "Nuestro mundo Eco-Rio" en el periodo noviembre 2014 a abril 2015. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/800/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0054.pdf>

Teixeira Gonzalez, P. a. (2010). "Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo, Paraguay, 2010". Obtenido de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.ins.gov.py/index.php/rsp/article/viewFile/10/21>

Abad, J. (2017). Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI "San Bartolomé"- 2016. Lima, Peru. Obtenido de Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI "San Bartolomé"- 2016: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6049/Abad_cj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Morgado, D., & Garcia, A. (2011). Cronologia y variabilidad de la erupcion dentaria. Obtenido de Cronologia y variabilidad de la erupcion dentaria: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2033/2840>

Revuelta, R. (Abril-Junio de 2009). La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologias y cuidados. Obtenido de La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologias y cuidados: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092f.pdf>

Bacallao, D. P. (2010). Bioquímica de la caries dental . Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010:9, 156-166 .

C. Palma, A. C. (2010). Guía de orientación para la salud bucal. Acta pediátrica Esp., 351 - 357.

Lozada, S. E. (2017). Efectividad del cepillo iónico en comparación con el cepillo dental. Quito.

OMS. (2020). Salud bucodental. Centro de prensa - OMS, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

Serrano-Granger, J. (julio de 2005). La placa dental como biofilm. Madrid.

CODENI, F. c. (2017). Obtenido de <http://www.codeni.org.ni/situacion-los-embarazos-las-adolescentes/>

Martinez, A., & Rios, F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Obtenido de Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado.: <https://revistateoriadelarte.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/25960>

OMS. (2019). OMS. Obtenido de http://agapap.org/druagapap/system/files/CariesPrimeraInfancia_0.pdf

Pozo, A., DEI, M., Alvarez, J., Luengo, J., & Otero, E. (2004). La educación como objeto de conocimiento. El concepto de educación . En J. Luengo, Teorías e instituciones contemporáneas de educación (pág. 30). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Tejada, M., Gonzalez, A., Marquez, Y., Bastardo, & Lurys. (2005). Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Anales Venezolanos de nutrición .