



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**RELACIÓN DE PREMATUREZ
CON LA PRESENCIA DE DIENTES DECIDUOS**

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA SAN LORENZO**

MARÍA JOSÉ MORENO VÁZQUEZ

2142030986

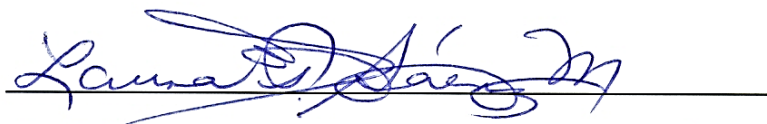
AGOSTO 2018- JULIO 2019

Enero, 2021

ASESORAS

C.D.E.O. ANALY RESENDIZ LÓPEZ

M.M.S. LAURA PATRICIA SÁENZ MARTÍNEZ



**M.M.S. LAURA PATRICIA SÁENZ MARTÍNEZ
ASESORA EXTERNA DEL SERVICIO SOCIAL**

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM- XOCHIMILCO



C.D.E.O. ANALAY RESENDIZ LÓPEZ
ASESORA INTERNA



María Sandra Compeán Darbón (Jan 23, 2021 18:12 PST)

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN

El tiempo de formación, calcificación y erupción dental comienza alrededor de los seis meses de edad y se completa a los tres años. Durante este tiempo la erupción dental está sujeta a variaciones individuales que puede interrumpirse en prematuros por deficiencias nutricionales o exposición a ciertos medicamentos, por ejemplo.

Objetivo: Conocer la presencia de la dentición decidua entre pacientes nacidos a término y prematuros.

Métodos: Tipo de investigación descriptiva, transversal y prospectiva con 45 niños de ambos géneros elegidos por conveniencia con edades de 3 a 36 meses de edad que asistieron al programa de Odontología Comunitaria para el bebé en la clínica estomatológica de San Lorenzo Atemoaya y que cumplieron con los criterios de inclusión. Prematurez se consideró nacimiento antes de 37 semanas de gestación (OMS), siendo 17 niños prematuros y 28 nacidos a término. Se agruparon los infantes por edad quedando: 1-11 meses, 12-23 meses, 24-35 y de 36 a meses. Se consideró diente erupcionado cuando la corona atravesaba la encía(OMS). Las variables se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión, así como tablas cruzadas.

Resultados: La muestra se conformó por 25 niñas y 20 niños. El grupo de edad con mayor distribución correspondió al de 24 a 35 meses (33.3%), siendo la mayoría niñas. La prevalencia de prematuros fue de 37.8%, siendo mayor en los niños y la distribución de los nacimientos a término fue de 62.2%, siendo mayor para las niñas sin diferencia significativa entre género ($P>0.05$).

El promedio global de dientes en niños prematuros fue de 9.76 ± 7.067 y para nacidos a término de 10.32 ± 7.369 . Los prematuros mostraron entre 4 y 9 dientes a la edad de 12-23 meses, mientras que los nacidos a término de 6 a 16 dientes. Entre 24-35 meses, los prematuros mostraron los mayores porcentajes con 16 y 20 dientes (33% c/u) y los nacidos a término con una presencia de 20 dientes (56%).

Conclusiones: Los infantes prematuros de un año presentaron menos dientes que los nacidos a término y a los dos años el 33% de los prematuros tenían completa la erupción vs. 56% de los nacidos a término.

Para incrementar las condiciones de salud bucal en los pacientes pediátricos se realizaron: profilaxis, aplicaciones de flúor según el riesgo del paciente, colocación de selladores, así como la explicación a cada tutor sobre la realización de la técnica de cepillado, con la finalidad de crear hábitos que favorecen la salud bucodental.

Palabras clave: dentición temporal, nacidos a término, prematuros.

ÍNDICE

Introducción	8
Investigación	
Desarrollo dental	9
Erupción dental	11
Cronología y secuencia de la erupción dental	14
Crecimiento intrauterino	16
Nacimiento prematuro	18
Justificación	21
Objetivos	22
Metodología	22
Resultados	24
Conclusiones	31
Referencias	32
Antecedentes	36
Ubicación geográfica	36
Aspectos demográficos	36
Indicadores sociales	37
Educación.....	39
Indicadores de salud	39
Derechohabiencia	40
Indicadores económicos.....	40
San Lorenzo Atemoaya	41
Referencias	42
Informe Numérico Narrativo	43

Análisis de la información	58
Conclusiones	59
Fotos	60

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Este proyecto se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre agosto del 2018 a julio del 2019 con el objetivo principal de conocer la erupción dental decidua en los pacientes pediátricos nacidos a tiempo vs. los prematuros que acudieron al programa de Odontología Comunitaria para el bebé en la clínica estomatológica de San Lorenzo Atemoaya. Los resultados arrojaron que no hay una diferencia significativa entre género con los nacidos a tiempo y prematuros. El promedio de dientes presentes en los varones tanto prematuros como nacidos a término fue mayor antes de año y a partir de los dos años; para las niñas fue mayor en el primer año de vida en prematuros y nacidos a término. El 100% de la muestra prematura tuvo de 4 a 9 dientes presentes y los nacidos a término de 10 a 16 dientes el 66.6% en la edad de 12 a 23 meses. El promedio de dientes presentes en la población nacida a término fue ligeramente mayor (1 diente) que en los prematuros al final del estudio en ambos géneros.

Se proporcionaron pláticas de salud bucal con la intención de que el paciente pueda valorar las consecuencias, a largo plazo de una deficiente higiene bucodental, enfocándose en el uso del biberón y la lactancia materna. También se instruyó sobre técnicas de cepillado, descripción de las características principales de los alimentos cariogénicos y su relación con el proceso de la formación de caries y de la importancia de la primera visita al odontólogo.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

Desarrollo dental

El proceso de desarrollo dental que conduce a la formación de los elementos dentarios en los huesos maxilares recibe la denominación de odontogénesis. Este proceso empieza entre la cuarta y la sexta semana de vida intrauterina y está integrado por diversas fases de formación. (Sandeve) Este proceso conduce a la formación de los elementos dentales en el que aparecen sucesivamente dos clases de dientes: los temporales y los permanentes. (Lucas)

Los dientes se desarrollan a partir de brotes epiteliales que, normalmente, empiezan a formarse en la porción anterior de los maxilares y luego avanzar en la dirección posterior. Poseen una forma determinada de acuerdo con el diente al que darán origen y tienen una ubicación precisa en los maxilares. Las dos capas germinativas que participan en la formación de los dientes son: el epitelio ectodérmico (capa más superficial del diente), que origina el esmalte, y el ectomesénquima que forma los tejidos restantes (complejo dentinopulpar, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar). (Carrascosa) Las células basales del epitelio bucal inducidas por el ectomesénquima subyacente, proliferan a todo lo largo del borde libre de los futuros maxilares, dando lugar a dos nuevas estructuras: la lámina vestibular y la lámina dentaria. (Campos)

El ciclo vital de los órganos dentarios comprende una serie de cambios químicos, morfológicos y funcionales que comienzan en la sexta semana de vida intrauterina y que continúan a lo largo de toda la vida del diente. La primera manifestación consiste en la diferenciación de la lámina dental a partir del ectodermo (capa externa) que tapiza la cavidad bucal. (Ballabriga)

En la octava semana de vida intrauterina se forma la lámina dentaria, en el borde anterior de ésta aparecen 20 áreas de engrosamiento, que forman los brotes o yemas dentarias para los 20 dientes primarios. (Campos, Choi)

El tiempo de formación, calcificación y erupción de los dientes deciduos está sujeto a diversas variaciones individuales. Sin embargo, en condiciones normales; el tiempo, la secuencia y la cronología de los eventos biológicos siguen un ciclo regular. Este proceso puede interrumpirse en bebés prematuros por deficiencias nutricionales o exposición a ciertos medicamentos. (Ramírez)

Los gérmenes dentarios siguen una serie de estadios en su evolución que de acuerdo a su morfología se denominan: estadio de brote macizo o yema, de casquete o caperuza y el estadio de campana. (Campos).(Fig.1)

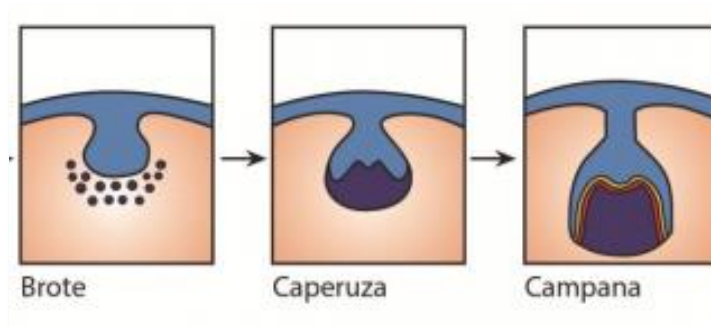


Fig. 1 Estadios de evolución

Las dos capas germinativas que participan en la formación de los dientes son: el epitelio ectodérmico que origina el esmalte y el ectomesénquima que forma el complejo dentinopulpar, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Los dientes se desarrollan a partir de los brotes epiteliales, que normalmente empiezan a formarse en la porción anterior de los maxilares y luego avanzan en dirección posterior. Cada diente se desarrolla a través de los estadios de yema, caperuza y campana. El estadio de campana marca la diferenciación entre la formación del esmalte y la dentina. Después de la formación y mineralización de las coronas empiezan a formarse las raíces de los dientes. Posteriormente a la calcificación de las raíces empiezan a desarrollarse los tejidos de soporte de los dientes: cemento ligamento periodontal y hueso alveolar. (Choi NK)

Erupción dental

El término "erupción" se deriva del latín "*eruptio*", que significa salida con impulso. (Neto) La erupción incluye todo proceso embriológico desde la formación de los gérmenes dentarios, hasta la calcificación, formación de la corona y de la raíz.(Fig. 2)

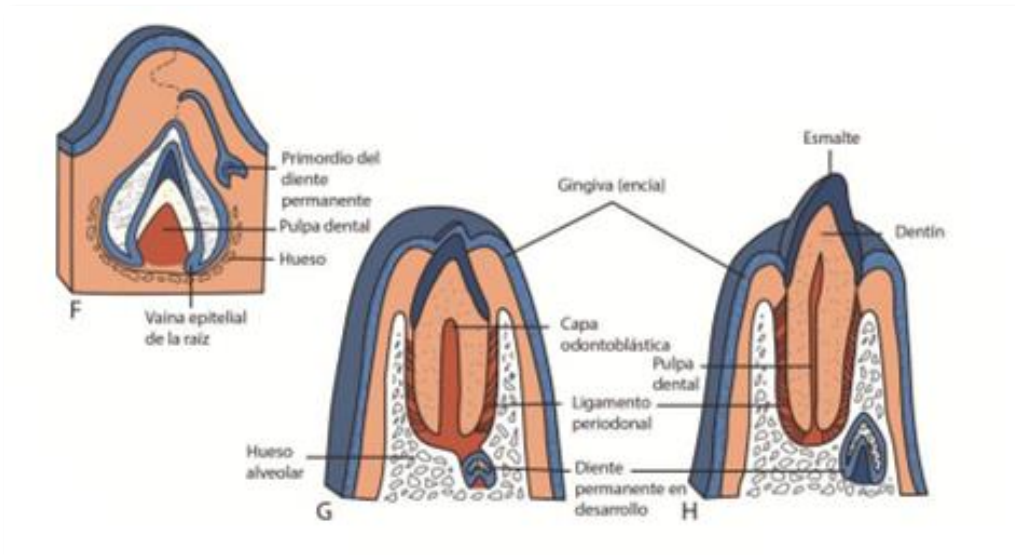


Fig. 2 Representación de la erupción dental

Las dos capas germinativas que participan en la formación de los dientes son: el epitelio ectodérmico que origina el esmalte y el ectomesénquima que forma el complejo dentinopulpar, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. (Gómez de Farris)

