

Evaluación de conocimientos en salud oral entre padres que asisten o no a centros de apoyo a la lactancia/crianza: un estudio comparativo

ELENA CEBALLOS VELO¹, GEMA REDONDO SANTIAGO², LAURA MUÑOZ PIQUERAS³, CRISTINA GARCÍA VILLA², ANA VELOSO DURÁN⁴, FRANCISCO GUINOT JIMENO⁵

¹Alumna del Máster en Odontopediatría Integral y Hospitalaria. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona. ²Máster en Odontopediatría. Profesora Asociada del Área de Odontopediatría. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona. ³Máster en Odontopediatría. Profesora Asociada y Coordinadora del Máster en Odontopediatría Integral y Hospitalaria (modalidad online). Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona. ⁴Doctora en Odontología por la Universitat Internacional de Catalunya. Profesora Asociada del Área de Odontopediatría de la Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona. ⁵Jefe del Área de Odontopediatría. Doctor en Odontología por la Universitat Internacional de Catalunya. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

RESUMEN

Objetivo: evaluar y comparar el nivel de conocimiento sobre salud bucal infantil entre dos grupos de padres/tutores: los que han asistido a centros de grupos de apoyo a la lactancia/crianza y los que no.

Material y métodos: se realizó un estudio comparativo a través de un cuestionario tipo Google Forms que fue enviado vía WhatsApp a grupos de padres de niños de 2 años de edad que pertenecían a un grupo/centro de apoyo y a padres que no habían pertenecido con estos grupos/centros. La encuesta constaba de 26 preguntas relacionadas con información demográfica, periodo de lactancia/alimentación, uso del chupete y cuidados en salud oral del niño. Para comparar los dos grupos se aplicó el test chi-cuadrado o, en su defecto, el test de Fisher, considerando un nivel de significación del 5 %, todo ello realizado con el Software R.

Resultados: se obtuvieron un total de 147 encuestas (64 de ellas eran de padres/madre que habían pertenecido o tenían contacto con

grupos de acompañamiento en la crianza y 83 no habían tenido contacto con estos centros o grupos de apoyo). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre estas familias que contaban con el apoyo de otras madres/padres respecto a las familias que no tenían apoyo en cuanto a las siguientes variables: mayor duración de la lactancia materna, mayor utilización de Baby Led Weaning como modelo de introducción de la alimentación complementaria, menor uso del chupete, menor edad de visita al odontopediatra y mejor conocimiento acerca de pastas dentales fluoradas como método de prevención de la caries de la primera infancia.

Conclusiones: los centros o grupos de apoyo a la lactancia/crianza juegan un papel importante en la transmisión de conocimientos en aspectos que pueden influir en una correcta salud oral de los bebés.

PALABRAS CLAVE: Frenillo lingual. Anquiloglosia. Lactancia materna. Bebés.

Recibido: 26/06/2024 • Aceptado: 26/08/2024

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Ceballos Velo E, Redondo Santiago G, Muñoz Piqueras L, García Villa C, Veloso Durán A, Guinot Jimeno F. Evaluación de conocimientos en salud oral entre padres que asisten o no a centros de apoyo a la lactancia/crianza: un estudio comparativo. *Odontol Pediatr* 2024;32(2):113-118

Correspondencia:

Francisco Guinot Jimeno. Área de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universitat Internacional de Catalunya. Hospital General de Catalunya. Josep Trueta, s/n. 08190 Sant Cugat del Vallès, Barcelona e-mail: fguinot@uic.es

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/odontolpediatr.00024>

INTRODUCCIÓN

La caries de primaria infancia (CPI) y el resto de las enfermedades orales pueden aparecer desde la erupción del primer diente en boca; por ello, es de vital importancia educar a las familias en la prevención de las mismas. Se ha mostrado en la literatura que el cuidado que los padres pueden brindar a sus hijos durante los primeros años de vida tiene un gran impacto en la salud bucal y general de sus hijos (1). Estos cuidados incluyen desde la decisión de proporcionar lactancia materna, ofrecer una dieta a base de sólidos a partir de los 6 meses de edad hasta realizar un correcto cepillado dental, incluyendo pastas dentales con flúor (2,3) o conseguir una retirada temprana del chupete (4). Además, el establecimiento de una dieta saludable no cariogénica también juega un papel importante en la aparición de caries en la primera infancia (2,5).

