

Intervención sobre Educación en Higiene Bucal en los Primeros 1000 Días de Vida

Andrés David Rey Arrieta¹, Laura Vanessa Tiria Negrete¹, Jhorman Orlando Valenzuela Salazar², Shyrley Díaz Cardenas³

1. Odontólogos, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena Tel: +57 3108935410, +57 3174330063 Correos electrónicos: areya@unicartagena.edu.co, ltirian@unicartagena.edu.co

2. Estudiante de odontología X semestre, Universidad de Cartagena. Tel: +57 3174665044. Correo electrónico: jvalenzuelas@unicartagena.edu.co

3. Autor a quien debe dirigirse la correspondencia: Odontóloga. Magister en Salud Pública, Especialista en Salud Familiar y Gerencia en Salud. Especialista en Odontopediatría con Énfasis en Bebés Profesor Titular. Jefe Departamento de Odontología Preventiva y Social. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena (Colombia). Tel: 095-6698173 ext. 115. Correo electrónico: sdiazc@unicartagena.edu.co

Resumen

Objetivo: Estimar el impacto de un programa de intervención sobre educación en higiene bucal en los 1000 primeros días de vida. **Métodos.** Estudio tipo intervención en 37 binomios madre-hijos menores de 2 años, que asisten a una institución de carácter pública en la ciudad de Cartagena-Colombia. La intervención consta de 3 etapas: 1. Recolección de información 2. Intervención de educación 3. Seguimiento. Se diseñó y aplicó un cuestionario para ser auto diligenciado antes y después de la intervención basadas en charlas demostrativas; los seguimientos se realizaron cada dos meses. Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones y comparación de resultados al inicio y final de la intervención a través del Test de diferencia de proporciones. **Resultados.** Antes de la intervención, solo 54 % de las madres sabía qué tipo de crema dental usar y después de la intervención, este porcentaje aumentó a 97,3 %. En cuanto a prácticas, 51,3 % de los niños no aceptaban el cepillado bucal y después de la intervención aumentó a 94,5 %. Al comparar los conocimientos y prácticas antes y después de la intervención se encontraron cambios positivos con significancias estadística ($p < 0.001$). **Conclusiones.** Intervenciones basadas en la educación en Higiene Bucal a madres de niños durante los 1000 primeros días pueden presentar un impacto positivo sobre los conocimientos y las prácticas de higiene bucal de estos niños. Al reportar mejores conocimientos sobre higiene bucal en la mayoría de las madres, se verá reflejado a largo plazo en las prácticas de salud bucal tanto de ellas, como la de sus hijos y la familia.

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

Introducción

En Colombia los problemas de salud bucal afectan gran parte de la población comprometiendo su calidad de vida desde edades tempranas, particularmente en los sectores más vulnerables de la sociedad (IV ENSAB) [1]. La educación para la salud es la estrategia utilizada por los programas de promoción y prevención en salud bucal los cuales buscan motivar e incorporar hábitos saludables en niños, padres y cuidadores y evitar la aparición de enfermedades bucales [2].

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

Martínez et al. [3] revelan que la falta de conocimiento sobre la importancia de los dientes temporales, el miedo de los padres a los odontólogos, han creado obstáculos para el cuidado dental preventivo en la primera infancia, y señalan la necesidad de mejorar el conocimiento haciendo énfasis en la responsabilidad de los padres en el cuidado de la salud bucal de sus hijos; además los odontólogos, odontopediatras y otros profesionales de la salud deben realizar esfuerzos coordinados para impartir educación en materia de salud bucal sobre la higiene, prácticas de alimentación, importancia de la dentición primaria etc.

