



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES
DE FAMILIA DE LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA SAN LORENZO ATEMOAYA

ANA KAREN GARCÍA TREJO

2152028998

AGOSTO DEL 2019 A JULIO 2020

ENTREGA DEL TRABAJO: NOVIEMBRE 2020

ESP. ANALY RESÉNDIZ 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



ESP. ANALY RESÉNDIZ LÓPEZ
ASESORA INTERNA



María Soledad Campeán Daridón (Dec 29, 2020 17:41 PST)

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

La salud bucodental es fundamental para la buena salud y adecuada calidad de vida, lo que implica fundamentalmente llevar acabo la higiene bucal y así evitar las principales enfermedades en los niños, que depende del conocimiento de salud bucal transmitido de padres a hijos pequeños, así como de acciones de prevención y/o asesoramiento que se debe solicitar al odontólogo.

Objetivo.- Determinar el nivel de conocimiento de salud bucal de padres/madres sobre caries, prevención, dieta e higiene.

Metodología.- Tipo de investigación transversal y descriptiva. La información se obtuvo a través de un cuestionario para la evaluación del nivel de conocimiento de los padres de familia, aplicado a padres/madres que asistieron al programa de odontología para el bebé en la clínica San Lorenzo Atemoaya, con una muestra por conveniencia integrada por 68 personas. La información se capturó en el programa de Excel y el análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 25) donde se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, así como tablas cruzadas.

Resultados.- Los padres de familia entre 30 y 39 años de edad con un nivel educativo de técnico y/o superior fueron los que tuvieron el mayor conocimiento sobre salud bucal, sobre placa dentobacteriana, el 38% tuvo conocimientos al respecto. El 41% de la muestra no sabe cuándo están presentes todos los dientes temporales. Aún existe duda sobre el momento adecuado para la consulta odontológico ya que el 27% respondió que hasta los 2 años. En cuanto a la prevención un 30% de los padres desconocen las medidas preventivas existentes contra la caries. Con relación a la edad recomendada para la lactancia materna aún hay confusión en el 21% de los participantes. El 27% de los padres desconocen la edad adecuada para usar pasta dental con flúor.

Conclusiones.- Los conocimientos que poseen los padres/madres acerca de la salud bucal, requieren ser reforzados por el profesional. La educación sobre salud bucal debe ser difundida de manera homogénea a todos los sectores de la población; asimismo, la creación de programas oficiales para informar, promover y concientizar a los padres de familia.

También realicé actividades intramuros en las que obtuve capacitación para realizar las distintas actividades como: manejo de bebés, diagnóstico, pláticas de salud bucal e higiene bucal, medidas preventivas, de asistencia y administrativas.

Palabras clave.- Salud bucal, caries, prevención, nivel de conocimiento.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	1
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
ENFERMEDADES BUCALES.....	3
CARIES DENTAL.....	3
EPIDEMIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL	6
CARIES DENTAL EN MÉXICO POBLACIÓN PREESCOLAR.....	7
PLACA DENTOBACTERIANA	9
PREVENCIÓN.....	9
HIGIENE BUCAL.....	14
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.....	14
SALUD BUCAL	20
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
MATERIALES Y MÉTODOS	23
RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	40
ANEXO CUESTIONARIO	41
BIBLIOGRAFÍA	43
CAPÍTULO III: ANTECEDENTES	47
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	61
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	74
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	75
CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS	76

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social es la “*actividad técnica, práctica y organizada que tiene como objetivo orientar y mejorar el bienestar social de las personas, grupos o comunidades, mediante la orientación, la información y el apoyo*”.

Para complementar esta investigación, el servicio social se realizó en las instalaciones de la clínica “Estomatológica San Lorenzo Atemoaya” en la alcaldía Xochimilco, colonia San Lorenzo Atemoaya, en el periodo que comprende de agosto de 2019 a julio del 2020 y en el *Programa Comunitario de Odontología para el Bebé*.

En este informe se centra en la promoción y educación enfocada a padres de familia y/o cuidadores dentro del programa *Odontología para el bebé* y se presenta a través de cuadros simplificados, el registro de las actividades, manejo de pacientes cada mes, así como el número total de pacientes atendidos

- Diagnóstico (historia clínica)
- Promoción a la salud (pláticas de salud bucal)
- Preventiva (control de placa dentobacteriana, cepillado, aplicación de flúor)
- Administrativas (asignación de pacientes, manejo de pacientes)

La investigación se realizó a 68 padres de familia con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de salud bucal de padres y madres de familia sobre caries, prevención, dieta e higiene que acudieron durante este periodo al programa. Como técnica de recolección de datos se utilizó un cuestionario fue elaborado y adaptado por Cupé-Araujo (en el 2012) para la evaluación del nivel de conocimiento de los padres de familia (se adaptaron términos a la cultura de México).

Los resultados de la presente investigación muestran que el 27% de la muestra tuvo un nivel regular de conocimiento sobre caries, en cuanto a la prevención el 35% obtuvo un nivel bueno, respecto a la dieta un 42% se evaluó con nivel bueno y respecto a la higiene bucal el 50% obtuvieron un nivel bueno, estos porcentajes corresponden a los padres con nivel de estudios técnicos y/o superiores.

Las actividades desarrolladas dentro del programa de Odontología para el bebé orientadas a la educación y promoción de la prevención de enfermedades bucales en lactantes, preescolares y escolares demuestran que es posible llevar un control adecuado en la higiene bucal. Es fundamental contar con programas en nuestro país con el objetivo de orientar y proveer de conocimientos a los padres y/o cuidadores para realizar cambios en la calidad de vida de los bebés y niños, así mismo lograr una disminución en la prevalencia de caries.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN INTRODUCCIÓN

El dolor dental generado por la caries, es el motivo principal para que un padre de familia acuda con el infante a consulta odontológica. Este daño en el diente es considerado como una de las enfermedades más comunes en la población infantil en México, llegando a ser un problema de salud pública. Los niños que sufren estas lesiones a temprana edad, tienen una mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en la *dentición primaria* como la *permanente*.

Los padres de familia son la primera fuente de atención para que un niño entienda la importancia de la salud bucal. Son ellos quienes deberán, en el proceso de educación, ser concientizados de las necesidades odontológicas de sus hijos, entender y aprender cómo controlarlas, así como aplicar las medidas preventivas que deberán usar diariamente. Son la línea primaria de aprendizaje con el infante, quienes por imitación a conductas, actividades, acciones y hábitos realizados de manera continua a través de las experiencias transmiten los conocimientos acerca de higiene bucal, que son de suma importancia para la prevención de caries en edades tempranas.

La *dentición temporal* cumple con funciones importantes en el organismo, por mencionar algunas:

- *Para desarrollar la habilidad masticatoria*
- *La deglución*
- *La fonación*
- *Apoyo para los labios y mejillas en la apertura y el cierre bucal.*

Dichas funciones podrían verse afectadas por la pérdida de algún diente temporal.

El conocimiento de la salud bucal, juega un papel importante en cuanto a la prevención de enfermedades; los padres son los principales responsables del comportamiento de los niños en sus primeros años de vida, quienes tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender información básica de salud, así como los servicios que son necesarios para tomar decisiones que permitan un desarrollo adecuado de la salud bucal del menor.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos que posee el padre o madre y la enfermedad de caries que presentan los preescolares.

La investigación planteada contribuirá a fomentar la educación para la salud antes de la aparición de los dientes y consecuentemente de la enfermedad, logrando una

concientización en los padres sobre la importancia que tienen los dientes primarios o temporales en el crecimiento y en la vida de un niño.

MARCO TEÓRICO

Enfermedades Bucales

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de la vida de los individuos afectados.¹

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la *caries dental* y la *enfermedad periodontal* que afectan a más de 90% de la población mexicana.²

Con relación a la cultura de salud bucal, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas, entre otros.¹

Caries Dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial que se inicia con cambios microbianos localizados en la biopelícula de la superficie de los dientes, también denominada «placa bacteriana» o «placa dental», y que está determinada por la composición y flujo salival, por la exposición a los fluoruros, por la dieta y por los hábitos de higiene bucal.⁴ El término “*caries*” proviene del latín y significa *descomponerse o echarse a perder*. En cuanto a la rama de la odontología la caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.⁵

Entre las diversas definiciones existen las siguientes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.² La Secretaría de Salud define como una enfermedad que se presenta por muchas causas, producida principalmente por

bacterias que se reproducen en la boca, y se caracteriza por la destrucción del diente.³ La enfermedad es inicialmente reversible y puede ser detenida en cualquier estadio de su evolución, incluso cuando hay una destrucción parcial del esmalte o de la dentina (cavitación), siempre y cuando se pueda realizar un eficiente control de la biopelícula.⁴

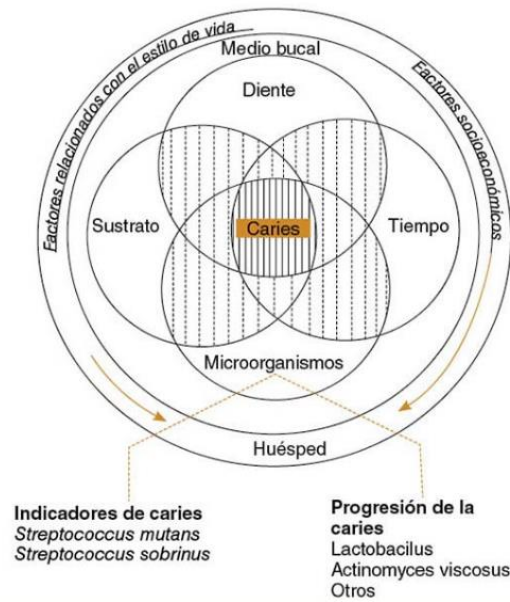
La detección temprana de la caries dental es importante por las siguientes razones:

1. Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
2. En grados avanzados produce dolor muy intenso.
3. Los dientes sanos son indispensables para una correcta masticación y, por consiguiente, para la buena digestión.
4. La pérdida de los dientes puede afectar la fonación.
5. Altera la sonrisa morfología del rostro.
6. Puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana subaguda.⁴

El control y la prevención de la caries se deben enfocar a partir de los conocimientos de los que se dispone sobre la etiología y la patogénesis de la enfermedad.³

Etiopatogenia

Es importante entender, desde el punto de vista microbiológico, qué ocurre en la placa bacteriana, como ecosistema fisiológico, para que se pueda llegar a un desequilibrio patógeno. Keyes en 1972 define a la caries dental como una enfermedad, bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos: el huésped, la microflora y el substrato, a los cuales Newbrun (1988) agregó el cuarto factor: tiempo (figura 1).⁶



Actualmente, se acepta la hipótesis de placa ecológica propuesta por Marsh en 1994 y completada en 2010 propone que: “Ante determinados cambios ecológicos externos (cambio de dieta o reducción del flujo salival), se produce una modificación del medioambiente bucal con un desequilibrio que favorece a las bacterias. Los cambios microbianos implican, por un lado, el incremento de bacterias acidogénicas, entre las que se encuentran *Streptococcus* del grupo *mutans* y otros *Streptococcus* no mutans, y, por otro, la disminución de aquellas especies que consumen lactato, con lo que se reduce la producción de álcalis. Esta situación microbiana en un hospedador susceptible provoca un desequilibrio en el proceso de desmineralización-rem mineralización. Si se siguen consumiendo hidratos de carbono fermentables, la placa permanecerá más tiempo con un pH crítico (aproximadamente 5.5) de desmineralización del esmalte”.⁴

La teoría ecológica de la placa se complementó, desde el punto de vista de las bacterias implicadas en el proceso, con la teoría mixta ecológica propuesta por Kleinberg. Este autor consideró que, por una parte, están implicadas diversas bacterias con poder para reducir el pH, incluso a pH bajo, en donde puede estar o no incluido *Streptococcus mutans* (hipótesis no específica), pero también hay un sobrecrecimiento ecológico de ciertas bacterias y una reducción de otras, lo que indica cierta especificidad. Recientemente, en 2010, Marsh ha propuesto una extensión de la hipótesis de placa ecológica que explica la secuencia de evolución de las bacterias en la placa dental, así como sus repercusiones en el control de la enfermedad.⁴

EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

La caries es la condición más prevalente en el ser humano, afectando a casi la mitad de la población mundial (44%) en 2010, seguida de dolores de cabeza (21%), migrañas (15%), periodontitis severa (11%), diabetes (8%) y asma (5%).⁹ La caries dental es la enfermedad crónica más extendida en el mundo y constituye un reto importante en salud pública. Es la patología más frecuente desde la infancia pero afecta a todas las edades a lo largo de la vida. Los datos actuales muestran que la caries no tratada en dientes permanentes tiene una prevalencia global (promediando todas las edades) del 40% y representa la condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el estudio internacional sobre la carga de las enfermedades. En las personas causa frecuentemente dolor bucal el cual afecta a 7 de cada 10 niños en India, 1 de cada 3 adolescentes en Tanzania y a 1 de cada 3 adultos en Brasil.²

Según datos publicados en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (Global Burden of Disease Study 2017), las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3 mil 500 millones de personas en todo el mundo, y la caries en dientes permanentes (se denomina dentición permanente a los dientes que se forman después de la dentición decidua o “dientes de leche”) es el trastorno más frecuente.²

Se estima que en todo el mundo, 2 mil 300 millones de personas padecen este problema en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños de una población de total mundial de 2 mil 200 millones sufren de daños en los dientes donde se forman pequeños orificios en los dientes de leche.²

Cabe destacar que los principales trastornos de salud bucodental a nivel mundial son:

- Caries dental.
- Periodontopatías.
- Cánceres bucales.
- Manifestaciones bucodentales del VIH.
- Traumatismos bucodentales.
- Labio leporino y paladar hendido.
- Noma (una grave enfermedad gangrenosa que empieza en la boca y que afecta mayoritariamente a niños).

La mayoría de estas patologías son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales.⁷

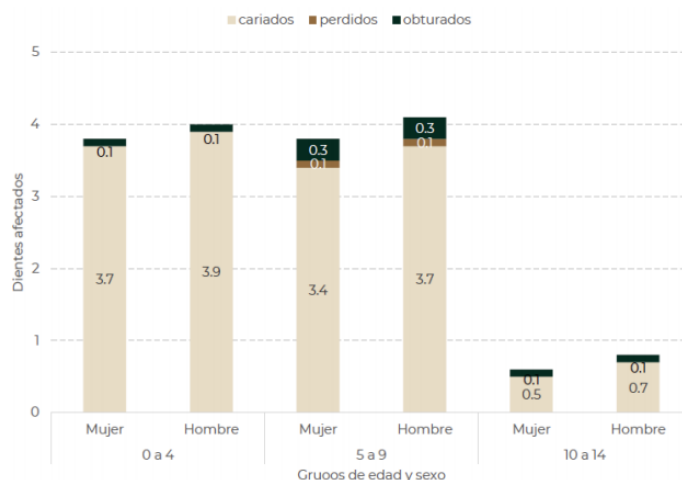
CARIES DENTAL EN MÉXICO POBLACIÓN PREESCOLAR

México está considerado por la Organización Mundial de la Salud como un país con alta prevalencia de caries dental la cual representa un serio problema de salud pública y un reto para las instituciones de salud.⁷

La información de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis de 2011-2014 no involucra menores de 6 años, pero sí precisa el estado del índice cpod en esa edad, lo que refleja el desarrollo de caries y con ello el estado de salud dental de ese grupo de edad.⁸ Otra fuente oficial que sí ofrece información en menores de 6 años es la generada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, cuya información en el 2018 señala que el 22.3% de niñas, niños y adolescentes de menores de un año a 19 años de edad, que acuden a los servicios de salud, estuvieron libres de caries dental. La mitad de las niñas y los niños a los 2 años de edad estaban libres de caries dental, posterior a esta edad disminuyó la población libre de caries hasta los 8 años. Es importante señalar que las variaciones en la proporción de niñas y niños libres de caries dental de entre 6 y 12 años de edad son debidas a la exfoliación de los dientes temporales y a la erupción de los dientes permanentes. El SIVEPAB sólo captura una proporción de los casos que ocurren en realidad. El patrón de registro varía según la enfermedad y la entidad, resultado de una compleja combinación entre la búsqueda de atención médica, acceso a los servicios de salud y la disponibilidad de los servicios de salud.⁹

En los grupos de 1 año a 10 años de edad, el índice cpod promedio fue de 3.6 de los cuales 3.3 fueron cariados, 0.1 perdidos y 0.2 obturados. El número promedio de dientes dañados fue el mayor componente, representando más de 89% del índice total para todos los grupos de edad.⁹

Promedio del Índice de caries dental en dentición temporal (cpod) en niñas, niños y adolescentes por sexo y grupo de edad. México, SIVEPAB 2018.



Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2018

Respecto a la Caries en la Infancia Temprana (CIT) cuya definición incluye la presencia de uno o más dientes con este daño (cavitados o no), ausente (debido a estos daños) o restaurada, en la dentición temporal, en niñas y niños de 71 meses de edad o menores.⁹ Según datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, aproximadamente 10 millones de niños entre los dos (51 por ciento del total) y cinco años (76 por ciento) padecen caries, lo que representa un grave problema de salud bucal desde edades tempranas. Los dientes primarios son la guía de los permanentes, y contribuye a la apariencia física, el habla y la masticación adecuada.¹⁰

Porcentaje de niñas y niños de 2 a 5 años con Caries en la Infancia por grupo de edad. México, SIVEPAB 2018.

Edad	N	Nº de niñas y niños con CIT	Porcentaje
2	1,121	552	49.2
3	2,212	1,501	67.9
4	3,635	2,734	75.2
5	5,009	3,878	77.4
Total	11,977	8,665	72.3

Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2018

Existen otros estudios publicados en el país pero son escasos, los cuales dependen de pocos investigadores que se abocan a comunidades específicas, de algún programa sectorial, institucional o de alguna universidad. Un ejemplo de estas acciones es la que llevó a cabo la Asociación Dental Mexicana (ADM) quien decidió implementar un programa de servicio social realizado por sus socios a través de los Colegios Filiales, con acciones en beneficio de la población preescolar a fin de contribuir a que en edades tempranas se desarrolle una cultura en salud bucal. En el estudio realizado en México en una muestra de 7 mil 105 en 12 entidades federativas, la prevalencia de caries dental en dentición primaria en la población estudiada (preescolares de 3, 4, 5 y 6 años de edad), fue elevada al compararla con otros grupos similares en países desarrollados. El Índice CPOD tuvo un valor promedio de 2.4, éste se duplica al pasar de los 3 a los 6 años de edad. La estrategia de dirigir acciones de educación y prevención en la edad más temprana es la manera de impactar en la disminución de este problema de salud bucal en la población, proporcionando así de manera certera a tener futuras generaciones libres de caries en México.¹¹

PLACA DENTOBACTERIANA

Es definida como un depósito blando, no mineralizado que se forma sobre los dientes cuando no se limpian adecuadamente constituida por microorganismos organizados, concentrados en una matriz intermicrobiana que se acumula sobre las estructuras del diente.¹² El 70% de la composición química de la placa dentobacteriana son microorganismos.

La placa dentobacteriana se ve clínicamente como acúmulos blanquecinos de espesor variable. De manera natural se encuentran sobre las superficies del diente y participan en la defensa del huésped al impedir la llegada de bacterias exógenas con potencial patógeno. Sin embargo, puede acumularse en cantidad tal que sea incompatible con la salud, se altera la composición bacteriana y, en consecuencia, sobreviene la enfermedad.¹²

En el momento del nacimiento, la cavidad bucal del ser humano se encuentra libre de microorganismos, permaneciendo estéril, no así después de haber transcurrido ocho horas comienza la proliferación microbiana proveniente del canal del parto y por las relaciones con el mundo exterior, aire o alimentación.

Con la llegada de la erupción dentaria se presentan importantes cambios ecológicos, surgiendo condiciones para el desarrollo de adhesión a superficies duras y la microbiota comienza a parecerse a la del adulto.¹³ Actualmente se acepta que la cariogenicidad de la placa dental depende de la presencia en ella de bacterias capaces de reducir el pH hasta niveles en los que se produce desmineralización de los tejidos duros del diente.¹⁴

PREVENCIÓN

Conducta y hábito

Para promover mejores hábitos de salud bucal es primordial identificar las oportunidades de intervenir efectivamente, lo cual requiere considerar los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen en la salud bucal.¹⁵ Existen algunos conceptos relacionados entre sí y que juegan un papel importante para la educación en materia de salud bucal de la población:

Prevención. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo.¹⁶ Sobre este tópico la OMS define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias

una vez establecida”.¹⁷ La NOM-013-SSA2-2015 (Para la prevención y control de enfermedades bucales) define este término como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las mismas, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.¹⁸

Conducta es el conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación. Se refiere a un hábito que es el modo especial de proceder o conducirse adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias distintivas.¹⁶

Estos elementos se relacionan estrechamente, por lo que proporcionar la información suficiente y adecuada para lograr que la higiene bucal forme parte de los hábitos de conducta del individuo, que tienen por objetivo evitar que las lesiones progresen.

No se puede hablar de prevención sin educación. Al no existir la costumbre de la prevención bucodental, se ignora el valor que le corresponde, debido quizás que es algo sencillo, o simplemente por tratarse de un tema desconocido.¹⁹

Niveles de prevención

Los niveles de prevención se refieren a la equivalencia, igualdad o similitud de acciones que se desarrollan para lograr un objetivo. Son fundamentalmente aplicables a los individuos y grupos de población; es decir su modo de acción es individual, grupal o masivo.

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

1. Prevención Primaria

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.²⁰

- *Promoción o fomento a la salud*

Nivel de prevención en que se desarrollan las condiciones sociales, económicas, políticas y biológicas positivas para favorecer un ambiente no propicio, huésped resistente y extinguir agentes causales, con el fin de conservar la salud.²⁰ Se dan

todas las condiciones contrarias al periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir ataca y evita la presencia de este.

El primer nivel aplicado en odontología respecto a la promoción a la salud incluye los siguientes aspectos:

- A. **Educación acerca de la higiene bucal.** Es importante proporcionar esta educación en escuelas, consultorios, clínicas, y hogares. Asimismo, los hábitos deben formarse desde temprana edad, sobre todo el cepillado de los dientes y la visita periódica al odontólogo.⁵
- B. **Alimentación adecuada.** Es indispensable insistir en la importancia de ésta con aporte correcto de calcio, fósforo y vitamina D.⁵
- C. **Exámenes periódicos selectivos.** Deben efectuarse en escolares y mujeres embarazadas, que constituyen grupos altamente susceptibles.⁵

- *Prevención o protección específica*

Se refuerzan las condiciones sociales, económicas y políticas positivas del anterior mediante la aplicación de medidas de protección que atacan específicamente a determinados aspectos para evitar así la presencia de algunas enfermedades.²⁰

Orientado al área odontológica abarca los siguientes requerimientos:

1. *Protección específica.*

- A. Buena higiene de la boca
- B. Fluorización de los abastecimientos públicos de agua, la sal y otros alimentos.
- C. Aplicación tópica de fluoruro.
- D. Excluir alimentos altamente cariogénicos de la dieta, sobre todo entre comidas.
- E. Cepillado de los dientes después de ingerir alimentos
- F. Tratamiento de lesiones incipientes.
- G. Tratamiento de áreas altamente susceptibles, pero no complicadas, con selladores.
- H. Odontología preventiva.⁵

La aplicación o ejecución de este nivel es responsabilidad única del Estado y sus ciudadanos, quienes deben disfrutar de igualdad de oportunidades para que se beneficie del mismo.²⁰

2. Prevención secundaria

Se desarrollan actividades para diagnosticar precozmente la enfermedad, tratarla oportunamente y limitar sus daños.

La ejecución es responsabilidad de las profesiones de la salud y sus ramas auxiliares, pero le corresponde a los Estados y a sus gobiernos garantizar a la población una igualdad de oportunidades para tener acceso a los servicios que ellas prestan.²⁰

Presenta dos niveles:

- a) Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Mediante la realización de actividades clínicas quirúrgicas y farmacológicas y,*
- b) limitación del daño. Impide que la enfermedad llegue a su máxima capacidad de destrucción que es la muerte del órgano, sistema o individuo.²⁰*

3. Prevención terciaria

Son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para desarrollar actividades encaminadas totalmente a devolver las funciones que se han acabado por la pérdida de estructuras, elementos, órganos o sistemas de organismo, para conservar la salud del mismo.^{20 21}

De una manera más sintetizada lo podemos representar con la siguiente figura:

Promoción de la salud				
Educación en buena higiene de la boca Estándar correcto de alimentación Dieta planeada Exámenes periódicos selectivos	Protección específica			Rehabilitación
	Higiene correcta de la boca Fluoruración de los abastecimientos públicos de agua Aplicación tópica de fluoruros Evitar alimentos que produzcan lesiones, principalmente entre comidas Cepillado de los dientes después de comer Tratamiento de las lesiones incipientes Tratamiento de áreas altamente susceptibles pero no complicadas en personas susceptibles Aplicar odontología preventiva	Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno		Reemplazar los dientes perdidos Prótesis fija, removible y total para restaurar la armonía y la función de la dentadura
		Examen periódico de la boca con rayos X Tratamiento temprano de todas las lesiones Extensión de la terapéutica en la vecindad de las lesiones para prevenir lesiones secundarias Atención a las malformaciones y defectos del desarrollo Exámenes obligatorios de los escolares	Limitación de la incapacidad	
			Tapar la pulpa Tratamiento de la raíz y del conducto radicular Restauraciones Extracciones Protección contra la formación de abscesos	
	Prevencción primaria	Prevencción secundaria		Prevencción terciaria

Fuente: Higashida B. Odontología preventiva.2012.

Los niveles de prevención deben ser considerados para brindar la atención adecuada a toda la población y para la planeación del tratamiento individualizado de acuerdo a las necesidades, con el objetivo de prevenir o devolver la funcionalidad según sea el caso. En este sentido los profesionales de la salud y la población que demanda la atención se encuentran en un sentido de responsabilidad mutuo ya que la promoción debe concientizar al individuo del cuidado en cuanto a la salud bucal.

Importancia de la prevención

La importancia de prevenir y proteger a la población de la caries dental en etapas tempranas radica en el hecho de que una vez establecida la enfermedad, por lo general, necesita restauración y mantenimiento adicional durante toda la vida, en consecuencia los costos del tratamiento son mayores y las necesidades de atención no pueden ser solventadas por la economía familiar o los presupuestos disponibles en los programas públicos de salud.²¹

Por lo anterior, la salud bucal es parte integral del ser humano, la boca es la puerta de entrada de los alimentos. Si un niño está con dolor producido por la presencia de caries, tiene problemas de atención y no se alimenta adecuadamente, todo esto

contribuye a la desnutrición, a la fiebre reumática, infecciones del aparato respiratorio y a muchas otras patologías.⁷

HIGIENE BUCAL

Se refiere a una boca con un aspecto saludable, dientes limpios, donde no hay restos de alimentos. Las encías juegan un papel importante, debido a que deben presentar un color rosado y no hay presencia de sangrado o dolor durante el cepillado o la limpieza con hilo dental. Una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas tales como el habla, el comer, la sonrisa y la socialización.⁷

Una correcta higiene bucal es el factor clave para la prevención de enfermedades bucales y, por ello, se debe informar a la familia sobre la importancia de este hábito y lo perjudicial que es que el niño duerma con residuos alimentarios.²⁹ La higiene bucal envuelve un conjunto de medidas que tienen como objetivo la remoción de biofilm dental y la prevención de su reincidencia, pudiendo ser realizadas a través de medios mecánicos y químicos.

Los padres juegan un papel importante en el inicio de la vida de los hijos, ya que tienen la posibilidad de introducir los hábitos de higiene diaria en una etapa temprana, incluso antes de la erupción dental, a través de masajes gingivales y limpieza para establecer una microbiota bucal saludable.²³

Cuanto más temprano se empiece con la higiene bucal, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries. La higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad, y a partir de este momento y hasta la adolescencia es recomendable una supervisión de su higiene bucal nocturna.²⁴

Atención odontológica

Es importante resaltar que no todos los padres están preparados para poder realizar la higiene bucal correctamente. Muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y a veces perjudiciales para el niño.²⁵

Lo ideal es comenzar con las acciones preventivas desde que se concibe la idea de la gestación, ya que en este período influyen factores de riesgo como hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo), el uso de medicamentos que podrían afectar la formación dentaria del futuro niño, entre otros. Es así que se trata de motivar a la gestante para llevar una maternidad responsable.²⁵

Por ello las visitas al odontólogo general o al odontopediatra y de manera análoga con el pediatra, deberían efectuarse durante los primeros meses de vida, a fin de evaluar las condiciones las estructuras bucales y craneofaciales.²⁶

La atención odontológica tiende a ocurrir alrededor de los 2 años y medio a 3 años de edad, de acuerdo con los patrones de enseñanza y cultura odontológica existentes. Esta práctica no es la ideal, ya que ella deja al niño sin ninguna cobertura odontológica, cuando los riesgos de la presencia de caries a esta edad son altos.⁶

La Asociación Dental Americana (ADA), la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD), la Asociación Americana de Pediatría (AAP), la Asociación Europea de Odontopediatría (EAPD), la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP) y la Asociación Brasileña de Odontopediatría (ABO), recomiendan que *la primera visita del niño al consultorio odontológico ocurra antes del primer año de vida.*

Esta visita debe incluir un *examen clínico de la cara* y cavidad bucal, evaluando patrones de normalidad, posibles procesos patológicos, anomalías congénitas y de desarrollo. Además, se debe brindar orientación a los padres sobre hábitos alimentarios y de higiene bucal adecuados, hábitos bucales deletéreos, uso racional del flúor y del dentífrico fluorado.²⁷

En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana vigente NOM-013-SSA2-2015 para la prevención y control de enfermedades bucales, en el apartado A.9. Cuidados bucales preventivos para personas hasta 3 años de edad indica lo siguiente respecto a la consulta odontológica:

A.9.2.6. Promover la consulta estomatológica del lactante a partir del primer mes de vida;

A.9.2.7. Establecer citas subsecuentes a partir de la erupción dentaria, conforme la evaluación de riesgo a caries, tomando en cuenta la higiene, conductas de riesgo como contagio de los padres o responsables del menor, alimentación nocturna, hábitos alimenticios con dieta altamente cariogénica, uso de medicamentos, entre otros, y

A.9.2.8. Programar y promover las citas cada 6 meses, cuando se identifica riesgo bajo o moderado y cada 3 meses cuando el riesgo se considere alto.¹⁸

Este apartado tiene por objetivo establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que deben llevar a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos; así como, las estrategias, técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse por todo el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Ante este panorama, la educación para la salud y la prevención son factores medulares que generan un cambio de cultura, iniciando desde la atención prenatal. Es notable que la enseñanza y la realización de acciones de protección específica, sobre todo a nivel escolar en niños y adolescentes, sean fundamentales para prevenir las enfermedades bucales.

Elementos y técnicas de higiene bucal

La higiene bucal se inicia desde el nacimiento, esta es la clave para la prevención y mantenimiento de la salud de dientes y encía; por lo que la eliminación de placa bacteriana en estas partes de la boca es el principal objetivo de las diversas técnicas existentes, hilo dental, detección de placa y cepillado.²⁸ Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo. Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene bucal.²⁹

Cepillo dental

El cepillo dental es un instrumento que se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes.³⁵ El tipo de cepillo recomendado estará de acuerdo con la edad del preescolar. Se debe cambiar el cepillo cuando las cerdas se doblen o se gasten ya que en esas condiciones no limpia en forma adecuada y puede dañar la encía.²⁸

Técnicas de Cepillado

Cuando el niño(a) no tenga dientes, la mamá o responsable del niño(a) debe limpiar suavemente la encía con una tela o gasa húmeda una vez al día, preferentemente durante el baño.³⁴ Una vez que aparece el primer diente del niño(a), la mamá o

responsable del niño(a) debe limpiar suavemente con una gasa o tela húmeda o con un cepillo dental suave.

En los niños de 1 a 3 años (solo y con la ayuda y supervisión de un adulto) el aseo bucal se debe realizar después de cada alimento con cepillo pequeño de cerdas suaves y humedecidas. Esta actividad se puede realizar con o sin pasta dental.²⁸

Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable.²⁴

A partir de los 4 años (solo y con la ayuda y supervisión de un adulto) el cepillado dental se debe realizar diariamente después de cada comida.

Pasta dental

La pasta dental es un producto obtenido por la mezcla de sustancias tensoactivas, humectantes, dispersantes, edulcorantes, preservantes, saborizantes y abrasivas, con ingredientes activos, tales como sales de flúor, entre otros.³⁵ Su objetivo es la limpieza de los dientes naturales o artificiales y encías; puede tener propiedades preventivas, cosméticas o terapéuticas, según el caso.

No se recomienda el uso de pasta dental fluorada en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, menores de 2 años de edad) por el riesgo de una ingestión excesiva de flúor y la consecuente aparición de fluorosis dental (hipoplasia del esmalte que ocurre en la etapa pre y posteruptiva del órgano dentario).^{24,30}

La norma mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales especifica que en personas menores de 6 años de edad se deben utilizar pastas dentales que contengan 550 pm de fluoruro.

Deben ser utilizadas por personas mayores de 6 años las pastas dentales que contengan de 0.551% a 1.5% (551 a 1500 ppm) de fluoruro total.

En personas menores de esta edad, sólo podrán utilizarse bajo la supervisión de un adulto, evitando su ingestión y empleando como máximo 5 milímetros cúbicos (tamaño de un chícharo).¹⁸

Hilo dental

Otro elemento de higiene bucal es el hilo o seda dental, conformada por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética, a la cual se le puede o no adicionar cera.²⁹

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, si no se utiliza este instrumento se estará realizando solamente la mitad del trabajo para mantener una buena limpieza dental ya que por el grosor de las cerdas del cepillo no permite limpiar la zona entre diente y diente, debido a que el espacio entre estos es muy pequeño.