Las clases de educación prenatal que ofrecen los programas de salud en países occidentales tienen como objetivo educar a los futuros padres sobre aspectos que incluyen el embarazo y el parto, así como habilidades en la crianza (6-8). Sin embargo, la realidad es que la mayoría de los padres informan estar más satisfechos sobre la preparación que reciben sobre embarazo y parto, pero se sienten mucho menos empoderados con respecto al periodo de paternidad temprana (9,10). Por este motivo, se ha producido en Europa en las últimas décadas un aumento significativo de los grupos privados de apoyo a la crianza y acompañamiento perinatal en los que las familias reciben información de una forma más transversal sobre aspectos relacionados con la lactancia y otros ámbitos de la crianza.

Estudios previos han relacionado el nivel educativo y el nivel socioeconómico con el conocimiento de buenos hábitos de salud bucal (11-13). Además, el estudio de Valles y cols. (14) comparó los conocimientos sobre salud oral entre padres de países socioculturalmente similares. Sin embargo, hasta la fecha, no existe literatura acerca del papel que pue-

den desempeñar estos grupos o centros en la transmisión de esta información. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comparar el nivel de conocimientos en salud bucal entre los padres que asistieron a grupos de crianza y los padres que no tuvieron contacto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio observacional transversal fue aprobado por el Comité de Ética de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) (referencia de aprobación ODP-ECL-2023-02) en marzo de 2023 y se realizó en el Área de Odontología Pediátrica de la UIC desde marzo a julio de 2023. Se estimó que un tamaño de muestra de 50 cuestionarios por grupo (total de 100) sería suficiente para el propósito de la presente investigación ya que conduciría a la detección de tamaños de efecto grandes para el caso de una prueba ANOVA con un valor alfa del 5 % y una potencia del 80 %.

Los datos de la investigación se recopilaron mediante un cuestionario Google Forms y se distribuyó de manera telemática vía WhatsApp entre grupos de padres de niños de 0 a 2 años; es decir, niños nacidos en 2020 así como en el grupo de WhatsApp de familias pertenecientes a un centro de apoyo a la crianza. Se incluyeron en el estudio todos aquellos cuestionarios de padres de niños de dos años de edad que fueron completados, excluyéndose únicamente aquellos padres que, o bien no aceptaron su participación en el estudio, o no completaron el cuestionario.

La encuesta estaba escrita en español y constaba de 26 preguntas divididas en 4 partes que recogían la información más relevante sobre la situación demográfica de las familias, el periodo de lactancia y alimentación complementaria (AC), así como del uso del chupete y los cuidados en salud oral del niño/a (Tabla I).

TABLA I.
ENCUESTA UTILIZADA EN EL PRESENTE ESTUDIO

<i>PARTE 1. Información de padres/madres o tutores legales del niño</i>	
1.	Edad del encuestado
2.	Sexo
3.	Nivel de estudios
4.	Ingresos medios aproximados año/unidad familiar
5.	Señale la situación familiar que le represente
6.	Conviven la/os madres/padres o tutores legales del niño en la misma unidad familiar
<i>PARTE 2. Información del niño/a</i>	
7.	Sexo
8.	N.º de hermanos/as
9.	Orden del niño en la familia

(Continúa en página siguiente)