Teniendo en cuenta que la prevalencia de caries en los 1000 primeros días en Colombia según la IV Encuesta Nacional de Salud Bucal de Colombia se reportan lesiones de caries en niños de 1 año de edad de 26,85% y a los 3 años casi el 80% presentan la enfermedad [4], se aprecia la importancia de intervenir desde edades tempranas, en los 1000 primeros días creando estrategias preventivas que logren aproximarnos en la búsqueda de un modelo predictor de caries para niños e incluso prevenir desde la pre concepción teniendo en cuenta que los padres son los encargados de velar por la salud y bienestar de los niños y principales y únicos actores de la salud bucal de sus hijos, constituyéndose en los primeros maestros durante los inicios de

la vida. Teniendo en cuenta que la presencia de caries en dentición decidua representará riesgo de caries dental en la dentición permanente, pero pocos son los estudios reportados en el país desde la prevención en edades tempranas el objetivo de este estudio es estimar el impacto de una intervención basada en educación sobre higiene bucal a madres de niños durante los 1000 primeros días de vida.

Materiales y Métodos

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

Etapa I: Etapa de recolección de información

Se realizó puesta a prueba del instrumento utilizado mediante un piloto a 20 madres voluntarias de una institución de carácter público en la ciudad de Cartagena-Colombia, la cual nos brindó información de fallas en la formulación de algunas preguntas en los diferentes cuestionarios, por lo que algunas fueron ajustadas para la aplicación del instrumento en la población de estudio. Posterior a esto se aplicó el Alpha de Cronbach [5] para medir la consistencia del instrumento obteniendo un valor para la consistencia interna general del instrumento de 0,72 correspondiente a valores aceptables. (Se diseñó y aplicó a las madres con hijos menores a 2 años una encuesta para indagar factores sociodemográficos donde se evaluó: estrato socioeconómico (bajo, alto), ingresos socioeconómicos (≤ 1 SMMLV, > 1 SMMLV), nivel escolaridad de las madres y su pareja (primaria, bachillerato, técnico, tecnólogo, Se diseñó y aplicó a las madres con hijos menores a 2 años una encuesta para indagar factores sociodemográficos donde se evaluó: estrato socioeconómico (bajo, alto), ingresos

socioeconómicos (≤ 1 SMMLV, >1 SMMLV), nivel escolaridad de las madres y su pareja (primaria, bachillerato, técnico, tecnólogo, profesional), tenencia de la vivienda (no propia, propia), tipo de vivienda (habitación o apto, casa), hacinamiento (más de 3 personas por cuarto)).

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

Etapa II: Intervención

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

último, se les hizo entrega a las madres, un kit que incluía crema dental y cepillo dental para los niños.

Etapa III: Seguimiento

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

Análisis estadístico

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

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

Resultados

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

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

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

VARIABLES		FRECUENCIA (%)
EDAD DEL MENOR	≤ 5 meses	10 (27,1)
	≥ 6 meses	27 (73,0)
SEXO DEL NIÑO	Masculino	23 (62,2)
	Femenino	14 (37,8)
EDAD DE LA MADRE	≥ 20 años	29 (78,4)
	≤ 19 años	8 (21,6)
SEGURIDAD SOCIAL	No presenta	1 (2,7)
	Si presenta	36 (97,3)
TIPO DE SERVICIO	Publico	26 (70,3)
	Privado	10 (27,0)
	No presenta	1 (2,7)
NIVEL DE ESCOLARIDAD MADRE	≤ 9 años de estudio	32 (86,5)
	≥ 10 años de estudio	5 (15,3)
TRABAJA LA MADRE	Si	15 (40,5)
	No	22 (59,5)
INGRESOS SOCIOECONÓMICOS MENSUALES	≥ 1 SMMLV	15 (40,5)
	< 1 SMMLV	22 (59,5)
TIPO DE UNIÓN	Sin pareja	12 (32,4)
	Con pareja	25 (67,6)
TENENCIA DE VIVIENDA	Propia	21 (56,7)
	Arrendada	16 (43,2)
HACINAMIENTO	≤ 2	24 (64,9)
	≥ 3	13 (35,1)

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

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

VARIABLES	ANTES DE LA INTERVENCIÓN		DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	
	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS
	FRECUENCIA %		FRECUENCIA %	
PRIMERA CONSULTA	23 (62,1)	14 (37,8)	2 (5,4)	35 (94,5)
INICIO DEL CEPILLADO BUCAL	11 (29,7)	26 (70,2)	1 (2,7)	36 (97,3)
CON QUE LIMPIAR LOS RODETES	3 (8,1)	34 (91,8)	0 (0)	37 (100)
TIPO DE CREMA DENTAL	17 (45,9)	20 (54,0)	1 (2,7)	36 (97,3)