Alimentación

Los estudios epidemiológicos demuestran que la leche humana y la lactancia materna en los niños favorecen el desarrollo físico y nutricional y supone unas ventajas psicológicas, sociales, económicas y ambientales, a la vez que disminuye significativamente el riesgo de padecer un importante número de enfermedades crónicas y agudas.³¹

Después que nace el bebé hasta los 6 meses, se le debe alimentar de manera exclusiva con leche materna y como tal, la leche materna por sí sola, no resulta cariogénica.

Después de los 6 meses continúa con lactancia materna y comienza la alimentación complementaria al introducir papillas, jugos en taza de entrenamiento, vasos especiales. La consistencia de los alimentos debe aumentar progresivamente para estimular la función masticatoria y estimular la erupción dentaria.³²

La falta de conocimientos de los padres en cuanto a la necesidad de mantener una correcta higiene bucal de su hijo y sobre el potencial cariogénico de la leche materna puede conllevar a que los infantes desarrollen la enfermedad durante o después del amamantamiento. Durante el sueño, el flujo salival y los movimientos musculares de la lengua y los carrillos, responsables de la autolimpieza de la cavidad bucal, están disminuidos, por consecuencia, ocurre una adherencia de la leche al esmalte causando la caída del pH salival a niveles altamente ácidos.³²

Los hábitos establecidos a temprana edad suelen persistir con el paso del tiempo, esto hace a los primeros años de vida un tiempo ideal para ayudar a las familias a establecer hábitos saludables de alimentación.³³

Teniendo en cuenta que la dieta es una de las variables etiológicas de la caries dental que podemos modificar, la adecuación u orientación de hábitos alimenticios correctos representa una contribución para la salud bucal. Los niños deben llevar a cabo una buena dieta, aunque es esencial dejar que ellos tomen la decisión de cuándo y cuánto comer, es decir, no forzar la alimentación.³⁴

La exposición a sacarosa provoca una disminución del pH de la placa. Implica que está, siendo usada como sustrato por las bacterias bucales para la producción de ácidos orgánicos que se difunden en el esmalte, la dentina o el cemento, disolviendo parcialmente los cristales de hidroxiapatita y, por tanto, causando desmineralización. Se ha observado que, en ausencia de fluoruro, la exposición en exceso a glucosa (3 veces/día) causa desmineralización franca. En particular, la incidencia de caries dental se asocia a la frecuencia de consumo de azúcares extrínsecos.⁴

La cariogenicidad de los alimentos azucarados puede ser modificada por varios factores, entre ellos:

- La frecuencia de consumo de alimentos y bocadillos.
- La cantidad y el tipo de hidratos de carbono.
- El tiempo que puede quedar retenidos en la superficie dental.
- La secuencia de consumo en relación a otros alimentos.
- Comer antes de acostarse, el consumo de alimentos protectores (p. ej., leche, queso, bebidas con productos probióticos).
- Conductas antes o después del consumo (higiene bucal, uso de fluoruros, goma de mascar, alimentos funcionales y sustitutos de azúcar).⁴

Se debe concientizar a los padres para lograr la reducción voluntaria de la frecuencia y la cantidad de estos alimentos. Se sabe que, en cuanto a mayor la frecuencia de ingesta, mayor el número de caídas del pH, de modo que se favorece el desarrollo de caries dental. Por estas razones, se debe recalcar el efecto del azúcar en la caries dental y su importancia de limitar el consumo, además de garantizar la inclusión de la higiene bucal después de su consumo.³²

Además, factores ambientales, sociales, económicos, políticos y educacionales influyen en la relación dieta-caries. Así, características bien definidas de la dieta pueden promover o revertir el proceso de caries en la cavidad bucal.⁴

Actualmente se le resta importancia al factor dietético en la etiología de la caries dental, a favor de la promoción de una higiene y aporte de fluoruro adecuado. Desde que se ha generalizado el empleo de fluoruros, ponen incluso en duda la relación entre el elevado consumo de azúcar y la incidencia de caries. Sin embargo, hay que

tener en cuenta que, en los niños de corta edad, con frecuencia la higiene y el aporte de fluoruro no son adecuados y/o suficientes, y por ello, es en esta fase del desarrollo dental en el que parecen cobrar más importancia los hábitos dietéticos en la tarea de prevenir la aparición de la caries dental.³³

SALUD BUCAL

Se define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer bucal o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”.² La salud bucodental es mucho más que la salud dental o una bonita sonrisa, la boca es el espejo del cuerpo y frecuentemente refleja signos de enfermedades sistémicas. El conocimiento y la toma de conciencia de la asociación entre salud bucodental y salud general son factores importantes para un enfoque holístico de cuidados, así como la colaboración entre profesionales de la salud y profesionales del campo bucodental.⁷

La estrecha relación bidireccional entre salud bucodental y salud general, así como su impacto en la salud individual y en la calidad de vida, proporcionan una base sólida conceptual para un enfoque de integración de la salud bucodental en la salud general.⁷

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Se define el concepto de conocimiento de acuerdo al diccionario de la Real Lengua Española como:

- a) Entendimiento, inteligencia, razón natural.
- b) Noción, saber o noticia elemental de algo.¹⁶

El aprendizaje es un producto del desarrollo humano, es un proceso de adquisición en el intercambio con el medio que se da mediante dos procesos: el heredado y los que se van construyendo a lo largo de la vida.¹⁵

Los conocimientos son resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características aceptadas y representativas del grupo social en el que se desarrollan, son la parte cognitiva de la cultura. Los conocimientos respecto a la salud bucal son descritos como la información a la que se tiene acceso

con referencia a los cuidados necesarios para mantener sanas las estructuras bucodentales y que serán la base para tomar decisiones en materia de salud.³⁵

En odontología se puede promover el aprendizaje por observación, mostrando y explicando imágenes asociadas a los diferentes padecimientos y de acuerdo con las necesidades identificadas en las personas, así como mediante la técnica de demostración en la enseñanza de procedimientos de protección a la salud, tales como la técnica de cepillado o empleo del hilo dental, que permitan su comprensión para la reproducción motriz de su correcta aplicación de acuerdo con las características estructurales.¹⁵

Los conocimientos acerca de los cuidados y los factores de riesgo que inciden en la salud bucodental son la base para la explicación del proceso salud-enfermedad y el fundamento para decidir qué prácticas se realizarán para el mantenimiento y la recuperación de la salud, contribuyen a la aparición y transmisión de hábitos, entre ellos los alimentarios y los de higiene.

La transmisión del conocimiento respecto de la salud bucal no siempre se da bajo supuestos científicos, también existe la transmisión de conocimientos populares, por ejemplo, en México es común la creencia popular de que “cada hijo significa un diente perdido”, es decir, que cada embarazo implica la pérdida de un diente, esta relación no es del todo certera.³⁵ Este tipo de creencias sobre enfermedades bucales en países en desarrollo causan complicaciones en la población más vulnerable.³⁶

Es importante mencionar que principalmente las madres desempeñan un papel crucial en la transferencia y demostración de los hábitos de salud a sus hijos, por lo que las embarazadas deben ser un grupo objetivo para la educación sobre salud bucal, especialmente en un país como México donde el crecimiento de la población va en ascenso. La educación del paciente es una prioridad, convirtiéndose en un aspecto importante la enseñanza y seguimiento de adecuadas técnicas de higiene durante todo el embarazo,³⁷ después del mismo y más recientemente también con intervención de padres y cuidadores que se ocupan del desarrollo de buenos hábitos bucales y generales.

JUSTIFICACIÓN

Los padres/madres/cuidadores juegan un rol importante, de tal forma que los hábitos de limpieza y cuidado dental recaen sobre ellos, afectando o beneficiando a lo largo de la vida de sus hijos, por ello es importante conocer el nivel de conocimiento de los padres para así crear alternativas y mejorar la salud bucodental de sus hijos. Orientar a madres/padres de familia de niños desde la lactancia sobre los cuidados estomatológicos que previenen complicaciones bucales.³⁸

Los padres/madres/cuidadores deben tener la información de cómo y cuándo empezar con la higiene bucal. Debe quedar claro que el cuidado de la boca de los hijos es una responsabilidad, por lo menos hasta que el niño adquiera la habilidad motora suficiente para hacerlo³⁹, desafortunadamente muchos de estos adultos no han sido informados sobre la adecuada técnica de higiene bucal, la dieta preventiva de caries ni de la correcta cantidad de flúor.

Abarcar este problema en niños de etapa preescolar, es importante debido a que están en proceso de aprendizaje, los hábitos de limpieza e higiene bucal correctos en este momento son el ideal para enseñar estos aspectos, a fin de prevenir la caries dental por su alta prevalencia.⁴⁰

Los padres/madres de familia tienen un papel primordial en el procedimiento de la higiene bucal y cuidado de los dientes de los menores, de modo que la orientación hacia hábitos saludables constituye una acción educativa fundamental para padres/madres/cuidadores en cuanto a los métodos de prevención contra la caries, que podrá fortalecer la conservación de la salud bucal e influir de manera significativa en el desarrollo de hábitos de higiene bucal de los hijos a largo plazo y eventualmente a la reducción de la prevalencia de caries en los menores a corto plazo y de otras patologías bucales a largo plazo.⁴¹

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento de salud bucal de padres/madres que asisten al programa de Odontología para el bebé en la clínica estomatológica San Lorenzo Atemoaya.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el nivel de conocimiento de salud bucal sobre caries, dieta, higiene y medidas preventivas.
2. Identificar el nivel de conocimiento según el género.
3. Registrar el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad.
4. Averiguar el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el nivel educativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Transversal, observacional, descriptiva de enfoque cuantitativo.

Tamaño y selección de la muestra

El estudio se aplicará a padres o madres de familia que asisten al programa de odontología para el bebé en la clínica San Lorenzo Atemoaya Delegación Xochimilco, con una muestra por conveniencia integrada por 68 personas.

Criterios de inclusión

- ✓ Todos los padres de familia que asistieron a la clínica de odontología para el bebé.

Criterios de exclusión

- Tutores y/u otro tipo de familiares de los niños.

Criterios de eliminación

- × Personas que no completen el cuestionario.
- × Personas que soliciten no ser tomados en cuenta para el estudio.

Ubicación temporal espacial

- Se realizará del mes de septiembre del año 2019 al mes de junio del año 2020.
- El cuestionario se aplicará dentro de las instalaciones de la clínica de Odontología Comunitaria para el bebé, ubicada en San Lorenzo Atemoaya.

Variables de estudio

Dependiente: conocimiento sobre salud bucal (caries, dieta, prevención e higiene)

Independientes: género, edad y nivel educativo.

Materiales

- Laptop Dell
- Impresora Epson
- Cuestionarios impresos
- Plumas

Método

1. Se proporcionó al acompañante (padre o madre de familia) un cuestionario con que constaba de 20 preguntas sobre: prevención, caries dental, dieta e higiene; con cuatro alternativas de respuesta (a, b, c, d, e).
2. Una vez contestado cada cuestionario se realizó la evaluación de cada pregunta y se aplicó la escala de calificación, siendo: B (bueno), R (regular) y M (malo).

Instrumento

Como técnica de recolección de datos se utilizó un cuestionario de preguntas para la evaluación del nivel de conocimiento de los padres de familia (se adaptaron términos a la cultura de México). Este instrumento fue elaborado y adaptado por Cupé-Araujo en el 2012.⁴²

Consta de 20 preguntas acerca de los siguientes temas:

- Caries dental (5 preguntas)
- Prevención (5preguntas)
- Dieta (5 preguntas)
- Higiene bucal (5 preguntas)

Para evaluar los cuestionarios se aplicó la escala de calificación:

- Bueno: 1-6 puntos,
- Regular: 7-13 puntos y
- Malo: 14-20 puntos.

Análisis

La información se capturó en el programa de Excel y el análisis se llevó a cabo en el paquete estadístico SPSS (versión 25) donde se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, así como tablas cruzadas.

RESULTADOS

El cuestionario se realizó a 68 personas correspondiendo el 82.4% al sexo femenino y el 17.6% al masculino. La edad promedio fue de 32.21 ± 7.452 años, concentrándose el mayor porcentaje a los 23 años (10.3%).

Edad años cumplidos

edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
19	1	1.5	1.5
21	4	5.9	7.4
22	1	1.5	8.8
23	7	10.3	19.1
24	3	4.4	23.5
25	2	2.9	26.5
26	2	2.9	29.4
27	2	2.9	32.4
28	2	2.9	35.3
29	2	2.9	38.2
30	2	2.9	41.2
31	1	1.5	42.6
32	3	4.4	47.1
33	1	1.5	48.5
34	4	5.9	54.4
35	4	5.9	60.3
36	5	7.4	67.6
37	5	7.4	75.0
38	5	7.4	82.4
39	3	4.4	86.8
40	2	2.9	89.7
41	1	1.5	91.2
43	2	2.9	94.1
44	1	1.5	95.6

46	2	2.9	98.5
51	1	1.5	100.0
Total	68	100.0	

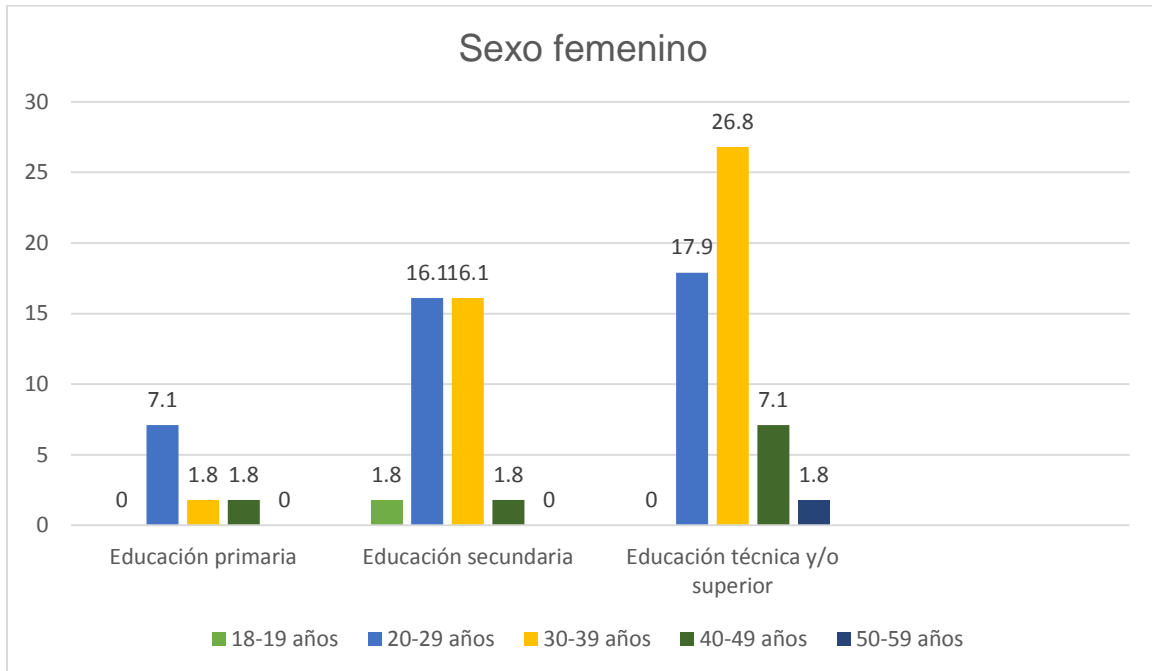
Tabla 1 Distribución de la edad de la muestra.

Nivel de estudios por sexo

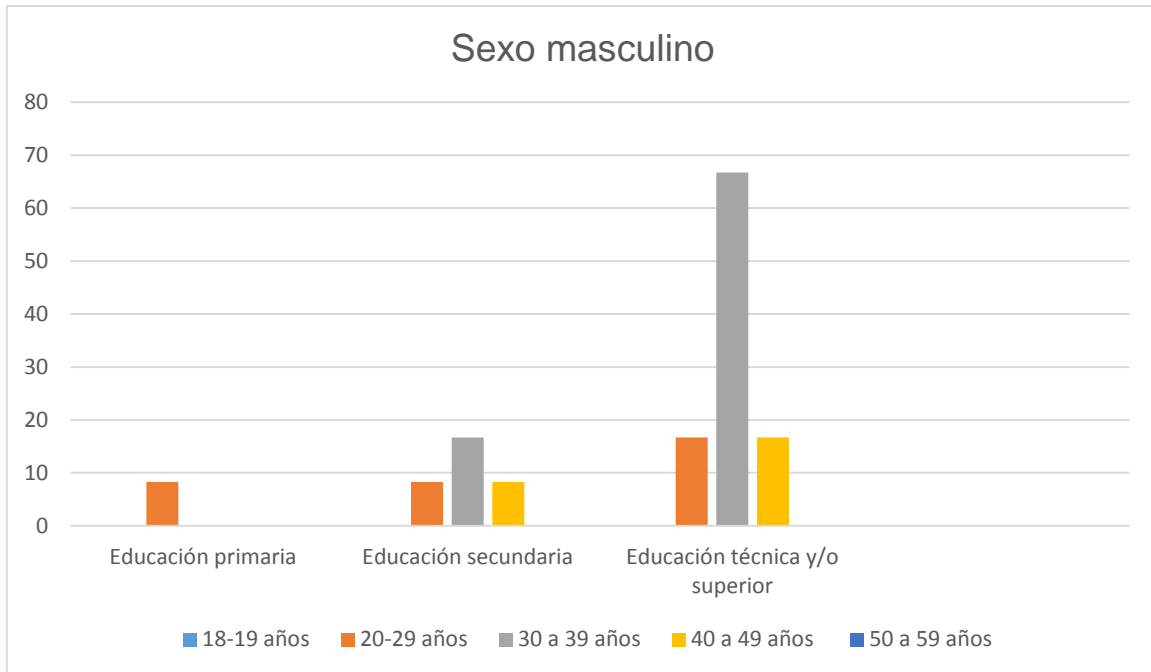
Nivel de Educación	Sexo	
	femenino	masculino
Primaria	6	1
	10.7%	8.3%
Secundaria	20	4
	35.7%	33.3%
Técnica o superior	30	7
	53.6%	58.3%

Tabla 2. El nivel de estudios fue mayor en las personas con educación técnica y/o superior (58.3%) dominado los hombres, después educación secundaria (35.3%) y finalmente educación primaria (10.3%) en ambos dominando las mujeres.