TABLA I (Cont.).
ENCUESTA UTILIZADA EN EL PRESENTE ESTUDIO

<i>PARTE 3. Información en cuanto al periodo de lactancia/alimentación y uso de chupete</i>	
10.	Tipo de lactancia
11.	Duración de la lactancia
12.	¿Ha pertenecido, pertenece o ha tenido contacto con algún centro o grupo de acompañamiento en la lactancia/crianza?
13.	¿Ha utilizado su hijo chupete?
14.	En caso de haber respondido sí a la anterior pregunta, ¿durante cuánto tiempo?
15.	El motivo de retirar el chupete fue...
16.	La forma de introducir la alimentación complementaria de su hijo/a ha sido:
17.	¿Cuál es el motivo de haber introducido la comida sólida desde el inicio?
<i>PARTE 4. Cuidados en salud bucodental del niño/a/otro</i>	
18.	¿Sabe usted que los niños menores de 3 años pueden padecer la enfermedad de caries?
19.	Señale cuáles de ellos siguientes factores cree que pueden ser el/los motivos importantes de la caries dental en niños:
20.	Ha llevado a su hijo a la revisión con odontopediatra:
21.	Si ha respondido sí a la pregunta anterior, a qué edad:
22.	Inicio del cepillado
23.	Señala la opción que crea más correcta
24.	Uso de pasta con flúor
25.	Frecuencia de cepillado
26.	¿Tiene conocimiento del efecto beneficioso de la pasta fluorada en la prevención de la caries de primera infancia?

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico R (R Core Team 2022). Para comparar los dos grupos (padres/tutores que habían asistido a centros de grupos de apoyo a la lactancia/crianza y los que no) se utilizó tanto el test chi-cuadrado como el test exacto de Fisher cuando las frecuencias eran inferiores a 5, considerándose un p -valor $\leq 0,05$ estadísticamente significativo. Además, para algunas variables, también se hizo el uso de la regresión logística binaria y el test de Hosmer-Lemeshow para examinar el ajuste de los datos al modelo.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 147 encuestas, 64 de ellas eran de padres que habían pertenecido o tenían contacto con grupos de acompañamiento en la crianza y 83 no habían tenido contacto con estos centros o grupos de apoyo.

INFORMACIÓN SOBRE EL PERIODO DE LACTANCIA/ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La mayor parte de las madres encuestadas tuvo una lactancia materna exclusiva (60,54 %), independientemente del

contacto o no con el grupo de apoyo. Sin embargo, la duración de dicha lactancia fue superior en el grupo que había tenido contacto con el grupo de lactancia (24 meses o más) ($p < 0,00001$). Además, el hecho de usar el chupete estaba más presente en aquellas familias que no habían acudido a estos centros/grupos ($p < 0,00001$). En caso de utilización del chupete, el uso de este fue extendido hasta los 2 años o más en ambos grupos (Tabla II).

La forma de introducir a alimentación complementaria (AC) a partir de los 6 meses fue diferente en ambos grupos. En el grupo que recibía acompañamiento durante la crianza, la opción de introducir la comida sólida desde el inicio sin pasar por triturados fue estadísticamente superior comparado con el grupo que no recibía ese apoyo ($p < 0,0001$). En lo relativo al motivo por el cual se introdujo la alimentación sólida desde un inicio, la información proporcionada en el centro de apoyo fue muy importante, teniéndose en cuenta en el 70,37 % de las familias que acudían al mismo.

CUIDADOS ORALES EN BEBÉS

La mayoría de los padres encuestados eran conocedores de que los niños menores de 2 años también pueden padecer caries, independientemente de si estaban en contacto o no con el centro de acompañamiento ($p = 0,755498$). En cuanto

TABLA II.
LACTANCIA Y USO DEL CHUPETE

	<i>No grupo de acompañamiento (n = 83)</i>		<i>Sí grupo de acompañamiento (n = 64)</i>		<i>p-valor</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Tipo de lactancia</i>					
Lactancia artificial	9	10,84	4	6,25	0,141
Lactancia materna con biberón	3	3,61	0	0,00	
Lactancia materna exclusiva	46	55,42	43	67,19	
Lactancia mixta	25	30,12	17	26,56	
<i>Duración de la lactancia (3 datos ausentes)</i>					
< 12 meses	34	42,5	11	17,19	$p < 0,001^*$
De 12 a 18 meses	26	32,5	11	17,19	
De 18-24 meses	6	7,5	5	7,81	
24 meses o más	14	17,5	37	57,81	
<i>Uso de chupete</i>					
No uso de chupete	27	32,53	47	73,44	$p < 0,001^*$
Si uso de chupete	56	67,47	17	26,56	
<i>Tiempo de uso del chupete</i>					
Menos de 2 años	12	14,46	4	6,25	$p = 0,905$
Hasta los 2 años	17	20,48	6	9,38	
Más de 2 años	26	31,33	7	10,94	
No uso de chupete	28	33,73	47	73,44	

a la etiología de la caries, los datos recogidos demuestran que la mayoría de los padres también estaban informados de cuáles son las causas más relacionadas con la enfermedad de caries de primera infancia (CPI), señalando la dieta rica en azúcares y la higiene oral como los motivos con más peso en la aparición de la misma, sin existir diferencias significativas entre grupos ($p = 0,4242$).