EDAD USO CREMA DENTAL	29 (78,3)	8 (21,6)	3 (8,1)	34 (91,8)
EDAD USO ENJUAGUE	16 (43,2)	21 (56,7)	1 (2,7)	36 (97,3)
EDAD DE USO DE SEDA DENTAL	36 (97,3)	1 (2,7)	14 (37,8)	23 (62,1)
INICIO FLÚOR	37 (100)	0 (0)	9 (24,3)	28 (75,6)
CARIES ENF. CONTAGIOSA	15 (40,5)	22 (59,4)	4 (10,8)	33 (89,1)
SE PUEDE EVITAR PROGRESIÓN CARIES	5 (13,5)	32 (86,4)	1 (2,7)	36 (97,3)
CÓMO SE VE CARIES	34 (91,8)	3 (8,1)	6 (16,2)	31 (83,7)
LECHE MATERNA DA CARIES	16 (43,2)	21 (56,7)	31 (83,7)	6 (16,2)
QUIEN DEBE REALIZAR HIGIENE	3 (8,1)	34 (91,8)	0 (0)	37 (100)

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

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

VARIABLES	ANTES DE LA INTERVECIÓN		DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	
	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS
	FRECUENCIA %		FRECUENCIA %	
PRIMERA CONSULTA	28 (75,6)	9 (24,3)	33 (89,1)	4 (10,8)
INICIO LIMPIEZA BUCAL	11 (29,7)	26 (70,2)	10 (27,0)	27 (72,9)
QUÉ USA LIMPIAR BOCA BEBE	3 (8,1)	34 (91,8)	0 (0)	37 (100)
HIJO USA ENJUAGUE	37 (100)	0 (0)	0 (0)	37 (100)
HIJO USA SEDA	37 (100)	0 (0)	32 (86,4)	5 (13,5)
A QUÉ INICIÓ FLÚOR	35 (94,5)	2 (5,4)	33 (89,1)	4 (10,8)
QUIÉN LE HA ENSEÑADO HIGIENE DEL BEBÉ	30 (81,0)	7 (18,9)	1 (2,7)	36 (97,3)
HAS RECIBIDO EDUCACIÓN H. BUCAL	12 (32,4)	25 (67,5)	1 (2,7)	36 (97,3)
QUIEN REALIZA H. BUCAL NIÑO	1 (2,7)	36 (97,3)	0 (0)	37 (100)
NIÑO ACEPTA CEPILLADO	19 (51,35)	18 (48,65)	2 (5,41)	35 (94,59)
DIFICULTAD AL CEPILLAR BEBÉ	16 (43,24)	21 (56,76)	23 (62,16)	14 (37,84)

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

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

Conocimientos

Bajo-Medio

5,4

78,3

-72,97

-88,1 - -57.8

<0.001

Discusión

Trabajar con madres de niños lactantes en la comunidad resulta ser un trabajo dispendioso y difícil dada las condiciones de acceso a estas poblaciones por ubicarse en lugares de alta vulnerabilidad y seguridad para el personal del estudio. Sin embargo, estas comunidades fueron las seleccionadas para el estudio precisamente por estas condiciones que limitan el acceso a buenos servicios de salud bucal y a la información.

Con respecto al objetivo del estudio, se pudo observar cómo los conocimientos sobre higiene bucal en madres durante los 1000 primeros días del niño, aumentaron significativamente posterior a la intervención realizada, al igual que las prácticas, lo que podría evidenciar que las madres se encontraron receptivas en las intervenciones realizadas, teniendo conocimiento sobre temas relevantes, de cómo limpiar los rodets y dientes; Gafara y col (2017) [8] en su meta-análisis y revisión sistemática sugirió que los programas de intervenciones en salud oral son efectivas y tienen impactos positivos relacionados con las visitas al odontólogo, actitudes y

cepillado, 3 meses después de la intervención, al igual que lo demostrado en nuestro estudio, en el que se demuestran los cambios positivos que tuvo la población, tanto en conocimientos como en prácticas posterior a un seguimiento en los dos meses posteriores.