Los seres humanos poseen dos tipos de denticiones: la decidua compuesta por 20 dientes y la permanente conformada por 32 dientes. (Alzate) Este proceso dinámico va acompañado de la formación radicular completa, el establecimiento del periodonto y el mantenimiento de la oclusión. (Dabeiba)

La dentición decidua comprende 20 piezas dentales, 10 en la arcada maxilar y 10 en la mandibular. (Fig.3) Los dientes temporales carecen de la presencia de premolares, de forma que desde la línea media encontraremos:

- Incisivo central
- Incisivo lateral
- Canino
- Primer molar
- Segundo molar (Ayala)

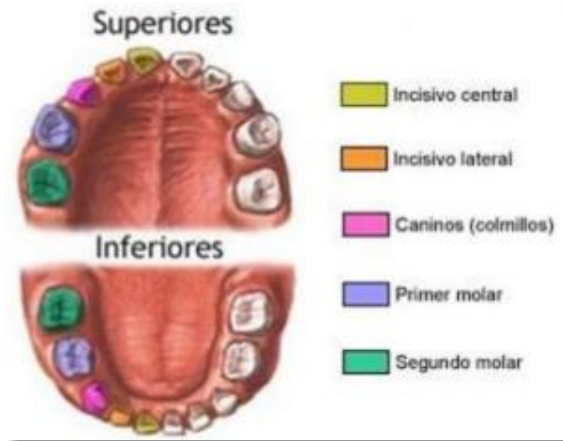


Fig. 3 Erupción dental primaria

La erupción del diente primario es un proceso complejo y altamente regulado en el que los dientes entran en la boca y se vuelven visibles durante un cierto período de tiempo. En la mayoría de los bebés, el primer diente temporal que erupciona es el incisivo central mandibular entre los 2 y los 15 meses de edad, y se completa esta dentición entre 10 y 33 meses. (Wu H)

En la erupción dentaria se diferencian tres fases:

- Fase pre-eruptiva: incluye todos los movimientos de las coronas de los dientes primarios y permanentes desde el momento de su inicio y formación hasta el momento de la finalización completa de la corona. (Fig. 4)

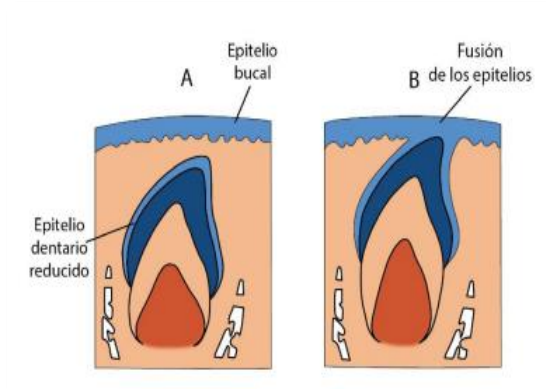


Fig. 4 Fase pre eruptiva

- Fase eruptiva pre funcional: se inicia con la formación radicular y termina cuando el diente entra en contacto con su antagonista. (Fig.5)

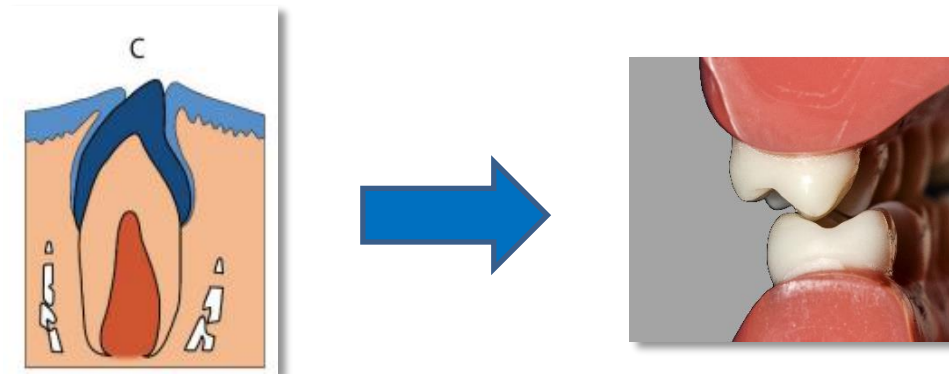


Fig.5 Fase eruptiva pre funcional

- Fase eruptiva funcional: Comienza en el momento en que contacta con el diente antagonista y comienza a realizar la función masticatoria. (Morgado) (Fig. 6)

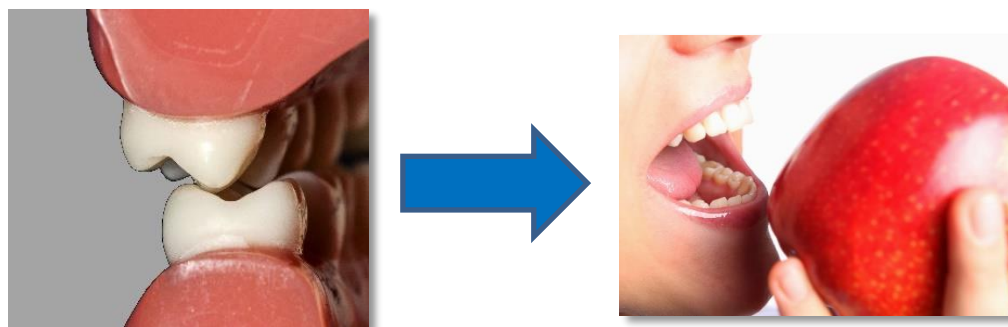


Fig. 6 Fase eruptiva funcional

El ciclo vital de los órganos dentarios comprende una serie de cambios químicos, morfológicos y funcionales que comienzan en la sexta semana de vida intrauterina y que continúan a lo largo de toda la vida del diente. La primera manifestación consiste en la diferenciación de la lámina dental a partir del ectodermo (capa externa) que tapiza la cavidad bucal. (Ballabriga)

El tiempo de formación, calcificación y erupción de los dientes deciduos está sujeto a diversas variaciones individuales. Sin embargo, en condiciones normales; el tiempo, la secuencia y la cronología de los eventos biológicos siguen un ciclo regular. (Viscardi) Este proceso puede interrumpirse en bebés prematuros por deficiencias nutricionales o exposición a ciertos medicamentos. (Ramírez)

Cronología y secuencia de erupción dental

La cronología de erupción hace referencia al tiempo aproximado en años y meses en que debe erupcionar un diente, aunque existen diversas tablas según la población, aunque no existe un tiempo específico para que cada diente erupcione, por lo que se habla de un rango promedio en que deben erupcionar los dientes. (Alzate-García) Sin embargo, la necesidad de contar con tablas precisas de erupción dental que ayuden al odontólogo en la práctica clínica, motivó el desarrollo de estudios en los que se observó el recorrido de cada diente, desde la fase eruptiva prefuncional hasta lograr el contacto con el diente antagonista. A continuación, se describe un ejemplo. (Fig.7)

<i>Dientes primarios</i>	<i>Comienzo de la formación de los tejidos duros</i>	<i>Cantidad de esmalte formado al nacer</i>	<i>Edad de finalización de formación del esmalte</i>	<i>Edad de erupción</i>	<i>Edad de finalización de formación de la raíz</i>	
Superior	Incisivo central	4 meses vida intrauterina (m. v. i)	5/6	1 ½ meses (m)	7 ½ m	1 ½ año (a)
	Incisivo lateral	4 ½ m. v. i	2/3	2 ½ m	9 m	2 a
	Canino	5 m. v. i	1/3	9 m	18 m	3 ¼ a
	1.º molar	5 m. v. i	Cúspides	6 m	14 m	2 ½ a
	2.º molar	6 m. v. i	Vértices cuspídeas	11 m	24 m	3 a
Inferior	Incisivo central	4 ½ m. v. i	3/5	2 ½ m	6 m	1 ½ a
	Incisivo lateral	4 ½ m. v. i	3/5	3 m	7 m	1 ½ a
	Canino	5 m. v. i	1/3	9 m	16 m	3 ½ a
	1.º molar	5 m. v. i	Cúspides	5 ½ m	12 m	2 ¼ a
	2.º molar	6 m. v. i	Vértices cuspídeas	10 m	20 m	3 a

Fig.7 Formación de los dientes temporales según Logan y Kronfeld

En México y en otros países se utilizan tablas cronológicas de erupción dental obtenidas a partir de estudios efectuados en niños de distintos países, cuyas características étnicas, culturales y medio ambiente son diferentes a los diversos grupos poblacionales que conforman el país. (Valdez)

Se considera que los 6 meses es la edad más frecuente de inicio de la erupción, pudiendo considerarse como normal algunas diferencias en más o menos tiempo, siempre que no se retrase más allá de los 12 a 14 meses, ya que en este caso puede haber relación con alguna alteración general. (Fernández)

La mayoría de los estudios revisados coincidieron en que la secuencia de erupción de los dientes temporales es: incisivo central inferior, incisivo central superior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior, primer molar inferior, primer molar superior, canino inferior, canino superior, segundo molar inferior y segundo molar superior. (Ballabriga) (Fig. 8)



Fig. 8 Orden de la erupción decidua

En los niños nacidos en condiciones de prematuridad, según Rythen *et al.*, la fase de mineralización se reduce en 10 semanas o más. Los niños pre términos extremos pierden el periodo más importante de desarrollo que se produce durante el tercer trimestre del embarazo en que se incorporan algunos elementos como carbono, oxígeno, fósforo y calcio. (López)

Hubo una correlación lineal negativa entre el tiempo del primer diente deciduo y peso al nacer, lo que sugiere que la erupción dental tardía puede estar relacionado con un menor peso corporal. (Ahmadi-Motamayel)

Crecimiento Intrauterino

El crecimiento intrauterino es un proceso complejo en virtud del cual a partir de una única célula se forma un ser pluricelular con órganos y tejidos bien diferenciados. (Arriola) (Fig. 9)

Comprende dos períodos:

- Embriogénesis que se extiende hasta la 12.^a semana durante la cual se forman los diferentes órganos del feto.
- Período fetal en el que prosigue su maduración funcional hasta alcanzar un grado compatible con la adaptación a la vida extrauterina. Se caracteriza por

un gran incremento en el número de células y por su maduración para formar los diferentes órganos y tejidos. (Kodali)



Fig. 9 Desarrollo del crecimiento intrauterino

Es difícil precisar la incidencia real del retraso en el crecimiento intrauterino dado que varía según la población estudiada, la localización geográfica y las gráficas neonatales empleadas. La Organización Mundial de la Salud reportó para México en el periodo de 1980 a 1988, una incidencia de retraso en el crecimiento intrauterino de 12%. (Casanova)

El crecimiento intrauterino depende del aporte de nutrientes energéticos (glúcidos, lípidos), plásticos (aminoácidos, lípidos estructurales), vitaminas, oligoelementos, minerales, agua y oxígeno. El aporte se hace por difusión previamente al desarrollo de la placenta y posteriormente a través de la circulación útero-placentaria-fetal y depende directamente de la ingesta y reservas maternas. Las necesidades nutricionales fetales dependen de la tasa de utilización de nutrientes para obtener energía. (Torchin) La malnutrición materna antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo va a condicionar alteraciones a nivel placentario. (Johansson)