Sin embargo, sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a si se había concertado o no la primera visita con un odontopediatra antes de los 2 años de edad, siendo un 6,12 % más frecuente en el caso de aquellas familias que tenían una red de apoyo en su lactancia/crianza ($p = 0,003565$).

Al analizar el uso de pastas de fluoradas en su higiene diaria, los padres/tutores que tenían contacto con otros padres mostraron estar más informados sobre el beneficio de su uso en la prevención de la caries ($p = 0,002048$). Sin embargo, un 15,62 % de estos padres/tutores que tienen contacto con el grupo de acompañamiento y están informados, preferían no usar la pasta dental fluorada en la rutina de higiene de sus hijos.

INFLUENCIA DE ACUDIR A CENTRO DE LACTANCIA

Con el fin de conocer la influencia de las variables independientes: tener estudios superiores, renta alta, convivencia estable de los progenitores y si los padres acudían al grupo/centro con su hijo primogénito o único en relación a las variables que se consideraron dependientes: acudir o no al centro de apoyo a la lactancia/crianza, proporcionar una lactancia materna prolongada (superior a 18 meses) y llevar al odontopediatra a sus hijos antes de los 2 años de edad, se aplicaron 3 modelos de regresión logística independientes donde los p -valores permitieron afirmar que existían diferencias de significación estadística tanto en la variable “visita al odontopediatra” (OR = 2,7688; 95 % IC 1,40-5,48; $p = 0,003$) como en la “duración de la lactancia” (OR = 6,1591; 95 % IC 2,95-12,87; $p = 0,001$). Para confirmar el buen ajuste del modelo, se utilizó el test de Hosmer-Lemeshow dando como resultados valores de 0,700 y 0,491 para las respectivas dependientes (Tabla III).

TABLA III.
ODDS RATIOS, INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95 % Y p-VALORES DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA RELATIVO A LA PERTENENCIA A UN GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO A LA LACTANCIA

	Odds ratio	IC (95 %)	p-valor
<i>Acudir al centro de lactancia/crianza</i>			
Estudios superiores	1,3327	(0,2890; 6,1461)	0,710
Renta alta	0,8401	(0,4211; 1,6761)	0,621
Convivencia pareja	1,2570	(0,1059; 14,9160)	0,855
Primogénito o hijo único	0,6819	(0,3362; 1,3831)	0,288
<i>Lactancia materna prolongada (> 18 meses)</i>			
Estudios superiores	1,0064	(0,2178; 4,6503)	0,994
Renta alta	1,4259	(0,7043; 2,8867)	0,322
Convivencia en pareja	1,2405	(0,1044; 14,7461)	0,863
Primogénito o hijo único	0,5680	(0,2789; 1,1570)	0,119
<i>Visita al odontopediatra</i>			
Renta alta	1,5768	(0,7784; 3,1942)	0,203
Primogénito o hijo único	1,0417	(0,5017; 2,1631)	0,913
Grupo de lactancia	2,7688	(1,3995; 5,4781)	0,003*

DISCUSIÓN

Existen estudios (9,10) que reflejan el deseo que sienten los padres primerizos en sentirse más acompañados por parte de los profesionales sanitarios y otros padres en el periodo posnatal. Sin embargo, no tenemos hasta el momento constancia de publicaciones que determinen el impacto que pueden tener los centros de apoyo acerca de determinados aspectos de la crianza incluyendo la salud bucodental.

