

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE HIGIENE EN SUS HIJOS
MENORES DE 36 MESES DE EDAD Y SU RELACIÓN CON CARIES**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**PROGRAMA ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA SAN LORENZO ATEMOAYA**

MISAEEL MARTÍNEZ CERÓN

2133028281

1 FEBRERO 2018 – 31 ENERO 2019

Diciembre, 2022

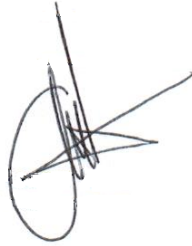
C. D. E. O. P. ANALY RESÉNDIZ LÓPEZ

M. M. S. LAURA PATRICIA SÁENZ MARTÍNEZ

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Laura Patricia Sáenz Martínez', with a stylized flourish at the end.

M. M. S. LAURA PATRICIA SÁENZ MARTÍNEZ
ASESORA INTERNA

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM – XOCHIILCO

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'A' with a vertical line through it and several horizontal strokes extending to the right.

C. D. E. O. P. ANALY RESÉNDIZ LÓPEZ
ASESORA INTERNA

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style and enclosed within an oval shape.

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

Introducción. La caries dental es un problema mundial presente desde la infancia, cuya causa principal es la ausencia de higiene bucal. Este hábito recae sobre los padres cuyo conocimiento es importante de identificar por el impacto que tiene en sus hijos.

Objetivo. Identificar el conocimiento de higiene bucal de madres y su relación con la caries en sus hijos.

Metodología. Tipo de investigación observacional, descriptiva y transversal.

Población: a).-Madres del área metropolitana, teniendo una muestra por conveniencia. b).-Hijos de las madres a quienes un examinador realizó el diagnóstico de caries (OMS), previo consentimiento informado.

La muestra involucró a 63 madres y sus hijos menores de 36 meses de edad, incorporados al proyecto de “Odontología para el Bebé” de la UAM Xochimilco.

Levantamiento de la información: se recolectaron datos demográficos de las madres (edad y escolaridad) con una encuesta, así como el conocimiento de higiene bucal con preguntas cerradas y de opción múltiple, agrupando el valor de las respuestas en: poco conocimiento (1-12 puntos), regular (13-23 puntos) y buen (24-35 puntos).

Análisis: A través del programa SPSS (V.22), se analizaron las variables demográficas de las madres, su nivel de conocimiento sobre higiene bucal y la presencia de caries de los infantes, con medidas de tendencia central y dispersión, así como tablas cruzadas.

Resultados. El promedio de edad de los infantes fue de 20.87+/-9.92 meses (57.1% niñas y 42.9% niños) con una prevalencia de caries de 55.6%. El mayor porcentaje de edad de las madres correspondió entre 20-24 años de edad (36.5%) y el porcentaje más alto de estudios, fue para secundaria concluida (33.3%).

La muestra refirió 51% buen conocimiento vs. 49% regular sobre higiene bucal. La pregunta que mostró el menor conocimiento sobre la higiene bucal correspondió al momento de un inicio, donde el 67% de las madres manifestó que era a partir de la asistencia al jardín de niños.

Al relacionar la escolaridad de las madres con el conocimiento de higiene los mayores valores fueron para bueno para los estudios de preparatoria y carrera técnica (65% vs. 50%) respectivamente. El nivel de conocimiento sobre higiene bucal de madres con hijos libres o nó de caries, no mostró diferencia significativa ($P>0.05$).

Conclusiones. El grado de escolaridad no mostró correspondencia con el buen conocimiento de higiene bucal.

Actividades realizadas. Éstas se enfocaron en la prevención y en la enseñanza de la higiene a los padres para tratar de reducir la caries en los infantes.

Palabras clave: higiene bucal, caries temprana de la infancia, conocimiento, salud bucal

ÍNDICE

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	7	
CAPITULO II: INVESTIGACIÓN		
I. Introducción	9	
II. Marco teórico	11	
III. Justificación	27	
IV. Planteamiento del problema	28	
V. Pregunta de investigación	28	
VI. Objetivo general	29	
VII. Objetivos específicos	29	
VIII. Metodología	29	
IX. Resultados	31	
X. Conclusiones	40	
XI. Bibliografía	41	
CAPÍTULO III: ANTECEDENTES		
I. Zona de influencia	43	
II. Laboratorio de diseño y comprobación	58	
III. Srvicio estomatológico	60	
IV. Bibliografías	61	
CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO		62
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN		77
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES		78
CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS		79

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social lo realicé en la Clínica Estomatológica San Lorenzo, Atemoaya ubicada en la alcaldía Xochimilco, específicamente en la Clínica de Odontología para el Bebé como parte del proyecto Atención Odontológica Comunitaria al Lactante del 1 de agosto del 2018 al 31 de julio de 2019.

La estructura de este informe incluye la investigación realizada sobre conocimiento de higiene bucal en madres, antecedentes y un informe numérico narrativo de las actividades llevadas a cabo durante el período del servicio social, un análisis de toda la información recaba, así como las conclusiones y fotografías.

