

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-MANAGUA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera de Odontología**

**“Año del fortalecimiento de la calidad”**



**Tesis de Monografía para optar al título de Cirujano Dentista**

Nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asisten al hospital Amistad México- Nicaragua con el programa del “niño sano”, en el municipio de Ticuantepe en el período de Noviembre- Diciembre-Enero del año 2014-2015.

Autora:

Bra. Denisse Gallegos Martínez

Tutor:

Dra. Edeliét Zamora

Managua, Abril del 2015

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo como una primicia de todos los frutos que mi carrera me permitirá alcanzar a Dios, pues sin él no hubiese llegado hasta aquí. Él fue mi noble sostén, antes que mis propias fuerzas, fue su bondad, fidelidad y amor a lo largo de estos años que me mantuvieron en pie hasta el final. Por eso toda la gloria y gratitud por eso todo el honor para Dios.

Y como expresión de la fidelidad de Dios, estuvo el apoyo y la fe que mis amados padres Rómulo y Silvia, tuvieron para conmigo. Por ser mí ancla en medio de tiempos difíciles, por darme palabras de amor y sabiduría en momentos de necesitar una guía y dirección y por ser fuente innegable de provisión y abundancia. Gracias.

A mis hermanos, aunque el proverbista diga que los amigos son más que hermanos. Mis hermanos son más que mis amigos. Por sus palabras de ánimo y aliento, por ser mis relevos en momentos en donde necesitaba estar en estado “ausente” en el hogar. Por sus innumerables cualidades de amigos-hermanos. Les dedico este trabajo.

Y con mucha razón dedico también este trabajo a mi tutora Dra. Edeliét Zamora, que desde el primer momento se despojó de su tiempo y sus conocimientos sin reproche para la elaboración de este trabajo monográfico. Por disponer y poner a la orden todo en cuanto en su facilidad estuvo. Por su entrega y disponibilidad en tiempo y fuera de tiempo. En su hogar y fuera de su hogar. Gracias.

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios por la vida que me ha regalado, por la salud y provisión. Por sus cuidados y atenciones. Por su profundo amor para conmigo.

También agradezco a todas aquellas personas que aportaron bienes invaluable para la elaboración de esta monografía, como sus conocimientos y aptitudes hasta camaradería y amistad.

A mis amigos, por dispensarme en este tiempo de “ausencia”. Y por brindarme su fe, y apoyo incondicional.

Al Hospital Amistad México- Nicaragua y sus autoridades por permitirme acceder a sus espacios y pacientes.

A todas las madres que aportaron en gran manera para la elaboración de este estudio con sencillez y disponibilidad de corazón.

A todo ello gracias doy.

## **OPINION DEL TUTOR**

Una buena higiene oral es el factor más importante para evitar la caries y las enfermedades de las encías. Mientras más tempranos empieces con la higiene bucal de un bebe mejor, ya que durante los primeros meses de vida él bebe se encuentra en una fase oral pasiva.

Esta investigación es muy importante para mí ya que se realizó en mi centro de trabajo el Hospital Amistad México-Nicaragua y es de suma importancia saber el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre higiene bucal de niños hasta los 12 meses ya que en muchas ocasiones me he encontrado con niños con afecciones de sus encías, carrillos y lengua por una falta de conocimiento sobre como lavar y mantener sana la cavidad de su bebe.

Esta investigación me servirá como odontóloga de este hospital para mejorar las charlas, dar capacitaciones a las enfermeras, ginecólogos y pediatras para que la cultura y el poco conocimiento que tiene la población mejore y evitar la aparición de enfermedades bucales a temprana edad.

Gracias a que la odontología ha cambiado drásticamente en las últimas décadas existe una mayor demanda de una odontología preventiva en donde tenemos la oportunidad de cambiar el pensamiento y cultura sobre higiene oral de los bebes.

A pesar que la población que asiste al hospital es gente humilde y pobre tienen derecho a saber cómo mantener una óptima higiene oral de su bebe con cosas básicas y que poseen como un pañal de tela limpia y agua y gracias a esto podemos controlar los factores de riesgos de que aparezca una enfermedad bucal por falta de higiene

El hecho de enseñarle a las madres cómo y con que deben limpiar la boca de su hijo es muy importante ya que se crea conductas positivas que permitirá en un futuro que estas madres pasen a cepillos dentales y les enseñen a sus niños y gracias a esto el niño podrá crear hábitos de buena higiene oral.

Dra. Edeliét Zamora

Docente/ Carrera Odontología UNAN- Managua

## RESUMEN

Este estudio se realizó con el fin de determinar cuál era nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asistieron al Hospital Amistad México- Nicaragua, en el municipio de Ticuantepe en el período de Noviembre-Diciembre-Enero del año 2014-2015.

Esta investigación descriptiva, de corte transversal conto con un universo de 200 madres que asisten al Hospital por un mes, dando como resultado 400 madres que asistieron durante el periodo del estudio a dicho centro. Dicho datos fueron proporcionados por el centro de estadísticas de dicho hospital. La muestra fue de 196 madres. Se solicitó y aprobó la autorización debida del Hospital para la realización del mismo. Para la recolección de datos de realizo un cuestionario, que se realizó a manera de entrevista por parte del investigador, en el cual consistía en 11 preguntas cerradas que pretendían calificar el nivel de conocimiento de las madres sobre hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses e identificar cual era el auxiliar de higiene oral más usado.

Obteniendo como resultado el mayor porcentaje de nivel de conocimiento, el deficiente con un 38.3% (75) de los 196 casos. El Auxiliar de Higiene Oral más usado recomendado por la American Academy of Pediatric Dentistry, es la gasa y agua con un 43.5% (50). De los auxiliares de higiene oral casero el más usado es la miel con un 25.5% (50), y el auxiliar de higiene farmacéutico más usado es la nistatina con un 12.2% (24). El nivel de conocimiento según la frecuencia de embarazo es el deficiente en madres primigesta. En donde las madres primigesta representan el 52.6% (103) de los casos con un nivel deficiente de 21.4% (42).

El nivel de conocimiento según la edad que prevaleció es el deficiente con un 21.4% (42) representado en las edades representativa del grupo en estudio, las edades de 15-23 años 54.6% (107). El grado de formación académica que prevaleció en las madres del presente estudio fue el de secundaria incompleta con un 31.1% (61) predominando así el nivel de conocimiento deficiente 13.8% (27).

Y respecto a la identificación de los medios de comunicación por el cual las madres obtuvieron cierta información sobre los hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses de edad. Resulta que el mayor porcentaje de las madres no han recibido ningún tipo de información por ningún medio comunicativo respecto a hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses de edad, por lo cual representa el 43.4% (85) de la población en estudio.

Lo cual se refleja que es necesario darle importancia a la salud oral aun desde su etapa más temprana. Esta prioridad urgente se debe de comenzar a dar desde las instituciones de salud pública como desde las instituciones de formación académica de manera que en conjunto a las madres se pueda aportar para el bien y desarrollo de la calidad de vida de las nuevas generaciones.

# INDICE

<i>I. Dedicatoria</i>	<i>i</i>
<i>II. Agradecimiento</i>	<i>ii</i>
<i>III. Carta de Tutor</i>	<i>iii</i>
<i>IV. Resumen</i>	<i>iv</i>
<i>1. Introducción</i>	<i>1</i>
<i>2. Antecedentes</i>	<i>3</i>
<i>3. Justificación</i>	<i>6</i>
<i>4. Planteamiento del Problema</i>	<i>8</i>
<i>5. Objetivos</i>	<i>9</i>
<i>5.1 Objetivo General</i>	<i>9</i>
<i>5.2 Objetivos Específico</i>	<i>9</i>
<i>6. Marco Teórico</i>	<i>10</i>
<i>6.1 Generalidades del niño de 0 a 12 Meses</i>	<i>10</i>
<i>6.2 Generalidades del Bebé en edad de 0 a 3 meses</i>	<i>10</i>
<i>6.3 Generalidades del Bebé en edad de 3 a 6 meses</i>	<i>10</i>
<i>6.4 Consideraciones morfológicas en la cavidad oral en los niños de 0 a 6 meses</i>	<i>13</i>
<i>6.5 Generalidades del Bebé en edad de 6 a 9 meses</i>	<i>17</i>
<i>6.6 Generalidades del Bebé en edad de 9 a 12 meses</i>	<i>18</i>

<b>6.7 Consideraciones morfológicas en la cavidad oral en los niños de 7 a 12 meses</b>	<b>19</b>
<b>6.8 Cronología de la erupción dentaria</b>	<b>23</b>
<b>6.9 Tipo de Alimentación para el niño de 0 a 6 meses de edad</b>	<b>24</b>
<b>6.9.1 Prácticas recomendadas en lactantes y niños pequeños según la OMS</b>	<b>24</b>
<b>6.10 Tipo de Alimentación para el niño de 7 a 12 meses de edad</b>	<b>28</b>
<b>6.11 Asesoramiento dietético para las madres</b>	<b>29</b>
<b>6.12 Placa Bacteriana</b>	<b>30</b>
<b>6.13 Higiene bucal del lactante</b>	<b>31</b>
<b>6.14 Asesoramiento Prenatal</b>	<b>34</b>
<b>7. Diseño Metodológico</b>	<b>35</b>
<b>7.1 Material y método</b>	<b>35</b>
<b>7.2 Tipo de Estudio</b>	<b>35</b>
<b>7.3 Universo</b>	<b>35</b>
<b>7.4 Muestra</b>	<b>35</b>
<b>7.5 Criterios de Inclusión</b>	<b>35</b>
<b>7.6 Criterios de Exclusión</b>	<b>36</b>
<b>7.7 Variables</b>	<b>36</b>
<b>7.8 Operacionalización de Variables</b>	<b>37</b>
<b>8. Técnica y procedimientos:</b>	<b>40</b>
<b>9. Resultados</b>	<b>42</b>

<b>10.</b>	<b><i>Analisis de Resultados</i></b>	<b>52</b>
<b>11.</b>	<b><i>Conclusiones</i></b>	<b>57</b>
<b>12.</b>	<b><i>Recomendaciones</i></b>	<b>58</b>
<b>13.</b>	<b><i>Referencia Bibliográfica</i></b>	<b>60</b>
<b>14.</b>	<b><i>Anexos</i></b>	<b>67</b>
<b>14.1</b>	<b><i>Instrumento para la recolección de datos</i></b>	<b>68</b>
<b>14.2</b>	<b><i>Gráficos</i></b>	<b>70</b>

## **I. Introducción**

La salud oral es un aspecto importante en el cuidado de la salud en general que tiene un impacto en la calidad de vida y resultados positivos de salud en infantes y niños (Brown, Lowe, & Zimmerman, 2006). En los niños es un factor importante la prevención de caries dental, que es la enfermedad dental infantil más común (Service, 2000) La caries dental tiene una repercusión negativa en varias funciones orales tales como masticar, hablar, incluso sonreír.

La caries a temprana edad es definida como «La presencia de una o más superficies cariadas (con o sin lesión cavitaria), superficies pérdidas (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente deciduo de un niño entre el nacimiento y los 71 meses de edad». (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008) sigue siendo un problema que persiste en muchas partes del mundo en especial en países en vías de desarrollo como el caso de nuestro país Nicaragua. Ha sido asociada con el bajo ingreso económico familiar (Finlayson, 2005) pocas visitas al dentista (Gratrix D, Taylor GO, Lennon MA, 1990) niveles de escolaridad materna bajos (Kinirons M, McCabe M., 1995) y bajos niveles de conocimiento sobre el cuidado de salud oral materna (Szatko, Wierzbicka, Dybizbanska, et al. 2004).

Las madres son la fuente primaria de la educación temprana en los niños con respecto a la buena higiene y prácticas nutricionales sanas. Por lo tanto, el cuidado de salud oral debe de comenzar con consejería prenatal para los padres, en especial a las madres, que usualmente pasan más tiempo con sus niños. La primera examinación oral está recomendada cuando los primeros dientes deciduos erupcionan y no después de los 12 meses de edad. (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008) Existe una marcada evidencia sugiriendo el éxito en la prevención de

enfermedades dentales, si y sólo si se presentan acciones de intervención preventiva en el primer año de vida. (Lee, Thomas, Bouwens, et al. 2006) (Lee, Weber-Gasparoni, 2007).

Estas intervenciones se enfocan en la fomentación de hábitos dietéticos saludables, en la prevención de accidentes traumáticos dentofaciales, e identificar hábitos orales que pueden ser degenerativos para el desarrollo oclusal y salud general de los tejidos orales (Eigbobo, Onyeaso, & Okolo, 2011) (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008).

Por lo tanto el nivel de conocimiento de salud oral pediátrica de las madres determinará su habilidad para mejorar tales prácticas en sus niños.

Es por esto que este estudio pretende identificar cual es el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los a 12 meses de edad, que asisten al Hospital Amistad México- Nicaragua, en el municipio de Ticuantepe en el período de Noviembre- Diciembre-Enero del año 2014-2015.

## **II. Antecedentes**

La organización mundial de la salud (OMS ,1981) en la asamblea mundial de la FDI reunida en septiembre de ese año, se aprobó un documento elaborado por un grupo de trabajo mixto OMS/FDI, denominado Metas Globales para la salud bucal en el año 2000, a los efectos de ubicar a la odontología en los objetivos y las estrategias destinadas a la atención primaria de salud de toda la población, para lo cual se establecieron 6 metas orientadas todas a la reducción de enfermedades bucales. En cada una de ellas se resalta la importancia de un correcto conocimiento de medidas preventivas de caries y de enfermedad periodontal. En la meta propuesta como número uno está que "50% de niños de 5-6 años de edad estarán libre de caries", se resalta que los mejores resultados han sido logrados convenciendo a los grupos de padres de la importancia de una buena dieta y de otras medidas preventivas aplicadas desde el nacimiento en adelante.

Shein y Tsamsouries (1991). En un estudio realizado en Estados Unidos titulado ***“Self-Reported Compliance and the effectiveness of prenatal dental education”*** se evaluó la efectividad de la educación odontológica prenatal, llegando a la conclusión que debe existir un refuerzo educativo y motivación por parte de la madre, si es que se quiere lograr resultados más positivos y recomienda trabajar en conjunto con médicos, odontólogos y especialmente con obstetras y pediatras.

Velásquez (1995) evaluó en su estudio, nombrado ***“Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madre gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social”*** el conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en niños

en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al llamado IPSS, para determinar el nivel de conocimiento. Se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas referentes a la higiene dental del niño y se utilizó un escala de calificación con los niveles bajo (0-3 respuestas) moderado (4-6) y alto (7-10). Se estableció la relación del nivel de conocimientos con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y número de embarazos. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado con un 60,6% de las madres. También se pudo establecer que dentro de este grupo de gestantes prevalecía la formación académica de secundaria completa. De esta manera se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y formación académica.

Ríos Díaz (1996). Evaluó en su estudio realizado en Perú titulado “*Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 12 meses a 24 meses de edad*” datos obtenidos mediante la aplicación de una encuesta a los padres, encontrándose que el 80% de los padres realizaban algún tipo de higiene bucal, al momento del estudio. El hábito de higiene bucal con gasa o pañal se encontró en el 32% de los casos. El 50% de ellos inició el hábito entre cero y seis meses de edad. La edad de término más frecuente (50%) se encontró entre los cinco y 15 meses, el 21% continuó con el hábito hasta el momento del estudio. El 67% de los padres lo hacen una vez al día, el 13% dos veces al día y el 20 % tres veces al día. El 77% de los niños presentó el hábito del uso del cepillo dental. El 40% de ellos iniciaron entre los 19 y 24 meses de edad y el 31% entre los seis y 12 meses. El 50% de los padres lo hacen una vez al día, el 11% tres veces al día y el 1% cuatro veces al día. El uso de pasta dental se encontró en el 66% de los niños. La higiene bucal nocturna se encontró en el 25% de los niños.