Después de aplicadas las estrategias educativas se pudo observar cómo se logró modificar la información acerca de cómo preservar la salud bucal del niño ya que después de aplicada las estrategias aumento el porcentaje de madres con estos conocimientos en un el 78,38 % confirmando que estrategias de educación podrían mejorar el número de personas con conocimientos adecuados en salud bucal dando prioridad a realización de actividades basadas en educación a la comunidad; Simoni, et al. [9] en Brasil dan extrema importancia a la promoción de salud bucal mediante la realización de actividades educativas en la comunidad, ya que la educación de los padres contribuye al mantenimiento de la salud bucal y a una reducción significativa de las enfermedades bucodentales en los niños en la primera infancia, por lo tanto se realizan inversiones en programas de prevención y promoción de la salud bucodental para mejorar el conocimiento y las prácticas de higiene en el cuidado de la salud bucal.

A nivel del uso de pastas fluoradas y aplicaciones de flúor en barniz en nuestro estudio se reportó después de las intervenciones que más del 90% de las madres conocía cuando y cuales pastas dentales usar, en una revisión sistemática llevada a cabo por de Wright et al. [10] en 2014 concluye que, en el caso de los niños menores de 6 años, el uso de pasta dental con flúor es eficaz para el control de las caries. La ingestión de cantidades del tamaño de un guisante o más puede conducir a una leve fluorosis y para minimizar el riesgo de fluorosis en los niños y al mismo tiempo maximizar el beneficio de la prevención de caries para todos los grupos de edad, la cantidad apropiada de pasta dental con flúor debe ser utilizada por todos los niños, independientemente de su edad.

Con respecto a los conocimientos acerca de cuándo iniciar las aplicaciones de flúor, se reportó que antes de la intervención el ninguna de las madres conocía cuando iniciar las aplicaciones de este, después de la intervención se logró un aumento del 75,6 %, en un ensayo hecho por Latifi-Xhemajli et al. [11] demostró que el uso de aplicaciones de barniz de flúor se asoció con una prevención de caries, en comparación con el grupo de control, donde hubo progresión y activación de algunas lesiones. La reducción de la caries se manifestó en términos de incidencia y la gravedad de la enfermedad, sugiriendo que el flúor en barniz se debe dar a los niños que tienen un mayor riesgo de sufrir caries en la primera infancia.

Más del 90% de las madres indicaron que recibieron información de la salud oral de sus hijos en el momento de la intervención, al igual que en el estudio de Hanna LMO et al. [12], que reportó que también el 90 % de las madres recibió información sobre la salud bucal; y recibieron esos conocimientos mediante la participación en las conferencias de promoción de la salud, al igual que en nuestro estudio que se obtuvo a través de intervenciones dictadas con charlas demostrativas.

Se encontraron deficiencias en cuando asistir por primera vez al odontólogo ya que antes de la intervención el 24,32 % no había realizado esta práctica y después de la intervención el 89.19 % no había hecho el ejercicio coincidiendo con lo reportado por Egina et al. [13], en el 2017 quien reportó que el mayor porcentaje de los entrevistados declaran que la visita debe tener lugar en el momento en que erupcionaron los dientes. La mayoría de los padres lleva a sus hijos al dentista entre los dos y tres años de edad, cuando la dentadura ya está completamente erupcionada y muchas veces se encuentran lesiones iniciales o incluso caries cavitacionales, dando como sugerencia la prevención y que se asista a la consulta entre el primer y tercer mes de vida del bebe, y tener controles periódicos.