Sexo, edad y nivel de estudios.

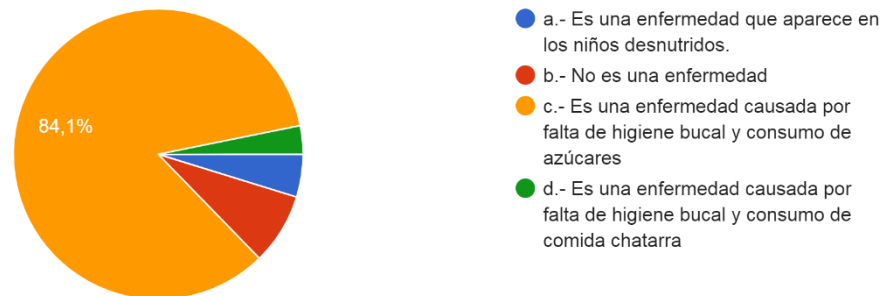


Gráfica 1. De los participantes un 26.8% del sexo femenino en edad entre 30 y 39 años tienen un nivel educativo técnico y/o superior.



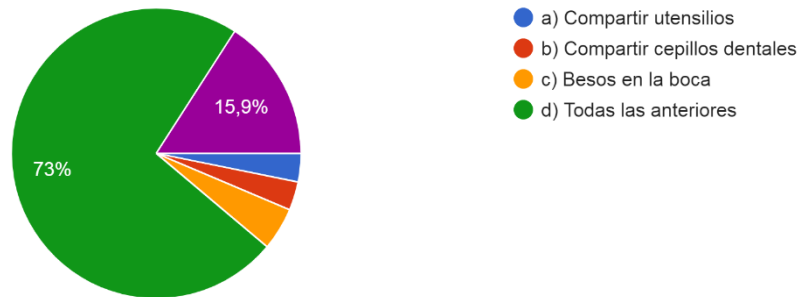
Gráfica 2.1. La mayor concentración con un 50% de los padres de familia en edad entre los 30 y 39 años de edad tienen un nivel educativo técnico y/o superior.

1. ¿Qué es la caries dental?



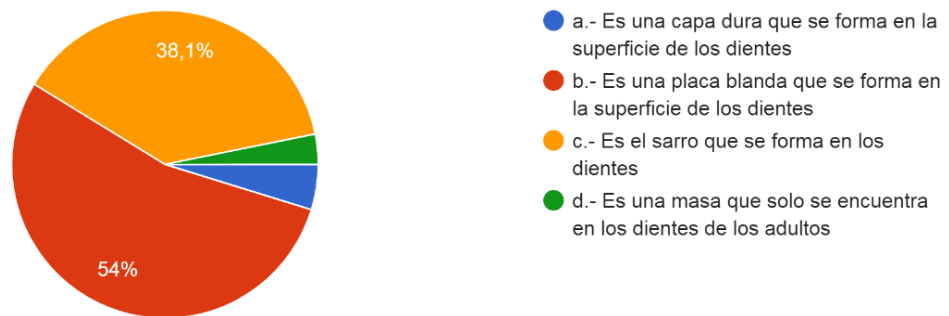
Gráfica 3.- El 84.1% de las personas conoce la principal causa de la caries dental.

Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:



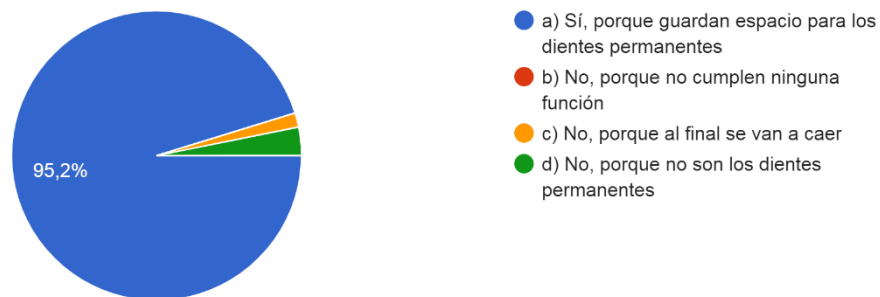
Gráfica 3.1.- El 73% de los padres tiene conocimiento en cuanto a las formas de transmisión de los microorganismos que son causa de caries dental.

3.- ¿Qué es la placa dentobacteriana?



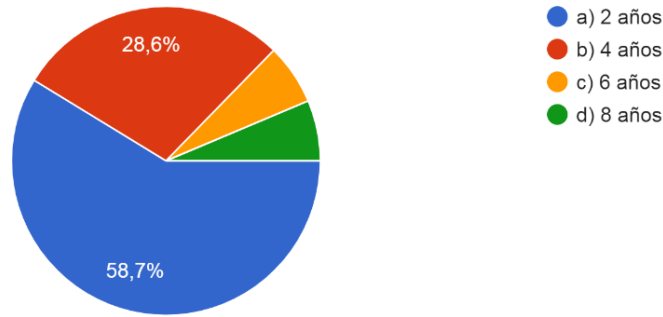
Gráfica 3.2.-El término placa dentobacteriana no fue bien identificado, ya que el 38.1% confunde el término con la presencia de sarro.

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?



Gráfica 3.3.- El 95.2% conoce la importancia de los dientes temporales.

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?



Gráfica 3.4.- En cuanto a la edad en que los niños tienen todos los dientes de leche el 58.7% de los padres de familia saben que es hasta los 2 años.

NIVEL DE ESTUDIOS	NIVEL CONOCIMIENTO CARIES		
	Bueno	Malo	Regular
Educación primaria	7.4%	0.0%	2.9%
Educación secundaria	17.6%	0.0%	17.6%
Educación técnica y/o superior	25.0%	1.5%	27.9%

Tabla 2. Distribución de los padres según nivel de conocimiento de caries y nivel educativo.

El conocimiento respecto a caries se consideró con un nivel regular (27.9%) y con nivel bueno (25%) en padres con educación técnica y/o superior y un 17.6% con nivel bueno en padres con educación secundaria.

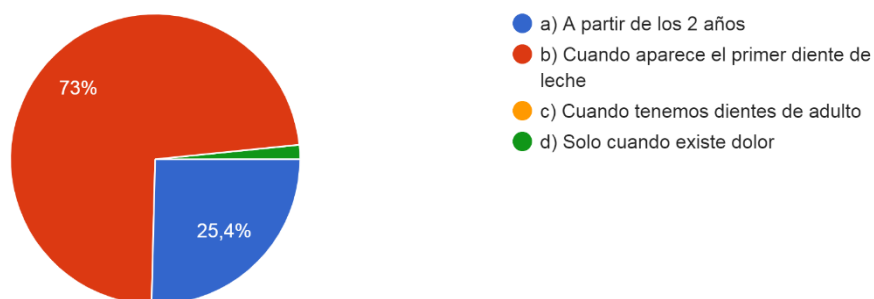
EDAD (AÑOS)	NIVEL CONOCIMIENTO CARIES		
	Bueno	Malo	Regular
18-19	1.5%	.0%	.0%
20-29	17.6%	.0%	19.1%
30-39	23.5%	1.5%	23.5%
40-49	5.9%	.0%	5.9%
50-59	1.5%	.0%	.0%

Tabla 2.1. Nivel de conocimiento acerca del tema de caries con relación a la edad.

Respecto a la edad y el nivel de conocimiento en tema de caries se obtuvo un nivel bueno y regular ambos con el 23.5% en padres de familia entre los 30 y 39 años.

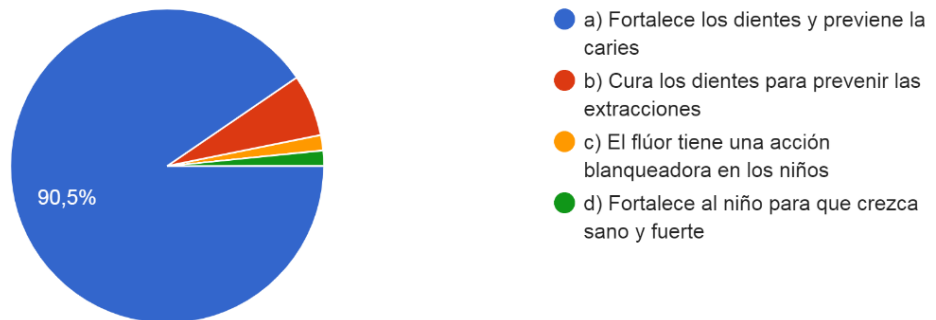
Menos de la mitad de encuestados tienen información acerca del proceso y factores de riesgo para la formación de caries y para ello, la comunicación por parte del profesional acerca de cómo disminuir la exposición a esta enfermedad es de suma importancia para la comprensión de la severidad de los problemas bucodentales que se desarrollan con el paso del tiempo.

6.- *La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:*



Gráfica 4. Un 73% de los participantes saben que la visita al odontopediatra debería realizarse desde que aparece el primer diente de leche.

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?



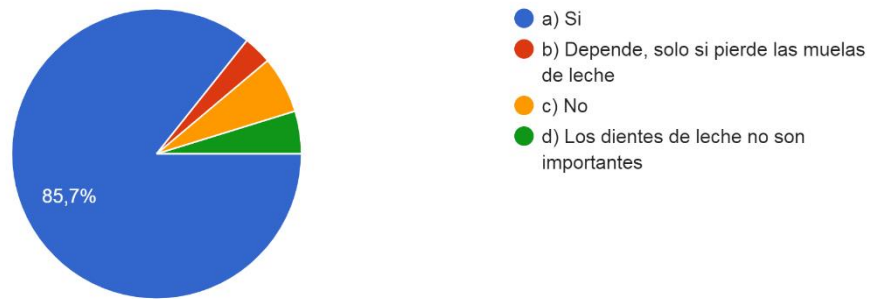
Gráfica 4.1. Con una mayoría del 90.5% de los padres de familia cuentan con el conocimiento de los beneficios del flúor.

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:



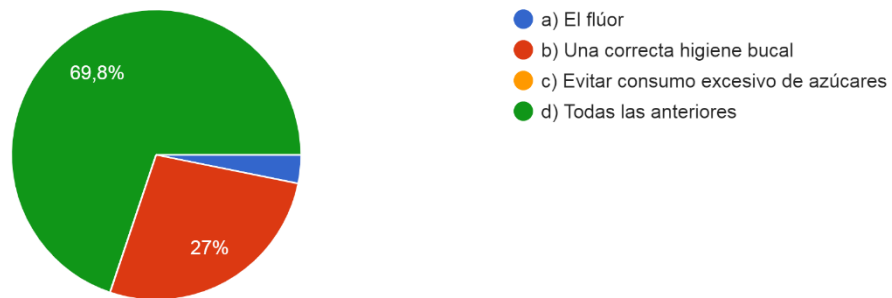
Gráfica 4.2. Un 98.4% de los padres participantes saben que es necesario visitar al dentista para un examen clínico de rutina aun cuando los dientes estén sanos.

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque está con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?



Gráfica 4.3. El 85.7% de los padres saben que la posición de los dientes si se ve afectada al perder algún diente de leche prematuramente.

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?



Gráfica 4.4. Un 27% de los participantes poseen el conocimiento de que únicamente con una correcta higiene bucal se logra combatir la caries.

	NIVEL CONOCIMIENTO PREVENCIÓN		
NIVEL DE ESTUDIOS	Bueno	Malo	Regular
Educación primaria	5.9%	.0%	4.4%
Educación secundaria	27.9%	.0%	7.4%
Educación técnica y/o superior	35.3%	.0%	19.1%

Tabla 4. Nivel de conocimientos acerca de la prevención en relación con el nivel educativo,

El nivel de conocimiento acerca prevención se considera bueno con el 35.5% de padres con educación técnica y/o superior, un 27.9% con educación secundaria y 5.9% con educación primaria.

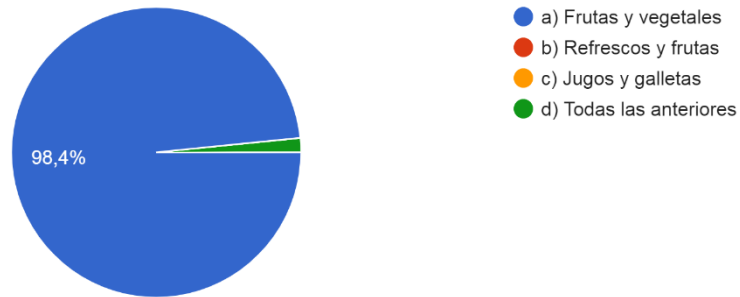
	NIVEL CONOCIMIENTO PREVENCIÓN		
EDAD (AÑOS)	Bueno	Malo	Regular
18-19	1.5%	.0%	.0%
20-29	22.1%	.0%	14.7%
30-39	39.7%	.0%	8.8%
40-49	4.4%	.0%	7.4%
50-59	1.5%	.0%	1.5%

Tabla 4.1. Nivel de conocimientos acerca de prevención con relación a la edad.

Los padres de familia (39.75%) en edad entre 30-39 años, un 22.1% en edad entre los 20-29 años y un 4.4% en edad entre 40-49 años obtuvieron un nivel bueno en cuanto al tema de prevención.

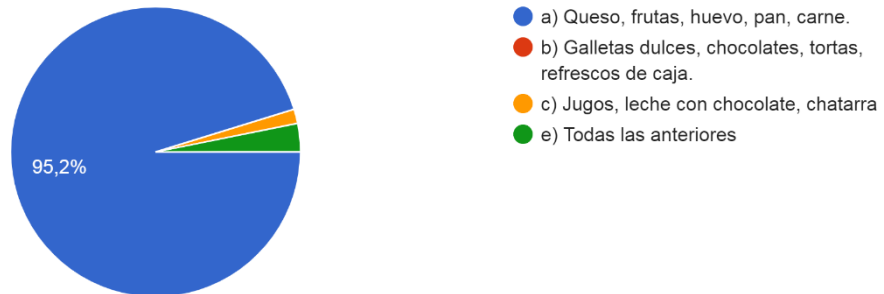
Estos resultados son alarmantes ya que la prevención es la principal estrategia para evitar las enfermedades bucales, es un indicativo de la importancia en promover la asistencia a consulta odontológica en edades tempranas para la educación de los padres y madres de familia.

11. ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?



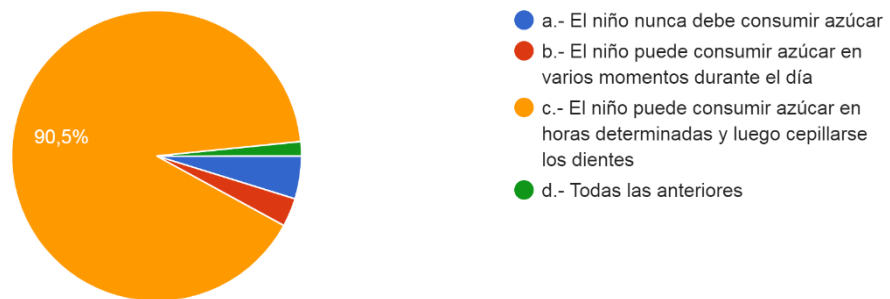
Gráfica 5. Frutas y vegetales fue la respuesta acertada del 98.4 % de los padres que participaron.

12. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?