Holdings LLC (2000) en su estudio “*Caries y Embarazo: La importancia del control y la prevención*” realizó varias investigaciones que demostraron que durante el primer año de vida

del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados como, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal (68,66%) y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón (86,57%). También, comprobaron que casi el 6% de los bebés poseían una alta frecuencia en el consumo de azúcar; 33% fueron contaminados por las madres a través de la saliva y cerca del 13% presentaron lesiones cariosas ya durante el primer año de vida.

La Torre (2001) realizó un estudio titulado “*Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud bucal infantil en el hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis- Bachiller UPSM,*” con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. En donde se observó que un alto porcentaje de las gestantes (72,5%) está bien informado.

El cuestionario sobre que tienen las madres sobre cuidado de la salud bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario sobre el conocimiento del desarrollo y crecimiento dental en el infante por parte de la madre, el porcentaje de bien, regular y mal informado fue casi equitativo.

### III. Justificación

La salud oral es una parte integral de la salud general del niño. Los problemas más prevalentes con respecto a salud oral bucal en niños de las edades en estudio son alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental. Este problema generalmente se relaciona con hábitos de salud oral incorrectos, patrones alimentarios inadecuados y / o una adquisición tardía de la masticación, que propiciará al desarrollo de mal oclusiones. (Palma, Cahuana y Gómez, 2010). Por lo que la salud oral del infante es una de las bases fundamentales para que la educación preventiva deba ser construida para apuntar a una vida libre de enfermedades en la sociedad futura.

En Nicaragua, los programas preventivos de salud oral son escasos o nulos. En la más reciente cartilla de educación temprana “AMOR PARA L@S M@S CHIQUIT@S” del Ministerio de Salud, (2010) en el acápite de Cuido de Salud, solo se menciona de manera vaga el recordar “mantener la boca sana del bebe”. Por lo que la información necesaria para reconocer la importancia de la práctica de hábitos orales desde las edades tempranas (desde el nacimiento) por parte del MINSA en nuestro país, es insuficiente.

Un grupo social importante para impulsar el cambio temprano en estas percepciones sobre la higiene bucal en niños hasta los 12 meses son las madres, quienes por su condición de cuidadoras naturales, pasan mayor tiempo en esta edad vulnerable con la criatura. Ellas pueden influenciar de manera significativa para la implementación de acciones transformadoras que generen un impacto en la condiciones de salud bucal en esta población. De igual forma aportará recomendaciones al hospital para capacitar a su personal sobre el tema, y generar ideas para aumentar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en estos niños.

Adicionalmente la relevancia social de este estudio será el de reconocer la importancia de implementar programas para educar y promover medidas preventivas respecto a higiene oral en madres de niños hasta los 12 meses de edad para que de esta forma ambas partes (Ministerio de salud y las madres nicaragüenses) puedan aportar para el bienestar integral en la salud en la población más vulnerables de todas, la población infantil.

#### **IV. Planteamiento del Problema**

La salud oral de los infantes es uno de los fundamentos bases en donde la educación preventiva y la atención dental deben ser construidos para mejorar la oportunidad de una vida libre de enfermedades bucales en la sociedad.

En Nicaragua son pocos los centros de salud pública en donde han adoptado programas para la prevención de salud bucal en niños menores de un año. Además en nuestro medio existen pocos estudios que determinen los hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños hasta los 12 meses. Este estudio se realizara en infantes hasta los 12 meses porque es la edad más susceptible a cualquier padecimiento que podrá tener repercusiones negativos en el futuro, y en las madres porque de estas depende plenamente la higiene oral de bebe.

Por lo que la investigación contribuirá a determinar el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres en sus hijos infantes hasta los 12 meses de vida que asista al Hospital Amistad México- Nicaragua.

Ante esta situación de carecer de programas promotores para la prevención de salud oral temprana para madres de niños en edad hasta los 12 meses en nuestro país, es válido preguntar ¿Qué efecto tendría si el nivel de conocimiento de las madres en estudio es el mínimo para la óptima prevención de enfermedades orales a desarrollarse en estos niños?

## **V. Objetivos**

### **Objetivo General**

Establecer el nivel de conocimiento que poseen las madres de niños hasta los 12 meses de edad sobre hábitos de Higiene oral atendidas en el Hospital Amistad México-Nicaragua en el municipio de Ticuantepe en el período de noviembre- diciembre-enero del año 2014-2015.

### **Objetivos Específico**

- Identificar el auxiliar de higiene oral más utilizado por las madres de los niños de hasta los 12 meses de edad que asisten al Hospital Amistad México-Nicaragua.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral que poseen madres primerizas y multigestas, con niños hasta los 12 meses de edad.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños cero a 12 meses, según su edad y grado de escolaridad.
- Identificar porque medio de comunicación obtuvieron información sobre hábitos de higiene oral las madres de niños hasta los 12 meses de edad.

## **VI. Marco Teórico**

### **6. 1 Generalidades del niño de 0 a 12 Meses**

Lo propio del período neonatal es la adaptación que exige el paso de la vida intrauterina a la extrauterina. Son múltiples los cambios que afectan al niño en esta etapa. La patología neonatal es, en general, un problema de adaptación en alguno de los sistemas del recién nacido. El cuidado del recién nacido normal consiste en supervisar esta adaptación y que no se presenten factores que la alteren, de manera de prevenir o de anticiparse a los problemas. El cuidado del recién nacido normal compete fundamentalmente a la madre, por eso es de especial importancia ayudar a la madre a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él y reforzar aspectos educativos en relación a su crecimiento y desarrollo.

### **6. 2 Generalidades del Bebé en edad de 0 a 3 meses**

Desde antes que nacen las niñas y niños tienen la capacidad de ver, escuchar, sentir el frío y el calor. Se debe procurar protegerlos del frío y del calor, procurarles un ambiente fresco.

El llanto es su forma de su comunicación, cuando algo le molesta o siente algún dolor, o le inquieta el frío o el calor recurre al llanto. Se debe de estar atento e identificar la causa de su llanto.

En estos primeros meses de vida su sentido de la vista y el oído se desarrollan grandemente, antes de alcanzar los tres meses de edad el bebé será capaz de fijar su vista y seguir el movimiento de las personas y cosas cercanas.

Ya en el tercer mes el bebé puede sonreír, mover aunque sin control alguno sus bracitos y piernas.

### **6. 2.1 En su desarrollo socio- afectivo:**

En esta etapa se le debe brindar mucho amor y cariño al bebé. Y se le debe prestar mucha atención si el bebé está llorando. Procurar tratar de identificar la razón de su llanto. No hay dejarlos solos, por el contrario hay que tratar que una persona siempre esté con el bebé mientras se encuentre despierto o despierta.

### **6. 2.2 Estimulación del lenguaje:**

El oído y la vista de los bebés están en pleno desarrollo, creciendo rápido durante sus primeros meses de vida.

Es necesario sonreírles y hablarles mientras se les está alimentando. Llamarles por su nombre es muy importante de manera alegre y tierna. Esto estimula al bebé a balbucear sonidos.

La adecuada nutrición durante la infancia y la niñez temprana es esencial para asegurar el crecimiento, salud y desarrollo del niño para su pleno potencial. La pobre nutrición incrementa el riesgo de enfermedades, y es responsable, directa o indirectamente, de las muertes que ocurrieron de un tercio de 9.5 millones de niños menores a 5 años de edad, que ocurrieron en el 2006 (Organización Mundial de la Salud, 2008). Como también la nutrición inapropiada puede conllevar a la obesidad infantil que es la causa de los problemas de salud pública en muchos países.

Los déficit nutricionales también están vinculados al con el deterioro a largo plazo en el crecimiento y la salud. La malnutrición durante la infancia causa retraso en el crecimiento, ya cuando adulto, impide el crecimiento de algunos centímetros menos en su altura. (Martorell,

Kettel, Khan & Schroeder, 1994) Existe evidencia que los adultos que fueron desnutridos de niños, sufren de deterioro en el rendimiento intelectual. (Pollitt et al, 1995). Ellos también pueden reducir la capacidad para trabajos físicos. (Grantham-McGregor & Cumper, 1992) (Haas et al, 1996) Y si las mujeres que fueron malnutridas de niñas, presentan afectación en su capacidad reproductiva y sus bebés pueden desarrollar bajo peso al nacer, y pueden sufrir partos complicados. (Martin et al, 2004). Cuando muchos niños en una población están malnutridos, tiene implicaciones en el desarrollo de la nación

Los primeros dos años de vida proveen una ventana crítica de oportunidad para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado a través de la alimentación óptima.

### **6.3 Generalidades del Bebé en edad de 3 a 6 meses**

Gracias al contacto diario con el bebé, este será capaz de reconocer la cara de sus progenitores o aquellas personas que lo rodean. Entre el tercer y cuarto mes será capaz de saber cuáles son las cosas conocidas. De la misma forma se puede extrañar de las personas desconocidas.

#### **6.3.1 Estimulación socio- afectiva:**

La mayor parte de los primeros meses de vida del bebé, ha pasado en contacto con su mamá y las personas más próximas a él, sin embargo el bebé necesita relacionarse con otras personas, principalmente miembros de la familia y personas cercanas a estas. Es necesario que todos en el hogar le sonrían, le hablen, y se comuniquen con ella o él.

El niño- niña debe ir aprendiendo a conocerse a sí mismo. Siempre que se pueda hay que mostrarlo a sí mismo en un espejo a que reconozca su propia imagen.

### **6. 3.2 Estimulación Motora:**

Para estimular su capacidad para moverse se procura motivar al bebé a que alcance objetos cercanos al bebé, para ello se le puede acercar un juguete liviano para que lo tome, si logra hacerlo alejar el juguete un poco más para que se desplace para alcanzar el objeto.

### **6. 3.3 Cuidado de salud:**

Según la cartilla de educación temprana del MINSA “Amor para l@s más chiquit@s”, 2010. Es importante lo seguir practicando la higiene y aseo del bebé.

\*Recomienda recordar mantener limpia la boca del bebé

### **6. 3.4 Llevarlo a los centros o puestos de salud**

\*Recomienda llevarlo a los puestos de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo.

\*Y vacunarlos a partir de los dos meses con las vacunas: polio, pentavalente, y rotavirus. Según indique los promotores de salud temprana del centro. (Amor para los más chiquitos, MINSA-Nicaragua 2010)

## **6. 4 Consideraciones morfológicas sobre la cavidad bucal del niño de 0 a 6 meses de edad**

En el momento de nacer, el bebé, no tiene dientes ni procesos alveolares, lo que tiene son porciones basales de hueso recubiertas por una almohadillas gingivales, la cuales, posteriormente, serán segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes, como en la boca del adulto desdentado. El tamaño de las almohadillas gingivales al nacer pueden estar determinados por:

El estado de madurez del infante al nacer.

- El tamaño al nacer expresado por el peso de nacimiento.
- El tamaño de los dientes primarios en desarrollo.
- Factores puramente genéticos más allá de las mandíbulas.

La mayoría de los arcos primarios son ovoides y muestran menos variabilidad en su conformación que los permanentes. Habitualmente hay una separación interdientaria generalizada en la región anterior, la cual no aumenta significativamente después que se ha completado la dentadura primaria. Se ha encontrado que la separación interdientaria total entre los dientes primarios disminuye continuamente con la edad. (Rodríguez, 2005)(Ventiades et al. 2006)

La boca del neonato esta ricamente dotada de un sistema de guía sensorial que brinda el impulso para muchas funciones neuromusculares vitales como la succión, deglución, bostezo y la tos. La forma de la arcada permite que los gérmenes dentarios se ubiquen en forma perpendicular. Con la erupción de los dientes primarios aparecen las Áreas Propioceptivas, las cuales son 3 (Rodríguez, 2005):

**6. 4.1 Periodontal:** el contacto del incisivo inferior con el superior estimula a los corpúsculos propioceptores que están en el periodonto y ese estímulo, por vía aferente, llega al SNC y por vía eferente, el SNC, responde estableciendo un límite a la mandíbula.

**6 .4.2 Contacto con el paladar:** la lengua se tendrá que ubicar en otro lado (porque su lugar anterior fue ocupado por los incisivos), ahora se dirige hacia atrás y arriba, y empieza a tener contacto con el paladar, este contacto de la lengua con el paladar origina estímulos que son responsables del crecimiento transversal del paladar.

**6. 4.3 Contacto bilabial** El arco o cresta superior tiene forma de herradura, ancho, aplanado .En las zonas laterales presentan 2 prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos .Las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucalmente y labialmente.

La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un desarrollo pobre de la mandíbula y excesivo para el maxilar, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia a desarrollar una clase III en el futuro. Las almohadillas inferiores están más hacia distal que las superior y cuando contactan queda, en el sector anterior, una separación (que a esta edad es normal, y se va reduciendo progresivamente hasta los 21 meses), la cual permite la posición de la lengua.

#### **6. 4.4 Posición Postural del recién nacido:**

Este reflejo le permite al bebe tener una posición determinada de la cabeza y de los rebordes para alimentarse y respirar. (Rodríguez, 2005) (Ventiades et al. 2006)

La cavidad bucal del recién nacido presenta detalles estructurales algunos de los cuales son propios de la edad, también pueden estar presentes manifestaciones de alteraciones del desarrollo.

**6. 4.5 Apoyo de succión o rodetes succionales:** Presente en la porción media del labio superior, como múltiples proyecciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno, permite fijar la areola y sirve de contacto durante el amamantamiento; más desarrollado en niños de menor edad que se alimentan con leche materna (López, 1999) (Johnsen & Tinanoff, 2001).

La succión es posiblemente el evento más importante durante la alimentación al pecho materno; mediante ésta el niño transfiere leche desde el pecho a la cavidad bucal al mismo tiempo que desencadena una serie de reflejos (liberación de prolactina y oxitocina) que regulan la síntesis y el flujo de leche. Mientras que la acción de chupar se desarrolla principalmente para cubrir las necesidades nutricionales del niño, el comportamiento materno provee un ambiente adecuado que optimiza la eficacia de la misma así como el crecimiento y desarrollo: proceso interactivo entre madre y niño (López, 1999)

Para la población de recién nacidos, que aún no han desarrollado medios de comunicación con el mundo exterior, la acción de succionar es una de las más características medidas objetivas a evaluar con el fin de determinar cómo sienten, oyen, ven, discriminan y aprenden. (López, 1999)

El amamantamiento es un estímulo que favorece a la mandíbula para avanzar de su posición distal con respecto al maxilar a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de mal oclusión dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera) que afectan la estética y la función dentofacial del niño. (López, 1999)

#### **6. 4.6 Frenillo labial superior:**

En más del 50 % de los niños une el labio superior a la papila palatina constituyendo el llamado frenillo labial persistente que favorece el amamantamiento al afirmar más el labio superior. Es una estructura anatómica compuesta por un tejido fibroso recubierto de mucosa que va de la superficie interna del labio a la pared externa de la encía adherente. En el periodo fetal une el

tubérculo del labio superior a la papila incisiva traspasando el rodete gingival, en el desarrollo la mayoría de las veces se separa de la papila formando el frenillo labial superior, cuando la inserción palatina persiste será considerado anómalo. Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros del margen gingival son considerados normales y aquellos que se insertan en el margen o en la papila son considerados patológicos. . (Rioboo, del Pozo, García, 2005).

## **6. 5 Generalidades de los bebés de 6 a 9 meses**

A esta edad ya puede moverse de un lado a otro gateándose, ya permanece sentado por sí mismo y con el paso de los días aprenderá a ponerse de pie. Y así intentará dar pequeños pasitos, sosteniéndose en puntos de apoyos.

También en esta edad ya son capaces de pronunciar muchos sonidos. Por eso es importantes hablarles.

### **6. 5.1 Estimulación Socio- Afectiva:**

El bebé necesita seguir relacionándose con otras personas, para estimular esto se le puede sacar a pasear fuera de casa para que se acostumbre al trato con otras personas.

### **6. 5.2 Estimulación de Lenguaje**

Estimular su capacidad de pensar, se puede hacer jugando con el bebé.

Con el desarrollo de su lenguaje se le debe apoyar repitiendo los sonidos que dice y espera que ella o él respondan. También en diferentes momentos del día se recomienda llamar al bebé por su nombre de igual forma otros nombres de familiares que le rodean para que aprenda a identificarlos.