Nacimiento prematuro

El parto prematuro es un proceso multifactorial, resultante de la interacción de factores que hacen que el útero cambie de una inactividad a contracciones activas

que favorecen el nacimiento antes de tiempo. (Vogel) Es una de las principales causas de muerte en casi todos los países de ingresos altos y medianos. Las complicaciones del nacimiento prematuro son la causa directa más importante de muertes neonatales responsable de 3.1 millones de muertes al año en el mundo, y la segunda causa más común de muertes de menores de 5 años después de la neumonía. (Blencowe)

En México el porcentaje de prematuridad se ha incrementado y actualmente se ubica en 9.75%, lo que representa 40,411 nacimientos prematuros cada año. (IMSS) La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se haya cumplido 37 semanas de gestación o menos de 259 días desde el primer día del último período menstrual de una mujer. (Arriola)

Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (menos de 28 semanas) (Fig.10)
- Muy prematuros (28 a 32 semanas).
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas). (Goldenberg)



Fig.10 Bebé con 28 semanas de gestación

La etiología del nacimiento de un recién nacido prematuro puede deberse a causas maternas o fetales y generalmente es de carácter multifactorial. (Sandeve)

Los factores que contribuyen a los nacimientos prematuros son:

- Factores maternos: eclampsia (convulsiones), placenta previa, desprendimiento placentario, edad materna joven, edad materna avanzada, índice de masa corporal materno bajo, infección de tracto urinario, malaria, vaginosis bacteriana, VIH. (Blencowe)
- Enfermedades generales: infecciones, endocrinopatías (diabetes mellitus tipo 1, hipertiroidismo) y cardiopatías. (Jamal)
- Afecciones obstétricas y ginecológicas: infertilidad previa, embarazos seguidos, amenaza de aborto en el primer trimestre y traumatismos del embarazo (golpes o caídas). (Jamal)
- Causas sociales: trabajo corporal intenso, toxicomanías (drogas), intoxicaciones, tabaquismo, alcoholismo y alimentación deficiente (peso disminuido). (Sandeve)
- Otro factor de riesgo importante es la sobredistensión uterina con embarazo múltiple. (Carrascosa)

Las características físicas de un bebé prematuro son diferentes a las del infante de término y varían de acuerdo a la edad gestacional, enfermedad, presencia o ausencia de desórdenes genéticos u otros factores. (Koullali)

La prematuridad está relacionada con el desarrollo físico, los niños con menor edad gestacional, menor peso al nacer y problemas sistémicos tienden a presentar retraso en la erupción de los dientes temporales. La edad, la lactancia materna, la inclusión de suplementos vitamínicos, los periodos de intubación y la presencia de apnea del prematuro son factores que podrían interferir con la erupción de los dientes temporales porque estas situaciones están asociadas al desarrollo del niño. (Neto)

El parto prematuro es la causa del 70% de la mortalidad neonatal y del 50% de las complicaciones neurológicas a largo plazo en los recién nacidos, muchas de las cuales son debilitantes. Las consecuencias a largo plazo del nacimiento prematuro están detrás no solo de problemas económicos sino también sociales. En muchos países en desarrollo, el nacimiento prematuro es una de las principales causas de discapacidad. (Reik)

La evolución de los prematuros se diferencia de la población normal en dos aspectos fundamentales: el patrón de crecimiento y el desarrollo posnatal. Varios factores influyen en el crecimiento posnatal, como la edad gestacional, el estado nutricional al nacer, el aporte nutricional y la intensidad y duración de las complicaciones. (Neto) En los niños pretérmino de bajo peso suele haber retraso en la formación y erupción dentaria, aunque solo suele afectar a los primeros dientes (incisivos y primeros molares temporales). (Khalifa).

En 1994, Viscardi y *cols.* estudiaron la influencia de la prematuridad sobre la dentición, incluyendo en una muestra de niños prematuros (con edad gestacional inferior a 36 semanas) observando que el primer diente temporal emergía más tarde en los casos de edades gestacionales de menos de 30 semanas, obteniendo resultados estadísticamente significativos. (Viscardi)

En el 2010 Aktoren y *cols.* publicaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre la erupción temporal y diferentes factores como: prematuridad, peso en el nacimiento, enfermedades maternas. Con respecto a la edad gestacional concluyeron que a menor edad gestacional, la erupción de los dientes temporales era más tardía.

Justificación

Durante la vida intrauterina se pueden presentar diversos factores que pueden alterar el crecimiento y el desarrollo normal del bebé, que pueden ser causa de prematurez y que se relacionan con la edad gestacional, el compromiso de alguna enfermedad neonatal, menor peso al nacer y problemas sistémicos, entre otros. (Khalifa)

La OMS define el nacimiento antes de las 37 semanas completas como parto prematuro (OMS). En algunos de los casos, el motivo del pretérmino es claro como embarazo adolescente, infecciones, estrés, gestación multifetal, anomalías congénitas, aumento de la edad materna, abuso de sustancias que son algunas de las razones responsables del aumento anormal en partos prematuros. (Jamal)

Todos estos factores van a estar relacionados, de una u otra manera, con el desarrollo físico, que pueden modificar el crecimiento de un bebé y con ello alterar la formación, la calcificación y erupción de los dientes temporales, ocasionando retraso en la erupción de esta dentición. (Khalifa), al comparar con tablas clásicas en niños nacidos a término.

Específicamente se han relacionado con la prematurez y la erupción dental otros factores como el sexo, la raza, la herencia, el nivel socioeconómico, desarrollo intrauterino y postnatal, entre otros) que pueden influir en el tiempo de erupción. (Choi NK) de ahí la importancia de su estudio.

Pocos son los estudios en México que proporcionan información disponible sobre los efectos del parto prematuro con la erupción de la dentición decidua, aspecto importante a estudiar y comparar entre niños que culminan las semanas de gestación.

Objetivo general

Relacionar la prematurez con la erupción dental decidua en pacientes pediátricos de 3-36 meses ingresados al proyecto de "Odontología para el Bebé" de la Clínica de San Lorenzo Atemoaya de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en el año 2016.

Objetivos particulares

- Conocer si existe alguna diferencia en la erupción de los bebés a término en comparación con los bebés prematuros.
- Determinar si existe diferencia en la erupción por género y edad.

Metodología

Universo del estudio: Se revisaron las 45 historias clínicas de los pacientes ingresados al proyecto de "Odontología para el Bebé" de la Clínica de San Lorenzo

Atemoaya de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en el año 2016, de esta manera la muestra quedó conformada por pacientes con edades entre 3 a 36 meses elegidos por conveniencia.

Datos de la historia clínica:

- Identificación del paciente (nombre, edad, género, semanas de gestación y número de dietas presentes).

Criterios de inclusión

- Aparentemente sanos.
- Ambos géneros.
- Consentimiento informado firmado por madres/padres/cuidadores de los pacientes.

Criterios de exclusión

- Pacientes con dientes natales o neonatales.
- Pacientes con algún tipo de síndrome.
- Rechazo a participar en el estudio.

Clasificación del momento del nacimiento

- Prematuros menos de 37 meses.

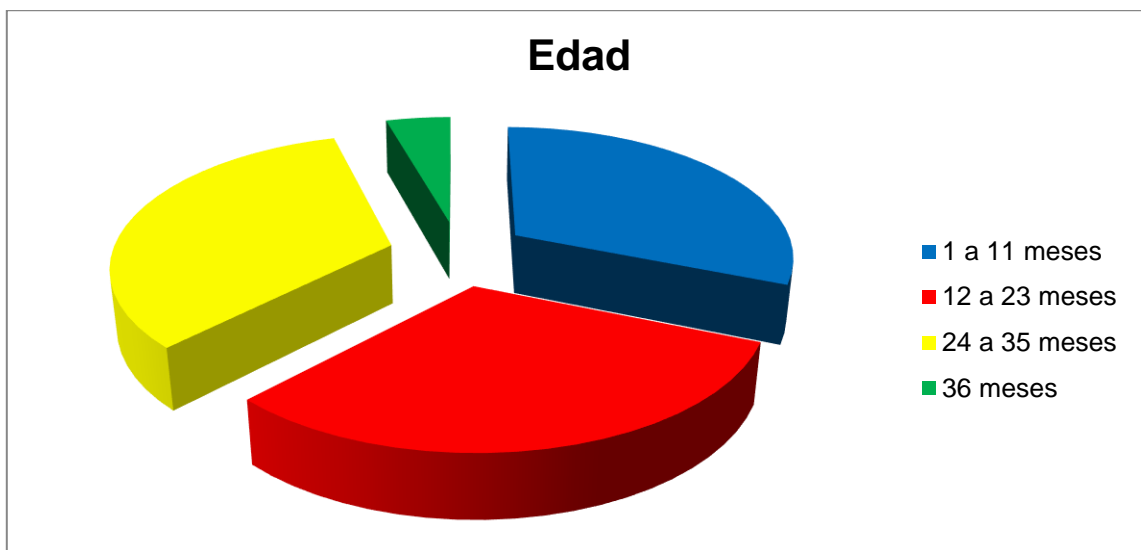
Tamaño de la muestra

Los niños que formaron la muestra fueron 45 fueron agrupados de la siguiente manera 1 a 11 meses, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses y de 36 meses.

Identificación de la erupción: Se anotó la presencia del diente temporal cuando alguna porción de la corona estaba en la boca. (OMS 2013)

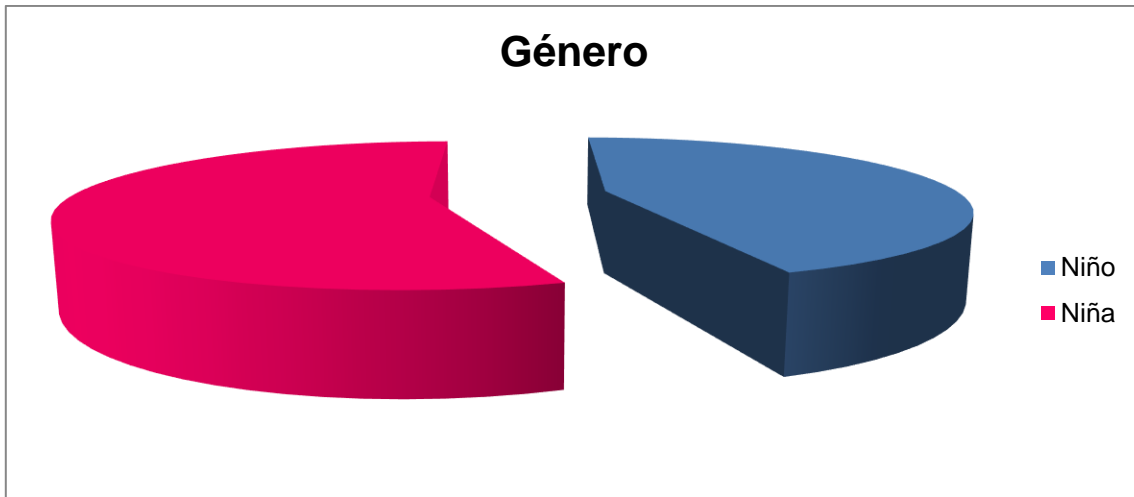
Análisis: Una vez obtenida la información, se ordenó, clasificó y agrupó en función de las variables objeto de estudio y se realizaron medidas de tendencia central y dispersión, así como tablas cruzadas con el programa Excell y el paquete estadístico S.P.S.S. versión 25, ambos compatibles para Windows.