Se presentaron cambios con respecto a la dificultad que encontraron las mamás al momento de realizar el cepillado de los niños; antes de la intervención el 43,24 % presentaban dificultad y después de la intervención se incrementó la dificultad a un 62,16%; esto puede deberse a que muchas madres antes de la intervención no realizaban la higiene bucal y por lo tanto no presentaban a dificultad y después de la intervención empezaron a realizar la práctica y encontraron que el niño no aceptaba el cepillado por no estar acostumbrado. En un estudio realizado por Thomas et al. [14], en la India muestra la importancia de la higiene bucal de la madre, especialmente durante el embarazo, ya que tiene una influencia directa en la salud bucal de su hijo. Ellos reportaron que sólo el 26,2% de las mujeres embarazadas eran conscientes del hecho de que el aumento de la incidencia de caries en su cavidad oral aumentaba el factor de riesgo de caries en sus bebés. por lo cual, concluyen que el sensibilizar a las madres sobre los cuidados su propia salud oral, la de su hijo no se verá afectada en las dificultades del cepillado.

Con respecto al uso de la seda dental se encontraron hallazgos positivos, ya que antes de las intervenciones el 100 % de las madres no usaban seda dental a la hora de la higiene bucal con sus hijos (en los niños que se podía) y después de las intervenciones el 13,51 % de la población empezó a usarlo, similar a lo reportado por Sánchez et al. [15], en el 2017 en un estudio realizado en un municipio del occidente de Colombia donde reportan que madres de los niños

escolares no usaban seda dental para su higiene bucal explicando que esto se podría darse debido a la edad de los niños al considerarlos muy pequeños para el uso de la seda dental, el costo del producto y la poca apropiación de este hábito por parte de la población adulta incluso; en la revisión sistémica por Oliveira et al. [16], encontraron asociación entre el uso de seda dental y la reducción de caries proximal en la dentición primaria, por lo cual se debe alentar el uso del seda dental, ya que, los hábitos saludables adquiridos en la infancia continúan a lo largo de la vida adulta. Por esto, se hace necesario promocionar el uso de los implementos de higiene bucal y su adecuado manejo desde la primera infancia.

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

Conclusiones

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

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Consultoría. Estudio Nacional de Salud Bucal. En: IV Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV, Bogotá, 2014.
2. Rengifo Reina H, Muñoz Ordóñez L. Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. Univ Odontol [Internet]. 2019;(38 (80). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ccpm>.
3. Martínez Abreu Judit, Llanes Llanes Eduardo, Gou Godoy Alina, Bouza Vera Meylín, Díaz Hernández Ofelia. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Oct 06]; 50(3): 265-275. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300004&lng=es.
4. BÁEZ QUINTERO, L. (2019, 1 marzo). Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia “Soy Generación más Sonriente”. Ministerio de Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-soy-generacion-sonriente-2019.pdf>

5. Kline P. Handbook of psychological testing. Routledge; 2013.
6. Gurunathan D, Moses J, Arunachalam S. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018 jul-Aug; 11(4): 338–343.
7. Dhull K, Dutta B, Devraj I, Samir P. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers towards Infant Oral Healthcare. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018 sep.-Oct; 11(5): 435–439.
8. Gaffar, B. O., El Tantawi, M., Al-Ansari, A., & AlAgl, A. S. (2016). Association between oral health knowledge and practices of Saudi pregnant women in Dammam, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 22(6), 411–416. <https://doi.org/10.26719/2016.22.6.411>
9. Simioni LRG, Comiotto MS, Régo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG Rev Pós Grad.* 2005; 12(2):167-73.
10. Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014 feb;145(2):182-9. doi: 10.14219/jada.2013.37. PMID: 24487610
11. Latifi-Xhemajli B, Begzati A, Veronneau J, Kutllovci T, Rexhepi A. Effectiveness of fluoride varnish four times a year in preventing caries in the primary dentition: A 2 year randomized controlled trial. *Community Dent Health.* 2019 Aug 29;36(2):190-194. doi: 10.1922/CDH_4453Begzati05. PMID: 31436925
12. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO.* 2007;55(3): 271-274.
13. EGINA, LUCIANE & SIMIONI, GAVA & COMIOTTO, MIRIAN & Rego, Delane. (2005). Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação.
14. ¹ Thomas A, Jacob A, Kunhambu D, Shetty P, Shetty S. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015 Sep-Oct;5(5):400-5. doi: 10.4103/2231-0762.163405. PMID: 26539393; PMCID: PMC4606605.
15. Sánchez-Peña MK, Galvis-Aricapa JA, Álzate-Urrea S, Lema-Agudelo D, Lobón-Córdoba LM, Quintero-García Y, et al. Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Univ. Salud.* 2019;21(1):27-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192101.137>
16. Oliveira KMH, Nemezio MA, Romualdo PC, da Silva RAB, de Paula E Silva FWG, Kuchler EC. Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review. *Oral Health Prev Dent.* 2017;15(5):427-434. doi: 10.3290/j.ohpd.a38780. PMID: 28785751.
17. Chhabra N, Chhabra A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012 Apr;13(2):76-82.
18. Gurunathan D, Moses J, Arunachalam S. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018 jul-Aug; 11(4): 338–343.
19. Dhull K, Dutta B, Devraj I, Samir P. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers towards Infant Oral Healthcare. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018 Sep-Oct; 11(5): 435–439.
20. Rechmann P, Kinsel R, Featherstone JDB. Integrating Caries Management by Risk Assessment (CAMBRA) and Prevention Strategies into the Contemporary Dental Practice. *Compend Contin Educ Dent.* 2018 Apr;39(4):226-233; quiz 234.