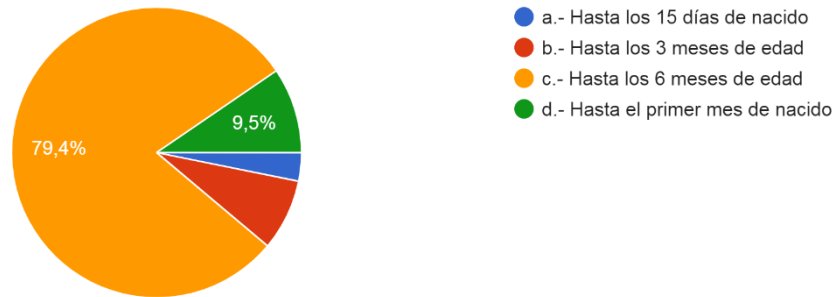
Gráfica 5.1. Un 95.2% de los padres respondieron que los alimentos que debe contener la lonchera de sus hijos deben contener alimentos como el queso, frutas, huevo, pan y carne.

13. Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto.



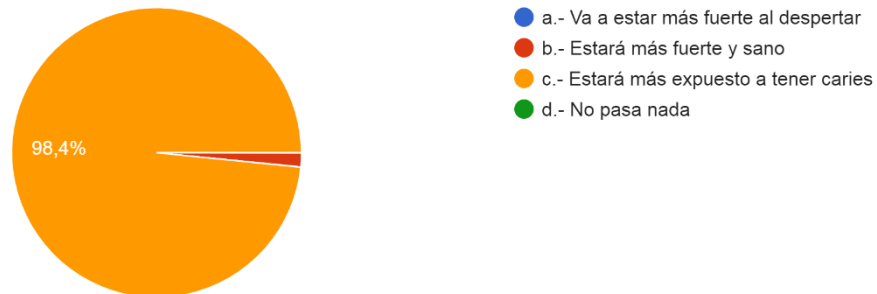
Gráfica 5.2. Con respecto a los azúcares el 90.5% de los participantes conocen la importancia de que sus hijos se laven los dientes después del consumo de azúcares.

14. ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño solo lactancia materna?



Gráfica 5.3. Un 79.4% de los padres coinciden con la respuesta correcta que hasta la edad de los 6 meses de edad es recomendable solo la lactancia materna.

15. Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche
¿Qué causaría?



Gráfica 5.4. Un 98.4% de los participantes conoce la consecuencia de que un niño duerma con el biberón con líquidos azucarados sea un factor para el desarrollo de la caries.

	NIVEL CONOCIMIENTO DIETA		
NIVEL DE ESTUDIOS	Bueno	Malo	Regular
Educación primaria	10.3%	.0%	.0%
Educación secundaria	23.5%	.0%	11.8%
Educación técnica y/o superior	42.6%	.0%	11.8%

Tabla 5. Nivel de conocimientos acerca de la dieta con relación al nivel educativo.

El nivel de conocimientos con respecto al tema de dieta el 42.6% de los participantes con nivel educativo técnico y/o superior, nivel de secundaria 23.5% y con primaria un 10.3% se valoró como bueno.

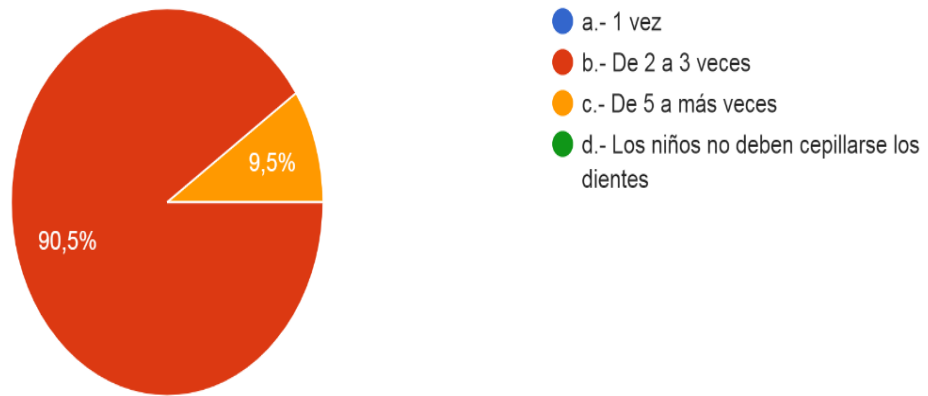
	NIVEL CONOCIMIENTO DIETA		
EDAD (AÑOS)	Bueno	Malo	Regular
18-19	.0%	.0%	1.5%
20-29	30.9%	.0%	5.9%
30-39	35.3%	.0%	13.2%
40-49	8.8%	.0%	2.9%
50-59	1.5%	.0%	.0%

Tabla 5.1. Nivel de conocimientos acerca de dieta con relación a la edad.

Con relación al nivel de conocimiento al tema de dieta se consideró bueno en padres en edad entre los 30-39 años (35.3%) y de 20-29 años (30.9%).

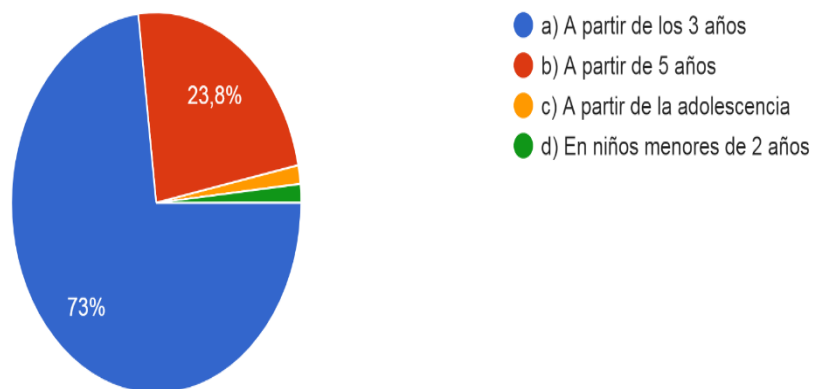
Es de suma importancia identificar a los alimentos que contienen cantidades excesivas de azúcar que son la causa de múltiples problemas en el estado de la salud en general, por ello el padre o madre de familia deberá llevar una dieta equilibrada y balanceada para disfrutar de una vida sana, de dientes y encías sanas. Para una buena salud bucodental, asegúrese del consumo suficiente de agua y comer una variedad de alimentos de cada uno de los cinco grandes grupos específicos de alimentos: contengan proteínas, cereales, frutas, hortalizas, productos lácteos. Con el reciente etiquetado de productos con la leyenda “Exceso de...” contribuirá a fomentar hábitos alimenticios con lo cual se espera disminuir la incidencia en las estadísticas de enfermedad de caries.

16. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?



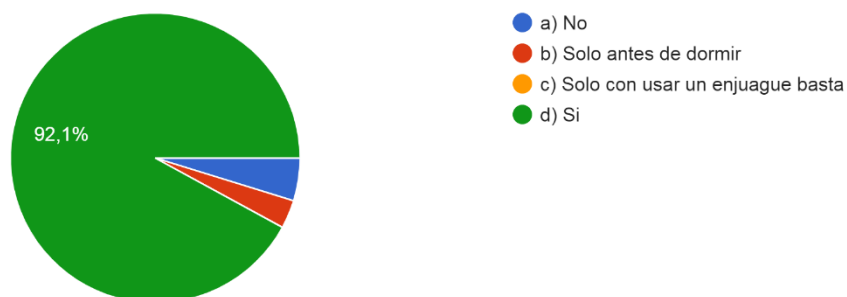
Gráfica 6. Se muestra que un 90.5% de los padres saben que el niño debe cepillarse los dientes de dos a tres veces al día los dientes.

17. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?



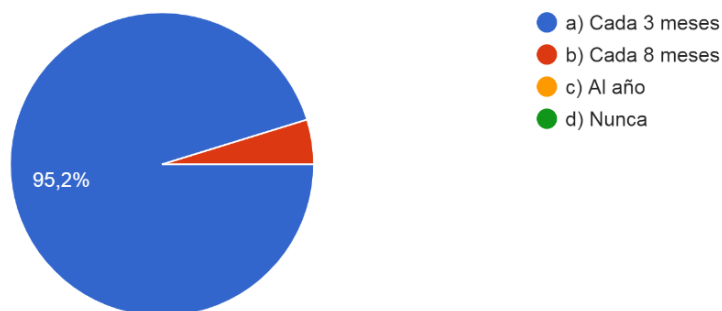
Gráfica 6.1. Solo el 23.8% de los padres de familia que respondieron, aún desconocen la edad en la que es recomendable que sus hijos utilicen pastas con flúor.

18. ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?



Gráfica 6.2. La importancia que tiene remover los restos de alimentos después de cada comida con el cepillado la conoce el 92.1% de los participantes.

19. ¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?



Gráfica 6.3. Cada tres meses fue la respuesta del 95.2% de los padres de familia que respondieron que tiempo es el adecuado para cambiar el cepillo dental.

20. En cuanto al cepillado dental:



Gráfica 6.4. Un 85.7% de padres participantes saben que deben supervisar el cepillado dental.

NIVEL DE ESTUDIOS	NIVEL CONOCIMIENTO HIGIENE BUCAL		
	Bueno	Malo	Regular
Educación primaria	7.4%	.0%	2.9%
Educación secundaria	23.5%	.0%	11.8%
Educación técnica y/o superior	50.0%	.0%	4.4%

Tabla 6. Relación de los conocimientos acerca de la higiene bucal con el nivel de educativo.

Los padres de familia con educación técnica y/o superior el 50%, nivel de secundaria 23.5% y nivel de primaria 7.4% su nivel de conocimiento es bueno respecto al tema de higiene bucal.

EDAD (AÑOS)	NIVEL CONOCIMIENTO HIGIENE BUCAL		
	Bueno	Malo	Regular
18-19	.0%	.0%	1.5%
20-29	29.4%	.0%	7.4%
30-39	42.6%	.0%	5.9%
40-49	7.4%	.0%	4.4%
50-59	1.5%	.0%	.0%

Tabla 6.6. Edad de los padres en relación con el nivel de conocimientos acerca de higiene bucal.

La mayoría de los participantes, el 42.6%, en edad entre los 30-39 años y de los 20-29 años, respecto al nivel de conocimiento de la higiene bucal obtuvieron un resultado bueno.

En cuanto a los resultados debemos mencionar que los conocimientos respecto al tema de higiene bucal se consideraron “buenos” pero es importante que el profesional en odontología reitere la necesidad de llevar a cabo una limpieza bucal y dental, deberá transmitir la información y adecuar técnicas, cepillos dentales y pastas de acuerdo a las necesidades de cada individuo esto es significativo para que los padres de familia puedan mejorar la higiene bucodental de sus hijos.

CONCLUSIONES

En este trabajo se encontró el nivel de conocimientos sobre salud bucal fue “bueno”, sin embargo, en algunos rubros fue “regular” destacando que fue en las edades de 30 y 39 años con una educación técnica y/o superior.

- ✓ Los conocimientos de transmisión y causas de caries estuvieron presentes, pero hay desinformación respecto a placa dentobacteriana, así como en la edad de la presencia de todos los dientes temporales.
- ✓ En cuanto al conocimiento acerca de prevención fueron deficientes ya que se desconoce el momento adecuado para la primera visita al odontólogo y las medidas preventivas que existen contra la caries dental.
- ✓ Respecto a la dieta adecuada que los hijos deben llevar, el conocimiento fue bueno, ya que hay consciencia sobre una alimentación equilibrada para, sin embargo, respecto al tema de la lactancia materna aún se tiene duda sobre su duración.
- ✓ Finalmente, los padres de familia saben el momento y número de veces del cepillado dental, así como la importancia del cambio del cepillo, pero desconocen la edad adecuada para usar pastas fluoradas y la importancia que tiene supervisar a los niños durante el cepillado.

Por tales motivos se recomienda que:

- La información sobre educación de salud bucal debe ser difundida de manera homogénea a todos los sectores de la población.
- Los conocimientos que poseen los padres/madres acerca de la salud bucal requieren ser reforzados por el odontólogo, médico de familiar y/o pediatra principalmente
- Padres y madres deben verse comprometidos con el estado de salud de sus hijos desde edades tempranas.
- Es pertinente la creación de programas oficiales para informar, promover y concientizar a los padres de familia sobre salud bucal.
- Es importante la transmisión personalizada de cómo llevar a cabo la higiene bucal, lo que implica la supervisión y creación de hábitos por parte de los padres de familia a los hijos.
- Los profesionales deben implementar estrategias comprensibles a los padres/madres de familia de cuando al inicio de las acciones preventivas, dietéticas y de higiene bucodental para conservar la salud bucal e indirectamente la sistémica.

ANEXO

CUESTIONARIO

El presente cuestionario es confidencial y tiene como propósito saber el nivel de conocimientos que Ud. posee sobre salud bucal. Por favor responder todas las preguntas.

Fecha: _____

Nombre de su niño(a): _____

Edad de su niño(a): _____ año(s)

_____ Mes(es)

¿Quién responde al cuestionario?

a) Padre b) Madre c) Otro parentesco

Edad del informante: _____

Nivel de estudios del padre/madre:

- a) Ninguna
- b) Educación Primaria
- c) Educación Secundaria
- d) Educación Técnica y/o Superior

Instrucciones:

El cuestionario está elaborado para que usted, de acuerdo a su criterio, indique una respuesta mediante una equis (X).

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
- b.- No es una enfermedad
- c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
- d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de comida chatarra.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

- a) Compartir utensilios
- b) Compartir cepillos dentales
- c) Besos en la boca
- d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa dentobacteriana?

- a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
- c.- Es el sarro que se forma en los dientes
- d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
- b) No, porque no cumplen ninguna función
- c) No, porque al final se van a caer
- d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

- a) 2 años
- b) 4 años
- c) 6 años
- d) 8 años

PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Si, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque está con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

DIETA

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales
- b) Refrescos y frutas
- c) Jugos y galletas
- d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Jugos, leche con chocolate, chatarra
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a.- El niño nunca debe consumir azúcar
- b.- El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c.- El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d.- Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño solo lactancia materna?

- a.- Hasta los 15 días de nacido
- b.- Hasta los 3 meses de edad
- c.- Hasta los 6 meses de edad
- d.- Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a.- Va a estar más fuerte al despertar
- b.- Estará más fuerte y sano
- c.- Estará más expuesto a tener caries
- d.- No pasa nada

HIGIENE BUCAL

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a.- 1 vez
- b.- De 2 a 3 veces
- c.- De 5 a más veces
- d.- Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 3 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuague basta
- d) Si

19.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental:

- a.- El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b.- Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c.- El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d.- En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental

Agradecemos su atención y cooperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Salud bucal del preescolar y escolar. México. Primera edición. Noviembre de 2011
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental Indicadores de la OMS. 2017.
3. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. México. 2012.
4. Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. 4ta. Ed. Elsevier Masson; 2013.
5. Higashida B. Odontología preventiva. 2da ed. México. MCGRAW HILL/INTERA; 2009.
6. Walter IRF, Ferelle A, Issao M. Odontología para él bebe: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. 1era ed. Artes Médicas; 2000.
7. Hescot P. El desafío de las enfermedades bucodentales, una llamada a la acción global. 2ª ed. 2015. pp 16-22.
8. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 2011-2014. Consultado 27 de septiembre 2020. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415774/Informe_de_Caries_Dental_Encuesta_Nacional_de_Caries_y_Fluorosis_Dental_2011-2014_2.pdf
9. Secretaría de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB; Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. México; 2018. URL disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>
10. Hirose LMG. En México, 10 millones de niños con caries. Boletín UNAM–DGCS-538. Ciudad Universitaria. 2019.
11. Guerrero RVM, García GM A, Guadalupe MSC. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Rev. ADM. 2009; Vol. LXV No. 3 Mayo-Junio. pp3-4.
12. Bordoni N, Escobar A. Odontología pediátrica la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2010.
13. Arana MG, Zoraya LT, Heske INC. Placa dentobacteriana investigación documental para optar al grado de doctor en cirugía dental trabajo de graduación. 2003.
14. Pérez-Domínguez J, González García, A, Niebla Fuentes M, Ascencio Montiel I. Encuesta de prevalencia de caries dental en niños y adolescentes. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010; 48(1):25-9.