Resultados



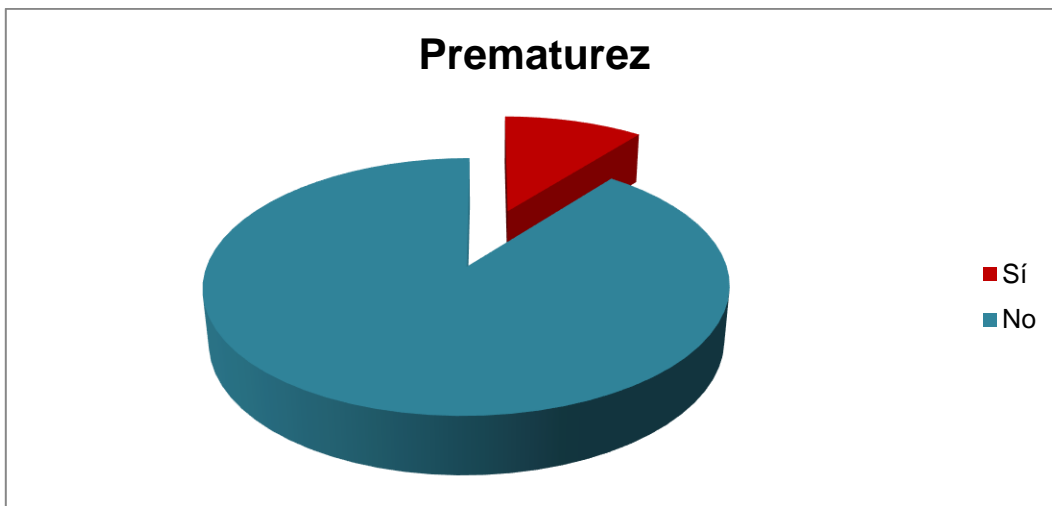
Fuente: directa

Los 45 pacientes se clasificaron en 4 rangos de edad, siendo el de mayor recurrencia los pacientes de 24 a 35 meses con un 33.3%.



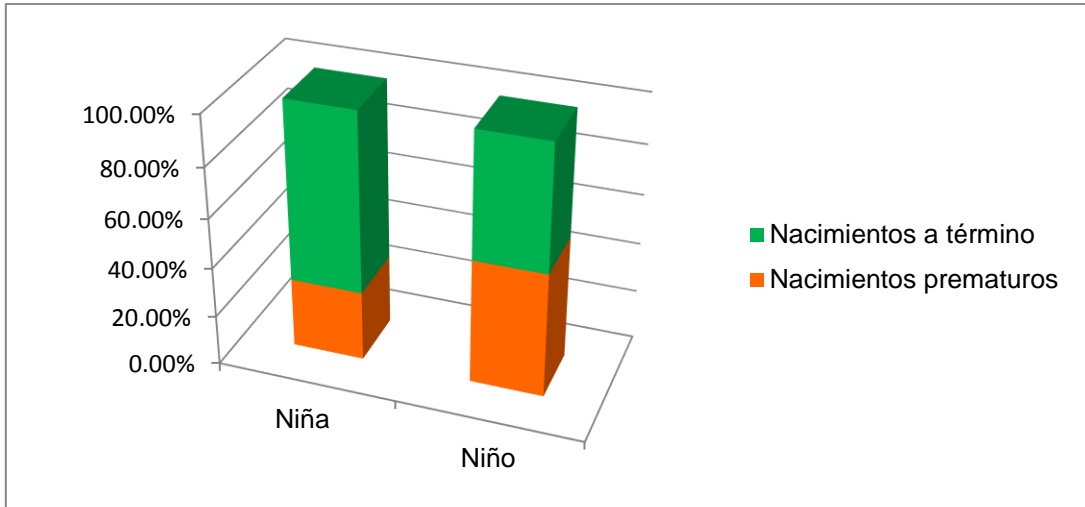
Fuente: directa

La muestra quedó conformada por 25 niñas (55.6%) y 20 niños (44.4%).



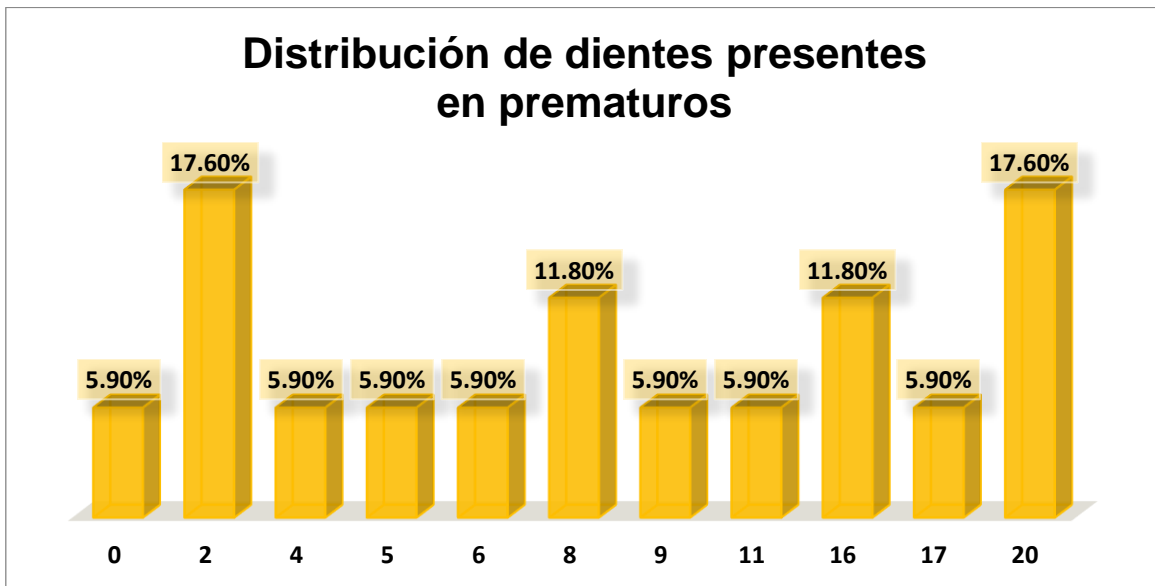
Fuente: directa

Nacimientos prematuros fueron 17 (37.8%) y 28 nacimientos cumplieron con las semanas de gestación (62.2%).



Fuente: directa

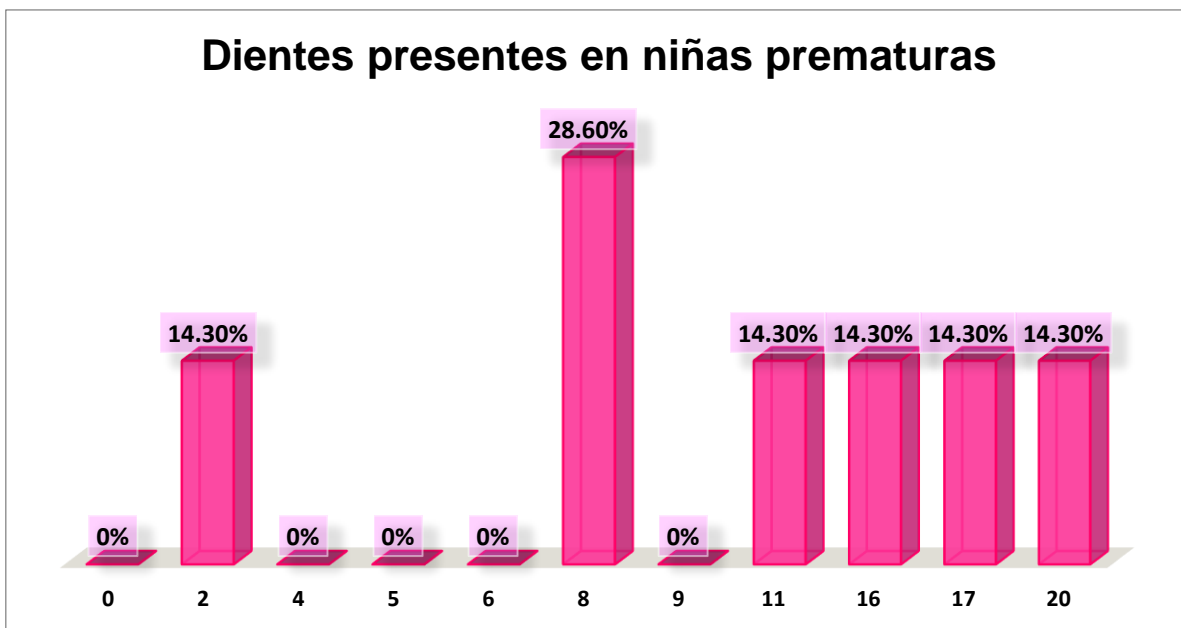
El nacimiento prematuro de niñas fue de 28.8% vs. niños el 50%; el 72% correspondió a niñas nacidas a término vs. 50% de niños sin diferencia significativa ($P>0.05$). El promedio de dientes presentes en la población estudiada para los pacientes prematuros fue de 9.76 ± 7.067 y para los nacidos a tiempo 10.32 ± 7.369 .



Fuente: directa

Las mayores concentraciones de la presencia de dientes en pacientes prematuros fueron para 2 y 20 (17.60%) siguiendo de 8 y 16 dientes (11.80%).

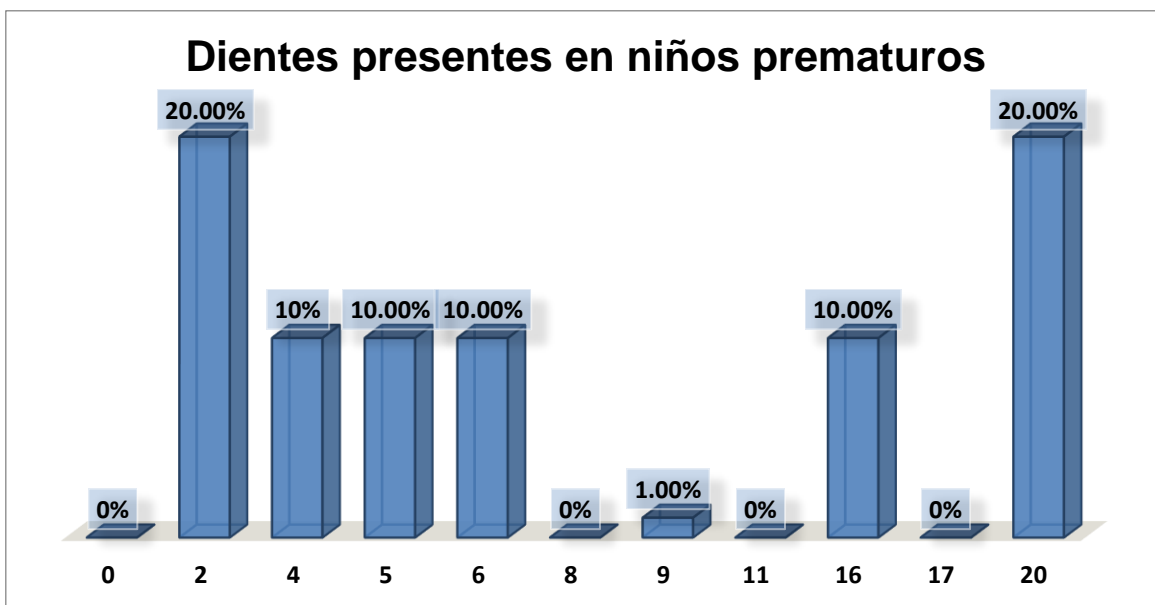
Dientes presentes en niñas prematuras



Fuente: directa

El mayor porcentaje de dientes en las niñas prematuras fue de 8 (28.6%), siguiendo con 14.3% 2, 11, 16, 17 y 20 dientes erupcionados.