### **6. 5.3 Cuidado de su salud**

-Buena alimentación: leche materna, frutas y verduras

\*La leche materna es el mejor alimento para el niño/niña. No hay nada mejor que esto. Se recomienda dar leche materna tantas veces como el bebé así lo desee.

\*El bebé no debe de comer alimentos preparados fuera de casa. Porque el estómago del bebé y el sistema inmunológico aún es muy delicado.

\*Desde el sexto mes ya se le puede dar alimentos complementarios al bebé, consultando previamente con el personal de salud más cercano

Cuando ya cumple los nueve meses, se le puede comenzar a lavar las manos al bebé ya que en esta etapa aprender descubriendo tocando los objetos.

Siempre se recomienda la visita periódica del bebé al centro de salud, porque además de llevar su control de peso, vacunas y tamaño, el personal de salud también puede identificar enfermedades que puedan estar afectando al bebé.

### **6. 6 Generalidades del bebé de 9 a 12 meses**

Ya esta edad puede realizar actividades pequeñas, agarrar objetos, atiende el llamado de los padres, expresa alegría o enojo, de igual forma reconoce las emociones de otras personas identificando sus gestos faciales.

También ya puede desplazarse por sí mismo dando pequeños pasos.

#### **6. 6.1 Estimulación socio-afectiva**

Cuando el bebé sonría procurar responder a su sonreír con otra sonrisa.

Se recomienda sacar a pasear al bebé a lugares públicos para que se acostumbre al estar con otras personas.

Y para que siga reconociendo su propia imagen continuar colocándolo en frente de un espejo.  
(Cartilla de Educación Temprana- MINSA, 2010)

### **6. 6.2 Estimulación del lenguaje**

Se puede apreciar que el bebé ya comprende muchas de las cosas que se le dicen y que comienza a decir sus primeras palabras. Es por este que se recomienda repetir los sonidos combinándolo con otras sílabas por ejemplo: “ni-ño”, “ni-ña”, “ma-má”, “pa-pá”, “le-che” etc... de esta forma, poco a poco irá aprendiendo palabras.

### **6. 7 Consideraciones morfológicas en la cavidad oral en los niños de 7 a 12 meses (Desarrollo de los dientes primarios)**

Todos los dientes primarios y permanentes al llegar a la madurez morfológica y funcional evolucionan en un ciclo de vida característico y bien definido compuesto de varias etapas. Estas etapas progresivas, no deberán considerarse como etapa del desarrollo sino más bien como puntos de observación de un proceso fisiológico en evolución en el cual los cambios histológicos y bioquímicos están ocurriendo progresiva y simultáneamente. Estas etapas del desarrollo son: 1) Crecimiento, 2) Calcificación, 3) Erupción, 4) Atrición, 5) Resorción y Exfoliación (piezas primarias). Las etapas del crecimiento pueden seguir dividiéndose en: a) Iniciación, b) Proliferación, c) Diferenciación histológica, d) Diferenciación morfológica, e) Aposición.

Los dientes consisten y se derivan de células de origen ectodermal y mesodermal altamente especializadas. Las células ectodermales realizan funciones tales como formación del esmalte, estimulación odontoblastica y determinación de la forma de corona y raíz. En condiciones

normales, estas células desaparecen después de realizar sus funciones. Las células mesodermales o mesenquimales persisten con el diente y forman dentina, tejido pulpar, cemento, membrana periodontal, y hueso alveolar.

La primera etapa de crecimiento es evidente durante la sexta semana de vida embrionaria. El brote del diente empieza con la proliferación de células en la capa basal del epitelio bucal, desde lo que será el arco dental. Estas células continúan proliferando y por crecimiento diferencial se extiende hacia abajo en el mesénquima, adquiriendo aspecto envainado con los dobleces dirigidos en dirección opuesta al epitelio bucal.

Al llegar a la décima semana de vida embrionaria, la rápida proliferación ha continuado profundizando el órgano del esmalte dándole aspecto de copa. Diez brotes en total emergen de la lámina dental del arco para convertirse en el futuro en dientes primarios. En esta etapa el órgano de esmalte envainado consta de dos etapas: Un epitelio de esmalte exterior que corresponde a la cubierta, y uno de esmalte interior que corresponde al recubrimiento de la copa. Empieza a formarse una separación entre estas dos capas con aumento de líquido intercelular en el que hay células en forma de estrella o estrelladas que llevan procesos que hacen anastomosis con células similares, formando una red o retículo (retículo estrellado) que servirá más tarde como cojín para las células de formación de esmalte que están en desarrollo.

En esta etapa y dentro de los confines de la invaginación en el órgano de esmalte, las células mesenquimales están proliferando y condensándose en una concentración visible de células, la papila dental, que en un futuro formara la pulpa dental y la dentina. También ocurren cambios de concentraciones celulares en el tejido mesenquimatoso que envuelve el órgano del esmalte y la papila, lo que resulta en un tejido más denso y más fibroso – el saco dental – que terminara

siendo cemento membrana periodontal y hueso alveolar. Este principio y crecimiento constituye las etapas de iniciación y de proliferación.

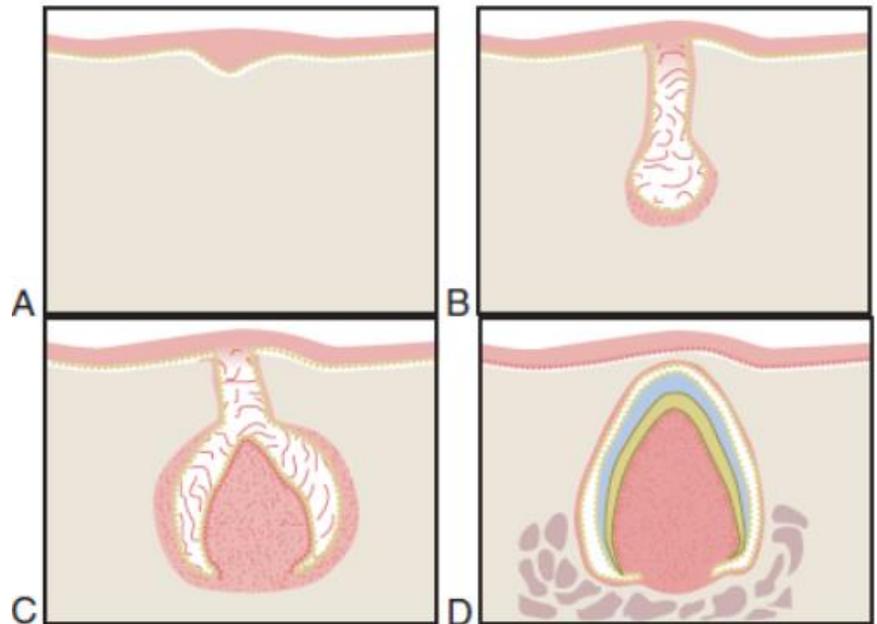
A medida que el número de las células del órgano de esmalte aumenta y el órgano crece progresivamente con invaginación en aumento, se diferencian varias capas de células bajas y escamosas entre el retículo estrellado y el epitelio de esmalte interior para formar el estrato intermedio cuya presencia es necesaria para la formación de esmalte (diferenciación histológica). En esta etapa se forman brotes en la lámina dental, lingual al diente primario en desarrollo para formar el brote del diente permanente. En posición dista al molar primario se desarrollan los emplazamientos para que se desarrollen los molares permanentes.

Durante la siguiente etapa (diferenciación morfológica) las células de los dientes en desarrollo se independizan de la lámina dental por la invasión de células mesenquimatosas en la porción central de este tejido.

Las células del epitelio interior de esmalte adquieren aspecto alargado y en forma de columna con sus bases orientadas en dirección opuesta a la porción central de los odontoblastos en desarrollo. Funcionan ahora como ameloblastos y son capaces de formar esmalte. Las células periféricas de la papila dental cerca de la membrana base, que separa los ameloblastos de los odontoblastos se diferencian en células altas y en forma de columna, los odontoblastos que junto con las fibras de Korff, son capaces de formar dentina.

El contorno de la raíz se designa por la extensión del epitelio de esmalte unido, denominado vaina de Hertwig dentro del tejido mesenquimatoso que rodea la papila dental. Durante la etapa de aposición, los ameloblastos se mueven periféricamente desde su base y depositan durante su

viaje matriz de esmalte que esta calcificada tan solo a 25 a 30 por 100. Este material se deposita en la misma forma que los ameloblastos y se denomina prisma de esmalte. La matriz de esmalte se deposita en capas en aumento paralelas a la unión de esmalte y dentina. Sin embargo, la deposición de matriz de esmalte no puede ocurrir sin formación de dentina. Los odontoblastos se mueven hacia adentro en dirección



Ciclo de Vida del diente. **A**, Estadio de Brote o de Yema dentaria. **B**, Estadio de Casquete. **C**, Histodiferenciación y diferenciación morfológica (Estadio de Campana. **D**, Aposición y Calcificación. (Estadio terminal o de folículo dentario. Aposicional.

Fuente tomada de: *Dentistry for the child and adolescent*, ed 9, Missouri, 2011, McDonald, Avery, Dean)

opuesta a la unión de esmalte y dentina, dejando extensiones protoplásmicas, las fibras de Tomes. Los odontoblastos y las fibras de Korff forman un material no calcificado y colagenoso denominado predentina. Este material también se deposita en capas recientes.

En la predentina, la calcificación ocurre por coalescencia de glóbulos de material inorgánico creado por la deposición de cristales de apatita en la matriz colagenoso. La calcificación de los dientes en desarrollo siempre va precedida de una capa de predentina. La maduración del esmalte empieza con la deposición de cristales de apatita dentro de la matriz de esmalte en existencia. Los dientes hacen erupción en la cavidad bucal y están sujetos a fuerzas de desgastes. (Mc Donald, Avery & Dean, 2011)

## 6.8 Cronología de la erupción dentaria primaria

Pieza	Erupción	Raíz Completada
<b>Dentición Primaria</b>		
<b>-Maxilar</b>		
Incisivo Central	7 ½ meses	1 ½ años
Incisivo lateral	9 meses	2 años
Canino	18 meses	3 ¼ años
Primer Molar	14 meses	2 ¼ años
Segundo Molar	24 meses	3 años
<b>-Mandibular</b>		
Incisivo Central	6 meses	1 ½ años
Incisivo lateral	7 meses	1 ½ años
Canino	16 meses	3 ¼ años
Primer Molar	12 meses	2 ¼ años
Segundo Molar	20 meses	3 años
Según Logan y Kronfeld: J.A.D.A., 20. 1993 (ligeramente modificado por McCall y Schour)		

## **6.9 Tipo de Alimentación para el niño de 0 a 6 meses de edad**

### **6.9. 1 Prácticas recomendadas en infantes y niños pequeños según OMS y UNICEF- Lactancia Materna.**

Lactancia Exclusiva por 6 meses (180 días) Adecuada y segura alimentación complementaria a partir de los 6 meses acompañados de la leche materna hasta los 2 años de edad o más.

*Lactancia materna exclusiva* significa que el infantes únicamente recibe solamente leche materna de su madre o leche materna extraída, y no otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de soluciones de rehidrataciones orales, gotas o jarabes que contengan vitaminas, minerales o suplementos o medicinas(OMS, 2008).

*La alimentación complementaria* es definida como el proceso de inicio cuando la leche materna ya no es nutricionalmente suficiente para las exigencias nutricionales del bebé por lo que otros alimentos son necesarios, en conjunto con la leche materna. El rango objetivo de la alimentación complementaria es generalmente desde los 6 hasta los 23 meses (PAHO/WHO, 2002.).

Estas recomendaciones pueden ser adaptadas según las necesidades del infante y el niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles, tales como niños que nacen prematuramente y presentan bajo peso, niños severamente malnutridos, y niños nacidos de madres con VIH positivo.

### **6.9. 2 Evidencia que recomienda la práctica de la Lactancia Materna**

La Lactancia materna confiere beneficios a corto y a largo plazo tanto para el niño como para la madre, incluyendo la ayuda para proteger al niño en contra una variedad de enfermedades

crónicas y agudas. Las desventajas de no practicar la lactancia materna son reconocidas de manera significativa (Fewtrell, 2004) (OMS, 2007).

Artículos de revisión demuestran que en países en desarrollo los infantes que no están siendo amamantados con leche materna son 6(OMS, 2000) a 10 veces más susceptibles a perecer por muerte súbita en los primeros meses de vida que los niños que son amamantados (Bahl et al. 2005). La diarrea (De Zoysa, Rea, Martínez, 1991) y la neumonía (Bachrach, Schwarz, 2004) son más comunes y más severas en niños que son alimentados con comida artificial, aun cuando existan situaciones con una higiene adecuada. Otras infecciones agudas como la otitis media (Duncan et al. 2003), y la meningitis del *Haemophilus Influenzae* (Silverdal, Bodin, Olcén, 1999) e infecciones del tracto urinario.

Los niños que son alimentados con alimentos artificiales tiene un riesgo mayor de padecer enfermedades con una base inmunológica, incluyendo el asma y otras condiciones atópicas crónicas (Gdalevich, Mimouni D, Mimouni M, 2001) (Oddy et al. 2004), tales como diabetes tipo 1(Sadauskaite-Kuehne et al. 2004), colitis ulcerativa, y el síndrome de Crohn (Klement E et al. 2004). La alimentación artificial también está asociada con el riesgo alto de padecer leucemia infantil (Kwan et al. 2004).

Para las madres, la lactancia materna también tiene beneficio a corto y a largo plazo. Los riesgos de padecer hemorragia postparto pueden ser reducido por el amamantamiento justamente después del parto (Chua S et al.1994), y hay una evidencia marcada que el riesgo de padecer cáncer de mama y del ovario son menores en madres que amamantan (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002) (Robenblatt, Thomas, 1993). También la lactancia

materna exclusiva puede ser eficaz como método anticonceptivo natural (OMS, 1999), y acelera la reposición del peso antes del embarazo de esta. (Dewey et al. 2001).

### **6. 9. 3 Consideraciones nutricionales durante la lactancia (De 0 a 6 meses)**

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. En general el peso al momento del nacimiento se duplica en los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. En consecuencia las necesidades nutricionales están en este periodo en un nivel muy alto. La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebe y puede ser probablemente la única alimentación del niño en sus primeros 4 ó 6 meses de vida. Después de esto, la leche puede ser suplementada con diversos alimentos, ya sean estos caseros o preparados comerciales. (McDonald, 2011)

Si se compara los potenciales acidogénicos y de disolución del esmalte, entre la leche materna y la leche de vaca, parece ser que la leche materna disminuye el pH de la placa dental más que el de la vaca. Esta última tiene contenidos más altos de calcio, fósforos y proteínas y 4% de lactosa, en contraste con 7% de la leche materna. (Pinkham, 1991)

Por lo anterior, tanto la leche materna como la de vaca, pueden inducir caries, y su ingestión sin cuidados bucales diarios llega a originar la caries de la lactancia. Sin embargo, la supremacía de la lactancia materna cuando es comparada con la lactancia artificial, es innegable. Las ventajas nutricionales, psicológicas inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento la hacen la alimentación más apropiada para el lactante.

Mayores esfuerzos deben realizarse para orientar tanto a los profesionales de la salud como a las madres de los lactantes, en relación a los efectos perjudiciales del hábito de dormir con biberón o amamantando. Por otro lado debe recomendarse a la madre que amamanta que, sólo debe suspender la comida cuando siente el seno vacío, en caso contrario el bebé, no habrá obtenido la leche del final rica en grasas, que tienen efecto protector sobre los dientes frente al ataque de los ácidos producidos por microorganismos cariogénicos. Generalmente la madre primeriza que no reconoce el vaciamiento del seno debe comenzar la ración por el último pecho, para terminar de vaciarlo. En cualquier caso, si la ración alimenticia es usada como pacificador durante el sueño, la higiene bucal es la única alternativa para evitar el inicio y el progreso del proceso carioso. Los dientes deciduos deben comenzar a limpiarse tan pronto como hacen emergencia en la cavidad bucal, para ello la madre puede envolver su dedo índice con una gasa y remover los restos alimenticios que se depositan sobre la superficie dental después de cada ración alimenticia y espacialmente la última (previa al sueño). La administración de un biberón que contenga agua después de la alimentación (ya sea artificial o materna), debe fomentarse como hábito, ya que su efecto de limpieza constituye un mecanismo auxiliar de la higiene del lactante. Por ninguna razón se debe callar a lactantes inquietos con un biberón que contenga leche u otras bebidas endulzadas, sea durante el día, a la hora de la siesta diurna o al acostarnos por la noche. (McDonald, 2011)

Cuando los lactantes están acostumbrados a tomar un biberón a la hora de la siesta o al acostarse por la noche, los padres deben estar con ellos mientras se alimentan, para después acostarlos sin el biberón. En caso de que necesiten succionar de manera adicional, un chupón o un ejercitador de las encías, son preferibles al biberón.