El tema de la investigación realizada fue sobre el conocimiento que tienen las madres respecto a la higiene bucal de sus hijos menores de 36 meses de edad y su relación con la presencia de caries dental, ya que esta enfermedad ha sido considerada la segunda a nivel mundial solo atrás de la obesidad. La OMS refiere que 530 millones de niños tienen caries en la dentición temporal. (OMS, 2020)

Dentro de los resultados sobresalientes de la investigación, se encontró que las madres entre 25-29 años mostraron el mayor conocimiento bueno de higiene bucal, seguido del grupo de 30-34 años (63% vs. 54%). Una de las respuestas que mostró el menor conocimiento fue el horario de la realización de la higiene, ya que sólo el 14% contestó que en la noche. Como conclusión cabe resaltar la necesidad de dar información a futuras madres y padres a fin de tomar las medidas necesarias antes de la aparición de las situaciones descritas por medio de la prevención.

Los programas en los cuales participé fueron principalmente de prevención y promoción a la salud, dirigidos a las madres y padres que acudieron al proyecto de Odontología para el Bebé, las actividades realizadas fueron: el llenado de la historia clínica con ayuda del tutor para recabar información necesaria acerca de

salud general y salud bucal, tratamientos preventivos como profilaxis y técnica de cepillado a los padres para que la realicen en casa, aplicación tópica de barniz de flúor y tratamientos restaurativos como colocación de resinas o ionómeros de vidrio, todas estas actividades bajo la supervisión de la doctora encargada del proyecto.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La enfermedad caries dental es un problema a nivel mundial, por ello se debe prevenir desde edades tempranas. Es aquí que los padres 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. (Cubero, 2019)

La caries dental es una enfermedad multifactorial infecciosa ocasionada por bacterias, considerada como un problema de salud pública en países en vías de desarrollo, como lo es el caso de México, en donde la falta de programas de promoción y prevención enfocados a comunidades de bajos recursos económicos desde el nacimiento ha llevado a altos índices de caries a este tipo de población. (Montero, 2011)

Este tipo de caries se llama caries de la infancia temprana, según The Journal of the American Dental Association (JADA), menciona que este tipo de caries es cinco veces mayor que el asma, por lo que se dice que esta es la enfermedad crónica infantil más común. (Alonso, 2009)

La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente. Otras consecuencias de la caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal. (Cubero, 2019)

Dentro de los indicadores epidemiológicos de riesgo se consideran los antecedentes de índices cariogénicos, que suele ser el predictor más poderoso de caries en jóvenes y adultos (Secretaría de Salud y Asistencia 2011), siendo la niñez uno de los grupos humanos más vulnerables. Así, el deterioro dental severo es un aspecto importante de atención en esta etapa, el cual se considera una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia temprana, especialmente en condición socioeconómica menor y que afecta el crecimiento de los niños y las niñas, el peso corporal, la calidad de vida e incluso el desarrollo cognitivo y social. (González, 2013)

El entorno que rodea a los niños y niñas debe por tanto potenciar que éstos adquieran los conocimientos y habilidades necesarios que les permitan tener una buena salud en general y de cuidado dental en particular. Los padres de familia son los principales responsables de la salud bucodental en el hogar, ya que ellos determinan si los niños y las niñas llevan a cabo una higiene bucal de manera adecuada o si acuden a la clínica odontológica cuando el problema dental está presente.

Diversas investigaciones muestran que los problemas dentales infantiles están vinculados con las dificultades de acceso a los servicios odontológicos, así como las prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de los padres de familia, que se asocian a su vez con una escasa motivación hacia la salud bucal. (Gaeta, 2016)

La función de todo profesional de la odontología no es solo dar tratamiento o solución a la enfermedad presente, sino, educar también al paciente para prevenir posteriores enfermedades que implican o terminan en procedimientos más invasivos. Por otro lado quienes tienen mayor responsabilidad para combatir este problema en niños son los padres de familia ya que son ellos quienes conviven la mayor parte del tiempo con sus hijos y es bastante importante que tengan el conocimiento necesario de buenos hábitos de higiene oral, para así guiar y orientar a los más pequeños. (Crespo, 2009)

MARCO TEÓRICO

La caries dental es una enfermedad multifactorial infecciosa ocasionada principalmente por bacterias, que ante la ausencia de higiene favorece su inicio. (Unidad de prevención para la salud)

Una de las razones de su desarrollo se debe a que la mineralización de los dientes se concreta meses después de la erupción, por lo que los dientes suelen ser muy débiles durante ese periodo, (Ayala, 2018) por lo que los **hábitos higiénico-dietéticos** tienen que vigilarse desde **esa edad** y favorecer la integridad de todas las estructuras bucales y evitar la prevalencia de las principales patologías bucales en la edad infantil como lo son la caries dental y la gingivitis.