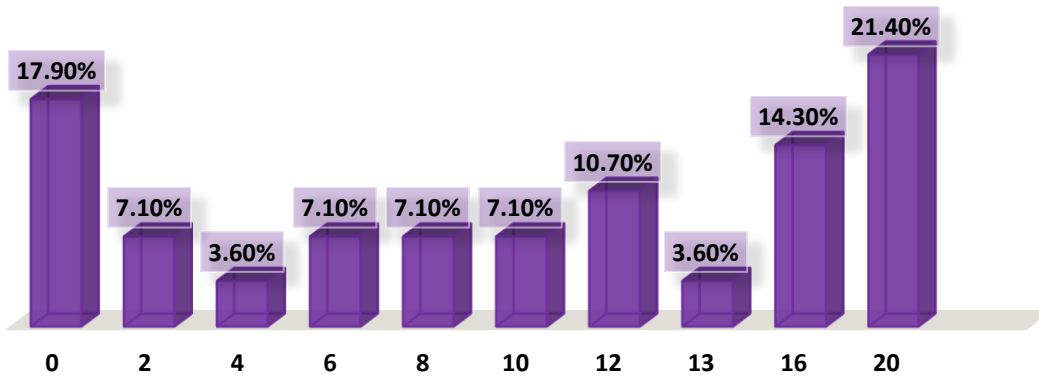
Dientes presentes en niños prematuros



Fuente: directa

En los niños prematuros las mayores concentraciones fueron para 2 y 20 dientes erupcionados (20.0%) siguiendo 4,5,6 y 16 dientes (10.0%).

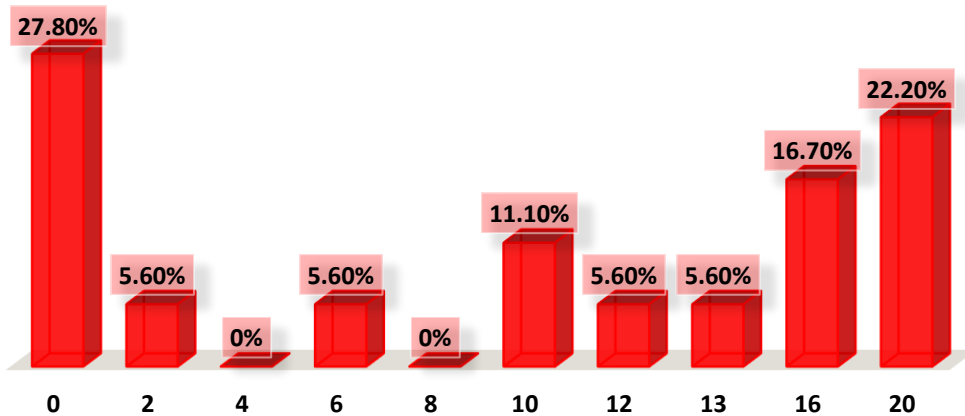
Distribución global de dientes presentes en la muestra nacida a término



Fuente: directa

El 21.4% mostró 20 dientes erupcionados y los de menor número de dientes fueron con 4 y 13 dientes erupcionados (3.60%).

Dientes presentes en niñas nacidas a término



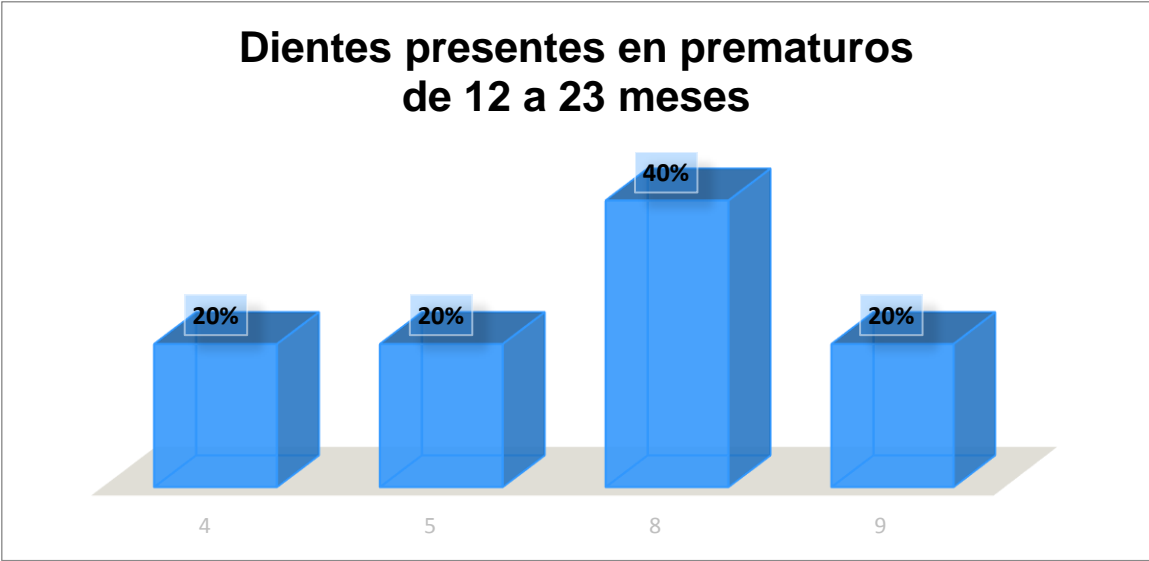
Fuente: directa

El 27.8% de las niñas no tuvieron dientes y quienes tuvieron la dentición temporal completa fue el 22.2%.



Fuente: directa

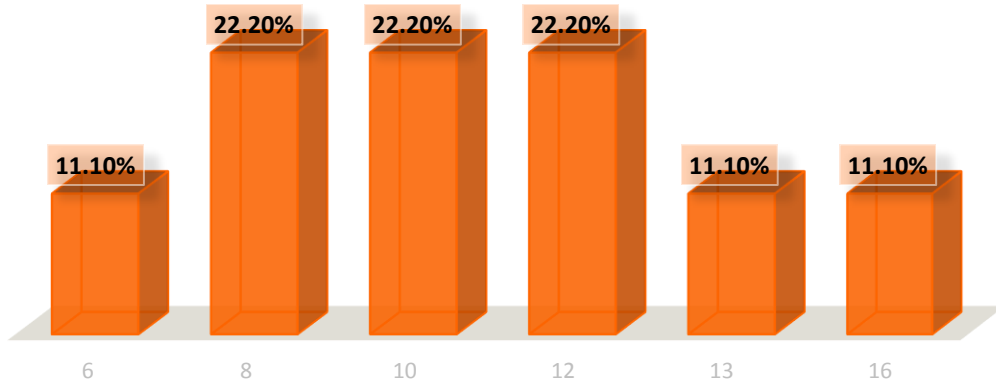
La mayor presencia de dientes fue para 8, 12 y 20 con 20% c/u.



Fuente: directa

El 40% presentó 8 dientes erupcionados con un promedio de dientes de 8.80 ± 2.168 .

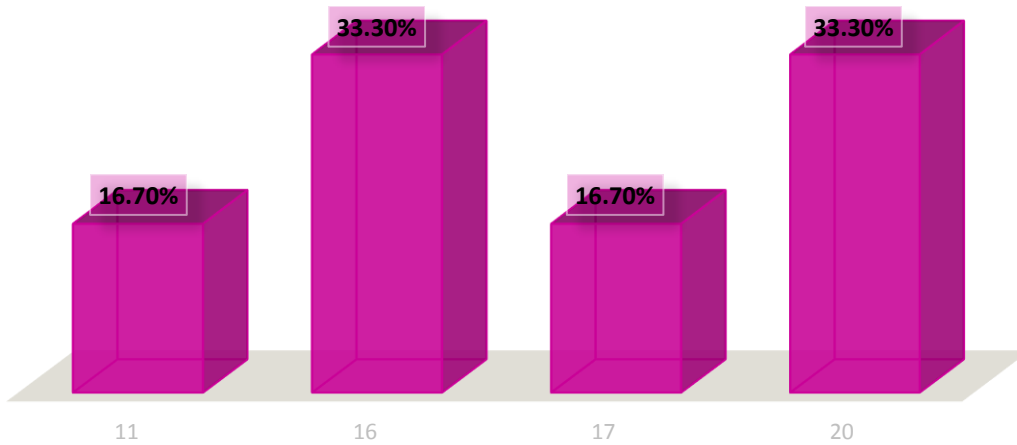
Dientes presentes en nacidos a término de 12 a 23 meses



Fuente: directa

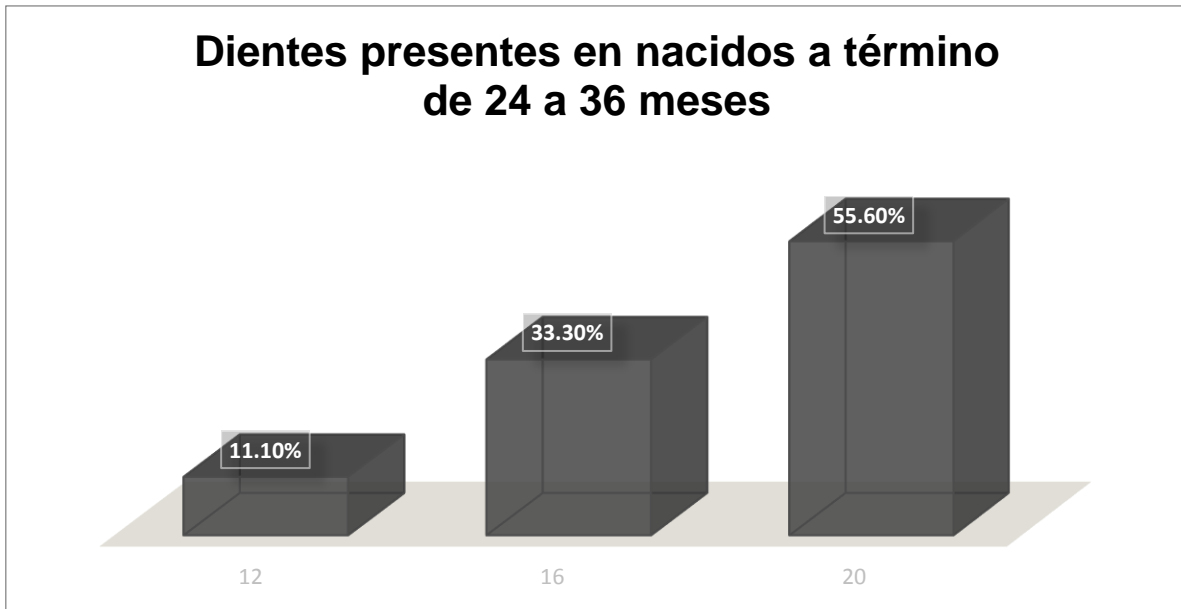
El 22.2% presentó 8, 10 y 12 dientes erupcionados con un promedio de dientes de 10.56 ± 3.046 .

Dientes presentes en prematuros de 24 a 36 meses



Fuente: directa

El 33.3% presentó 16 y 20 dientes erupcionados con un promedio de dientes de 16.67 ± 3.327 .