La lactancia materna tiene ventajas tanto para el niño, como para la madre, tales como protegerlo contra enfermedades, principalmente la diarrea , recibir una nutrición que lo previene de la desnutrición y la obesidad ,no le provoca alergias, se expone menos tratamientos de ortodoncia como los niños que se alimentan con biberón. La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con biberón desarrollará un reflejo de succión y deglución inadecuado. (Guerra, 1999)

Las ventajas para las madres son ayudar a recuperar más rápido la figura, evita hemorragias después del parto, ahorra dinero, disminuye el riesgo de cáncer mamario, etc.

#### **6.10 Tipo de alimentación durante la erupción dentaria (7 a 12 meses)**

La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia, facilita su continuación en etapas posteriores. Es usual la adición de alimentos diversos, cuando hacen erupción las primeras piezas dentarias. Hay que orientar a los padres sobre alimentos apropiados, que además de nutritivos, sean adecuados para la salud dental. Los alimentos que se comen con los dedos, primeramente frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatina, galletas sin sal, ni queso, son aceptables y hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución, que le permitan ingerir estos nuevos alimentos. (Pinkham, 1991) Deben evitarse los que contengan alto porcentaje de carbohidratos, se adhieren a los dientes o son de disolución lenta. Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de lácteos y comidas envasadas para lactantes, contienen un alto contenido de carbohidratos, que generalmente es ignorado por la familia, quienes acostumbran agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas y los yogurts para que el niño lo acepte mejor. Recordemos la cariogénicidad de los carbohidratos, especialmente la sacarosa, pero aunque en

menor escala también lo son la glucosa, la fructuosa, maltosa, almidón, etc... Nutrientes naturales del Estreptococo Mutan, que se encuentra presente en la boca del lactante desde la aparición del primer diente, siendo la mamá o el resto del entorno, los responsables de esta infección temprana. (FDI,1994)

### **6.11 Asesoramiento Dietético prenatal a las madres**

Desde hace tiempo se conoce la relación directa entre dieta rica en hidratos de carbono y caries. Después de numerosos estudios comparativos se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

- El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que si lo es durante las mismas.
- El riesgo es asimismo mayor cuando el azúcar va incorporado a alimentos viscosos.
- No se debe acostumbrar al bebé a los dulces. Puesto que todos los sabores son nuevos para un recién nacido, es mejor acostumbrar su paladar a las cosas naturales, sin agregado de condimentos, azúcar o miel.
- Se debe tener cuidado, en la prescripción de medicamentos, muchos de ellos endulzados para facilitar su aceptación. Estos productos pueden afectar los dientes a largo plazo (Pinkham, 1991)

En resumen es necesario actuar sobre los hábitos dietéticos de los niños, motivándolos para que coman de forma equilibrada en las horas habituales y alimentos de bajo contenido en azúcares refinados (glucosa, fructosa, sacarosa). Es conveniente que el niño finalice las comidas con frutas fibrosas. Otro factor que también influye en la cariogénicidad de los alimentos es el pH. Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos

naturales de re mineralización. Así los azúcares refinados acidifican el ambiente sobre el esmalte, al igual que frutas como la manzana, con un pH de 3,69.

## **6.12 Placa Bacteriana**

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries. (McDonald y Avery ,2011) Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial. (Magnusson, 1987)

### **6.12 .1 Remoción de la placa**

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo. Según informes, las enfermedades dentales son las más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental en millones de niños y adultos que están afectados por enfermedad periodontal, pérdida prematura de dientes y mal oclusiones. Gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de

manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. (Rodríguez, 2002)

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquellas.

### 6. 13 Higiene bucal del lactante

Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el



Dedal de silicona para la higiene oral en niños menores de un año y cantidad adecuada de pasta dental que debe colocarse en el cepillo infantil.

Fuente tomada de: Guía para la salud bucal en los primeros años de vida, Acta Pediatr Esp. 2010; 68(7): 351-357

hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo). Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener la vigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa no luego de la erupción del primer diente primario. Limpiar los dientes del infante tan pronto como los dientes comienzan a erupcionar ayudará a reducir la colonización bacteriana.

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del

agente infeccioso. Si al mismo tiempo la mamá le da al bebé alimentos que contienen azúcares (hidratos de carbono), principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries. Todas estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño. (Pinkham, 1991)

También hay que realizar la higiene adecuada luego de la administración de medicamentos como son jarabes, porque generalmente son dulces, para luego con la aparición de los primeros dientes comenzar con el uso del cepillo dental adecuado a las características del niño.

### **6. 13. 1 Higiene de la dentición decidua**

Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Estreptococos mutan*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice.

A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez,

principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta. (Lamas Oliveira, 1999)

La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Se debe esforzar para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario. (McDonald, 2011)

### 6.13. 2 Técnica de Cepillado para dentición decidua

Después de que erupcionan los primeros molares primarios, se debe optar por el uso de cepillo dental. El cepillo debe presentar un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño.

La técnica debe de ser sencilla para el padre. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales



Para una efectiva higiene oral del infante, los padres pueden colocarse detrás del niño. Esta posición permite la buena visibilidad de la boca y mantiene la cabeza del niño estable.

Fuente tomada de: Guía para la salud bucal en los primeros años de vida, Acta Pediatr Esp. 2010; 68(7): 351-357

(linguales/ y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto debe de permitir una buena visibilidad de la boca manteniendo la cabeza del niño en posición estable.

#### **6.14 Asesoramiento prenatal**

El objetivo, es esencialmente de educación para la salud. Aún antes de que el bebé nazca, los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño en toda su vida.

El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo debido que durante este periodo los padres están más abiertos a las informaciones sobre salud de sus hijos que durante cualquier otro momento. Estos objetivos, incluyen brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Además se debe informar sobre la importancia de la dieta materna durante el embarazo, incluidos efectos de medicamentos, tabaco, alcohol; la necesidad de una supervisión odontológica de las embarazadas, programas de tratamientos dentales durante la gestación, etc. (Pinkham, 1991) (Díaz Ríos, 1996)

## **VII. Diseño Metodológico**

### **7.1 Material y método**

### **7.2 Tipo de estudio:**

El presente estudio se basa en el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal.

### **7.3 Universo.**

El universo estará constituido por 400 madres que tienen niños hasta los 12 meses que asistan al hospital amistad México- Nicaragua y son parte del programa “Nino Sano “según los datos estadísticos proporcionados por el Hospital, en el periodo de noviembre-diciembre-enero de los años 2014-2015.

### **7.4 Muestra:**

El muestreo fue realizado a través del programa Epi-info. La muestra fue obtenida con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%. El total de la muestra fueron 196 madres entrevistadas por la investigadora. A través de esta fórmula.

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha^2}$$

### **7.5 Criterios de Inclusión:**

- Madres de niños en las edades hasta los 12 meses de vida.
- Madres que asisten al Hospital Amistad México- Nicaragua.

## **7.6 Criterios de exclusión:**

- Madres que no deseen participar en dicho estudio.
- Madres que no sean de la localidad del municipio de Ticuantepe.

## **7.7 Variables**

- Nivel de conocimiento
- Instrumento de higiene oral
- Grado de escolaridad de la madre
- Edad de la Madre
- Frecuencia de embarazo de la madre (Primeriza o Multigestante)
- Edad del Niño
  - Medio de comunicación

## 7.8 Operacionalización de variables

I. Variable	Concepto	Indicador	Valores	Tipo
Nivel de conocimiento sobre hábito de higiene oral de las madres.	Grado de entendimiento sobre la práctica de limpieza bucal en las madres de niños hasta los 12 meses.	Cuestionario	<b>100-90 Excelente</b> <b>80-89 Muy bueno</b> <b>70-79 Bueno</b> <b>60-69 Regular</b> <b>Menor de 59 Deficiente</b>	Cuantitativa discreta

II. Variable	Concepto	Indicador	Valores	Tipo
Instrumento de higiene oral.	Aditamento que emplea la madre para la limpieza de la cavidad oral de su hijo	Cuestionario	<b>I.Según la A.A.D.P:</b> <b>Gasa y Sal</b> <b>Gasa y agua</b> <b>Gasa y bicarbonato</b> <b>Gasa y jabón suave</b> <b>Algodón y agua</b> <b>Algodón y sal</b> <b>Cepillo y pasta</b> <b>Cepillo</b> <b>Dedal de silicona.</b> <b>Otros</b> <b>Ninguno</b> <b>II.Auxiliares higiene oral Caseros:</b> <b>Miel</b>	Cuantitativa Discreta

			<b>Agua y azúcar</b> <b>Gasa y Almíbar</b> <b>III.Auxiliares higiene</b> <b>oral Farmacéuticos:</b> <b>Nistatina</b> <b>Solución Salina</b> <b>Aceite fino</b>	
--	--	--	--	--

<b>III. Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valores</b>	<b>Tipo</b>
<b>Frecuencia de Embarazo</b>	<b>Número de veces que las madres han dado a luz por primera vez (Primeriza) o ya ha dado a luz más de una vez (multigesta)</b>	<b>Cuestionario.</b>	<b>Primeriza</b> <b>Multigesta</b>	<b>Cuantitativa discreta.</b>

IV. Variable	Concepto	Indicador	Valores	Tipo
Edad de las madres	Tiempo de vida cumplido en años de las madres	Cuestionario	1) 15-23 años 2) 24-32 años 3) 33-41 años 4) 42-51 años	Cuantitativa Discreta
V. Variable	Concepto	Indicador	Valores	Tipo
Grado de escolaridad de la madre	Grado académico adquirido durante los años por la madre de los niños	Cuestionario	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico con Secundaria Incompleta Técnico con Secundaria Completa Universidad Incompleta Universidad Completa Ninguno	Cuantitativa Discreta
VI. Variable	Concepto	Indicador	Valores	Tipo
Edad del niño	Tiempo de vida del niño, medido en meses desde el día de su nacimiento	Prueba Cuestionario sobre higiene bucal en sus niños	0 a 6 meses 7 a 12 meses	Cuantitativa Discreta

VII. Variable	Concepto	Indicador	Valores	Tipo
Medios de comunicación donde ha recibido información previa sobre higiene oral en bebés hasta los 12 meses	Son aquellos que se utiliza para designar a todos los soportes en los cuales puede ser transmitida una idea o mensaje, en específico sobre higiene oral.	Cuestionario	1. Unidad de salud- Profesional de la salud. 2. Radio 3. T.V 4. Medio Escrito (Volantes, trípticos, etc...) 5. Familia	

## **VIII. Técnica y procedimientos:**

Para la realización del estudio se contará con la debida autorización de las autoridades del Hospital Amistad México- Nicaragua con su respectiva carta de aprobación por el director de dicho hospital.

Se solicitará del consentimiento de madres que asistan al hospital Amistad México- Nicaragua, que residan en el municipio de Ticuantepe, que a su vez tengan hijos hasta los 12 meses de edad. A estas se les realizará un cuestionario de 11 preguntas cerradas y estructuradas que tendrán como fin conocer el nivel de conocimiento que tiene sobre hábitos de higiene oral que usan en sus bebés, y que instrumental auxiliar utilizan para la limpieza oral de sus infantes. El valor de las respuestas en el cuestionario que se aplicará a las madres será de 8.3 puntos por cada pregunta. Sumando un total de 100 puntos. Se evaluará que la madre tiene conocimiento sobre hábitos de higiene oral practicados en sus hijos si el valor de sus respuestas suma desde los 60 puntos hasta 100. De lo contrario se evaluará que la madre no conoce sobre hábitos de higiene oral practicados en sus hijos si sus respuestas suman un total de 59 puntos o menos. Especificando un nivel de conocimiento que alcanzo de 100- 90 puntos es excelente; de 89- 89 es muy bueno; de 79- 70 es bueno; de 69-60 es regular y menor a 59 es deficiente.

Se hará un formato en donde se le pregunta qué tipo de instrumento utiliza para la realización de higiene bucal en su hijo, edad de la misma, frecuencia de embarazo, formación académica y sobre si ha recibido información previa y por que medio de comunicación obtuvo esta información. Este es por el mero hecho de conocer generalidades de la madre. Este formato no tendrá ningún valor.

Posteriormente el análisis de resultados se realizará un banco de datos en Excel 2007, el cual se importará al programa estadístico de SPSS 20, donde se realizará tablas de frecuencia y prueba de Chi 2.

## IX. Resultados

Durante el estudio se evaluó a 196 madres, que cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente descritos y que asistieron al Hospital Amistad México-Nicaragua en el periodo de estudio noviembre- diciembre –enero del año 2014-2015.

**Tabla 1.** Nivel de Conocimiento General

Nivel de Conocimiento General			
		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Conocimiento	Deficiente	75	38.3
	Regular	36	18.4
	Bueno	33	16.8
	Muy Bueno	36	18.4
	Excelente	16	8.2
	Total	196	100.0

**Fuente:** Instrumento de la recolección de datos

El nivel de conocimiento que prevaleció fue el deficiente, con un 38.3 % (75) de la población en estudio. Seguido del nivel de conocimiento regular con un 18.4% (36), de igual forma el nivel de conocimiento muy bueno tiene un 18.4% (36). El valor mínimo obtenido fue el del nivel de conocimiento excelente con un 8.2% (16) de los casos.

**Tabla 2.** Auxiliar de Higiene más usado recomendado por la AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry)

<b>Auxiliar de Higiene recomendado por la AAPD</b>		
	<b>Respuestas</b>	
	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Gasa y Sal</b>	<b>7</b>	<b>6.1%</b>
<b>Gasa y agua</b>	<b>50</b>	<b>43.5%</b>
<b>Gasa y bicarbonato</b>	<b>5</b>	<b>4.3%</b>
<b>Algodón y agua</b>	<b>6</b>	<b>5.2%</b>
<b>Cepillo y pasta</b>	<b>5</b>	<b>4.3%</b>
<b>Cepillo</b>	<b>2</b>	<b>1.7%</b>
<b>Dedal de silicona.</b>	<b>3</b>	<b>2.6%</b>
<b>Ninguno</b>	<b>81</b>	<b>32.2%</b>
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento de la recolección de datos

De los auxiliares de higiene recomendados por la AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry), se encontró que la gasa y agua son los elementos de higiene más usado por la población en estudio con un 43.5% (50), seguido de la gasa y sal con un 6.1% (7), el algodón y agua es usado en un 5.2% (6), la gasa y bicarbonato en un 4.3% (5), el cepillo y pasta es utilizado en un 4.3% (5) y el uso exclusivo del cepillo es utilizado en un 1.7% (2) sumando un total de 115 madres que utilizan el instrumental de higiene recomendado por la AAPD representando el 100%.

A este objetivo de identificar el auxiliar de higiene oral más usado por las madres de los niños de hasta los 12 meses de edad que asisten al Hospital Amistad México- Nicaragua se le suman auxiliares de higiene no contemplados por la AAPD, que fueron categorizados como Auxiliares de Higiene Caseros y Auxiliares de Higiene Farmacéuticos.