15. Poyato FM, Segura EJJ, Ríos SV, Bullón FP. La placa bacteriana: Conceptos básicos para el higienista bucodental. *Periodoncia* 2001; 11 (Nº 2) Fasc. 5:149-164.
16. De la Fuente H, Sifuentes VCM, Nieto CME. Promoción y educación para la salud en odontología. 1era ed. *El Manual Moderno*; 2014.
17. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23ª ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [01/04/2020].
18. La Atención Primaria de la Salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo. ISBN 978 92 4 356373 2. Ginebra, 2008 Citado 01/04/2020. Disponible en: www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf 154 pp.
19. NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Secretaría de salud. *Diario Oficial de la Federación*; 2016.
20. Barceló EB. *Odontología para bebés: estrategia de prevención*. 1era ed. Trillas; 2007.
21. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int* vol.33 no.1 Montevideo abr. 2011
22. Herazo Acuña B. *Clínica Del Sano Em Odontología*. 4ta ed. Ecoe Ediciones; 2012.
23. Moscardini VM, Díaz HS, De Rossi M, Nelson-Filho P, De Rossi A. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2017; 7(2).
24. Palma C, Cahuana A. Orientaciones para la salud bucal en los primeros años de vida. *Odontol Pediátr (Madrid)* 2011; 19(2):101-16.
25. Martínez AJ, Pena RT, García MA. Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. *Rev. Med. Electrón.* [online]. 2011; 33(4):499-508. ISSN 1684-1824.
26. de la Luz AC. Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 23]; 87(3):257-62. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300009&lng=es.
27. *Dental Tribune*. El periódico dental del mundo. *Odontología para bebés*. 2013; 8(10).
28. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Contenidos Educativos en Salud Bucal Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 de julio de 2003.
29. Secretaría Distrital de Salud. Institución Universitaria Colegios de Colombia, UNICOC - Colegio Odontológico. *Guía de práctica clínica en salud oral Higiene Oral*. Bogotá, D. C. 2010. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%](http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%9a)

30. de Jesús Pérez PT, Rosa Scherman LLR. Fluorosis dental en niños y flúor en el agua de consumo humano. 2007; IX(3).
31. González SM, González Nieto BA, González NE. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2013 Jul [citado 2020 Feb 24]; 28 (Supl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es
32. Órgano Oficial de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP). *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. Vol. 7 N° 2 Julio-Diciembre 2017.
33. Guerra HM, Rondón DN, Zamudio ACY, Hoffmann MI. Hábitos alimenticios y su relación con la caries de la primera infancia. *Rev Venez Invest Odont IADR*. 2019;7(1):41-59.
34. Barroso BJ, Guinot JF, Barbero CV, Bellet DJL. La importancia de la dieta en la prevención de la caries. *Gaceta Dental* 2007; 181, mayo.
35. De los Ángeles RM, Paniagua SP, de la Fuente HJ, Shimada BH, Reyes DJF, Acosta TSL. Componentes culturales que influyen en la salud bucal. *Salud (i) ciencia (impresa)*; 2015; mayo 21(3): 294-300. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281284678_componentes_culturales_que_influyen_en_la_salud_bucal
36. Meza GG. Conocimientos y actitudes de salud buco-dental en población de Oaxaca de Juárez. *Revista Mexicana de Estomatología* 2019; Enero–Junio 6(1).
37. Luengo FJA, Toscano GI, Medrano CLE, Anaya AM. Conocimientos sobre salud bucal en un grupo de gestantes mexicanas. *Acta Univ.* [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Feb 12]; 28(3): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300065&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15174/au2018.1477>.
38. Salazar GNA. Moreno EX, Hernández AKE, Isidro OLB, Guzmán PC. Nivel de conocimiento de salud bucal de padres y/o cuidadores y el estado de salud bucal de lactantes. *Rev Tamé*. 2017; 6(17):612-4.
39. Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. Actualizado a julio 2019. Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf
40. Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares.
41. Gaeta GML, Cavazos AJ. Programa educativo de higiene dental en preescolares de contextos vulnerables. La preparación psicológica parental y el rol docente. *Revista Iberoamericana de Educación* 2017; 75:165-80].

42. Cupé ACA, García RRC. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun; 25(2):112-121.

CAPÍTULO III: ANTECEDENTES

1. Zona de influencia

A. Ubicación geográfica

La alcaldía se encuentra ubicada entre los paralelos 19°09' y 19°19' de latitud norte; los meridianos 99°00' y 99°10' de longitud oeste; altitud entre 2,275 msnm. Colinda al norte con las alcaldías Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este con las alcaldías Tláhuac y Milpa Alta; al sur con las alcaldías Milpa Alta y Tlalpan; al oeste con la alcaldía Tlalpan (INEGI, 2015).

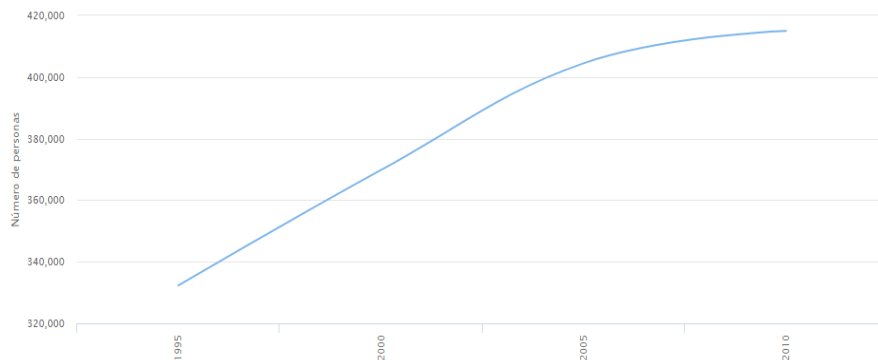
La clínica estomatológica “San Lorenzo Atemoaya” se encuentra ubicada en la alcaldía Xochimilco en la colonia San Lorenzo Atemoaya en la calle Miguel Hidalgo 9, en la Ciudad de México.



Figura 1. Ubicación de la clínica estomatológica. Fuente: Google Maps

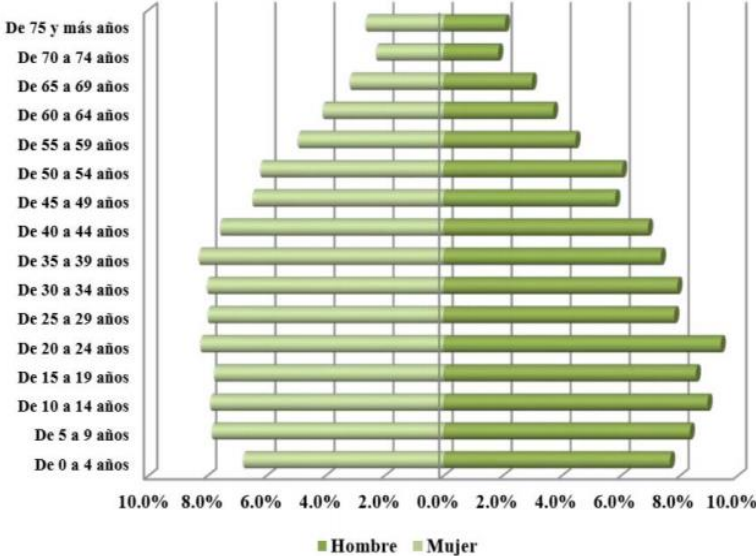
B. Aspectos demográficos

Población total



Gráfica 1. Población total. Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2010.

En la gráfica se muestra el incremento poblacional de 1995 con 332,000 número de personas a 2010 con un total de 415,000.

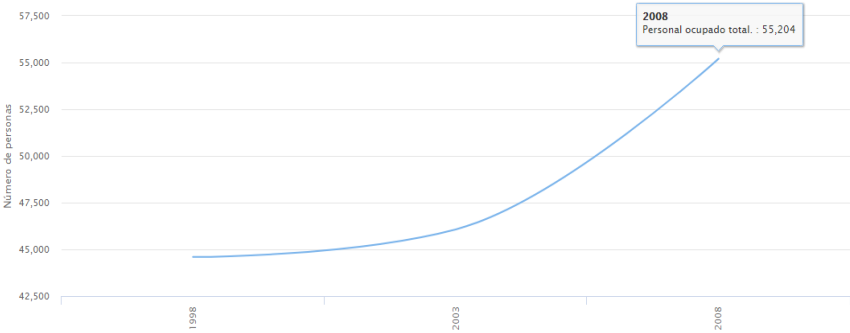


Gráfica 2. Pirámide poblacional de Xochimilco, 2010. Fuente: CONEVAL (2016), con datos del INEGI (2015).

La población total de la Delegación es de 415,000 y como se observa en la gráfica se nota que la población aún es muy joven, pues tiene una base considerable y en los rangos de entre 10 y 35 años se ubica la mayor proporción de su población. Mientras que en la parte superior existe poca concentración poblacional aún.

Ocupación

La gráfica muestra el incremento del personal ocupado total desde el año 1999 al 2008.



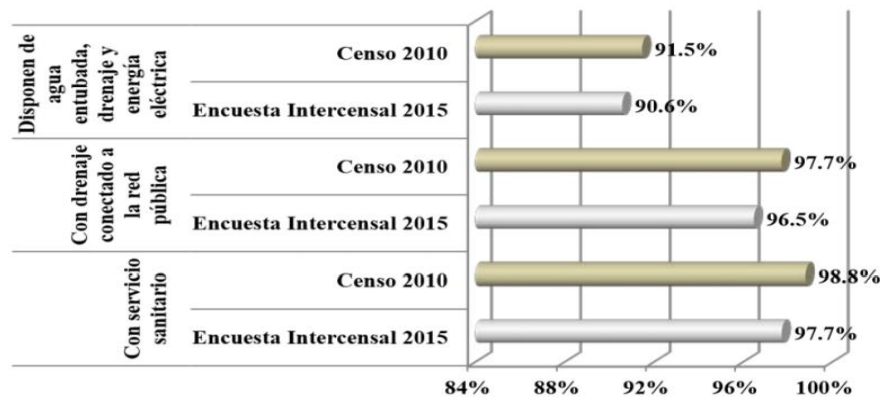
Gráfica 3. Personal ocupado. Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2010.

Xochimilco cuenta con personal ocupado de 55,204, y éstos se encuentran divididos en diferentes sectores:

Sector	No. de personas
Sector 23. Construcción	815
Sector 31-33. Industrias manufactureras	14,745
Sector 48-49. Transportes	1,526
Sector 52. Servicios financieros y de seguros.	94
Gran sector 43-46. Comercio	344,588
Gran sector 51, 53, 54, 56, 61, 62, 71, 72 y 81: servicios privados no financieros	17,381

Tabla 1. Sectores. Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2008.

C. Servicios

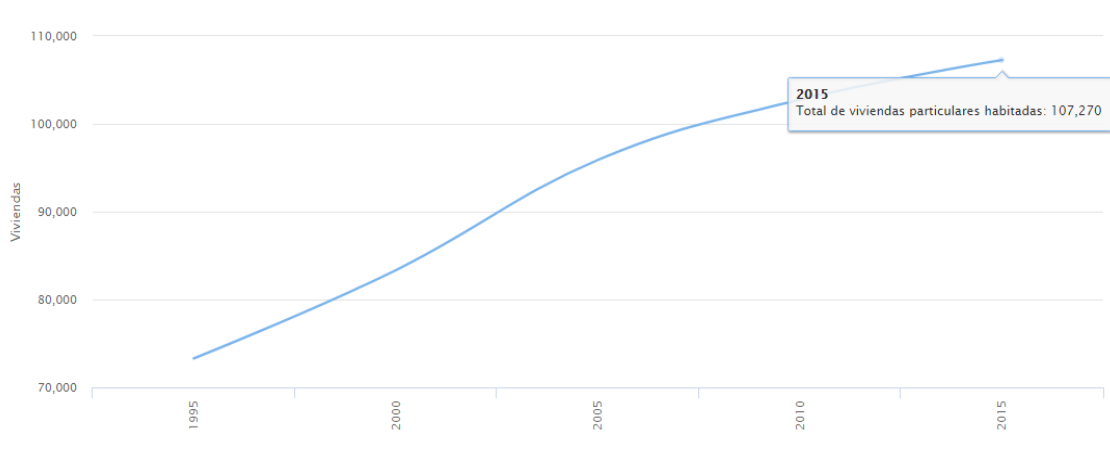


Gráfica 4. Porcentaje de viviendas con servicios básicos. Fuente: CONEVAL (2016), con datos del INEGI (2015).

Para los servicios básicos con los que cuentan las viviendas existieron incrementos de 2010 a 2015 de alrededor de cinco mil viviendas en el rubro de acceso a sanitario y drenaje conectado a red pública. En tanto, al analizar de forma conjunta si la vivienda cuenta con servicio de drenaje, agua entubada y energía eléctrica se encontró que mientras en 2010 el total de viviendas que cuentan con estos servicios ascendía a más de 92,000; para el año 2015 el valor se ubicó en poco más de 97,000 pero al hacer el contraste en términos porcentuales contra el total de viviendas habitadas que se observa en la Gráfica 9 se tiene que la presencia de una disminución marginal de 0.9 por ciento pues se pasa del 91.5% a 90.6% en el caso de las viviendas que disponen de los tres servicios. (CONEVAL, 2016).

D. Vivienda

Total de viviendas particulares habitadas.

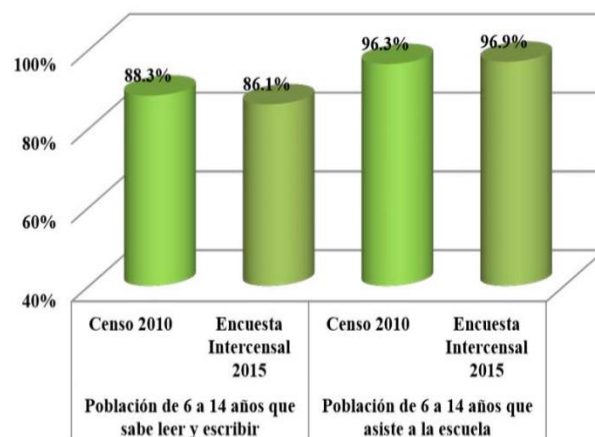


Gráfica 5. Viviendas particulares habitadas. Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2015.

Para este censo se registraron viviendas particulares habitadas de cualquier clase: casa independiente, departamento en edificio, vivienda o cuarto en vecindad, vivienda o cuarto de azotea, local no construido para habitación, vivienda móvil, refugios y clase no especificada. Incluye a las viviendas particulares sin información de ocupantes.

E. Servicios educativos

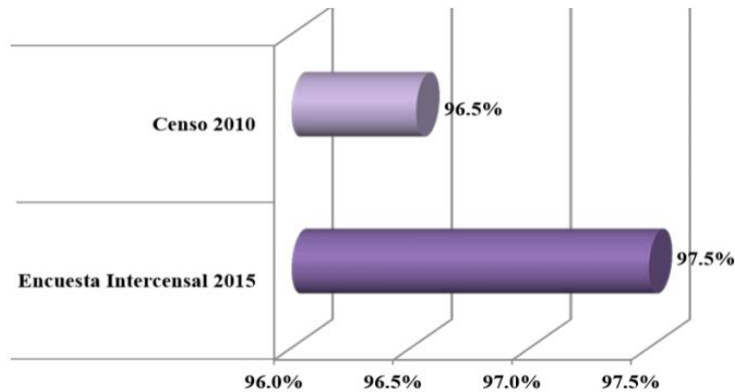
En la alcaldía Xochimilco viven 61 mil 712 niños de entre seis y catorce años, de los cuales 59 mil 807 asisten a la escuela y 53 mil 140 saben leer y escribir. Según cifras del INEGI, entre los años 2010 y 2015 el valor total de esta población, disminuyó ligeramente. Además, existe un incremento marginal en términos relativos de la población de esta edad que asiste a la escuela, pasando de 96.3% a 96.9% y una disminución en la



Gráfica 6. Distribución de la población de 6 a 14 años que sabe leer, escribir y asiste a la escuela. Fuente: CONEVAL (2016), con datos del INEGI (2015).

población que sabe leer y escribir 88.3% a 86 % de personas analfabetas.

Respecto de la población de 15 años y más, hubo un incremento considerable de individuos de 8,062 del año 2010 a 2015. Asimismo, se encontró que la población alfabetizada se incrementó lo que, en términos porcentuales, significó un aumento de 1.0% al pasar de 96.5% a 97.5 %, como se muestra en la siguiente gráfica. También se redujo el porcentaje de personas sin instrucción pasando de 2.7% a 1.9%; además, pudo notarse la existencia de un incremento de 7.1 por ciento de la población que posee estudios de primaria, al pasar de 77.2% a 84.3%.



Gráfica 7. Población alfabetizada de Xochimilco, de 15 años o más. Fuente: CONEVAL (2016), con datos del INEGI (2015).

F. Servicios de salud

Según las últimas cifras del INEGI (2018), la alcaldía de Xochimilco cuenta con el siguiente número de Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud.