Fuente: directa

El 55.5% presentó 20 dientes erupcionados con un promedio de dientes de 17.18 ± 2.906 .

Conclusiones

En el presente estudio la frecuencia de pacientes prematuros fue de 17 (37.8%) y 28 nacimientos a término (62.2%), sin diferencia significativa entre género.

El promedio general de dientes presentes en la población estudiada, para los pacientes prematuros fue de 9.76 ± 7.067 y para los nacidos a término fue de 10.32 ± 7.369 .

En los pacientes prematuros que se encontraban dentro del rango de 12 a 23 meses el promedio de dientes emergentes fue de 8.80 ± 2.168 , mientras que en pacientes nacidos a término fue de 16.67 ± 3.327 .

En los pacientes prematuros que se encontraban dentro del rango de 24 a 35 meses el promedio de dientes erupcionados fue de 16.67 ± 3.327 , mientras que en pacientes nacidos a término fue de 17.18 ± 2.906 .

Viscardi observó que niños entre 12 a 23 meses, presentaban 8 dientes emergentes, pero la mayoría de ellos (40%) habían presentado prematuridad. En el presente estudio se observó que los niños que habían cumplido con las semanas de gestación que se encontraban en el rango de 12 a 23 meses presentaban 8, 10 y 12 dientes erupcionados (22.2%). Este mismo autor encontró en el rango de 24 a 35 meses que el 55% de niños nacidos a término presentaban 20 dientes emergentes vs. el presente estudio donde el 33.3% presentaron 16 y 20 dientes.

Dado el tamaño de la muestra sería conveniente ampliarla para precisar más los presentes resultados.

Bibliografía

1. Ahmadi-Motamayel F, Soltanian AR, Basir A. Evaluation of factors related to the first deciduous tooth eruption time in infants born in Hamadan, Iran. *Avicenna j dent res* [Internet]. 2017;9(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.5812/ajdr.60714>.
2. Alzate-García F, Serrano-Vargas L, Cortes-López L, Ariel Torres E, Rodríguez M. Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. *CES Odontología*. 2016;29(1):57-69.
3. Aktoren O, Tuna EB, Guven Y, Gokcay G. Un estudio sobre factores neonatales y tiempo de erupción de los dientes temporales. *Community Dent Health*. 2010; 27 (1): 52–6.
4. Arriola OC, Vega MG, Hernández LA. Factores de riesgo asociados a retraso en el crecimiento intrauterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 200.
5. Ayala Pérez Y, de la Caridad Carralero Zaldívar L, del Rosario Leyva Ayala B. La erupción dentaria y sus factores influyentes. *CCM*. 2018; 18(4): 45-53.
6. Ballabriga A, Carrascosa A. Retraso de crecimiento intrauterino. En: *Nutrición en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ergon, 1998;1-32.

7. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013;10 Suppl 1(Suppl 1):S2.7;45(1):5-12.
8. Calagua J, Jes. Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones [Internet]. Issuu.com. [citado el 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://issuu.com/jes0889/docs/erupcion_dentaria.
9. Campos Munoz A, Gomez de Ferraris ME. Histología y embriología bucodental. Panamericana Editorial; 2003.
10. Carrascosa A. Crecimiento intrauterino: factores reguladores. Retraso de crecimiento intrauterino. 2003 [consultado el 16 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/2f5b1cc03379b0942e4d5e3b8ce7b609c0584c3c>.
11. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Maupomé G, Avila-Burgos L. Caries dental y factores asociados en escolares mexicanos de 6 a 13 años. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63(4): 245–51.
12. Choi NK, Yang KH. A study on the eruption timing of primary teeth in Korean children. *ASDC J Dent Child*. 2001;68(4):244–9, 228.
13. Dabeiba A, Jiménez D, Gutiérrez T, Pilonieta G. Factores que influyen en la cronología de erupción de los dientes permanentes. *Ustasalud Odontología*. 2006; 5: 132–6.
14. Ekstrand KR, Christiansen J, Christiansen MEC. Tiempo y duración de la erupción de los primeros y segundos molares permanentes: una investigación longitudinal. *Epidemiol Oral de Community Dent*. 2003; 31 (5): 344–50.
15. Fernández OC. Erupción dentaria manifestaciones sistémicas y locales [Internet]. Gub.uy. [cited 2020 Nov 22]. Available from: https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/7_erupcion-dentaria-cao_12-11-14-1.pdf?timestamp=20180425162456.
16. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606):75–84.

17. Gomez de Farris M, Campos A, Histologia, embriologia e ingeniería tisular bucodental. Panamericana; 2009.
18. IMSS promueve un embarazo sano para que bebés nazcan en término [Internet]. Gob.mx. [cited 2020 Nov 18]. Available from <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/498>.
19. Jamal S, Srivastava R. A retrospective analytical study of the epidemiology and causes of preterm birth. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017;6(12):5453.
20. Johansson M, Glazier JD, Sibley CP, Jansson T, Powell TL. Activity and protein expression of the Na⁺/H⁺ exchanger is reduced in syncytiotrophoblast microvillous plasma membranes isolated from preterm intrauterine growth restriction pregnancies. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(12):5686-94.
21. Kodali VR. The interface of nutrition and dentition. *Indian J Pediatr.* 1998;65(4):529–39.
22. Koullali B, Oudijk MA, Nijman TA, Mol BW, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016;21(2):80–8.s
23. Khalifa AM, El Gendy RA, El-Mohsen MMA, Hammour AA, El Lateef Aly RSA. Relationship between gestational age, birth weight and deciduous tooth eruption. *Gaz Egypt Paediatr Assoc.* 2014;62(2):41–5.
24. López Jiménez AJ, Beltri Orta P, Martín Bejarano R, Adanero Velasco A, Martínez Pérez EM, del Pozo PP. Alteraciones de la estructura en la dentición temporal y en la dentición permanente en niños nacidos en condiciones de prematuridad y/o con bajo peso [Internet]. *Odontologiapediatrica.com.* [cited 2020 Nov 22]. Available from: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/285_05_Revision_293_Lopez.pdf
25. Lucas-Rincón SE, Medina-Solís CE, Póntigo-Loyola AP, Robles-Bermeo NL, Lara-Carrillo E, Veras Hernández MA, et al. Natal and neonatal teeth: a review of the literature. *Pediatr (Asunción).* 2017;44(1):62–70.
26. Morgado SD, García HA. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. *Mediciego.* 2011;17.

27. Neto PGF, Falcão MC. Eruption chronology of the first deciduous teeth in children born prematurely with birth weight less than 1500 g. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(1):17–23.
28. OMS ¿Qué es un niño prematuro? 2015 [citado el 6 de diciembre de 2020]; Disponible en: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
29. Pacora P, Buzzio Y, Ingar W, Santiváñez Á. El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. *An Fac Med (Lima Perú: 1990).* 2013;66(3):212.
30. Ramírez O, Planells P, Barbería E. Age and order of eruption of primary teeth in Spanish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22(1):56–9.
31. Reik W, Constância M, Fowden A, Anderson N, Dean W, Ferguson-Smith A, et al. Regulation of supply and demand for maternal nutrients in mammals by imprinted genes. *J Physiol.* 2003;547(Pt 1):35–44.
32. Romero-Maroto M, Sáez-Gómez JM. Erupción de la dentición temporal: un grave problema de salud según los médicos españoles de los siglos XVI-XVIII. *J Dent Res.* 2009; 88 (9): 777–80.
33. Sandeva M, Uchikova E. Frequency and medical social aspects premature birth. *Akush Ginekol (Mosk).* 2016;55(2):27–33.
34. Serafín DM, Herrera AG. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria [Internet]. *Medigraphic.com.* [citado el 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdcs112p.pdf>
35. Torchin H, Ancel PY. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016;45(10):1213–30.
36. Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria [Internet]. *Ortodoncia.ws.* [citado el 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>
37. Valdez Penagos RG, Sánchez Acuña G, Romo Pinales MR, Miranda Campos A, Tovar Rodríguez AA, Yáñez Valdivia D. Edad media de la erupción dental en una población escolar analizada por dos métodos. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2014;71(6):352–7.

38. Viscardi RM, Romberg E, Abrams RG. Erupción tardía de los dientes temporales en bebés prematuros: relación con factores neonatales. *Pediatr Dent*. 1994; 16(1):23
39. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller A-B, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;52:3–12.
40. World Health Organization (WHO). *Oral Health Surveys: Basic Methods*. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2013.
41. Wu H, Chen T, Ma Q, Xu X, Xie K, Chen Y. Associations of maternal, perinatal and postnatal factors with the eruption timing of the first primary tooth. *Sci Rep*. 2019;9(1):2645.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

1.1 Ubicación geográfica

Xochimilco es una de las 16 delegaciones o alcaldías de la Ciudad de México. Se localiza en el sureste de la capital mexicana, y posee una superficie de 122 km², (la palabra *Xochimilco* viene del idioma náhuatl; *xōchi*-flor', *mīl*-'tierra de labranza', comúnmente traducido como "la cementera de flores"). La delegación limita al norte con los territorios de Coyoacán e Iztapalapa; al oriente, con Tláhuac; al sur, con Milpa Alta; y al poniente, con Tlalpan. (Xochimilco) (Fig.11)

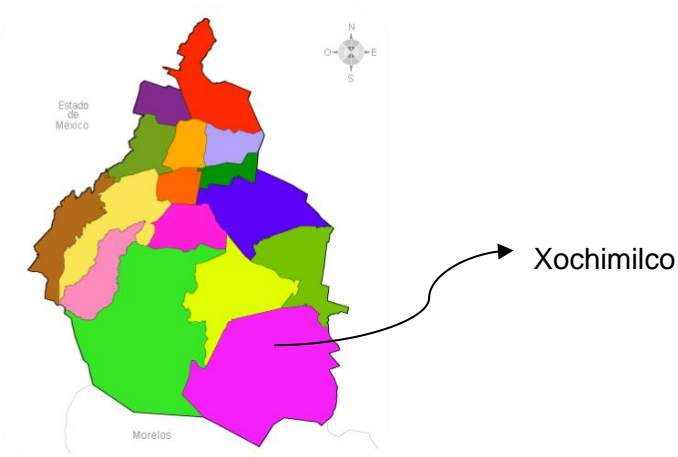


Fig.11 Localización de la Alcaldía de Xochimilco

1.2 Aspectos Demográficos

De acuerdo al estudio Intercensal del 2015, la Alcaldía Xochimilco contaba con 415 933 habitantes. El 48.0% de esta población es del sexo masculino (199 513) cuya edad mediana es de 30 años, mientras que el 52.0% corresponde al sexo femenino (216 420) con edad mediana de 30 años. La distribución de habitantes por sexo corresponde a una relación de 97.90 hombres por cada 100 mujeres.(INEGI)

Respecto a la distribución por edades, en la Alcaldía Xochimilco el grupo de los 20 a 24 años de edad representa el grupo con mayor población con un 8.8%. A nivel nacional los grupos con mayor presencia son de 10 a 14 años con 9.4% y de 5 a 9 años con 9.2% con relación a la población joven de edades entre los 10 y 24 años en la Alcaldía abarca el 25.3%. (INEGI)(Fig. 12)