**Tabla 3.** Auxiliar de Higiene Casero

<b>Auxiliar higiénico Casero</b>			
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Miel</b>	<b>50</b>	<b>25.5</b>	
<b>Tomate maduro</b>	<b>1</b>	<b>0.5</b>	
<b>Agua y azúcar</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
<b>Achote y gaza</b>	<b>1</b>	<b>0.5</b>	
<b>gasa y almíbar</b>	<b>1</b>	<b>0.5</b>	
<b>Ninguno</b>	<b>141</b>	<b>71.9</b>	
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100.0</b>	

\*Fuente: Instrumento de la recolección de datos.

En donde se encontró que la Miel fue el elemento identificado más usado con un 25.5% (50), seguido del agua y azúcar con un 1% (2), y con un 0.5%(1) se identificó que utilizan el tomate maduro y el achote y la gasa al 0.5 % (1) también. El valor de ninguno es que el 71.9%(141) de las madres no utiliza este tipo de Auxiliar de Higiene Casero sumando un total de 100%.

**Tabla 4. Auxiliar de Higiene Farmacéutico.**

Auxiliar de Higiene Farmacéutico		
	Frecuencia	Porcentaje
Nistatina	24	12.2
Aceite fino	6	3.1
Gasa Y Solución Salina	1	0.5
Ninguno	165	84.2
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100.0</b>

\*Fuente: Instrumento de la recolección de datos.

Entre los Auxiliares de Higiene Farmacéutico se identifica que la Nistatina es el elemento más utilizado como auxiliar de higiene con un 12.2% (24), seguido del Aceite Fino 3.1% (6) y la gasa con solución salina se usa en 0.5%(1) El valor de ninguno representa que un 84.2% (165) de las madres en estudio no utiliza este tipo de auxiliar de higiene.

**Tabla 5. Nivel de Conocimiento y Frecuencia de Embarazo.**

Nivel de Conocimiento y Frecuencia de Embarazo								
		Nivel de Conocimiento					Total	
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente		
Frecuencia de Embarazo	Primigesta	Frecuencia	42	20	15	15	11	103
		Porcentaje	21.4%	10.2%	7.7%	7.7%	5.6%	52.6%
	Multigesta	Frecuencia	33	16	18	21	5	93
		Porcentaje	16.8%	8.2%	9.2%	10.7%	2.6%	47.4%
Total	Frecuencia	75	36	33	36	16	196	
	Porcentaje	38.3%	18.4%	16.8%	18.4%	8.2%	100.0%	

\*Fuente: Instrumento para la recolección de datos.

En cuanto a la determinación del nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral que poseen madres primerizas y multigestas, se encontró que las madres primerizas presentan un nivel de conocimiento deficiente de 21.4% (42) en comparación con las madres multigestas que poseen un 16.8%(33).

Un 18.4% (36) de la población lo representa las madres que poseen un nivel de conocimiento regular en el cual las madres primerizas poseen un porcentaje de 10.2% (20), y las madres multigestas un 8.2% (16).

Un 18.4% (36) de la población posee un nivel de conocimiento muy bueno en donde el mayor lo representa las madres multigestas con un 10.7% (21), y las madres primigesta tienen un 7.7% (15).

Y el porcentaje mínimo lo representa la población con un nivel de conocimiento excelente, el cual las primigesta tienen un 5.6% (11), y un 2.6% (5) madres multigestas.

**Tablas 6.** Nivel de Conocimiento y Edad de las madres

		Nivel de Conocimiento y Edad de las madres					Total	
		Nivel de Conocimiento						
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente		
Edad de la madre	15 - 23	Frecuencia	42	18	19	19	9	107
		Porcentaje	21.4%	9.2%	9.7%	9.7%	4.6%	54.6%
	24 - 32	Frecuencia	24	13	10	14	7	68
		Porcentaje	12.2%	6.6%	5.1%	7.1%	3.6%	34.7%
	33 - 41	Frecuencia	9	4	3	3	0	19
		Porcentaje	4.6%	2.0%	1.5%	1.5%	0.0%	9.7%
	42 - 50	Frecuencia	0	1	0	0	0	1
		Porcentaje	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	51+	Frecuencia	0	0	1	0	0	1
		Porcentaje	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.5%
Total	Frecuencia	75	36	33	36	16	196	
	Porcentaje	38.3%	18.4%	16.8%	18.4%	8.2%	100.0%	

\*Fuente: Instrumento para la recolección de datos

Y determinando el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen según la edad de las madres se encontró que las edades comprendidas entre 15- 23 años un poseen un nivel de conocimiento deficiente representado con un 21.4% (42); un 9.7% (19) un nivel de conocimiento bueno, un 9.7% (19) poseen un nivel de conocimiento muy bueno, y un 4.6% (9) presento un nivel de conocimiento excelente. Estas edades representan un 54.6% (107) del grupo en estudio.

Las edades comprendidas entre 24-32 años represento un 34.7% (68) de la población en estudio; un 12.2%(24) presentan un nivel de conocimiento deficiente, un 7.1% (14) poseen un nivel de conocimiento muy bueno; y un 3.6% (7) tienen un nivel de conocimiento excelente.

Las edades comprendidas entre 42-51 años fueron la menor representación. Solamente un 0.5% (1) presenta un nivel de conocimiento deficiente, y el otro 0.5%(1) tiene un nivel de conocimiento muy bueno. Estas edades están representadas el 1% (2) de los casos. El mayor porcentaje representando el nivel de conocimiento deficiente fue de 38.3%(75), y el menor porcentaje representando un nivel de conocimiento excelente fue de 8.2%(16).

**Tabla 7.** Nivel de Conocimiento y Formación Académica

		Nivel de Conocimiento y Formación Académica					Total	
		Nivel de Conocimiento						
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente		
Formación académica	Primaria Incompleta	Frecuencia	11	1	3	2	1	18
		Porcentaje	5.6%	0.5%	1.5%	1.0%	0.5%	9.2%
	Primaria Completa	Frecuencia	13	8	3	5	0	29
		Porcentaje	6.6%	4.1%	1.5%	2.6%	0.0%	14.8%
	Secundaria Incompleta	Frecuencia	27	11	10	11	2	61
		Porcentaje	13.8%	5.6%	5.1%	5.6%	1.0%	31.1%
	Secundaria Completa	Frecuencia	11	11	11	12	6	51
		Porcentaje	5.6%	5.6%	5.6%	6.1%	3.1%	26.0%
	Técnico con secundaria Incompleta	Frecuencia	1	0	0	0	1	2
		Porcentaje	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	1.0%
	Técnico con Secundaria Completa	Frecuencia	1	1	1	0	1	4
		Porcentaje	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%	0.5%	2.0%
	Universidad Completa	Frecuencia	2	3	2	4	4	15
		Porcentaje	1.0%	1.5%	1.0%	2.0%	2.0%	7.7%
	Ninguno	Frecuencia	5	0	2	1	0	8
		Porcentaje	2.6%	0.0%	1.0%	0.5%	0.0%	4.1%
Universidad Incompleta	Frecuencia	4	1	1	1	1	8	
	Porcentaje	2.0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	4.1%	
Total	Frecuencia	75	36	33	36	16	196	
	Porcentaje	38.3%	18.4%	16.8%	18.4%	8.2%	100.0%	

\*Fuente: Instrumento para la recolección de datos

Para determinar el nivel de conocimiento según el grado de formación académica se encontró que un 31.1% (61) de la población en estudio presentaron una formación académica de secundaria incompleta, de las cuales un 13.8% (27) presenta un nivel de conocimiento Deficiente, un 5.6%(11) tiene un nivel de conocimiento sobre higiene oral regular, un 5.6% (11) posee un nivel de conocimiento muy bueno, y solamente un 1% (2) tuvo un nivel de

conocimiento excelente. Este grado de formación académica presento el mayor porcentaje del total.

Un 26% (51) de la población en estudio alcanzo la secundaria completa, de este porcentaje un 5.6% (11) tuvo un nivel de conocimiento deficiente, un 5.6% (11) posee un nivel de conocimiento regular, un 5.6% (11) tiene un nivel de conocimiento bueno, un 6.1% (12) tiene un nivel de conocimiento muy bueno, y un 3.1% (6) de la población presento un nivel de conocimiento excelente.

Un 7.7% (15) de la población en estudio alcanzo la universidad completa de los cuales un el 1% (2) tuvo un nivel de conocimiento deficiente, un 1.5% (3) presento un nivel de conocimiento regular, un 1%(2) tiene un nivel de conocimiento bueno, otro 2%(4) presento un nivel de conocimiento muy bueno y un 2% (4) posee un nivel de conocimiento excelente.

El 4.1% (8) de la población no alcanzo ningún tipo de formación académica presentando de esta forma un 2.6% (5) de nivel de conocimiento deficiente, un 1%(2) un nivel de conocimiento bueno y el otro 0.5% (1) tiene un nivel de conocimiento muy bueno.

**Tabla 8. Información Previa y Medio de Información**

		Medio de Información y Información Previa		Total	
		Información Previa			
		No	Si		
Medio de Información	Unidades de salud/Profesional	Frecuencia	0	39	39
		Porcentaje	0.0%	19.9%	19.9%
	Televisión	Frecuencia	0	2	2
		Porcentaje	0.0%	1.0%	1%
	Familia	Frecuencia	1	69	70
		Porcentaje	0.5%	35.2%	35.7%
	Ninguno	Frecuencia	84	1	85
		Porcentaje	42.9%	0.5%	43.4%
	Total	Frecuencia	85	111	196
		Porcentaje	43.4%	56.6%	100.0%

\*Fuente propia: Instrumento para la recolección de datos

Respecto a la identificación de los medios de comunicación por el cual las madres obtuvieron cierta información sobre los hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses de edad. Resulta que el mayor porcentaje de las madres no han recibido ningún tipo de información por ningún medio comunicativo respecto a hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses de edad, por lo cual representa el 43.4% (85) de la población en estudio.

Sin embargo el medio por el cual las madres poseen cierto grado de conocimiento fue a través de la comunicación oral, transmitida por algún miembro de su familia, siendo este medio representado con un 35.7% (70) de los casos en estudio.

Y el medio que menos valor representativo tuvo fue el de la televisión, solamente un 1% (2) de la población ha adquirido cierto grado de conocimiento a través de este medio.

## X. Análisis de resultados

Se presentan los resultados en orden partiendo desde la identificación del auxiliar de higiene oral más usado por las madres, determinación de los niveles de conocimiento según la frecuencia de embarazo de la madre según la determinación de los niveles de conocimiento según la edad y formación académica de esta y la identificación de qué medio de comunicación ha recibido información sobre los hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses de edad.

En Nicaragua no existe evidencia referencial sobre una temática relacionada al presente estudio de ahí la importancia de desarrollar una investigación con respecto a este tema.

El auxiliar de higiene recomendado por la AAPD más utilizado por la población en estudio fue el de la gasa y agua con un 43.5% (50), de las 196 madres encuestadas. Esto coincide con el estudio realizado por Ríos Díaz (1996) en donde obteniendo los resultados en una encuesta realizado en padres de niños de 12 meses a 24 meses de edad, encontró que el hábito de higiene con gasa o pañal fue el de mayor uso con un 32% de los casos. Más en este estudio se encontró un hallazgo que no estaba sustentado con antecedentes previos. Existen otros elementos, categorizado por el investigador como auxiliares de higiene oral caseros, ya que estos son utilizados como elementos para limpieza oral en el bebe en los hogares. Esta práctica fue transmitida por las progenitoras o familiares cercanos de las madres en estudio. En donde se reflejó que la miel es el auxiliar de higiene casero más utilizado por las madres con un 25.5% (50) de los casos del cual un 28% del porcentaje total utiliza este tipo de elemento de higiene. Analizando este acontecimiento se observa que el uso de la miel y de la gasa son accesibles económicamente a la población en estudio por eso su uso es más frecuente. El uso de la miel es una práctica ancestral es por esto que su utilización a la hora de realizar higiene ora está bien arraigada a cuestiones

socioculturales. Científicamente el beneficio de este elemento casero es muy amplio. En el aspecto bucodental, la miel tiene una poderosa actividad antimicrobiana que tiene el potencial de reducir el riesgo de caries., esto es debido a que entre sus componentes está el calcio, flúor y fosforo (Ajibola, 2012). De igual forma se encontró que un 56.6% (111) había recibido información previa y de este porcentaje un 35.7% (70) había recibido esta información por medio de la familia (identificando a la madre de la encuestada como la principal fuente de esta información), el otro 19.9%(39) lo recibió por medio de unidades de salud/profesionales de salud. Un 43.4% (85) no habían recibido ninguna información previa sobre la importancia de la higiene oral por ninguna fuente. Indicando que no se está entendiendo la importancia de la educación preventiva en especial en los gremios de profesionales de salud primaria. Según (Pinkham, 1991) (Díaz Ríos, 1996) esta educación es esencial aun antes de que él bebe nazca, y los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño toda su vida.

De igual forma se identificó el uso de nistatina como principal auxiliar de higiene bucal en niños hasta los 12 meses, con un 12.2% (24) de la población. En donde un 15.8% de los sujetos de estudio utiliza auxiliares de higiene farmacéuticos exclusivamente. Se sabe que el uso de la nistatina está indicado para la el tratamiento de la candidiasis oral, pero su abuso prolongado e irrestringido puede ocasionar nauseas, vómitos, diarrea, y dispepsias. En raras ocasiones puede presentar exantema y urticaria así como síndrome de Steven- Johnson, hipersensibilidad y angioedema.

El segundo objetivo del presente estudio pretendía determinar el nivel de conocimiento de las madres según la frecuencia de embarazo de estas con el fin de investigar si existía alguna

relación o influencia entre el número de veces que la madre ha dado a luz con el nivel de conocimiento obtenido. El mayor porcentaje lo representaron las madres primigesta que conformaron el 52.6% (103) de la población en estudio de donde un 21.4% (42) presenta un nivel de conocimiento deficiente. Y un 5.6% (11) de la misma población posee un nivel de conocimiento excelente. Las madres multigestas representaron el 47.4% (93) de los casos en donde el nivel de conocimiento deficiente prevaleció por sobre los demás, con un porcentaje de 16.8%(33), y el de menor representación fue el nivel de conocimiento excelente con un 2.6% (5) del total. (Ver tabla 4. Nivel de Conocimiento y Frecuencia de Embarazo). Se realizó el test estadístico Chi cuadrado de Pearson para evaluar la hipótesis acerca de estas dos variables categóricas. El resultado fue de 0.252 la significancia no es menor al 0.05. Por lo que se demuestra que la hipótesis nula es la aceptada. El nivel de conocimiento no se ve condicionado por la frecuencia de embarazo de las madres.

No se han encontrado estudios previos que antecedan este objetivo.

Y para investigar el nivel de conocimiento con la edad de las madres se encontró que el mayor porcentaje de la población en estudio con un 54.6% (107) oscila entre las edades de 15-23 años de las cuales un 21.4% (42), que representa el mayor porcentaje, posee un nivel de conocimiento deficiente. Para estas variable se realizó el test estadístico de Chi cuadrado de 0.232 la significancia no es menor al 0.05. Por lo que se demuestra que la hipótesis nula es la aceptada. La edad no tiene alguna significancia con el nivel de conocimiento que poseen las madres en estudio. No se encontraron estudios similares en donde relacionaron el nivel de conocimiento con la edad de la madre.

Y el grado de formación académica que predominó fue el de la secundaria incompleta con un 31.1% (61), del cual un 13.8% (27) posee un nivel de conocimiento deficiente, representando así el mayor porcentaje de los casos. Coincidiendo con los resultados obtenidos por Velásquez (1995) en donde determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimiento y la formación académica. En dicho estudio se confeccionó un cuestionario con preguntas referentes a la higiene dental de niño. A diferencia del presente estudio, el elaborado por Velásquez (1995) se estableció que en el grupo de sujetos de estudio prevalecía la formación académica de secundaria completa. Y el nivel de conocimiento más frecuente fue el de moderado con un 60.6% de las madres.