- 27 Consulta Externa
- 1 Hospitalización General
- 2 Hospitalización Especializada

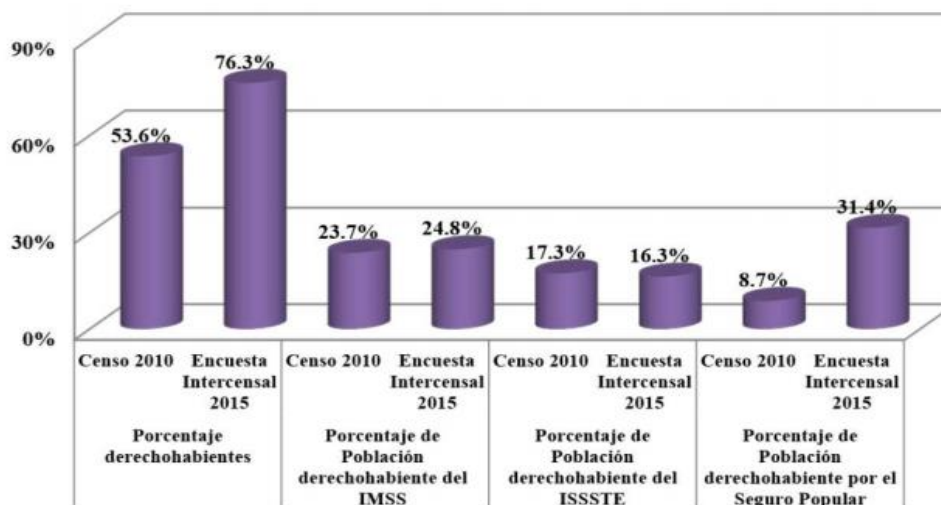
Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud por delegación y nivel de operación según institución
Al 31 de diciembre de 2016

Cuadro 5.6

Delegación Nivel	Total	IMSS a/	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS- PROSPERA	SSA b/
Milpa Alta	19	ND	1	0	ND	3	15
De consulta externa	18	ND	1	0	ND	3	14
De hospitalización general	1	ND	0	0	ND	0	1
De hospitalización especializada	0	ND	0	0	ND	0	0
Tláhuac	24	ND	0	0	ND	3	21
De consulta externa	22	ND	0	0	ND	3	19
De hospitalización general	1	ND	0	0	ND	0	1
De hospitalización especializada	1	ND	0	0	ND	0	1
Tlalpan	47	ND	5	3	ND	5	34
De consulta externa	42	ND	5	1	ND	5	31
De hospitalización general	3	ND	0	1	ND	0	2
De hospitalización especializada	2	ND	0	1	ND	0	1
Venustiano Carranza	35	ND	4	0	ND	0	31
De consulta externa	31	ND	4	0	ND	0	27
De hospitalización general	1	ND	0	0	ND	0	1
De hospitalización especializada	3	ND	0	0	ND	0	3
Xochimilco	30	ND	2	0	ND	5	23
De consulta externa	27	ND	2	0	ND	5	20
De hospitalización general	1	ND	0	0	ND	0	1
De hospitalización especializada	2	ND	0	0	ND	0	2

Tabla 2. Unidades médicas en servicio. Fuente: INEGI. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017

En cuanto al acceso a servicios de salud, el 76.3% de la población de la alcaldía posee algún tipo de servicio de salud, lo cual refleja un incremento de 22.7 puntos porcentuales entre el Censo 2010 y la Encuesta Intercensal 2015. Se observa que el porcentaje de derechohabientes del IMSS aumentó 1.1%; el porcentaje de derechohabientes del ISSSTE disminuyó 1.0%; mientras que el crecimiento más significativo lo tuvo el Seguro Popular pasando del 8.7% a 31.4%.



Gráfica 8. Porcentaje de Población Derechohabiente por Institución. Fuente: CONEVAL (2016), con datos del INEGI (2015).

G. Morbilidad

Con base en información del INEGI y la Secretaría de Salud, hasta el 2018, las principales causas de morbilidad han sido las enfermedades infecciosas los tres primeros lugares como causa de morbilidad los han ocupado las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas y la infección de vías urinarias.

No obstante, cabe mencionar que al comparar el comportamiento de enfermedades infecciosas frecuentes como las respiratorias y las intestinales se observan algunas fluctuaciones.

Durante el periodo de 1984 a 2018 la tasa de morbilidad por infecciones respiratorias se incrementó de forma notable, específicamente entre 1994 y 1998 y desde 2003 la tasa se ha mantenido relativamente constante. Lo mismo ocurrió en el caso de infecciones intestinales.

<i>Orden de importancia</i>	<i>Tasa por mil habitantes</i>	<i>Porcentaje</i>
Infecciones respiratorias agudas	27,493,239	229.7
Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas	4,941,427	41.3
Infección de vías urinarias		35.5
Úlceras, gastritis y duodenitis	1,497,802	12.5
Gingivitis y enfermedades periodontales	1,119,159	9.3
Otitis media aguda	639,625	5.3
HAS	356,712	4.0
Conjuntivitis	480,332	3.8
Diabetes mellitus tipo 2	381,099	3.2
Obesidad	356,712	3.0
Vulvovaginitis aguda	355,600	3.0
Asma y estado asmático	304,480	2.5
Intoxicación por picadura de alacrán	300,515	2.5
Amibiasis intestinal	299,242	2.5
Candidiasis urogenital	234,969	2.0
Síndrome febril	239,913	2.0
Varicela	239,535	2.0
Otras helmintiasis	230,001	11.9
Neumonías y bronconeumonías	174,748	1.5
Faringitis y amigdalitis estreptocócica	160,506	1.3
Total de principales causas	44,158,240	368.9

Tabla 3. 20 principales causas de morbilidad Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología: Anuarios de Morbilidad

H. Mortalidad

Basándose en información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática con datos registrados de 1994 a 2018, el número de fallecimientos en la alcaldía Xochimilco, no ha aumentado considerablemente.

La proporción de fallecimientos la sitúa junto a demarcaciones como Tlalpan y Coyoacán como una de las más seguras. Aunque en el mapa señala algunas zonas de alcaldías como Iztacalco, Azcapotzalco, Benito Juárez y Cuauhtémoc como zonas “no conflictivas y seguras”.

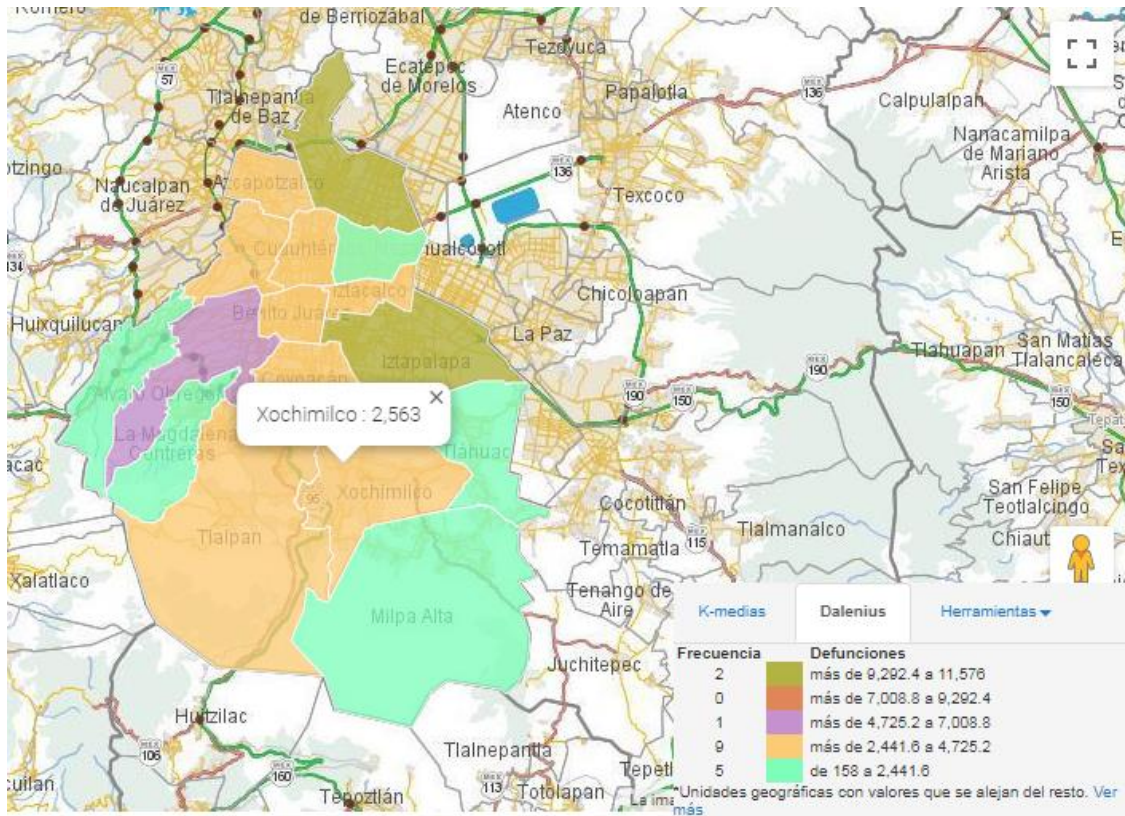


Figura 2. Mapa de la alcaldía Xochimilco indicando el número de defunciones. Fuente: INEGI. Censos y Cuentos de Población y Vivienda 2015.

Para entender mejor, en 1994 hubo 1,450 fallecimientos, según cifras del INEGI sin precisar los motivos, 10 años más tarde, en 2004 hubo 1,761 muertes en ese año, lo que indicó que el número de fallecimientos no aumentó significativamente.

En los años subsiguientes, el número de muerte por año no rebasó los 200 por año y en 2018 llegó a 2,563 muertos.

1.2 ANÁLISIS DE CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

La alcaldía Xochimilco, se localiza al sureste de la ciudad de México, es una de las demarcaciones que presenta el desarrollo social más bajo en la ciudad, en comparación con las otras 15 alcaldías. El 35 por ciento de sus habitantes hace uso de los servicios de salud públicos, para atenderse problemas generales de salud, asistiendo a las tres clínicas con las que cuenta Xochimilco. Por otro lado, el área de salud bucal es muy bajo cuenta con muy pocas clínicas en la materia, considerando que el número de población con problemas de caries supera los

200,000 habitantes, casi la mitad de su población. Ante esto, cabe destacar la labor de la clínica de atención estomatológica de San Lorenzo Atemoaya, perteneciente a la UAM Xochimilco y que atiende a más de 200 pacientes menores de 3 años de edad por trimestre, con algún problema de salud bucal.

Además, la clínica atiende a los habitantes de las comunidades aledañas, quienes constituyen el foco central de atención, que también abarca a quienes la requieran, con independencia de donde provengan o si cuentan con algún tipo de seguridad social, de modo que en la clínica de atención estomatológica de San Lorenzo Atemoaya, perteneciente a la UAM Xochimilco no distingue si son o no derechohabientes, pero hay que destacar que sí tiene limitaciones por tratarse de un programa académico que no posee capacidad de respuesta a todas las solicitudes.

La prevención de enfermedades es un aspecto esencial, en esta clínica, por lo que se orienta a todos los habitantes de la alcaldía Xochimilco, en cuanto al cuidado de la salud bucal para evitar la aparición de caries, afecciones en las encías y demás tejidos de la boca mediante limpiezas profesionales y técnicas de cepillado.

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DE SAN LORENZO ATEMOAYA

Los Laboratorios de Diseño y Comprobación (L.D.C. o Clínicas Estomatológicas) son espacios universitarios donde los alumnos integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos que son aplicados en la clínica.

En ellos se desarrollan:

- ❖ Habilidades y destrezas en la atención a las enfermedades bucodentales
- ❖ Acciones de servicio para las comunidades que residen en sus áreas de influencia
- ❖ Investigación para abordar y resolver los problemas estomatológicos de la población

1.1 Ubicación

Av. Hidalgo No. 19 esquina Cuauhtémoc, San Lorenzo Atemoaya 16400 Xochimilco, Ciudad de México. Con un horario de atención: 08:00-14:00 y 15:00-20:00 de lunes a viernes.

1.2 Organización

Para el funcionamiento y mantenimiento adecuado del Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo está organizado de la siguiente manera:

- Director y docentes de apoyo: Están a cargo de la integración y organización de los alumnos de estomatología de 4° a 12° trimestre.
- Las actividades administrativas como la recepción de pacientes, asistencia, llenado de actividades clínicas son realizadas por los alumnos.
- Secretaria: Encargada de atender llamadas telefónicas, entrega de expedientes y realizar actividades que se requieran en su área de trabajo.
- Docentes de apoyo: Están cargo de autorizar y supervisar las actividades a los alumnos.
- Pasantes: Encargados de realizar la distribución de pacientes a cada inicio de trimestre, de la toma de ortopantomografías, llevar el rol de los alumnos para sus actividades administrativas y de emergencia, además de apoyar al director en actividades clínicas que se requieran.
- Administrador: Se encarga de realizar el inventario de los insumos en el almacén al iniciar y concluir cada trimestre, así como el control de los pagos realizados por los pacientes que solicitan el servicio en la clínica.
- Encargados de roseta: Proveen a los alumnos el material, instrumental y equipo que se requieran para las actividades clínicas además de la esterilización del material dental.
- Vigilancia: Encargada del registro de las personas que llegan a solicitar un tratamiento y de supervisar que el orden permanezca.
- Intendencia: Personal encargada de mantener limpia la clínica en general y supervisar que se mantengan en ese estado.

1.3 Recursos

La clínica estomatológica cuenta con los recursos proporcionados por la misma institución, en cada una de sus instalaciones podemos encontrar las áreas designadas como lo son:

- Área de esterilización.
- Área para desechos RPBI.
- Área clínica.
- Área de imagenología.

2.4 Programas de servicios

Programas de Atención

Programa de Atención al Niño

Brinda su servicio para mejorar la salud bucal de la población infantil a través de la aplicación de medidas de protección específica, promoción de la salud y atención integral de los problemas de mayor prevalencia, como son: caries dental, periodontopatías y maloclusiones. Los días de atención: martes y jueves con dos turnos:

- Turno matutino: de 8:30 a 14:00 hrs.
- Turno vespertino: de 15:00 a 20:00 hrs.

Programa de Atención al Adulto

Tiene como objetivo atender las necesidades de salud bucal de la población adulta y grupos específicos como gestantes y adultos mayores

En este programa se proporciona atención integral programada como:

- Diagnóstico bucal y de enfermedades sistémicas con repercusiones bucales.
- Actividades educativo-preventivas.
- Servicio de Patología y Medicina Bucal.
- Atención básica en áreas de operatoria, endodoncia, periodoncia, prótesis y cirugía bucal.

Los días de atención: lunes, miércoles y viernes en dos turnos, matutino: de 8:30 a 14:00 hrs y vespertino: de 15:00 a 20:00 hrs.

Servicio en urgencias

Orientado para la solución de problemas en la demanda espontánea para: niños y adultos los días de atención es de lunes a viernes en ambos turnos matutino: de 8:30 a 14:00 hrs. y vespertino: de 15:00 a 18:00 hrs.

2. PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

El programa Comunitario de Odontología para el bebé implementado por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) a cargo de la doctora Analy Reséndiz López (responsable del área y profesora-investigadora de la Unidad Xochimilco), es el primero en su tipo en el país, brinda atención y orientación preventiva a las madres, padres o cuidadores. El programa presta sus servicios a la población de niños de 0 a 36 meses de la comunidad aledaña a San Lorenzo Atemoaya, México.



Fuente: Facebook Odontología para el bebé

El servicio social se realizó en septiembre de 2019 a marzo de 2020 en el programa de *Odontología para el bebé*, el cual tiene por objetivo, la promoción y educación de los padres de familia y/o cuidadores de realizar una buena práctica de la higiene bucal en edades tempranas y la importancia que tiene la prevención de enfermedades bucales.

El **Programa Comunitario de Odontología para el Bebé** es un proyecto que tiene mayormente su enfoque en la prevención y no en la restauración, es un servicio comunitario y atiende a niños desde edades muy tempranas. Uno de los mayores retos que enfrenta el proyecto es poder influir en los conocimientos de los padres respecto a la higiene bucal, ya que en su cultura tiene distintos hábitos y creencias arraigadas, además se pretende hacer una reeducación y aclaración de dudas. Con este programa y todo lo que se presenta en él se busca, la promoción, educación acerca de la importancia de la prevención y de la salud bucal, así como la concientización por parte de los padres para realizar una higiene bucal adecuada desde los primeros meses de vida y que con esto se genere un hábito en el bebé o niño(a) para mantener en las mejores condiciones posibles la cavidad bucal y con esto disminuir la prevalencia de la caries dental.

BIBLIOGRAFIA

1. Google Maps. Mapa 2020 INEGI. Clínica Estomatológica San Lorenzo – UAM Xochimilco: Miguel Hidalgo 9, San Lorenzo Atemoaya 16400 CDMX.
2. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Resultados definitivos, México. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/>
3. INEGI. Catálogo Nacional de Indicadores. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo: www.inegi.org.mx. 12 de mayo 2016.
4. CONEVAL. Estadísticas de Pobreza y Evaluación de Programas Sociales en el Distrito Federal 2013 - 2018. www.coneval.org.mx: consulta 3 de julio 2020
5. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología: Anuarios de Morbilidad 1984 – 2019 www.gob.mx/salud/: fecha de consulta, 23 de junio de 2020.
6. Dental Tribune Latin América. Primera clínica dental para bebés en México. Revista on line 5 de abril 2017: Fecha de acceso, 5 de mayo de 2020.
7. Reséndiz López A. Manual de Atención odontológica comunitaria al lactante (Odontología para el bebé) en San Lorenzo Atemoaya, UAM; México: p. 1-91. 2017.
8. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Clínicas estomatológicas. [Internet]. Ciudad de México. [Consultado 5 Mayo 2020]. Disponible en: <http://www2.xoc.uam.mx/ofertaeducativa/divisiones/cbs/coordinaciones/clinicas/atencion/>

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Las actividades se desarrollaron intramuros dentro del área designada en la clínica estomatológica San Lorenzo Atemoaya, en el programa de odontología para el bebé con los recursos necesarios y proporcionados por la Universidad Autónoma Metropolitana para llevarlas a cabo bajo la dirección y supervisión de la Odontopediatra. responsable Analy Reséndiz López.