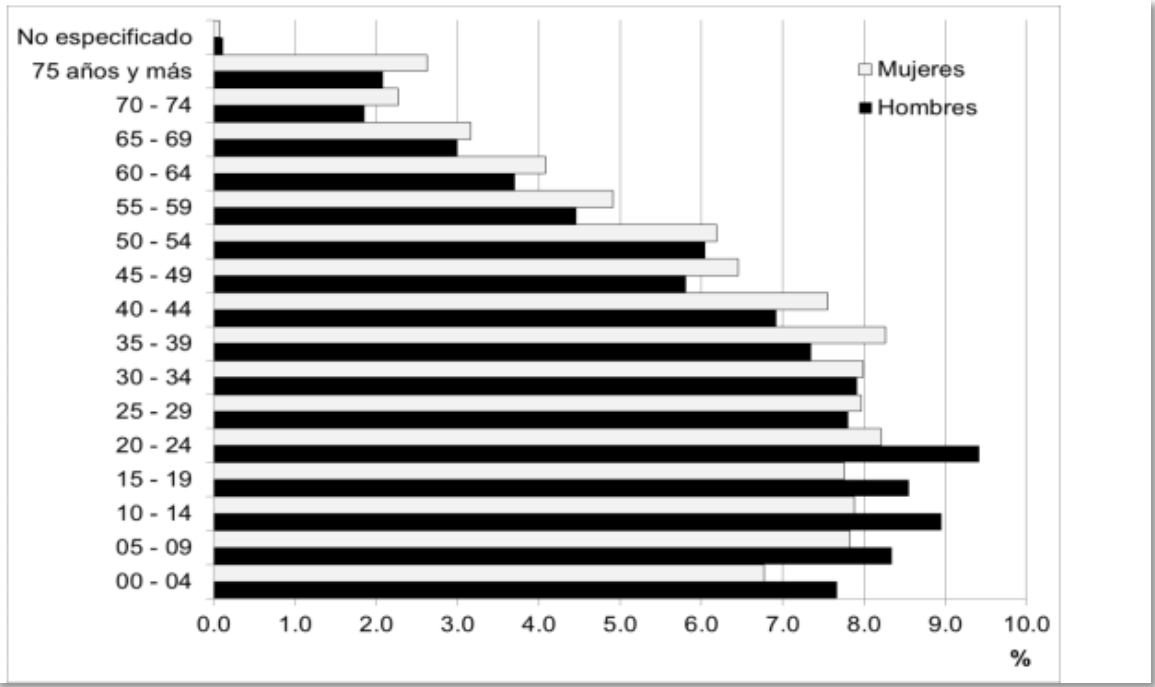


Fig.12 Pirámide poblacional de la Alcaldía Xochimilco

1.3 Indicadores Sociales

Con relación a las condiciones de vivienda en la Alcaldía Xochimilco se identificó un total de viviendas particulares habitadas que vive en condiciones de hacinamiento (se refiere a la carencia de espacios de la vivienda o la sobreocupación de personas en la vivienda, más de tres ocupantes por dormitorio), representa el 12.1% (12 674 viviendas) según la Encuesta Nacional de los Hogares 2015, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI)

En lo que respecta a las características de tipo y clase de hogares son las siguientes: en la Alcaldía Xochimilco se tiene un total de 107,270 hogares, de los

cuales, el 91.35% corresponde a hogares familiares en la Alcaldía Xochimilco. En los hogares nucleares el 63.86% corresponde a la Alcaldía Xochimilco, estos hogares se encuentran conformados por padres e hijos.(INEGI)

En lo que respecta a los hogares compuestos se identifican por contar por lo menos con un miembro más integrado sin tener un parentesco familiar, la Alcaldía de Xochimilco está representado por el 0.82%. Finalmente los hogares con características no especificadas podemos observar que la Alcaldía Xochimilco representa el 2.16%. (INEGI)

Por lo que se refiere a la distribución de habitantes por vivienda, en la Alcaldía Xochimilco cuenta con un total de 415 933 habitantes, el 97.57% de ellos son ocupantes de hogares familiares, el 53.37% forman parte de hogares nucleares, el 42.80% de hogares ampliados, el 1.16% de hogares compuestos y un 2.67% no se especifica.(INEGI) (Fig. 13)

	Alcaldía Xochimilco	
	Hogares	Población
	107 270	415 933
Hogares familiares*	91.35	97.57
Nucleares**	63.86	53.37
Ampliados***	33.16	42.80
Compuestos****	0.82	1.16
No especificado	2.16	2.67
No familiares	8.42	2.30
No especificado	0.23	0.13

Fig.13 Tipo y clase de hogar en 2015 (%)

1.4 Educación

En materia de educación puede destacarse que en la Alcaldía Xochimilco entre 3 y 14 años asiste a la escuela el 89.67% de la población; de 15 a 17 años con el 80.50% de asistencia. No obstante, la deserción escolar se presenta a mayor edad de 18 a 29 años con el 66.06% y de 30 y más años con el 97.09%. Se destaca que la población que cuenta con estudios de nivel básico en la Alcaldía Xochimilco es de 44.57%; y finalmente a nivel nacional 53.46%, cabe mencionar que el porcentaje disminuye conforme la edad es mayor en las personas.(INEGI)(Fig. 14)

Nivel de escolaridad	Alcaldía Xochimilco
Sin escolaridad	2.73
Educación básica*	44.57
Educación media superior**	27.52
Educación superior***	25.00
No especificado	0.18
Grado promedio de escolaridad	10.43
Población	317 062

Fig.14 Escolaridad por nivel en 2015 (%)

1.5 Indicadores de Salud

En lo que respecta a la esperanza de vida al nacer en los habitantes se observa en hombres el 73.9% y mujeres el 78.6%.(INEGI)

En tanto a las causas de mortalidad en general se observa que las enfermedades del Corazón, Diabetes Mellitus, Tumores Malignos ocupan los tres primeros lugares, seguido de enfermedades Cerebrovasculares. El quinto lo ocupan Enfermedades hígado (asociado al consumo de alcohol). (INEGI)

1.6 Derechohabiencia

La población que se mantiene afiliada a los servicios de salud es de 76.31% en la Alcaldía Xochimilco de los cuales el 32.51% son derechohabientes del IMSS, sin embargo en la demarcación no existen clínicas ni hospitales de esta institución, el 21.36% al ISSSTE, en Xochimilco solo se cuenta con una clínica familiar, en PEMEX Defensa o Marina 1.05%, con Seguro Popular el 41.21%, Instituciones privadas 3.88%, en otras instituciones el 2.25%, no cuenta con derechohabiencia a algún servicio de salud el 23.22%. Esta situación muestra una necesidad real de la población en Xochimilco, de tener que desplazarse para poder obtener servicios de salud en otras localidades. (INEGI) (Fig. 15)

Alcaldía Xochimilco	
Derechohabientes**	76.31
En IMSS	32.51
En ISSSTE estatal	21.36
En PEMEX, Defensa o Marina	1.05
Con Seguro Popular	41.21
En instituciones privadas	3.88
En otras instituciones***	2.25
No derechohabientes	23.22
No especificado	0.48

Fig.15 Población por condición de derechohabiencia a servicios de salud en 2015 (%)

1.8 Indicadores Económicos

Los datos de esta encuesta indican que la tasa de participación económica por sexo en 2015 en Xochimilco ascendía a 68.75% en hombres y el 41.26% en mujeres.(INEGI)

En tanto a los niveles de ingreso de la población ocupada en Xochimilco se observa que el 7.54% percibe un salario mínimo, el 26.23% de la población percibe de 1 a 2

salarios mínimos, el 50.07% percibe más de 2 salarios mínimos y el 16.16% no se encuentra especificada su percepción económica. (INEGI) (Fig. 16)

Nivel salarial	Alcaldía Xochimilco
Hasta un Salario mínimo	7.54
De 1 a 2 Salarios mínimos	26.23
Más de 2 Salarios mínimos	50.07
No especificado	16.16
Población	176 246

Fig.16 Niveles de ingreso de la Población ocupada en 2015 (%)

Respecto a la población desocupada de la población económicamente activa en el 2015 se observa en la Alcaldía Xochimilco un total 3.95%; el 4.41% corresponde a los hombres y el 3.27% a mujeres.(INEGI)

San Lorenzo Atemoaya, Xochimilco

La colonia San Lorenzo Atemoaya es una localidad del municipio Xochimilco, en Ciudad de México, y abarca un área cercana a 24 hectáreas. Se caracteriza por tener relativamente pocos establecimientos comerciales, (la mayoría de ellos operan en la actividad comercio minorista), que reporta una planilla de empleados cercana a 1,000 personas.

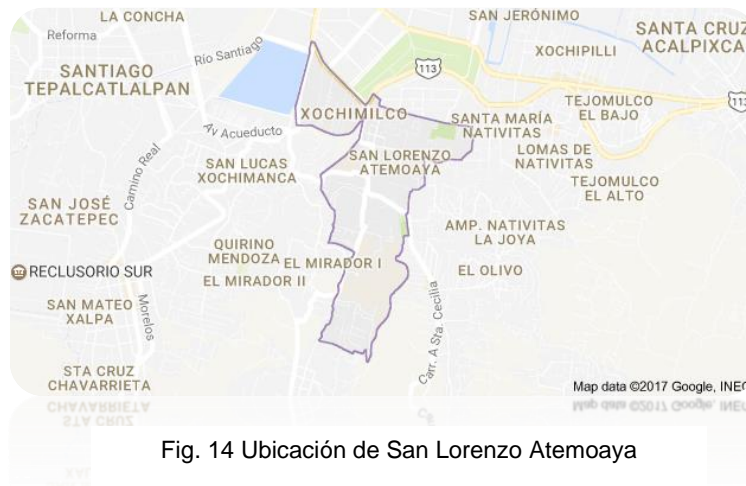


Fig. 14 Ubicación de San Lorenzo Ateмоaya

En San Lorenzo Ateмоaya viven alrededor de 2,440 personas en 605 casas. Se contabilizan 981 habitantes por km², (con una edad promedio de 30 años y una escolaridad promedio de 11 años cursados). (Market Data México). De las 3,000 personas que habitan en San Lorenzo Ateмоaya, 700 son menores de 14 años y 700 tienen entre 15 y 29 años de edad. (Market Data México)

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo Población y Vivienda 2020 [Internet]. Org.mx. [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.
2. Wikipedia contributors. Xochimilco [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Xochimilco&oldid=130911107>.
3. MarketDataMéxico. MarketDataMéxico - Inteligencia Comercial [Internet]. Marketdatamexico.com. [citado el 6 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-San-Lorenzo-Ateмоaya-Xochimilco-Ciudad-Mexico>

CAPÍTULO IV INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Para darle seguimiento al proyecto se proporcionaron pláticas de salud bucal con la intención de que el paciente pueda valorar las consecuencias, a largo plazo de una deficiente higiene bucodental, enfocándose en el uso del biberón y la lactancia materna. También se instruyó sobre técnicas de cepillado, descripción de las características principales de los alimentos cariogénicos y su relación con el proceso de la formación de caries y de la importancia de la primera visita al odontólogo.

Es por esto, que dentro del programa de "Odontología para el bebé", se establece como uno de sus propósitos orientar a las personas a alcanzar y conservar su salud bucal, a partir de la prevención.

Entre los métodos más importantes que se realizaron dentro del programa fueron:

- Enseñar la técnica correcta de cepillado, que es el paso más importante para lograr tener unos dientes sanos y reducir el riesgo del deterioro dental.
- Realización de profilaxis dental cuyo objetivo es limpiar las superficies dentales, retirando la placa que se encuentra adherida en los dientes.
- Aplicación de barniz de flúor que ha demostrado reducir la caries, además de ayudar a reparar las etapas unciales de la misma.
- Colocación de selladores de fosetas y fisuras que es una fina capa protectora que se adhiere a la superficie masticadora de los dientes posteriores.