La lactancia materna, a diferencia de lo que ocurre con el bebé, no resulta ser instintiva para las madres y, frecuentemente, surgen complicaciones que conllevan a un destete antes de los 6 meses recomendados por la OMS. Estudios como los de Quinn y cols. (15) y Morse y Brown (16) indican que muchas madres contactan con grupos locales e incluso a través de redes sociales para buscar el apoyo que necesitan para su bienestar, motivación y duración de la lactancia. En nuestro estudio, la mayor parte de las madres que acudieron a estos centros lo hicieron con su primer hijo, haciendo plausible la necesidad social de ser apoyadas durante este periodo de cambio vital. Analizando los datos con relación al periodo de lactancia, observamos que la mayor parte de las madres ofrecen LM exclusiva a sus bebés en un inicio (60,54 %), pero muy pocas madres que no tienen contacto con estos grupos consiguen tener una LM prolongada por un periodo superior a 18 meses (16,87 %). Sin embargo, un 57,81 %

de las madres que sí buscaron apoyo en estos centros, tuvieron lactancias por encima de los 24 meses, siendo la diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,001$).

El uso del chupete se ha relacionado clásicamente con la necesidad innata de los bebés de succionar para calmarse. Algunos autores que justifican su uso como Adair y cols. (17) y Hauck y cols. (18), hablan de su beneficio para prevenir la muerte súbita del lactante como principal motivo de peso. Sin embargo, instituciones sanitarias como la OMS y la AAPD (19) no recomiendan su uso por el impacto negativo que puede tener en el establecimiento de la LM (confusión tetina-peazón) y en la salud tanto oral como general del niño. En nuestro estudio, se evidencia la baja incidencia de su uso en aquellas familias que acuden a los centros de apoyo y que tienen lactancias más prolongadas (67,47 frente a 26,56 %) lo que interpretamos como un beneficio adicional de la LM al suplir la necesidad fisiológica de succión más allá de su función nutritiva. A nivel oral, son muchos los estudios que relacionan un uso prolongado del chupete con alteraciones oclusales como mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, aumento del resalte y una clase II molar y canina relacionada principalmente con la posición baja de la lengua que generan (4,17). No encontramos en nuestro trabajo diferencias entre grupos en cuanto al tiempo de uso de chupete, prolongándose hasta los 2 años o más en ambos grupos en el caso de ser proporcionado ($p = 0,906$).

La alimentación complementaria mediante el método Baby Led Weaning (BLW) a partir de los 6 meses de edad promete ser para algunos autores un método con potencial de cambiar notablemente la nutrición infantil, ya que son los propios bebés los que aprenden a comer los alimentos con diferentes texturas con sus manos, regulando de esta forma su propio apetito, mejorando su desarrollo motor e impactando en su desarrollo músculo esquelético. Esta forma de alimentación dista mucho de la forma de alimentación tradicional con cuchara y alimentos triturados. Una preocupación médica y social asociada a este tipo de alimentación es la posibilidad de atragantamiento y la pobre ingesta de hierro. Sin embargo, Fangupo y cols. y Dogan y cols. (21,22) no encuentran diferencias cuando se instrúa a los padres en ofrecer diariamente comidas ricas en hierro y normas básicas de seguridad. En nuestro estudio, podemos observar cómo estos grupos de apoyo a la crianza demuestran ser un lugar de divulgación de este método alimentario, siendo proporcionado a sus hijos en el 84,37 % de las familias ($p < 0,0001$).

Cuando preguntamos acerca de la etiología de la caries, no hubo diferencias entre los grupos, siendo en ambos casos la respuesta de higiene y dieta las causas con más peso. Sin embargo, una influencia muy importante de este tipo de centros se ha podido apreciar en la edad de visita al odontopediatra puesto que, en el modelo de regresión logística aplicado a diferentes variables, la pertenencia al grupo de acompañamiento a la lactancia/crianza fue el único factor de impacto con diferencia significativa ($p = 0,003$). Derivado de este primer contacto con el odontopediatra, podemos relacionar también que estos padres conocían en mayor medida el efecto que tienen las pastas fluoradas en la enfermedad caries ($p = 0,002048$). Sin embargo, aun conociendo los beneficios del uso de las pastas fluoradas de > 1000 ppm por 2 veces al día, el 15,63 % de los padres que van a estos centros prefieren no usar flúor en la higiene oral diaria de sus hijos. En el mundo de la odontología pediátrica es ampliamente difundido y recomendado el uso de flúor en las pastas dentales a unas cantidades iguales o superiores a 1000 ppm de flúor como principal medida de prevención de la CPI (2,23); por ello, podemos intuir que no siempre la información divulgada desde estos grupos sustenta la utilización de flúor como principal medida preventiva domiciliaria contra la caries.