Respondiendo al planteamiento del problema del estudio se encontró que el nivel de conocimiento que presentaron las madres que asistieron al Hospital México-Nicaragua del municipio de Ticuantepe, en el periodo de Noviembre-Diciembre-Enero del año 2014-2015 fue el deficiente con un 38.3% (75) y el mínimo porcentaje fue el de un nivel de conocimiento excelente con un 8.2% (16). Contrastando con el estudio similar realizado por La Torre (2001) en donde obtuvo un alto porcentaje (72.5% de la población) estaban bien informados sobre medidas de higiene en el recién nacido. Cabe señalar que para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 madres, primigestas las que fueron evaluadas. Primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión de dicho estudio, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal y cuidado sobre salud bucal del recién nacido.

Analizando los resultados que mayor prevalencia y frecuencia tuvieron el nivel de conocimiento deficiente en la población en estudio fue el que mayor porcentaje obtuvo. Este nivel de conocimiento según los análisis no están relacionados con la edad de la madre, no está

relacionado con el grado de formación académica que esta alcanzo, tampoco está relacionado con la frecuencia de embarazo de las madres. Todo indica que los resultados obtenidos están íntimamente relacionados con la falta de información de la cual la población carece. La mayor representación de las madres no habían recibido por ningún medio alguna información sobre hábitos de higiene oral en niños hasta los 12 meses. Esta información fácilmente puede ser facilitada por cualquier profesional de la salud que provee servicios de atención primaria ya sea en instituciones privadas como instituciones públicas. La salud es un derecho innegable para cualquier individuo, y apostar a la inversión para una nueva generación libre de enfermedades orales es un paso para el buen desarrollo de una sociedad que disfrute una vida plena y saludable.

Ahora en día el transmitir información se hace más fácil, gracias al desarrollo de los medios de comunicación. Estos recursos son accesibles a cualquier tipo de población no importando su rango de edad, su estatus económico, su nivel de formación académica, su procedencia. De esta forma la enfermedad puede ser prevenible y la salud puede estar al alcance de todos.

A raíz de los resultados de este estudio surgen nuevas interrogantes; ¿Se podrán instaurar medidas preventivas en este Hospital? Siendo este representación de todas las instituciones de salud pública de nuestro país, desde la educación a los profesionales de salud de atención primaria sobre la importancia del cuidado de salud oral en bebes, para que de esta forma estos sean la principal fuente de información de las madres o padres de los bebes hasta programas públicos transmitidos por los diferentes medios de comunicación para que esta información sea accesible a cualquier madre. No importando la edad, su formación académica, su procedencia, etc...

## **XI. Conclusiones**

1. El Mayor porcentaje de Nivel de Conocimiento es el deficiente.
2. El auxiliar de higiene oral más usado recomendado por la AAPD es la gasa y agua con un 43.5% (50). De los auxiliares de higiene oral casero el más usado es la miel con un 25.5% (50), y el auxiliar de higiene farmacéutico más usado es la nistatina con un 12.2% (24).
3. El nivel de conocimiento según la frecuencia de embarazo es el deficiente en madres primigesta. En donde las madres primigesta representan el 52.6% (103) de los casos con un nivel deficiente de 21.4% (42).
4. El nivel de conocimiento en todas las edades es el deficiente con un 38.3% (75)
5. El grado de formación académica que prevaleció en las madres del presente estudio fue el de secundaria incompleta con un 31.1% (61) predominando así el nivel de conocimiento deficiente 13.8% (27).
6. El medio de comunicación en donde pudieron haber recibido información previa sobre hábitos de higiene oral, resulto que 42.9% (84) no ha recibido por ningún medio información alguna.

## XII. Recomendaciones:

Tras estudiar los resultados obtenidos se procede a realizar las siguientes recomendaciones:

Para el Hospital Amistad México- Nicaragua:

1. Implementar medidas de educación preventiva en los centros de salud pública desde la instrucción de su personal de salud de atención primaria en cuanto higiene y cuidado de la salud oral en bebés, para que estos mismos faciliten charlas personales, grupales y a nivel de comunidad respecto a este importante temática.
2. Con el objetivo de mejorar el nivel de conocimiento de la población que se tomó como muestra representativa en general, las madres con niños hasta los 12 meses de edad, es necesario considerar la importancia de implementar medidas de educación sobre higiene oral desde el momento del nacimiento e incluirlo en las cartillas de educación temprana hechos por el MINSA o cualquier otro medio de comunicación.
3. Reforzar y apoyar el programa preventivo – promocional al que opera en estos momentos el SILAIS- Managua con la cartilla de prevención en salud general “Amor para los más chiquitos” dando mayor importancia y amplitud al cuidado oral en bebés hasta las 12 meses de edad.
4. Pediatras, obstetras, neonatologos, enfermeras y odontólogos de dicho hospital debe de ser capacitados para realizar una orientación adecuada sobre los riesgos de padecer caries a temprana edad para asegurar que las madres y padres reciban orientación preventiva sobre salud oral en bebés.

5. Para los odontólogos del hospital. Deben de promocionar entre las madres que atienden a su consultorio que la edad adecuada para comenzar las exámenes en sus bebés es a partir de los 6 meses de edad después que el primer diente erupcione. Con esta práctica inculcada en las madres, se pueden identificar a niños con posibles altos riesgos de padecer caries a temprana edad, de esta manera se integra en un programa de asesoría preventiva e interventiva entre las edades de 6 a 12 meses de edad en estos niños.

Para la carrera de Odontología UNAN- Managua:

1. Motivar a futuras generaciones de investigadores a seguir indagando en este tema debido al impacto en la calidad de vida de la población más vulnerable de nuestra sociedad, los niños y niñas.

### **XIII. Referencia Bibliográfica**

- 1. Adair SM.** Evidence-based use of fluoride in contemporary pediatric dental practice. *Pediatr Dent* 2006; 28(2):133-42.
- 2. American Academy of Pediatric Dentistry.** Policy on use of fluoride. *Pediatr Dent* 2012; 34(special issue):43-4.
- 3. American Academy of Pediatric Dentistry.** Policy on the dental home. *Pediatr Dent* 2008; 30:22e3.
- 4. Arias Arce, Carlos (2000)** Nivel de conocimiento sobre prevención de salud oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima del período de Diciembre 1995 a Diciembre 1996. Tesis- Bachiller UNFV 2000.
- 5. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR.** Breast-feeding and the risk of hospitalization for respiratory diseases in infancy: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157:237–243.
- 6. Bahl R et al.** Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicenter cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:418–426.
- 7. Brown A, Lowe E, Zimmerman B, et al.** Preventing early childhood caries: lessons from the field. *Pediatr Dent* 2006; 28:553e60.
- 7. C. Palma, A. Cahuana<sup>1</sup>, L. Gómez (2010)** Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68(7): 351-357.
- 8. Chua S et al.** Influence of breast feeding and nipple stimulation on post-partum uterine activity. *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1994, 101:804–805.
- 9. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.** Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries,

including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet*, 2002, 360:187–195.

**10. De Zoysa I, Rea M, Martinez J.** Why promote breastfeeding in diarrheal disease control programmes? *Health Policy and Planning*, 1991, 6:371–379.

11. Dewey KG et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *The Journal of Nutrition*, 2001, 131:262–267.

**12. Díaz Núñez, Mauricio (1996).** Grado de conocimiento de medidas preventivas de Salud bucal en gestantes. Tesis Bachiller UPCH-1996.

**13. Duncan B et al.** Exclusive breast feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*, 1993, 91:867–872.

**14. Eigbobo JO, Onyeaso CO, Okolo NI.** Pattern of presentation of oral health conditions among children at the University of Port Harcourt Teaching Hospital (UPTH), Port Harcourt, Nigeria. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa* 2011; 11:105e9.

**15. Facts about fluoride.** *CDS Rev* 2006; 99(1):44.

**16. Fewtrell MS.** The long-term benefits of having been breastfed. *Current Pediatrics*, 2004, 14:97–103.

**17. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, et al.** Reliability and validity of brief measures of oral health-related knowledge, fatalism, and self-efficacy in mothers of African American children. *Pediatr Dent* 2005; 27:422e8.

**18. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M.** Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in child- hood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *Journal of Pediatrics*, 2001, 139:261–266.

- 19. Grantham-McGregor SM, Cumper G.** Jamaican studies in nutrition and child development, and their implications for national development. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 1992, 51: 71–79.
- 20. Gratrix D, Taylor GO, Lennon MA.** Mothers' dental attendance patterns and their children's dental attendance and dental health. *Br Dent J* 1990; 168:441e3.
- 21. Guerra, M. Mujica, C.** Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. *Acta odontológica Venezolana*. 37 (2): 6-10. May-Agost. 1999.
- 22. Haas et al.** Early nutrition and later physical work capacity. *Nutrition reviews*, 1996, 54(2, Pt2): S41–48.
- 23. Holding LLC (2002)** Caries y Embarazo: La importancia del control y la prevención. Recuperado 2002. [www.buenasalud.com](http://www.buenasalud.com)
- 24. Johnsen, D. Tinanoff, N.** Lesiones frecuentes de los tejidos blandos de la Cavidad bucal. En: *Tratado de Pediatría de Nelson*. 16a. ed. México: Ed. McGraw-Hill; 2001.p. 1227).
- 25. Kinirons M, McCabe M.** Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dent Health* 1995; 12:226e9.
- 26. Klement E et al.** Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80:1342–1352.
- 27. Kwan ML et al.** Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Reports*, 2004, 119:521–535.
- 28. La Torre Gálvez, María (2001)** Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud bucal infantil en el hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis- Bachiller UPSM, 2001)
- 29. Larios Olaechea, Mercedes.** Relación entre la dieta de la madre durante el embarazo y el nivel de caries en hijos de 6 a 42 meses que acudieron a los servicios de pediatría de dos policlínicos del Instituto peruano de Servicio Social y 30. HNCH en los meses de dic. 1995-enero 1996. [[Tesis para optar título cirujano dentista]. UPCH, 1996.

- 31. Lee JY, Thomas J, Bouwens TJ, et al.** examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent* 2006; 28:102e5.
- 32. Lee JY, Weber-Gasparoni K.** Infant oral health. In: *The handbook of pediatric dentistry*. 3rd ed. American Academy of Pediatric Dentistry; 2007. p. 1e7.
- 33. Llamas Oliveira, Marta (1999).** Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. *Profesión dental*. 2(6): 362-8. Jun1999.
- 34. Little James, W.** Gestación y lactancia. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Quinta edición. 668 (434-41). 1998.
- 35. López J:** Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. *Operatoria Dental y Endodoncia* 1998; 2(3): 11
- 36. López Méndez Yilian, Arias Araluce Mirtha María, del Valle Zelenenko Oksana.** Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Cubana Ortod* 1999; 14 (1):32-8
- 37. Magnusson, Bengt.** *Odontología preventiva* Savat. Editores. Reimpresión 1987.
- 38. Martin RM et al.** Parents' growth in childhood and the birth weight of their offspring. *Epidemiology*, 2004, 15:308–316.
- 39. Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG.** Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1994, 58 (Suppl.1):S45–S57.
- 40. McDonald y Avery (2011).** *Dentistry for the child and adolescent*. Missouri. Editorial Mosby Elsevier. Ninth Edition.
- 41. Milgrom PM, Huebner CE, Ly KA.** Fluoridated toothpaste and the prevention of early childhood caries: A failure to meet the needs of our young. *J Am Dent Assoc* 2009; 140(6):628, 630-1

- 42. Oddy WH et al.** The relation of breastfeeding and Body Mass Index to asthma and atopic in children: a prospective cohort study to age 6 years. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:1531–1537.
- 43. Oral health care during pregnancy and early childhood practice guidelines.** New York State Department of Health; 200615.
- 44. Orenuga OO, Sofola OO.** A survey of the knowledge, attitude and practices of antenatal mothers in Lagos, Nigeria about the primary teeth. *Afr J Med Med Sci* 2005; 34:285e91.
- 45. PAHO/WHO.** Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2002.
- 46. Pang DT, Vann WF Jr.** The use of fluoride-containing toothpastes in young children: The scientific evidence for recommending a small amount. *Pediatr Dent* 1992; 14(6):384-7.
- 47. Pinkham Jr (1991).** *Odontología Pediátrica*. Nueva editorial Interamericana, 162-64. 1991.
- 48. Pollitt E et al.** Nutrition in early life and the fulfillment of intellectual potential. *The Journal of Nutrition*, 1995, 125:1111S–1118S.
- 49. Rioboo Crespo M.R ,Planells del Pozo P ,Rioboo García R.** Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. *Med. oral patol. oral cir. bucal* (Ed.impr.) v.10 n.5 Valencia nov.-dic. 2005
- 50. Ríos Díaz (1996)** Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24 meses a 42 meses de edad. Tesis bachiller UPCH, 1996.
- 51. Robenblatt K, Thomas D.** Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. *International Journal of Epidemiology*, 1993, 22:192–197.
- 52. Rodríguez Santiago, M. Sol Arletaz.** *Monografías .com*. El papel del crecimiento esquelético craneofacial en ortodoncia. Online

53. **Rodríguez Vargas** (2002) Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes del hospital nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. [Tesis para optar título cirujano dentista] Universidad Mayor de San Marcos, Lima-Perú 2002
54. **Sadauskaite-Kuehne V et al.** Longer breastfeeding is an independent predictive factor against development of type 1 diabetes in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2004, 20:150–157.
55. **Shein B, Tsamsouries A.** Self-Reported Compliance and the effectiveness of prenatal dental education. *J. Clinic Ped. Dent.* 15(2):102-9.1991
56. **Silfverdal S, Bodin L, Olcén P.** Protective effect of breastfeeding: An ecological study of Haemophilus Influenzae meningitis and breastfeeding in a Swedish population. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28:152–156.
57. **Szatko F, Wierzbicka M, Dybizbanska E, et al.** Oral health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related knowledge. *Community Dent Health* 2004; 21:175e80
58. **The World Health Organization Multinational Study of Breast-feeding and Lactational Amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding.** World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertility and sterility*, 1999, 72:431–440.
59. **U.S. Department of Health and Human Services.** Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville: U.S.Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
60. **Velázquez Huamán, Zulema** (1995). Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madre gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social. Tesis-Bachiller. UPCH, 1995.
61. **Ventiades F. Jhonny, Tattum B. Karen.** Patología oral del recién nacido .*Rev. bol. ped.* v.45 n.2 La Paz abr. 2006)
62. **WHO.** Evidence on the long-term effects of breast- feeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva, World Health Organization, 2007.

**63. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality.** Effect of breastfeeding on infant and child- hood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451–455.

**64. WHO/UNICEF/USAID.** Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva, World Health Organization, 2008.

**65. World Dental Federation/ Nutrition, Diet and Oral Health.** *International Dental Journal*. 44(6): 612.1994.

**66. World Health Organization.** The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.

.

## **XIV. ANEXO**



“Nivel de conocimiento que tienen las madres de cero a 12 meses que asisten al hospital Amistad México-Nicaragua sobre hábitos de higiene oral, en el período de Noviembre- Diciembre del año 2014”

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Sexo del bebé: \_\_\_\_\_ Edad del bebé: \_\_\_\_\_

Comunidad que vive \_\_\_\_\_ Rural - Urbano

I. DATOS DE LA MADRE

Formación académica	¿Qué usa para limpiar los dientes de su bebé? Utiliza: Si__ No__	¿Usted es primigesta (solo ha tenido un bebe) o es multigesta (más de un bebe)?	¿Ha recibido información sobre la higiene oral en niños de cero a 12 meses?	¿Dónde la ha recibido?
a) Primaria Incompleta b) Primaria Completa c) Secundaria Incompleta d) Secundaria Completa e) Técnico con Secundaria Incompleta f) Técnico con Secundaria Completa g) Universidad Completa h) Ninguno	1) Gasas y Sal 2) Gasas y agua 3) Gasas y bicarbonato 4) Gasas y jabón suave 5) Algodón y agua 6) Algodón y sal 7) Cepillo y pasta 8) Cepillo 9) Dedal de silicona. 10) Otros 11) Ninguno	a) Primigesta b) Multigesta	a) Si b) No	a) Unidad de salud / Profesional de Salud b) Radio c) T.V d) Medio Escrito (Volante, Trípticos, etc...) e) Familia

CUESTIONARIO

1. ¿Cuándo debe ser la primera visita al odontólogo para un bebé?