21. Blinkhorn AS, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J* 2010; 51:435-438.
22. Rigo L, Dalazen J, Garbin R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;(14).
23. Gava L, Commioto M, Rego D. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *Revista brasileira da ciencias da salute*. 2005; 21 (3): 197-202.
24. Sánchez-Peña MK, Galvis-Aricapa JA, Álzate-Urrea S, Lema-Agudelo D, Lobón-Córdoba LM, Quintero-García Y, et al. Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Univ. Salud*. 2019;21(1):27-37.
25. Sosa Rosales M, De la peña M. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009.
26. Garbero Irene, Delgado Ana María, Benito de Cárdenas Ida Laura. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2005 mayo [citado 2020 Oct 05]; 43(2): 135-140. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000200006&lng=es.
27. Báez quintero, L. Ministerio de salud. Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia “Soy Generación más Sonriente”. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-soy-generacion-sonriente-2019.pdf>
28. ²⁸ Alonso Noriega M, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatología y reproducción humana* [Internet]. 2020 [cited 5 October 2020];(23):90-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>
29. Suárez Zúñiga E, Velosa Porras J. Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia / Epidemiology of Dental Caries in Colombia. *UO* [Internet]. 30jun.2013; 32(68):117-24. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201301%2932%3A68%3C117%3ACECDEC%3E2.0.CO%3B2-O>
30. Bin Sun H, Zhang W, Bin Zhou X. Risk Factors associated with Early Childhood Cari. *The Chinese journal of dental research: the official journal of the Scientific Section of the Chinese Stomatological Association* [Internet]. 2017; (20(2):97-104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28573263/>
31. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES odontologia* [Internet]. 2004; (17 (1). Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461>
32. Pinto J, Chávez D, Navarrete C. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. *Odous Científica* [Internet]. 2018;(19 (1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
33. Impact of oral hygiene on oral health-related quality of life of preschool children. *International journal of dental hygiene* [Internet]. 2015;(13 (3):192–198. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25643898/>
34. Lee J, Divaris k, Baker A, Rozier R, Vann w r. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *American journal of public*

health [Internet]. 2012;(102 (5):923–929. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021320/>

35. Alfaro Alfaro Ascensión, Castejón Navas Isabel, Magán Sánchez Rafael, Alfaro Alfaro María Jesús. Embarazo y salud oral. *Rev. Clin Med Fam* [Internet]. 2018; 11(3): 144-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es. Epub 01-Oct-2019.
36. Sánchez MK, Galvis JA, Álzate S, Lema D, Lobón LM, Quintero Y. Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. [Internet]. 2018; 21(1):27-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n1/2389-7066-reus-21-01-27.pdf>