CONCLUSIONES

Los centros de apoyo a la lactancia/crianza son un lugar de divulgación de conocimientos que afectan de forma positiva a la salud oral de los bebés y niños. Sin embargo, un porcentaje importante de estas familias que acuden a estos centros deciden libremente no usar pasta dental fluorada en la higiene oral diaria de sus hijos por lo que la presencia de odontopediatras dentro de estos centros que informen de una forma más transversal podría ser beneficioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Tehranchi A, Murtomaa H. Disparities in oral health of children in Tehran, Iran. *Eur Arch Paediatr Dent* 2006;7(4):262-4. DOI: 10.1007/BF03262563
2. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018;46(3):280-7. DOI: 10.1111/cdoe.12362
3. Moynihan P, Tanner LM, Holmes RD, Hillier-Brown F, Mashayekhi A, Kelly SAM, et al. Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. *JDR Clin Trans Res* 2019;4(3):202-16. DOI: 10.1177/2380084418824262
4. Pérez-Suárez V, Carrillo-Díaz M, Crego A, Romero M. Maternal Education, Dental Visits and Age of Pacifier Withdrawal: Pediatric Dentist Role in Malocclusion Prevention. *J Clin Pediatr Dent* 2013;37:315-9. DOI: 10.17796/jcpd.37.3.p0303070101675ht
5. World Health Organization. Sugars intake for adults and children Guideline [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>
6. Ahlden I, Ahlehagen S, Dahlgren LO, Josefsson A. Parent's expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *J Perinat Educ* 2012;21:11-7. DOI: 10.1891/1058-1243.21.1.11
7. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001;16:381-8. DOI: 10.1093/heapro/16.4.381
8. Nolan ML. Antenatal education-where next? *Journal of Advanced Nursing*. J Adv Nurs 1997;25(a):21-6. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.19970251198.x
9. Nolan ML. Antenatal education: falling to educate for parenthood. *Br J Midwifery* 1997;5:21-6. DOI: 10.12968/bjom.1997.5.1.21
10. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:465-77. DOI: 10.1177/0884217503255199
11. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Front Public Health* 2018;6:64. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00064
12. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Front Public Health* 2018;16(6:64). DOI: 10.3389/fpubh.2018.00064
13. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12:41. DOI: 10.1186/1477-7525-12-41
14. Vallés A, Lluch C, Munné C, Veloso A, Paglia L, Guinot F. Comparison of knowledge between Italian and Spanish parents about the oral health of their preschool children. *Eur J Paediatr Dent* 2022;23/3:194-200.
15. Quinn EM, Gallagher L, de Vries J. A qualitative exploration of breastfeeding support groups in Ireland from the women's perspectives. *Midwifery* 2019;78:71-7. DOI: 10.1016/j.midw.2019.08.001
16. Morse H, Brown A. Mothers' experiences of local Breastfeeding Support Facebook groups. *Matern Child Nutr* 2021;e13227:1-11. DOI: 10.1371/journal.pdig.0000144
17. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russel C. Pacifier use in children: a review of recent literature. *Pediatr Dent* 1995;17:449-58.
18. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116:716-23. DOI: 10.1542/peds.2004-2631
19. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. *Int J Gynaecol Obstet* 2017.
20. Heimer MV, Tornisiello Katz CR, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *Eur J Orthodont* 2009;30:580-5. DOI: 10.1093/ejo/cjn035
21. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics* 2016;138(4):e20160772. DOI: 10.1542/peds.2016-0772. 2016 Sep 19. DOI: 10.1542/peds.2016-0772
22. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int* 2018;60(12):1073-80. DOI: 10.1111/ped.13671
23. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. The Reference Manual of Pediatric Dentistry 2023;352-8.