- 1 mes
- 3 meses
- Cuando aparece el primer diente
- Cuando tenga los dientes de leche completos
- Cuando tenga los dientes de adultos
- No sabe

**2. ¿Cuántas veces al año debe de llevar a su bebé al dentista?**

- a) Una vez al año
- b) Dos veces al año
- c) Cuando tenga dolor o molestia
- d) No sabe

**3. ¿A qué edad se recomienda empezar la higiene bucal en los bebés?**

- a) Desde el nacimiento
- b) Cuando aparece el primer diente
- c) Cuando tenga los dientes de leche completos
- d) Cuando el niño tiene sus dientes de adultos
- e) No sabe

**4 ¿Debe de lavarse las encías al bebé antes de que le salgan sus dientes?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

**5. ¿Debe de lavarse los dientes al bebé cuando le estén saliendo sus primeros dientes?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

**6. ¿Debe de lavarse las encías/dientes al bebé después de dar leche materna o biberón durante el día?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

**7. ¿Debe de lavarse las encías/dientes al bebé después de dar leche materna o biberón en la noche?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

**8. ¿Considera usted que los dientes de leche o deciduos son importantes?**

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe

**9. ¿Se debe usar el mismo cepillo de diente que el de la madre para lavarle lo dientes al bebé?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

**10. ¿Se debe utilizar gaza o algunos de los auxiliares de higiene antes mencionados para limpiar las encías/dientes al bebe?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

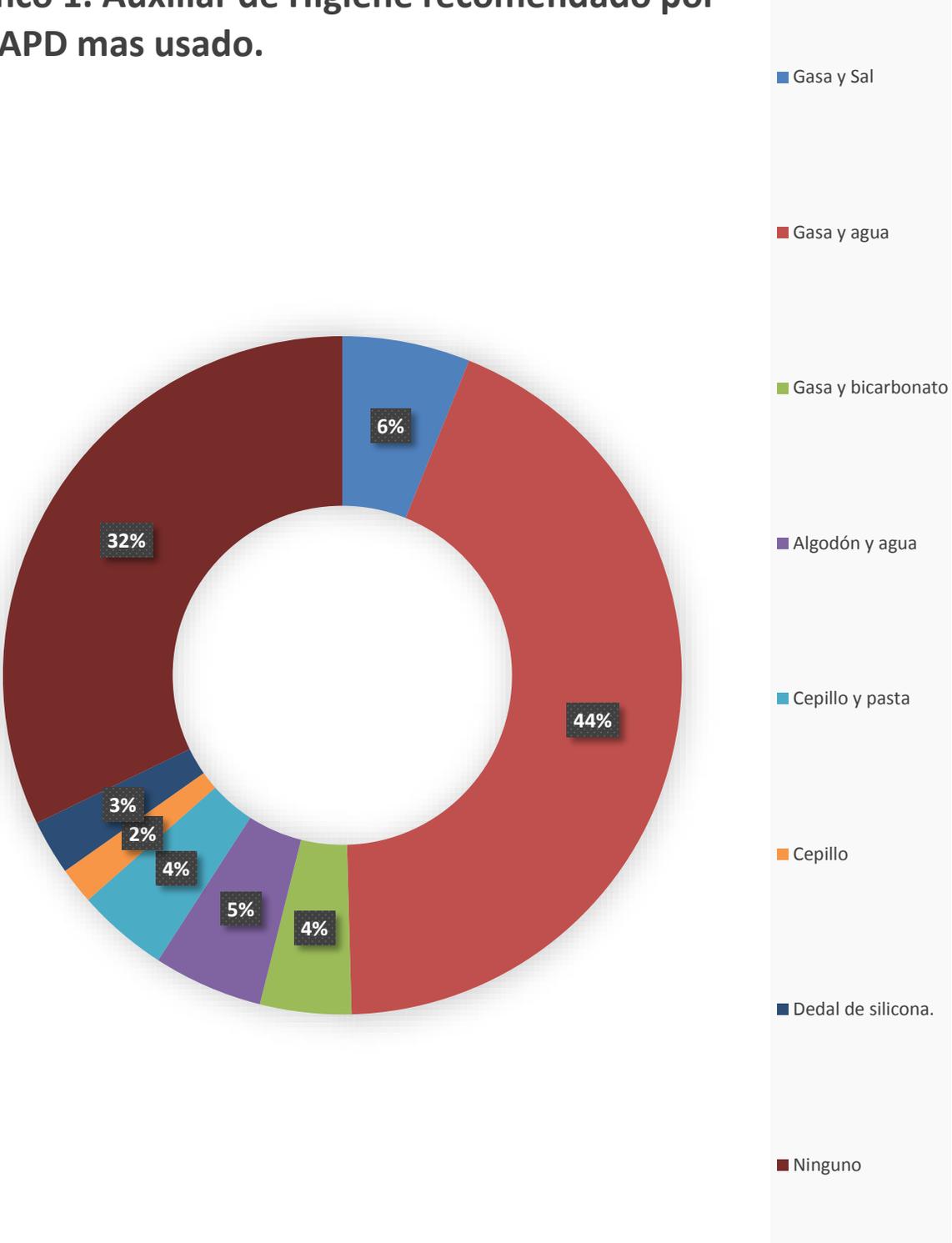
**11. ¿Considera usted que realizar una higiene oral en sus niños de cero a 12 meses es importante para evitar enfermedades orales futuras?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

¡Gracias por su tiempo!

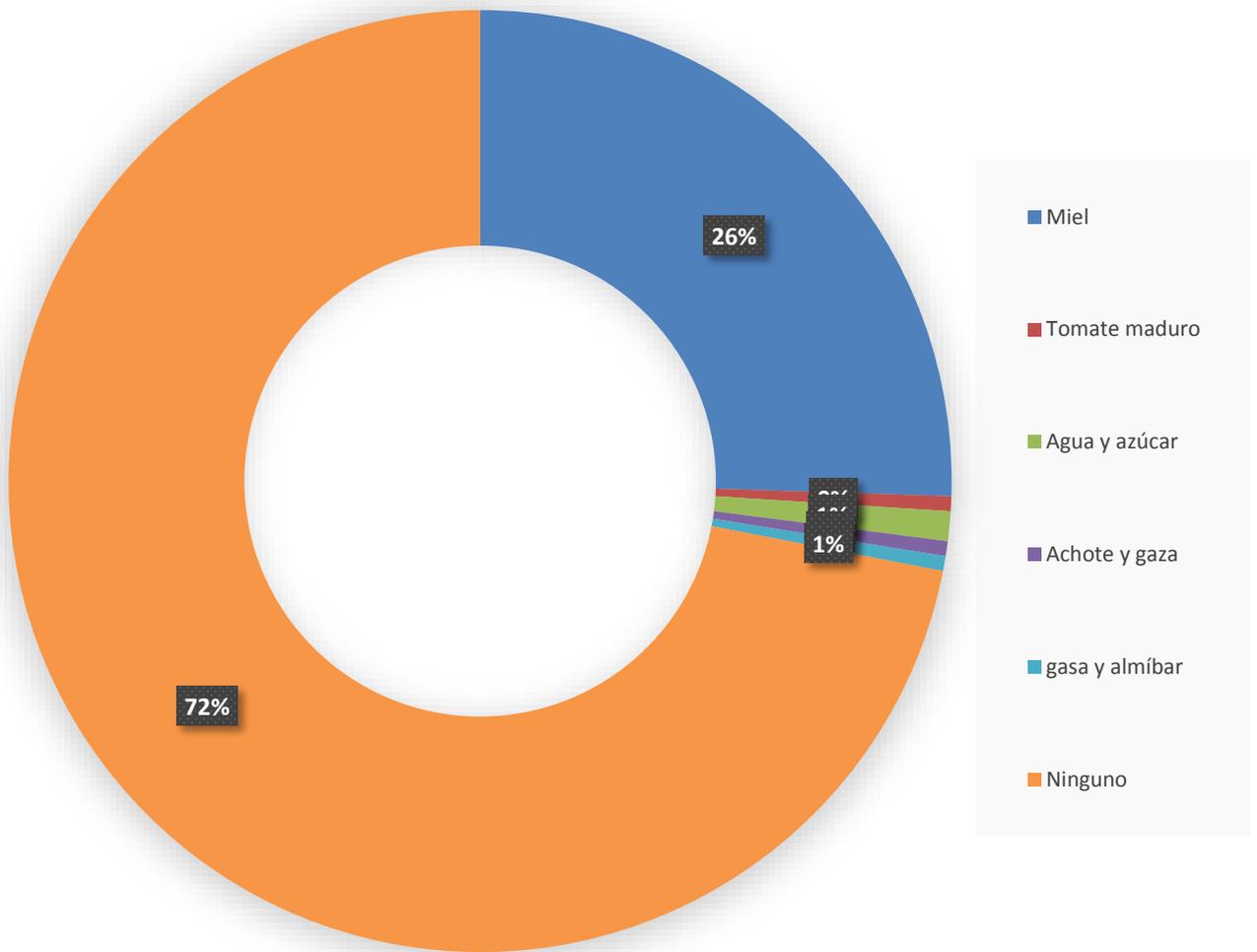


**Grafico 1. Auxiliar de Higiene recomendado por la AAPD mas usado.**

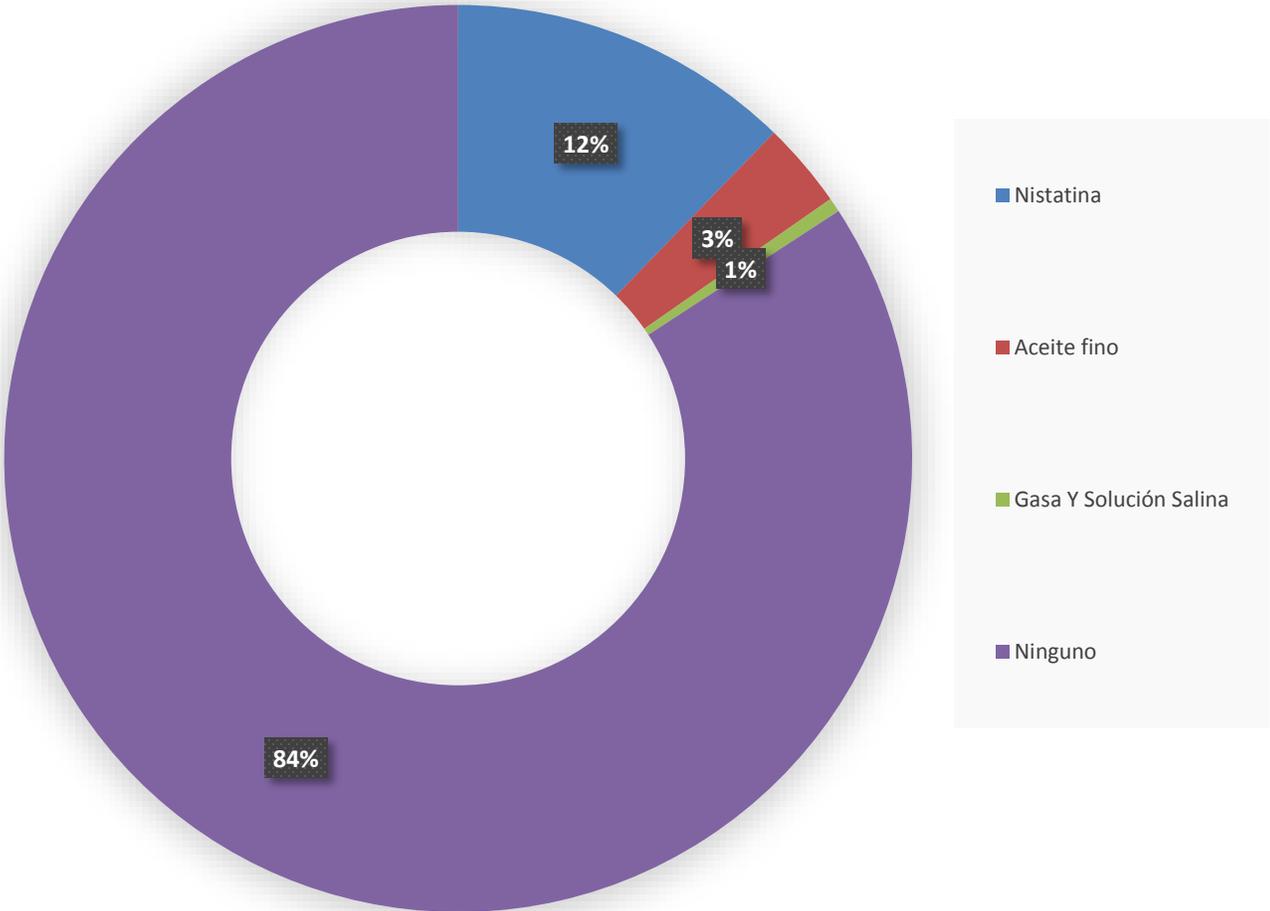




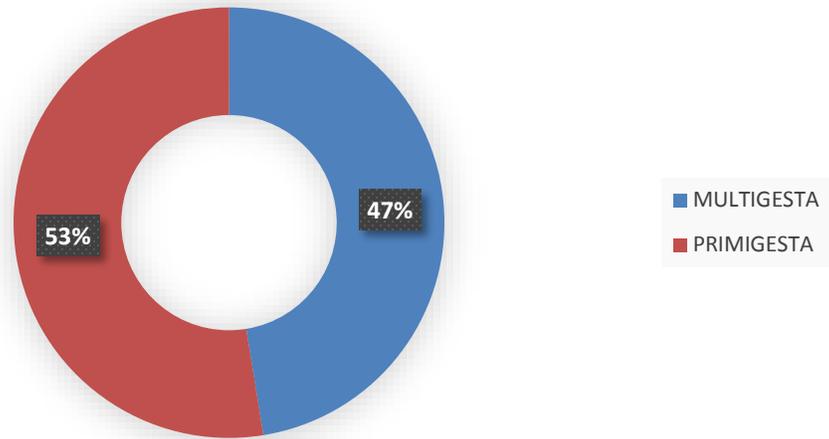
**Grafico 2. Auxiliar de Higiene Casero mas usado.**



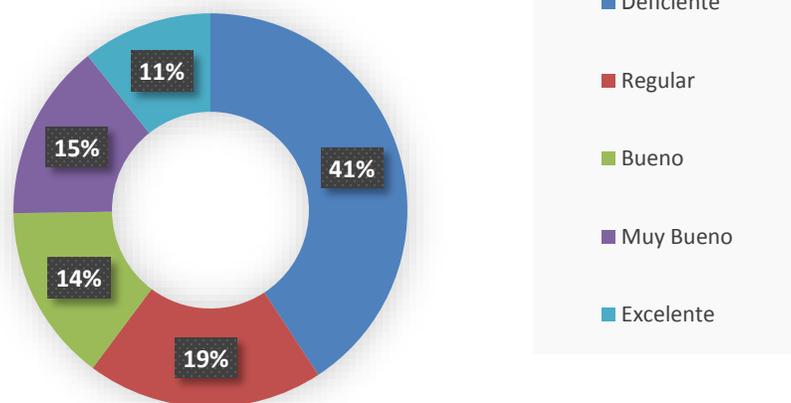
**Grafico 3. Auxiliar de Higiene oral farmaceutico mas usado.**