Actividades de primer nivel de prevención

MES	NIÑO	% NIÑO
Septiembre	31	8.73
Octubre	76	21.40
Noviembre	64	18.02
Diciembre	35	9.85
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo	56	15.77
Junio	58	16.33
Julio	35	9.85
TOTAL	355	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

En el mes de agosto por ser periodo vacacional inicié el servicio la última semana, continuando con las actividades en el mes de septiembre.

Mientras ingresaba la clínica estudié el modelo de trabajo clínico para consolidar y reforzar la participación dentro del programa. Comencé con la revisión de la historia clínica dental que es exclusiva para pacientes de 0 a 36 meses según Walter Figueredo, continuando con el abordaje conductual a los tutores y a los pacientes, aprendiendo la realización de la exploración del bebé de tejidos duros y blandos, y estableciendo la escala de riesgo individual de caries con la finalidad de instruir a los tutores las medidas preventivas bucales del bebé en casa.

Actividades realizadas durante el mes de septiembre 2018

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Identificación de PDB	31	17.03
Subtotal	31	17.03
Fomento a la salud		
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	6	3.29
- Repartición de folletos	8	4.39
Subtotal	14	7.68
Preventivas		
• Intramuros	31	17.03
- Cepillado		
Subtotal	31	17.03
Administración		
• Manejo de pacientes	31	17.03
• Registro y manejo de pacientes	31	17.03
• Citas de pacientes	41	22.52
• Elaboración de expedientes clínicos	3	1.64
Subtotal	106	58.22
Total	182	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Actividades realizadas durante el mes de octubre 2018

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	76	11.49
• Identificación de PDB	76	11.49
Subtotal	152	22.98
Fomento a la salud		
• Extramuros		
- Pláticas de salud bucal	1	0.15
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	7	1.05
- Repartición de folletos	3	0.45
Subtotal	11	1.65
Preventivas		
• Intramuros		
- Limpieza profesional	76	11.49
- Flúor en barniz	76	11.49
- Cepillado	76	11.49
Subtotal	228	34.47
Administración		
• Manejo de pacientes	76	11.49
• Registro y manejo de pacientes	76	11.49
• Citas de pacientes	111	16.79
• Elaboración de expedientes clínicos	7	1.05
Subtotal	270	40.82
Total	661	100

Fuente: Expediente y agenda clínica

Actividades realizadas durante el mes de noviembre 2018

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	64	11.78
• Identificación de PDB	64	11.78
Subtotal	128	23.56
Fomento a la salud		
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	6	1.10
- Repartición de folletos	4	0.73
Subtotal	10	1.83
Preventivas		
• Intramuros		
- Limpieza profesional	64	11.78
- Flúor en barniz	64	11.78
- Cepillado	64	11.78
Subtotal	192	35.34
Administración		
• Manejo de pacientes	64	11.78
• Registro y manejo de pacientes	64	11.78
• Citas de pacientes	79	14.54
• Elaboración de expedientes clínicos	6	1.10
Subtotal	231	39.2
Total	543	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Actividades realizadas durante el mes de diciembre 2018

Actividades	No	%
Administración		
• Actualización de base de datos	3	0.108
• Búsqueda de información reciente sobre atención a bebés	22	64.34
• Traducción de referencias	12	35.55
Subtotal	37	
TOTAL	37	100

Fuente: Bitácora diaria

Actividades realizadas durante el mes de enero 2019

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	35	11.98
• Identificación de PDB	35	11.98
Subtotal	70	23.96
Preventivas		
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	1	0.34
- Limpieza profesional	35	11.98
- Flúor en barniz	35	11.98
- Cepillado	35	11.98
Subtotal	106	36.28
Administración		
• Manejo de pacientes	35	11.98
• Registro y manejo de pacientes	35	11.98
• Citas de pacientes	45	15.41
• Elaboración de expedientes clínicos	1	0.34
Subtotal	116	39.71
Total	292	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Actividades realizadas durante el mes de febrero, marzo y abril 2019

Actividades	No	%
Administración		
• Actualización de base de datos	3	0.108
• Búsqueda de información reciente sobre atención a bebés	22	64.34
• Traducción de referencias	12	35.55
Subtotal	37	
TOTAL	37	100

Fuente: Bitácora diaria

Actividades realizadas durante el mes de marzo 2019

Actividades	No	%
Administración		
• Actualización de base de datos	2	0.072
• Actualización de pacientes activos vía telefónica	29	15.23
• Depuración de base de datos	21	2.43
• Búsqueda de información reciente sobre atención a bebés	18	52.64
• Traducción de referencias	10	29.62
Subtotal	80	100
TOTAL	20	100

Fuente: Bitácora diaria

Actividades realizadas durante el mes de abril 2019

Actividades	No	%
Administración		
• Actualización de base de datos	1	0.036
• Búsqueda de información reciente sobre atención a bebés	19	55.56
• Traducción de referencias	14	35.55
Subtotal	34	
TOTAL	34	100

Fuente: Bitácora diaria

Actividades realizadas durante el mes de mayo 2019

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	56	11.47
• Identificación de PDB	56	11.47
Subtotal	112	22.94
Preventivas		
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	4	0.81
- Limpieza profesional	56	11.47
- Flúor en barniz	56	11.47
- Cepillado	56	11.47
Subtotal	172	35.22
Administración		
• Manejo de pacientes	56	11.47
• Registro y manejo de pacientes	56	11.47
• Citas de pacientes	88	18.03
• Elaboración de expedientes clínicos	4	0.81
Subtotal	204	41.78
Total	488	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Actividades realizadas durante el mes de junio 2019

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	58	10.94
• Identificación de PDB	58	10.94
Subtotal	116	21.88
Fomento a la salud		
• Extramuros		
- Pláticas de salud bucal	3	0.56
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	13	2.45
- Repartición de folletos	4	0.75
Subtotal	20	3.76
Preventivas		
• Intramuros		
- Limpieza profesional	58	10.94
- Flúor en barniz	58	10.94
- Cepillado	58	10.94
Subtotal	174	32.82
Administración		
• Manejo de pacientes	58	10.94
• Registro y manejo de pacientes	58	10.94
• Citas de pacientes	91	17.16
• Elaboración de expedientes clínicos	13	2.45
Subtotal	220	41.49
Total	530	100

Fuente: Expediente y agenda clínica

Actividades realizadas durante el mes de julio 2019

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	35	10.35
• Identificación de PDB	35	10.35
Subtotal	70	20.70
Fomento a la salud		
• Extramuros		
- Pláticas de salud bucal	1	0.29
• Intramuros		
- Pláticas de salud bucal	16	4.73
- Repartición de folletos	3	0.88
Subtotal	20	5.90
Preventivas		
• Intramuros		
- Limpieza profesional	35	10.35
- Flúor en barniz	35	10.35
- Cepillado	35	10.35
Subtotal	105	315
Administración		
• Manejo de pacientes	42	12.42
• Registro y manejo de pacientes	42	12.42
• Citas de pacientes	42	12.42
• Elaboración expedientes clínicos	16	4.73
Subtotal	142	41.99
Otras		
• Actualización de la base de datos de pacientes de la clínica del bebe	1	0.29
Subtotal	1	0.29
Total	338	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Concentrado anual de actividades período Agosto 2018 - Julio 2019

Actividades	No	%
Diagnóstico		
• Caries	320	9.69
• Identificación de PDB	320	9.69
Subtotal	640	19.38
Fomento a la salud		
• Extramuros	16	0.38
- Pláticas de salud bucal		
• Intramuros	20	0.53
- Pláticas de salud bucal	19	0.49
- Repartición de folletos		
Subtotal	55	1.4
Preventivas		
• Intramuros		
- Limpieza profesional	289	8.56
- Flúor en barniz	289	8.56
- Cepillado	320	9.69
Subtotal	898	36.81
Administración		
• Manejo de pacientes	327	9.95
• Registro y manejo de pacientes	327	9.95
• Citas de pacientes	412	13.05
• Elaboración expedientes clínicos	76	1.77
Subtotal	1,142	34.72
Otras		
• Actualización de base de datos de pacientes de la clínica del bebé	5	0.18
• Actualización de pacientes activos vía telefónica	29	3.23
• Búsqueda de información reciente sobre atención a bebés	51	2.57
• Depuración de base de datos	2	0.072
• Traducción de referencias	21	1.55
Subtotal	108	7.602
Total	2,848	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Distribución de la población atendida

Actividades intramuros Durante el periodo agosto 2018 – julio 2019						
NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MATERNAL	23	74.19	14	70	37	72.54
PREESCOLAR	8	25.80	6	30	14	27.45
TOTAL	31	100	20	100	51	100

Fuente: Expediente y agenda clínica.

Se propusieron estrategias para la captación y el ingreso de pacientes tales como la repartición de folletos o platicas con la finalidad de difundir a los pacientes la información necesaria acerca de la promoción de la salud del bebé en la clínica de San Lorenzo Atemoaya.

CAPÍTULO V ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Al comienzo del servicio social, se reforzó el seguimiento del programa promocionando pláticas informativas de la importancia de la salud bucal mostrando a madres/padres/cuidadores las consecuencias y orientándolos sobre las maneras de prevenirlas, tratando de extender la línea de atención y prevención de los pacientes que se encontraban activos en el proyecto, identificando los factores de riesgo para caries, con un sistema básico de prevención que consiste en: detección de placa dentobacteriana, instrucción de técnica de cepillado, revisión de tejidos blandos y maloclusiones, orientando a tutores sobre los beneficios de una alimentación adecuada, así como del inicio de la higiene bucal desde el nacimiento y en específico la realización del cepillado al erupcionar el primer órgano dental.

Después de realizar la historia clínica, en cada cita se actualiza el odontograma con la intención de evaluar la presencia de placa dentobacteriana, manchas blancas, lesiones cariosas nuevas o lesiones en tejidos blandos estableciendo así, en cada cita, la escala de riesgo del paciente. Posteriormente se procedía a aplicar la protección específica que consiste en reforzar la técnica de limpieza mostrada a los tutores, y en los casos que en los que el bebé presentaba mediano y alto riesgo, se procederá a la aplicación de barniz de flúor cada 4 meses.

Una vez realizado lo anterior, se citaba al paciente cada 4 meses para revisión y seguimiento, para poder así evaluar la condición de salud bucal del paciente, comparando la condición inicial contra la condición actual.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

Al inicio de este proyecto lo que más atrajo mi atención es que es un proyecto que tiene como objetivo principal disminuir la presencia de caries dental, creando una cultura de prevención a través de la promoción y la educación para la salud en niños de 0 a 3 años, creando una infraestructura con la que pretendía consolidar la participación comunitaria.

Gracias a las doctoras encargadas del proyecto pude adentrarme en el correcto abordaje con los tutores, pero sobretodo con los pacientes, ilustrándome en cómo debía ser una completa exploración bucal en un paciente pediátrico, fortaleciendo a los tutores del paciente las modificaciones en la higiene que deberán realizar en relación con la edad del paciente.

Esta experiencia me da elementos para conservar la salud de los dientes de los bebés, a través del asesoramiento y compromiso de madres/padres/tutores, que a largo plazo repercutirá en la instalación de hábitos positivos y así evitar la presencia de las principales patologías bucales en infantes.

CAPÍTULO VII FOTOGRAFÍAS