Para el ejercicio de cada una de las actividades, los pasantes de la licenciatura en estomatología contamos con capacitación para realizar las distintas actividades como son de:

- Diagnóstico (historia clínica).
- Promoción a la salud (pláticas de salud bucal).
- Preventivas (control de placa dentobacteriana, cepillado y la aplicación de flúor).
- Intermedias (asistencia).
- Administrativas (asignación de pacientes, control de infecciones, manejo de instrumental, manejo de pacientes, registro y manejo de pacientes).

El programa de odontología para el bebé se encuentra instalado en el área de quirófano dentro de la clínica de San Lorenzo Atemoaya y cuenta con:

- Dos unidades dentales.
- Dos camas de restricción.
- Dos lockers para almacenar material, instrumental y los expedientes.
- Una tarja.
- Una báscula.
- Sillas de espera.
- Dos mesas de trabajo.

El programa de odontología para el bebé cuenta con el espacio físico para enfocarse en dar pláticas a la madre, padre o tutores, a quienes se les muestra cómo llevar a cabo la correcta higiene bucal de los niños, por lo que se cuenta con materiales como:

- Espejos Intraorales.
- Exploradores.
- Sondas.
- Excavadores.
- Cepillos dentales de acuerdo a la etapa del paciente.

- Gasas.
- Vasos desechables.
- Flúor en barniz y en gel.
- Campos.
- Elementos de limpieza para las unidades dentales después de haber tratado a cada paciente.

Al inicio de cada trimestre se realizó la promoción del proyecto repartiendo folletos informativos y se les brindó una plática corta acerca de la prevención de caries y la importancia de llevar al lactante a una primera consulta dental, se les explicó la forma en que se trabaja dentro de la clínica y que es un proyecto gratuito a los padres o tutores, finalmente se les invitó a programar una cita en la agenda que se manejó durante el periodo correspondiente.

La atención se brindaba en los días martes y jueves y el horario era en el turno matutino de 9am a 2pm en el trimestre de septiembre del 2019 y los días de atención por parte del programa eran martes y jueves. A partir del mes de marzo del 2020 el programa se cambió al turno vespertino en un horario de las 3pm a 7pm y en los días de atención no hubo cambio. En los demás días de la semana (lunes, miércoles y viernes) se realizaron actividades de control de expedientes: revisar historias clínicas completas, así como la documentación y se registró en la base de datos de los pacientes activos, dados de baja y los dados de alta.

En este proyecto se realizaron actividades de prevención las cuales serán explicadas a continuación:

- A.** Inicialmente se realiza el control de infecciones y la adaptación de la clínica de odontología para el bebe.
- B.** Se recibe a los padres de familia/tutores que se presentan con sus bebés o niños (as).
- C.** Se les da una plática informativa acerca del programa (el cual es meramente preventivo).
- D.** Posteriormente se realiza la concientización del acompañante acerca de la higiene bucal la cual es necesaria desde etapas muy tempranas y consiste en explicar clara y concisamente cómo debe ser realizada.
- E.** Se revisa la cavidad bucal del bebé o niño y se llenan los registros de la historia clínica.

Para captar la atención del padre de familia o tutor, se coloca al bebé en la cama de restricción, que es necesario para que no se vaya a mover y por lo tanto a caer, se procede a dar una demostración.

La limpieza en caso de ser bebés (sin dentición), se muestra la técnica en la cual se requiere de una gasa y un vaso pequeño con agua; se enreda de forma circular en el dedo índice de la mano del padre/madre o cuidador se humedece la gasa con un poco de agua y se pasa por las encías del bebé, así como también por la lengua y paladar, retirando aquellos restos de la dieta que pueden quedar acumulados. Los movimientos de limpieza deben ser suaves y circulares.

En caso de ser un niño(a) (con dentición decidua en erupción o completa) se pregunta a la madre, padre o tutor si ya antes le habían enseñado cómo realizar la higiene bucal del menor; se le educa para identificar la *placa dentobacteriana* haciendo que con su uña remueva esa capa blanquecina que se observa sobre el diente; se le cuestiona cómo lo describiría a simple vista, a lo que en su mayoría detallan como “una gelatina o masa”. Así identifican qué diente no está limpio y que contiene residuos de alimentos llamada *placa dentobacteriana*.

Consecuentemente se muestra la técnica recomendada la cual se conoce como “Fones” y consiste en realizar movimientos circulares por todas las superficies de los dientes con la fuerza suficiente para remover la placa dentobacteriana; se enjuaga el cepillo en el vaso y se muestra al acompañante como queda el agua contenida (suele observarse agua turbia), con esto se logra que el padre entienda la finalidad y la importancia de realizar el cepillado dental tres veces al día.

Posteriormente se pesa y mide al niño y se realiza la historia clínica completa para permitir un diagnóstico y recomendaciones acerca de la alimentación, así como resolver las dudas que existan por parte de los padres/tutores; se entrega un carnet de citas; se solicitan los documentos (acta de nacimiento, esquema de vacunación, comprobante de domicilio y la identificación de los padres en copia) para el ingreso del paciente al programa.

Finalmente se da cita cada tres meses, lo cual nos permite realizar un seguimiento que consiste en la revisión de los niños y la supervisión de los padres; que lleven un control adecuado de la higiene bucal realizada y en caso de ser deficiente se refuerzan las técnicas y los conocimientos.

En esta cita se revisa cada superficie del diente con la ayuda de un espejo intraoral y una sonda. En caso de haber placa dentobacteriana se registra en el formato y por lo tanto se puede saber si la higiene realizada es adecuada o no y en caso de que no lo sea, se le muestra y explica al tutor en que zonas está fallando la limpieza y se refuerza el conocimiento, así como la técnica adecuada de cepillado.

Se vuelve a llenar el odontograma, registrando las lesiones cariosas nuevas observadas en la cavidad bucal del niño y se muestran al padre/tutor, haciendo énfasis en la necesidad de poner atención en la higiene bucal para que no progrese la lesión. Posteriormente se realiza la limpieza manual con un cepillo adecuado a la

edad del niño, se va cepillando cada superficie dental de manera ordenada y se enjuaga el cepillo en el vaso con agua, si queda con residuos de placa dentobacteriana se les enseña el vaso a los padres para demostrar que la higiene realizada es deficiente. Se vuelve a mostrar cómo realizarlo y se supervisa al padre/tutor que lo esté realizando de la forma correcta.

Una vez terminado el cepillado, se continúa el proceso con el secado de las superficies de los dientes con la ayuda de una gasa y aire de la jeringa triple y la sesión termina aplicándole el fluoruro en cada superficie del diente.

Todo lo que se realiza en el día es registrado de manera ordenada en el expediente del paciente, solicitando la firma de enterado del padre o tutor. Al finalizar se anota en la agenda la próxima cita y se entrega el carnet con la fecha y hora para poder acudir a la clínica.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2019

ACTIVIDADES	No	%
INVESTIGACION		
• Selección del tema	1	2.5
• Revisión bibliográfica	1	2.5
• Selección de artículos	1	2.5
• Organización de artículos	1	2.5
• Sabana analítica	1	2.5
• Planeamiento de objetivos	1	2.5
• Organización de la estructura del marco teórico	1	2.5
• Comienzo de la redacción del marco teórico	1	2.5
SUBTOTAL	8	20
INTRODUCCION AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PARA EL BEBE		
• Platica introductoria	1	2.5
• Análisis de la historia clínica	1	2.5
• Planeación y organización de la agenda	1	2.5
• Notificar a pacientes de su próxima cita	1	2.5
SUBTOTAL	4	10
TOTAL	12	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2019

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	2	2.5
<i>SUBTOTAL</i>	2	2.5
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	2	2.5
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	13	16.8
<i>SUBTOTAL</i>	15	19.3
PREVENTIVA		
Intramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	13	16.8
○ Cepillado	13	16.8
○ Aplicación de flúor	13	16.8
<i>SUBTOTAL</i>	39	50.6
INTERMEDIAS		
• Asistencia	7	9.09
<i>SUBTOTAL</i>	7	9.09
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	2	2.5
• Control de infecciones	4	5.1
• Manejo de instrumental	4	5.1
• Cita de pacientes	2	2.5
• Registro y manejo de pacientes	2	2.5
<i>SUBTOTAL</i>	14	18.8
TOTAL	77	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2019

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	1.9
<i>SUBTOTAL</i>	3	1.9
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	3	1.9
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	26	16.6
<i>SUBTOTAL</i>	29	18.5
PREVENTIVAS		
• Intramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	26	16.6
○ Cepillado	26	16.6
○ Aplicación de flúor	26	16.6
<i>SUBTOTAL</i>	78	50
INTERMEDIA		
• Asistencia	32	20.5
<i>SUBTOTAL</i>	32	20.5
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	2	1.2
• Control de infecciones	4	2.5
• Manejo de instrumental	4	2.5
• Citas de pacientes	2	1.2
• Registro y manejo de pacientes	2	1.2
<i>SUBTOTAL</i>	14	8.9
TOTAL	156	100

Fuente: Expedientes y agenda del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2019

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	1	1.2
<i>SUBTOTAL</i>	1	1.2
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	1	1.2
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	14	17.2
<i>SUBTOTAL</i>	15	18.5
PREVENTIVAS		
• Intramuros	14	17.2
○ Control de placa dentobacteriana	14	17.2
○ Cepillado	14	17.2
○ Aplicación de flúor	14	17.2
<i>SUBTOTAL</i>	42	51.8
INTERMEDIAS		
• Asistencia	15	18.5
<i>SUBTOTAL</i>	15	18.5
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	2	2.4
• Control de infecciones	1	1.2
• Manejo de instrumental	1	1.2
• Cita de pacientes	2	2.4
• Registro y manejo de pacientes	2	2.4
<i>SUBTOTAL</i>	8	9.8
TOTAL	81	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2019

ACTIVIDADES	No	%
INVESTIGACION		
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de más artículos • Depuración de artículos • Redacción • Revisiones del proyecto • Ajustes de objetivos 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p>
<i>SUBTOTAL</i>	5	12.5
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PARA EL BEBE		
<ul style="list-style-type: none"> • Planeación y organización de la agenda • Notificar a pacientes de su próxima cita • Armado de expedientes • Organización de expedientes • Revisión de los materiales • Ingreso de pacientes nuevos a la base de datos • Depuración de expedientes 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p> <p>2.5</p>
<i>SUBTOTAL</i>	7	17.5
TOTAL	12	100

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2020

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	1	0.6
<i>SUBTOTAL</i>	1	0.6
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	1	0.6
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	30	18.6
<i>SUBTOTAL</i>	31	19.2
PREVENTIVAS		
• Intramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	30	18.6
○ Cepillado	30	18.6
○ Aplicación de flúor	30	18.6
<i>SUBTOTAL</i>	90	55.9
INTERMEDIA		
• Asistencia	18	11.1
<i>SUBTOTAL</i>	18	11.1
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	5	3.1
• Control de infecciones	3	1.8
• Manejo de instrumental	3	1.8
• Cita de pacientes	5	3.1
• Registro y manejo de pacientes	5	3.1
		13.04
<i>SUBTOTAL</i>	21	
TOTAL	161	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2020

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	1	0.8
<i>SUBTOTAL</i>	1	0.8
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	3	2.4
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	21	17
<i>SUBTOTAL</i>	24	19.5
PREVENTIVAS		
• Intramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	21	17
○ Cepillado	21	17
○ Aplicación de flúor	21	17
<i>SUBTOTAL</i>	63	51.2
INTERMEDIA		
• Asistencia	21	17
<i>SUBTOTAL</i>	21	17
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	2	1.6
• Control de infecciones	4	3.2
• Manejo de instrumental	4	3.2
• Cita de pacientes	2	1.6
• Registro y manejo de pacientes	2	1.6
<i>SUBTOTAL</i>	14	11.3
TOTAL	123	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2020

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	2	4.3
<i>SUBTOTAL</i>	2	4.3
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	2	4.3
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	7	15.2
<i>SUBTOTAL</i>	9	19.5
PREVENTIVAS		
• Intramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	7	15.2
○ Cepillado	7	15.2
○ Aplicación de flúor	7	15.2
<i>SUBTOTAL</i>	21	45.6
INTERMEDIA		
• Asistencia	7	15.2
<i>SUBTOTAL</i>	7	15.2
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	1	2.5
• Control de infecciones	2	5.1
• Manejo de instrumental	2	5.1
• Cita de pacientes	1	2.5
• Registro y manejo de pacientes	1	2.5
<i>SUBTOTAL</i>	7	15.2
TOTAL	46	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL A JULIO

MESES / ACTIVIDADES	No	%
ABRIL <ul style="list-style-type: none"> • Comenzó el confinamiento por la pandemia • Se notificaron a los pacientes de la suspensión de actividades • Se continua con la búsqueda de bibliografía <p><i>SUBTOTAL</i></p>	 1 1 1 3	 2.5 2.5 2.5 7.5
MAYO <ul style="list-style-type: none"> • Traducción de artículos • Se continuo con la redacción del marco teórico • Primera revisión del documento <p><i>SUBTOTAL</i></p>	 1 1 1 3	 2.5 2.5 2.5 7.5
JUNIO <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó la evaluación de los cuestionarios • Redacción de la metodología • Se envía a revisión a segunda revisión el archivo <p><i>SUBTOTAL</i></p>	 1 1 1 3	 2.5 2.5 2.5 7.5
JULIO <ul style="list-style-type: none"> • Se continua con el proyecto de investigación • Corrección de observaciones • Análisis de la información <p><i>SUBTOTAL</i></p>	 1 1 1 3	 2.5 2.5 2.5 7.5
TOTAL	12	100

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	10	1.5
<i>SUBTOTAL</i>	<i>10</i>	<i>1.5</i>
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Repartición de folletos	12	1.8
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	111	17.1
<i>SUBTOTAL</i>	<i>123</i>	<i>18.9</i>
PREVENTIVAS		
• Intramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	111	17.1
○ Cepillado	111	17.1
○ Aplicación de flúor	111	17.1
<i>SUBTOTAL</i>	<i>333</i>	<i>51.3</i>
INTERMEDIAS		
• Asistencia	100	15.4
<i>SUBTOTAL</i>	<i>100</i>	<i>15.4</i>
ADMINISTRATIVAS		
• Manejo de pacientes	18	2.7
• Control de infecciones	18	2.7
• Manejo de instrumental	18	2.7
• Cita de pacientes	18	2.7
• Registro y manejo de pacientes	16	2.1
<i>SUBTOTAL</i>	<i>88</i>	<i>12.9</i>
INVESTIGACIÓN		
<i>SUBTOTAL</i>	<i>29</i>	<i>3.5</i>
TOTAL	<i>654</i>	<i>100</i>

Fuente: Expedientes del programa Odontología para el bebé.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El objetivo de este proyecto, es fomentar la prevención y educar a padres de familia y/o tutores acerca de la importancia de llevar a cabo las técnicas adecuadas de higiene bucal en sus hijos.

A través de una plática introductoria, se les mostró la importancia de prevenir enfermedades bucales a temprana edad (lactantes) y se hizo énfasis en continuar con prácticas de higiene para lograr un hábito.

En cada sesión se reafirmaron los conocimientos y se resolvieron dudas por parte los padres y/o tutores. Al revisar a cada paciente se mostró al padre cual era el factor principal y desencadenante de la caries dental para que identificara lo que se conoce como placa dentobacteriana y así darle las herramientas para llevar una correcta higiene en la cavidad bucal del lactante o preescolar.

Al cabo de un tiempo (tres a cuatro meses) y el regreso de cada paciente a la clínica, se notaron cambios favorables en la mayoría de ellos, como la remoción adecuada de la placa dentobacteriana, no se observaban lesiones cariosas nuevas y la cooperación del paciente en la atención odontológica. Pocos fueron los pacientes que tuvieron nuevas lesiones y una higiene deficiente, por lo que nos enfocamos a reafirmar los conocimientos del acompañante y la estimulación para la cooperación del niño.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Las actividades desarrolladas dentro del programa de Odontología para el bebé orientadas a la educación y promoción de la prevención de enfermedades bucales en lactantes, preescolares y escolares demuestran que es posible llevar un control adecuado en la higiene bucal si se enfatiza la importancia y explicando a detalle cómo debería ser realizada.

El propósito, es dar un seguimiento completo de los pacientes y lograr crear en estas poblaciones un hábito de cuidado bucal evitando daños a las encías y dientes.

Es fundamental contar con programas en nuestro país que contengan este tipo de enfoques, con el objetivo de orientar y proveer de conocimientos a los padres y/o cuidadores para realizar cambios en la calidad de vida de los bebés y niños y por lo tanto de las familias, así mismo lograr una disminución en la prevalencia de caries.

Por ello, es necesario intervenir en edades tempranas para prevenir los distintos padecimientos bucales y otorgar un servicio médico integral.

Para todo lo anterior, es necesario abordar a los padres de familia y/o tutores de una forma agradable para que sean receptivos a la orientación que se les brinda, crear conciencia de la necesidad de hacer un cambio que mejora las condiciones de vida de niños y de adultos.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS