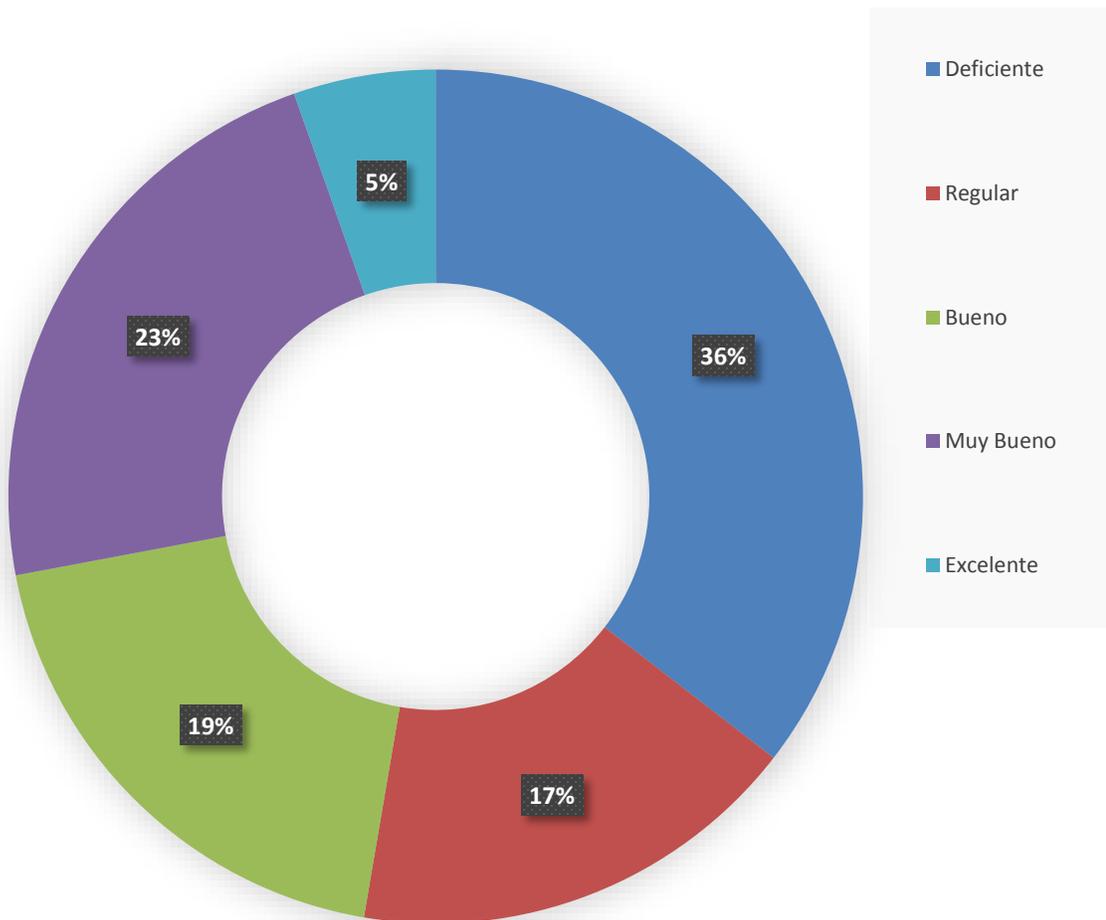
**Grafico 4. Prevalencia de Primigestas y Multigestas**



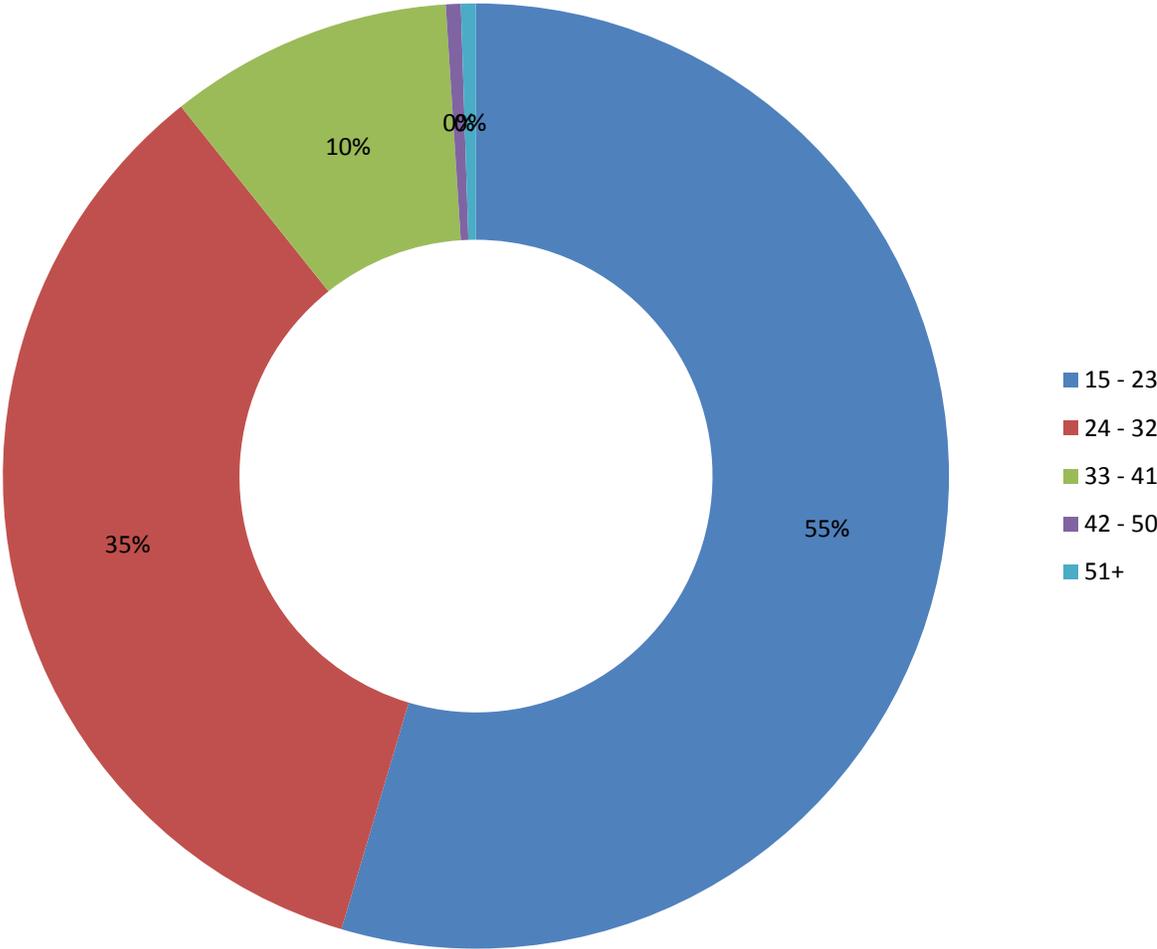
**GRAFICO 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PRIMIGESTAS**



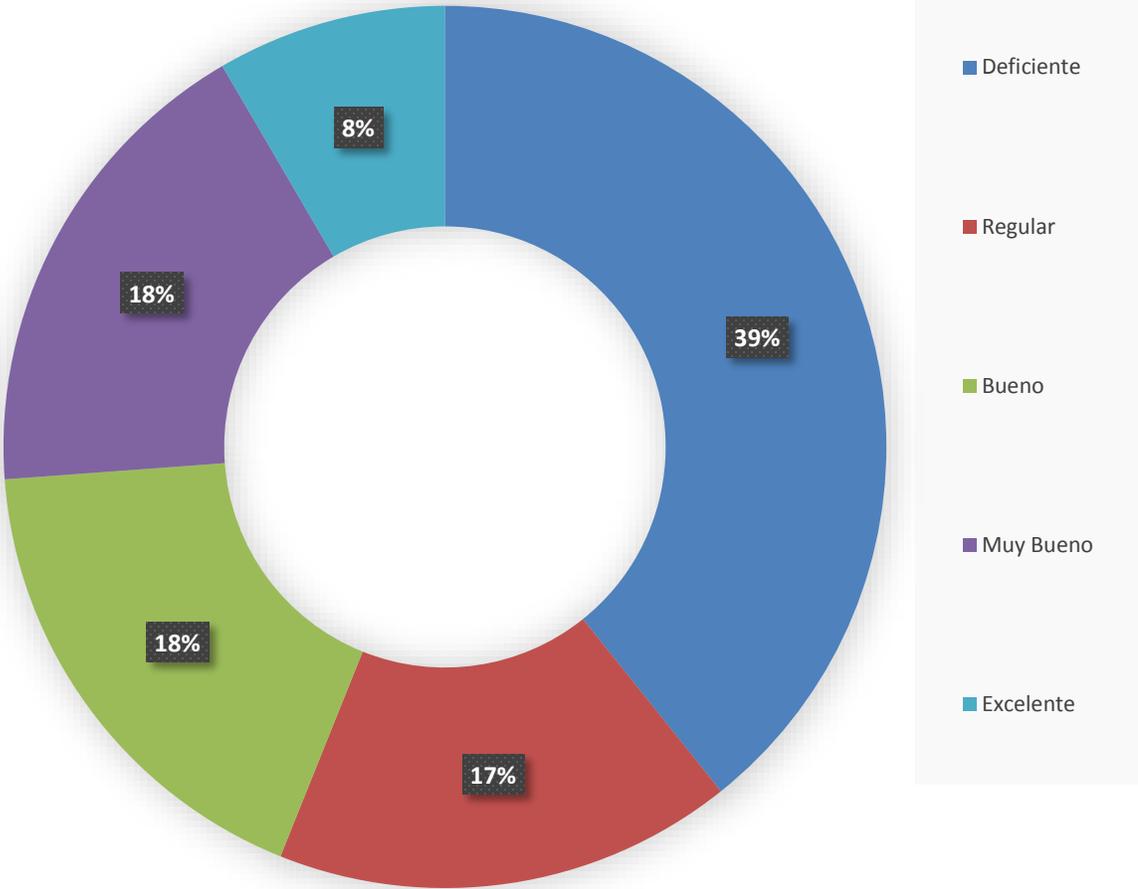
**GRAFICO 6. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN MADRES MULTIGESTAS**



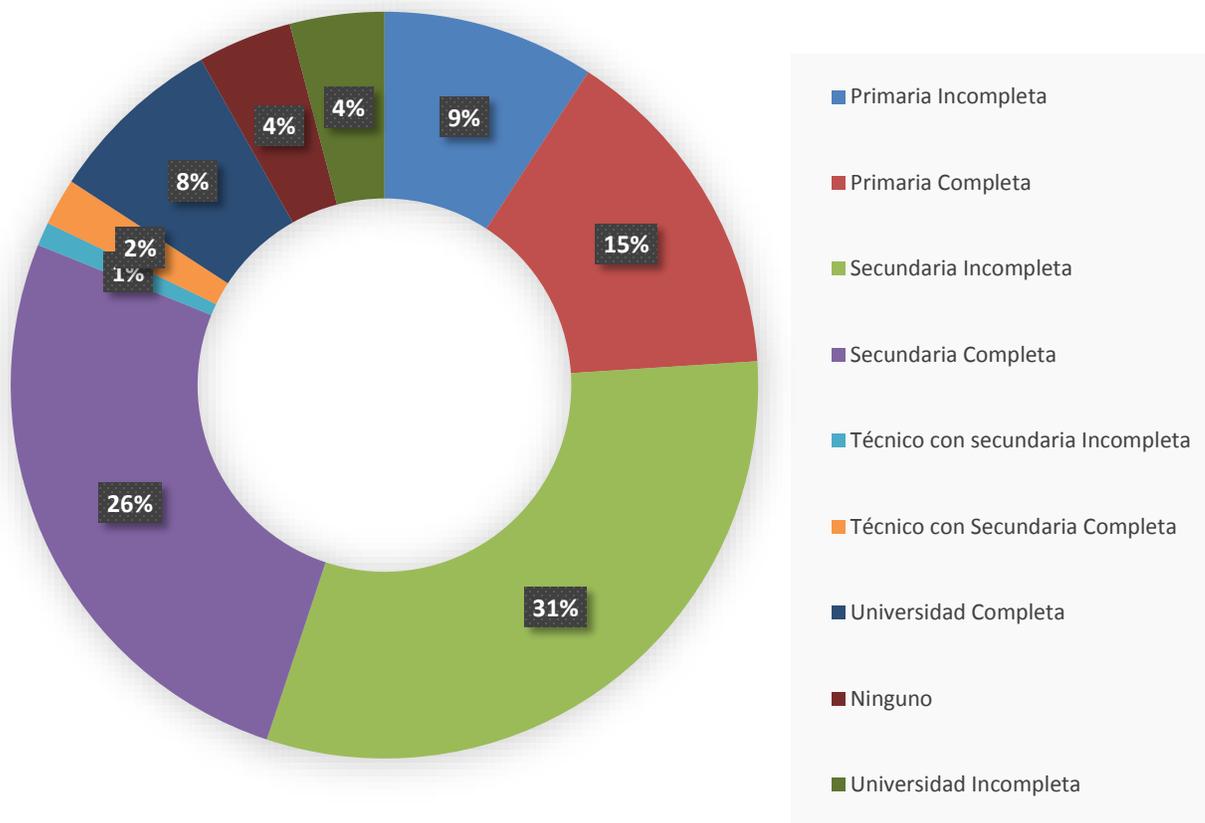
**GRAFICO 7. EDADES DE LAS MADRES.**



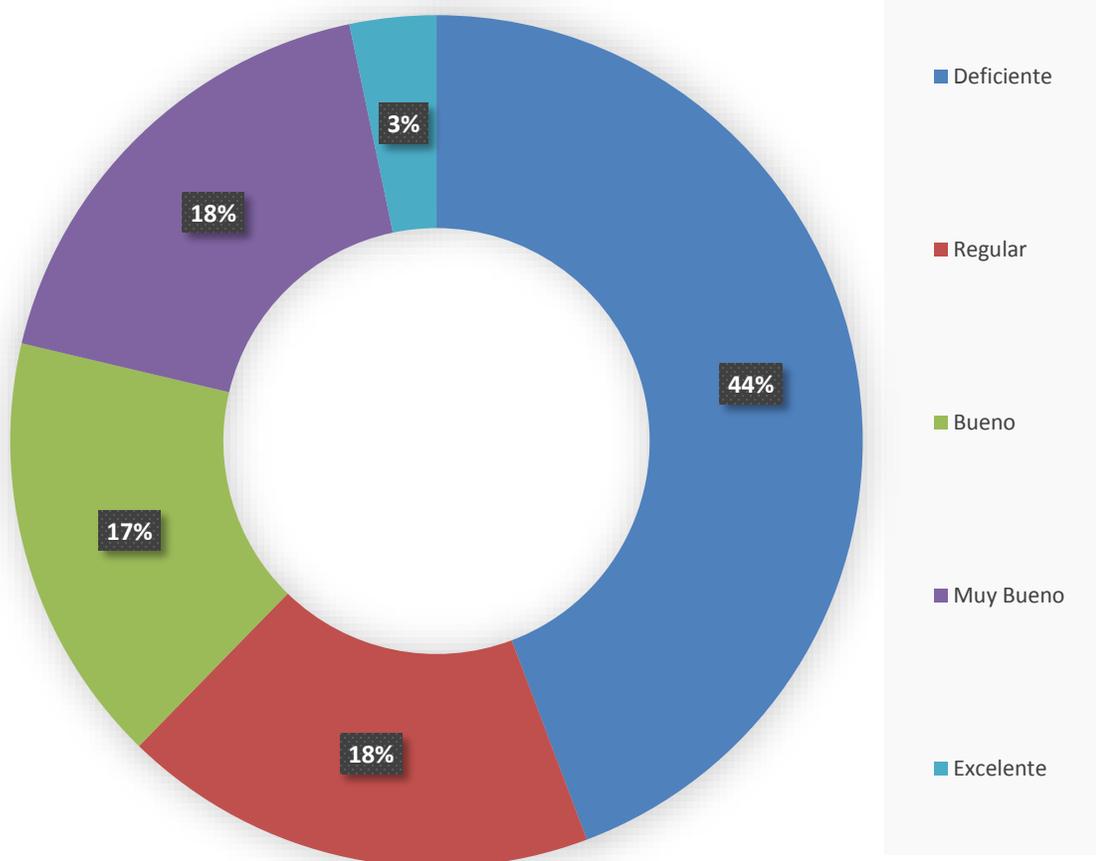
**GRAFICO 8. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS EDADES DE 15-23 ANOS.**



### GRAFICO 9. GRADO DE FORMACION ACADEMICA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO



**GRAFICO 10. NIVEL DE CONOCIMIENTO  
REFLEJADO EN LAS MADRES QUE ALCANZARON  
LA SECUNDARIA INCOMPLETA**



**GRAFICO 11. NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL**