La presencia de caries a temprana edad se llama **caries de la infancia temprana**, según The Journal of the American Dental Association (JADA), donde se menciona que este tipo de caries es cinco veces mayor que el asma, por lo que se dice que ésta es la enfermedad crónica infantil más común. (Alonso, 2009)

Este tipo de caries, por ser precoz, es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries de la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad tanto en la dentición decidua como en la permanente, (Palomer, 2016) especialmente en población en condición socioeconómica menor que afecta: el crecimiento de los niños y las niñas, el peso corporal, la calidad de vida e incluso el desarrollo cognitivo y social, de ahí la importancia de brindar información pertinente que mantenga la salud bucal del infante. (Henostroza, 2010)

Biofilm o biopelícula

El origen de la caries es microbiano y el principal microorganismo presente en la placa dentobacteriana es el *Streptococcus Mutans*; dicha placa también es

llamada “biopelícula o biofilm”, está constituida por bacterias, además del Streptococcus M. también se encuentran los Actinomyces sp y Lactobacilos sp, éstos se unen a la estructura del diente y, debido al consumo excesivo de sacarosa, el pH salival baja y con esto se modifican las condiciones bucales, las cuales favorecen la influencia de bacterias cariogénicas.

La saliva es un fluido de gran importancia para la cavidad bucal puesto que colabora en la autolimpieza de los dientes y disminuye la adhesión e infección de microorganismos patógenos, contiene sustancias necesarias para la protección de los órganos dentarios, algunas de sus funciones indispensables para mantener saludable la boca es que regula el mantenimiento de la integridad dental así como la mucosa y lubricación de los mismos. (Gutiérrez, 2018)

Las bacterias que se encuentran en la saliva pueden ser consideradas bacterias planctónicas (bacterias que flotan en una fase líquida). Sin embargo, las bacterias que se encuentran en una superficie dura (diente, reconstrucciones, prótesis e implantes) forman una película gelatinosa adherente: la placa dental. La placa dental es el principal agente etiológico de la caries y de las enfermedades periodontales. (Serrano, 2005)

Las bacterias existen en la naturaleza bajo dos estados: bacterias planctónicas, de libre flotación (1 %) y bacterias sésiles, integrantes de colonias de microorganismos llamadas biopelículas (99 %). Las biopelículas se forman cuando las bacterias flotantes encuentran una superficie, se adhieren a ella y, a continuación, elaboran señales químicas para coordinar diferenciación y formación de estructura, incluido el desarrollo de una cubierta polisacárida protectora.

Donlan, citado por Loera Muro y colaboradores, la ha definido como una comunidad microbiana sésil, caracterizada por células que están adheridas irreversiblemente a un sustrato o interfase, o unas con otras, las cuales están encerradas en una matriz de sustancias poliméricas extracelulares que ellas han producido, y exhiben un fenotipo alterado en relación con la tasa de crecimiento y transcripción génica.

La biopelícula se considera, además, un conjunto de biomasa con microcirculación, que permite a las diferentes comunidades bióticas complementarse nutricionalmente. Es una unidad sellada, englobada en polisacáridos extracelulares, que le confiere resistencia ante las defensas del huésped y los antibióticos. (Sarduy, 2016)

Formación de la biopelícula

La formación de la biopelícula se puede dividir en tres fases:

- Formación de la película dental (película adquirida):

La formación de la película adquirida es la etapa inicial del desarrollo de la biopelícula. Todas las zonas de la boca, entre ellas las superficies de los tejidos blandos, los dientes y las de restauraciones fijas y removibles, están cubiertas por una película de glucoproteínas. Esta está constituida por componentes salivales y del líquido gingival, así como de desechos, productos bacterianos y de células de los tejidos del huésped. Los mecanismos que intervienen en la formación de la película del esmalte incluyen fuerzas electrostáticas, de Van der Waals e hidrófobas. La superficie de hidroxiapatita tiene un predominio de grupos fosfato con carga negativa que interactúan directa o indirectamente con elementos de macromoléculas salivales y del líquido crevicular con carga positiva.

Las películas operan como barreras de protección, lubrican las superficies e impiden la desecación del tejido. Sin embargo, también aportan un sustrato al cual se fijan las bacterias.

- Colonización inicial o colonización primaria

Tras unas horas, aparecen las bacterias en la película dental. Los primeros colonizadores de la superficie dentaria cubierta con la película son los microorganismos grampositivos facultativos, como *Actinomyces viscosus* y *Streptococcus sanguis*. Estos colonizadores iniciales se adhieren a la película mediante moléculas específicas, denominadas adhesinas, presentes en la

superficie bacteriana, que interactúan con receptores en la película dental. A continuación, la biomasa madura mediante la proliferación de especies adheridas, y se produce, además la colonización y el crecimiento de otras. En esta sucesión ecológica de la biopelícula, hay transición de un ambiente aerobio inicial, caracterizado por especies grampositivas facultativas, a otro notablemente escaso de oxígeno, debido al consumo de este gas por parte de las bacterias pioneras que favorecen el predominio de gérmenes anaerobios gramnegativos.

- Colonización secundaria y maduración

Las bacterias comienzan a aumentar en número y se da inicio a un proceso de sucesión ecológica autogénica; los microorganismos residentes modifican el ambiente, de tal forma, que ellos mismos pueden ser sustituidos por otros más adaptados al hábitat modificado.

Los colonizadores secundarios son los microorganismos que no colonizaron en un principio superficies dentales limpias, entre ellos *Prevotella intermedia*, *Prevotella loescheii*, especies de *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleatum* y *Porphyromonas gingivalis*. Dichos patógenos se adhieren a las células de bacterias ya presentes en la masa de la biopelícula. (Sarduy, 2016)

Etapas en el ciclo vital del biofilm

El ciclo vital es un proceso dinámico que puede ser dividido en tres momentos:

Adhesión: En esta primera fase, el sustrato tiene que ser adecuado para la absorción reversible y, finalmente, la adhesión irreversible de la bacteria a la superficie. Una vez percibida una superficie, proceden a formar una unión activa a través de apéndices, como fimbrias, flagelos o pilis, que le confieren una gran motilidad, lo que ayuda a la bacteria a alcanzar la superficie en las etapas iniciales de la adhesión; en el caso de las grampositivas, se ha descrito la participación de proteínas de superficie. La adhesión de bacterias a una superficie ocurrirá más

fácilmente en aquellas más ásperas, más hidrofóbicas y recubiertas por «películas condicionantes», como es el caso de la película adquirida.

Crecimiento: Durante la segunda fase o de crecimiento, la bacteria, una vez adherida, comienza a dividirse y las células hijas se extienden alrededor del sitio de unión, formando una microcolonia. A medida que las células se dividen y colonizan la superficie, comienzan a elaborar un exopolisacárido que constituye la matriz de la biopelícula, y este comienza a desplegarse en una formación tridimensional.

Separación o desprendimiento: En la tercera etapa, luego que la biopelícula ha alcanzado la madurez, algunas células, en forma aislada o en conglomerados, se liberan de la matriz para poder colonizar nuevas superficies, con lo cual se cierra el proceso de formación y desarrollo. Los conglomerados desprendidos conservan ciertas características de este, como la resistencia antimicrobiana. En cambio, las bacterianas liberadas aisladamente podrían volver a su fenotipo planctónico. (Sarduy, 2016)

La cavidad oral está colonizada por más de 700 especies de microorganismos, el 35% de los cuales son aún no cultivables. Dicha comunidad microbiana puede diferir entre la infancia y la edad adulta. (Harris, 2019)

El cepillado dental diario es importante, en especial en niños durante el período de recambio dentario, por considerarse a los mismos un grupo de riesgo de caries y gingivitis debido a la dificultad de reproducir una técnica de cepillado. Las actividades de prevención, promoción y educación, encaminadas a detener el avance o evitar la aparición de las enfermedades que tienen su asiento en la cavidad bucal, para lograr los resultados concretos deben iniciar en edades susceptibles a los cambios.

Si en el período de seis a doce años se desarrolla el aprendizaje imitativo de la conducta, se comienza a tomar conciencia de lo que es bueno o malo y coincide con el inicio del período de recambio de la dentición temporaria a la permanente,

se considera el momento idóneo para el desarrollo de comportamientos saludables.

La higiene bucal es la principal medida para mantener la salud bucal, que forma parte del aseo personal diario como una conducta aprendida, en cambio cuando no existe aprendizaje previo por los integrantes de la familia, con el tiempo comienza el deterioro de la higiene oral y si el cepillado es deficiente existe la posibilidad de la presencia de caries dental

El control de la biopelícula dental en el niño a través de la higiene bucal realizada en la casa forma el núcleo de prevención, donde se promueve la participación de los padres, los que deberán mantener una higiene adecuada en sus niños, especialmente cuando sus habilidades psicomotrices aún no están completamente desarrolladas.

Los dientes afectados con mayor frecuencia por caries debido a la falta de comportamientos saludables erupcionan entre los 6 y 7 años, este hecho justifica la necesidad de realizar una intervención específica en este grupo etario. (Gini, 2019)

Para evitar la presencia de biopelícula en infantes, es imprescindible que las madres tengan conocimiento de las características de la higiene para mantener la salud bucal de sus hijos.

A lo largo de los últimos informes anuales del SIVEPAB se han presentado diferentes herramientas para evaluar la salud bucal, en esta ocasión, se escogió el Índice de Salud Dental (DHI por sus siglas en inglés). El DHI se compone de varios indicadores únicos para los grupos de edad de referencia de la OMS. Se sustenta en el registro de la principal enfermedad bucal, la caries dental y sus consecuencias, abarca diferentes grupos de edad, es fácil de manejar e incluye índices internacionalmente aceptados, cuanto más bajo es el DHI, mejor es el estado de salud bucal de la población. (SIVEPAB, 2019)

Higiene bucal

La presencia de detrito y/o cálculo adherido al diente es un indicador significativo de deficiente higiene bucal, lo que es considerado un importante factor de riesgo para la salud de la cavidad bucal. El cálculo dental es resultado de la acumulación de los depósitos de placa (biopelícula) que se han mineralizado a través de los iones de calcio de la saliva y se adhieren a los dientes y dentaduras lo que dificulta la limpieza, por lo que se convierte en un factor de riesgo importante para la enfermedad periodontal.

El detrito y cálculo son evaluados para determinar la higiene bucal en cada paciente a través del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), desarrollado por Greene y Vermillion, que ha demostrado ser un instrumento confiable para estudios epidemiológicos de gran tamaño. (SIVEPAB, 2019)

Las evidencias publicadas en datos oficiales de México, muestran que la distribución del IHOS en el total de niñas, niños y adolescentes examinados mostró que cinco de cada diez niños, niñas y adolescentes de seis a 19 años de edad, tenían visibles detritos o cálculo en los dientes (IHOS > 0). Al estratificar por edad se observó que en el grupo de 6 a 9 años en el que existe una corresponsabilidad padres-hijos para la higiene bucal, seis de cada diez, mantenían excelente higiene bucal. Sin embargo, esta situación permanece en el grupo de 10 a 14 años.

Porcentaje del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niñas, niños y adolescentes por grupo de edad. México, SIVEPAB 2019.

Grupos de edad	N	0	0.1 a 1.2	1.3 a 3.0	3.1 a 6.0
6 a 9	24,447	64.8	29.2	5.8	0.2
10 a 14	27,305	57.0	31.7	10.6	0.7
15 a 19	30,213	45.7	32.0	20.0	2.3
Total	81,965	55.2	31.1	12.6	1.1

Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2019

Al analizar el IHOS por grupo de edad y sexo se encontró que en total de los grupos de 6 a 19 años existe diferencia ($p < 0.0001$), esto significa que las mujeres y los hombres observan una higiene bucal diferente. En general, los hombres presentan un IHOS menor que las mujeres. (SIVEPAB, 2019)

Promedio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niñas, niños y adolescentes por sexo y grupo de edad. México, SIVEPAB 2018.

Grupos de edad	IHOS				P
	Sexo	Promedio	CV	Mediana	
6 a 9	Mujeres	0.36	163.7	0.0	0.1392
	Hombres	0.37	158.5	0.0	
10 a 14	Mujeres	0.48	148.3	0.0	0.0076*
	Hombres	0.50	144.6	0.0	
15 a 19	Mujeres	0.74	124.4	0.3	0.0081*
	Hombres	0.71	129.3	0.3	
Total	Mujeres	0.56	142.6	0.0	<0.0001*
	Hombres	0.52	146.6	0.0	

Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2019

Estado dentario

En la infancia, la dentición primaria o temporal comienza a aparecer en los niños entre los 6 a 8 meses de edad y finaliza entre los 30 a 36 meses. Esta dentición permanecerá en boca de forma exclusiva hasta los 6 años de edad, momento en que empieza el periodo de erupción de la dentición permanente. Los primeros molares permanentes se presentan alrededor de los 6 a 7 años de edad, y es fundamental evitar su pérdida, pues son la guía de la oclusión. La erupción de la dentición permanente suele terminar alrededor de los 12 a 13 años de edad (28 dientes), quedando únicamente los terceros molares aún en formación.

Dentro de los indicadores epidemiológicos de riesgo se ha empleado la experiencia de caries dental en dientes temporales, lo que ha demostrado ser el más poderoso predictor de caries para la dentición permanente joven. Lo anterior

es de suma importancia porque facilita la detección temprana en quienes tienen alta probabilidad de presentar un número elevado de lesiones cariosas en la dentición permanente. Es por esta razón que en el caso de las niñas, niños y adolescentes se revisa la experiencia de caries dental tanto en dentición temporal como permanente.

Para determinar el estado de caries dental en dentición temporal, se calculó por separado el promedio de dientes cariados, el promedio de dientes perdidos, el promedio de dientes obturados, así como el total de la experiencia de caries dental (cpod). En los grupos de menores de uno a 10 años de edad, el índice cpod promedio muestra 3.5 dientes afectados, de los cuales tres estaban cariados, representando más de 89% del índice total para todos los grupos de edad.

Al estratificar por sexo y edad, se encontró que los hombres tienen la mayor experiencia de caries dental comparados con las mujeres de la misma edad. La experiencia de caries dental disminuye considerablemente en ambos sexos de 10 a 14 años, esto se debe en gran parte a la exfoliación de la dentición temporal. (SIVEPAB, 2019)

Promedio del índice de caries dental en dentición primaria (cpod) por edad en niñas y niños menores de 1 a 10 años. México, SIVEPAB 2019.

Grupos de edad	N	cariados	perdidos	obturados	cpod
Menores de un año	264	0.2	0.0	0.0	0.2
1	536	0.9	0.0	0.0	0.9
2	1,200	2.4	0.0	0.0	2.4
3	2,466	3.7	0.0	0.1	3.8
4	3,827	4.3	0.0	0.2	4.5
5	4,934	4.2	0.0	0.2	4.5
6	6,539	3.9	0.1	0.2	4.2
7	7,240	3.6	0.1	0.2	3.9
8	7,005	3.2	0.1	0.3	3.6
9	6,650	2.6	0.1	0.3	3.0
10	6,325	1.7	0.0	0.2	1.9
Total	46,986	3.2	0.1	0.2	3.5

Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2019

Población libre de caries

La caries dental es un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas cuyo metabolismo produce ácidos, los cuales disminuyen el pH y afectan el esmalte, causando la pérdida de mineral en la estructura dental. Uno de los indicadores más importantes para la planificación de los servicios de salud odontológicos, y que proporciona información sobre el estado de salud bucal en relación a la caries dental es la “población libre de caries dental”.

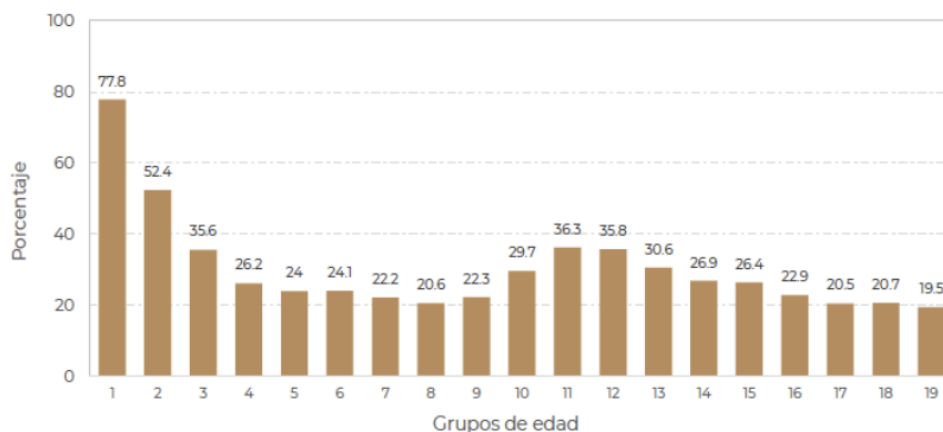
Clásicamente, la medida utilizada es la proporción de la población que no ha experimentado caries dental en ambas denticiones, es decir, su $CPOD + cpod = 0$ (este indicador es el complemento de la prevalencia de caries dental), y proporciona información sobre la eficacia del autocuidado y los servicios de atención odontológica, así como de las medidas de control a nivel de salud pública.

El índice CPOD no identifica las lesiones cariosas en sus fases iniciales, sino una vez que existe cavitación en el diente, lo cual mejora la exactitud de las mediciones, pero tiene la limitante de excluir las lesiones tempranas, lo que se traduce en una subestimación de la prevalencia de caries. (SIVEPAB, 2019)

De acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2019, casi tres niñas, niños y adolescentes de uno a 19 años de edad, que acuden a los servicios de salud, estuvieron libres de caries dental. (SIVEPAB, 2019)

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. (SIVEPAB, 2019)

Porcentaje de niñas, niños y adolescentes libres de caries dental por grupo de edad (CPOD+cpod=0). México, SIVEPAB 2019.



Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2019

Caries en la Infancia Temprana

La Caries en la Infancia Temprana (CIT) incluye a la caries rampante en infantes; esta condición también ha sido llamada: “caries de biberón” o “síndrome de biberón”. La CIT es definida como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries) o restaurados, en la dentición temporal, en niñas y niños de 71 meses de edad o menores. El Cuadro 8 muestra el porcentaje de niñas y niños con CIT por edad. (SIVEPAB, 2019)

Porcentaje de niñas y niños de 2 a 5 años con Caries en la Infancia Temprana (CIT) por grupo de edad. México, SIVEPAB 2019.

Edad	N	Nº de niños y niñas con CIT	Porcentaje
2	1,200	571	47.6
3	2,466	1,588	64.4
4	3,827	2,826	73.8
5	4,934	3,750	76.0
Total	12,427	8,735	70.3

En infantes menores de 3 años de edad, cualquier signo de caries en una superficie lisa es indicativo de Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT) de acuerdo al criterio establecido por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. Entre la edad de 3 a 5 años, la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria anterior superior es considerada también como CSIT. En el total de niñas y niños de 3 a 5 años examinados, 36.4% presentó CSIT. (SIVEPAB, 2019)

Porcentaje de niñas y niños de 3 a 5 años con Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT) por grupo de edad. México, SIVEPAB 2019.

Edad	N	N° de niños y niñas con CIT	Porcentaje
3	2466	891	36.4
4	3827	1441	37.7
5	4934	1687	34.2
Total	11,227	4,026	35.9

Fuente: México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB 2019

Nivel de conocimiento sobre higiene bucal

Los hábitos de higiene oral coadyuvan la preservación de la salud bucal en niños, su adquisición depende en mayor parte de los padres. Existen aspectos que influyen sobre la salud en general, a mencionar social, cultural, económico y educativo. Es relevante determinar los conocimientos que los padres poseen sobre salud e higiene bucal, pues su entorno facilita la interacción de los factores mencionados en condiciones no propicias para una salud ideal. (González, 2019)

Los razonamientos diagnósticos que pronostican hasta ahora el riesgo de caries dental son de índole educativo, social y psicológico como: edad, prácticas

inadecuadas de higiene oral, nivel socioeconómico bajo, historia de caries previa, índice de caries actuales, niveles de factores microbiológicos, antecedentes familiares de caries y deficiente exposición a los factores protectores como el flúor. La tendencia que lleve a la reducción en la prevalencia de caries dental, principalmente en la infancia, debe mejorar las estrategias que garanticen su permanencia en el tiempo y resultados a largo plazo.

Los estilos de vida de las familias afectan sustancialmente los resultados de la salud mediante sus conductas y hábitos. En el cuidado de la salud bucal intervienen factores sociales y psicológicos, mencionando los conocimientos, creencias y conductas, sin embargo, para alcanzar alguna influencia social es necesario considerar que los individuos poseen conocimiento y voluntad o deseo de realizar cambios. (González, 2019)

Un estudio realizado en México por Capote et al en 2012, relacionaron las características sociodemográficas de padres de niños pequeños con sus conocimientos y conductas. Obtuvieron que estos últimos, varían significativamente según el origen étnico de los padres, su nivel educativo y el área en que residen. Dichos indicadores tienen influencia en los conocimientos y comportamientos respecto a la salud bucal.

La educación en salud bucal debe empezar a edad temprana para evitar malos hábitos en higiene bucal, incluir el correcto cepillado dental, control de la dieta cariogénica y las visitas regulares al odontólogo, por lo cual, no todos los padres están preparados para poder realizar esto adecuadamente. Los padres atribuyen el origen de las caries a dos conductas de higiene que tienen las personas, cepillarse los OD y la ingesta de dulces (comida chatarra y refrescos) que consumen durante el día. (González, 2019)

En relación a la prevención de caries dental, se encontró unanimidad de respuestas en la importancia que le dieron los padres de familia al cepillado de los OD, manifestando que cepillarse todos los días y por lo menos dos veces se

mantiene la boca y los OD limpios. Además, evita la caries y otras enfermedades como infecciones. (González, 2019)

También debe promoverse la visita al odontólogo en una edad temprana, tal como lo recomienda la Asociación Dental Americana (ADA), comenzar el cuidado dental a los 12 meses de edad junto con la educación para los padres en cuanto a la prevención de las caries en la infancia temprana.

Es bien sabido que la educación en salud dental no sólo redundará en la prevención al crear hábitos favorables, también a menor costo y mayor beneficio cuando se aplica desde edades tempranas, ya que gracias a la intervención oportuna pueden evitarse enfermedades o tratarse a un costo reducido. Asimismo, al no existir la costumbre de la prevención bucodental se ignora el valor que le corresponde, debido quizá a que es algo sencillo o simplemente por tratarse de un tema desconocido. De esta manera, sólo cuando los órganos dentarios ya están dañados o presentan dolor se acude al odontólogo. El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada. (González, 2017)

De acuerdo al estudio realizado por *González, M., et al* (2017) mencionan que dentro del grado de prevención dental del total de padres de familia se encontró 14.09% de los encuestados en un nivel alto, 48.04% en nivel moderado y 37.87% en nivel bajo. En cuanto al grado de educación dental se registraron 49.48% en nivel alto, 47.56% en nivel moderado y 2.96% en nivel bajo, por lo cual se observó que la población de estudio tiene un grado de educación mayor (nivel alto) que el grado de prevención (nivel moderado) en ambos sexos.

La mayor parte de los encuestados dieron una importancia dental muy alta a los dientes deciduos con 87.43%; sin embargo, 65.89, 28.02, 5.12 y 0.96% respectivamente, mostraron sus propios dientes como «muy importantes», «moderadamente importantes», «poco importantes» y «nada importantes». Asimismo, casi la totalidad de los padres de familia consideran que «la salud

dental es igualmente esencial que la salud general», obteniendo una afirmación de 98.88% de la población de estudio.

Dentro de la importancia dental en las tres preguntas aplicadas a padres de familia, tanto hombres como mujeres mostraron porcentajes casi iguales. Se comparó el grado de prevención dental con el grado de estudios de los padres de familia y se observó una tendencia en los niveles moderado y alto: cuanto más alto el grado de estudios, mayor el nivel de prevención; a diferencia del nivel bajo: cuanto menor el grado de estudios en dicho nivel, menor el grado de prevención dental. (González, 2017)

Las enfermedades bucodentales afectan a gran parte de la población, en especial a niños cuyos padres no cuentan con conocimientos acerca de la manera de prevenirlas. Se sabe actualmente que la salud bucal está condicionada por varios factores, como ser mala higiene bucal, presencia de una dieta cariogénica, escolaridad y ocupación de los padres; factores que, presentados en edades tempranas, posibilitan la aparición de patologías bucales. De alguna manera, la presencia de estas afecciones, si son manifestadas en forma grave, repercuten en la capacidad de concentración de los niños en las escuelas y/o para desempeñar una actividad.

La Encuesta Nacional de Salud Oral del Paraguay realizada en el año 2008, llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y el Programa Regional de Salud Oral de la Organización Panamericana de Salud (OPS), mostró que en niños de 5 y 6 años de edad, la presencia de caries fue de 81%, mientras que a los 12 y 15 años fue de 78%, en países desarrollados, el 68% de los niños de 5 a 6 años no presentan caries dental, en parte debido al recibimiento de información preventiva a la que acceden sus padres.

La dieta equilibrada y el consumo racional de alimentos azucarados, son situaciones cotidianas en el hogar, en directa relación con la información que manejan los padres. También, se genera un estilo de vida que conlleva a la

prevención de las enfermedades, a través de la adopción de actitudes positivas hacia la salud bucal en edades tempranas. (Ferreira, 2016)

En el estudio realizado por *Ferreira, M., et al, (2016)* se obtuvo que en la encuesta realizada a las madres, el nivel de conocimientos general fue: 19,0% alto, el 60,0% medio y 21,0% bajo. En cuanto al índice ceo-d realizado a los niños el 25,3% presentan < 15 piezas sanas, el 29,8% presentan entre 16-19 piezas sanas, el 44,7% presentan 20 piezas sanas. Obteniéndose un valor del índice ceo-d de 2,81 (DE=3,93).

En cuanto a las respuestas del cuestionario, de todas las madres participantes: 51,58% contestó que la limpieza bucal del niño se debe realizar desde el nacimiento; 82,81% que resulta importante realizar el cepillado después de cada comida; 68,78% consideró el cepillado dental como elemento básico para la higiene bucal; 95,02% respondió que es necesario el cepillado de los dientes más de una vez al día; 47,96% contestó que la primera visita al odontólogo se debe realizar desde bebé para motivar la prevención; 82,81% que los controles se deben realizar cada 6 meses y 47,06% que el consumo ideal para golosinas sería todo de una vez después del almuerzo. (Ferreira, 2016)

Los padres de familia son los responsables de la educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. (Benavente, 2012)

De acuerdo al estudio realizado por *Benavente, L., et al, (2012)* en Perú se observó que el 16.8 % de los niños menores de 18 meses tiene dientes sanos y el 17.5 % de los niños mayores de 37 meses tiene un índice alto de caries dental; existiendo asociación significativa, al igual que entre caries dental e higiene bucal en los niños del estudio. Se demostró que no existe asociación significativa entre nivel conocimiento de las madres de familia y la frecuencia de caries dental de sus hijos menores de 5 años de edad ($p = 0,15$). Respecto al nivel conocimiento de las

madres de familia, no existe asociación significativa, en relación a la higiene bucal de sus hijos menores de 5 años de edad del estudio ($p = 0,17$). Existe asociación significativa entre el grado de instrucción y nivel conocimiento de las madres de familia ($p = 0.02$). Respecto al establecimiento asistencial de salud, existe diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la frecuencia de caries que presentan los niños del estudio ($p = 0.00$). Los niños del estudio presentaron una media de tres dientes afectados por caries dental, lo que significa que en promedio tienen un Índice de Caries Moderado; 13 dientes sanos y 2,7 dientes no erupcionados, así como un Índice Higiene Bucal de 1,9 (malo). En cuanto al puntaje promedio de conocimientos de sus madres fue de 37,8 (regular).

De acuerdo con los estudios revisados y los diversos porcentajes arrojados de los diferentes artículos podemos determinar que el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal no está 100% relacionado con la edad y/o el nivel de escolaridad, las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 05 años en la población estudiada.

JUSTIFICACIÓN

La salud bucal es importante para el buen funcionamiento del organismo, ya que la masticación, entre varias funciones de los dientes, está relacionada con la nutrición y por ende con la salud del individuo, en especial cuando se encuentra en una etapa de crecimiento, como lo es la edad preescolar, donde se adquieren hábitos saludables, es aquí donde los padres juegan un rol importante, de tal forma que los hábitos de limpieza y el cuidado dental recaen sobre ellos, afectando o beneficiando a lo largo de la vida de sus hijos, por ello es importante identificar el nivel de conocimiento sobre higiene que tienen los padres, quienes transmiten a sus hijos dicho conocimiento a través de acciones sobre el cuidado de la boca.

Desafortunadamente en muchas ocasiones se minimiza el peligro de desarrollar a temprana edad enfermedades bucales que pueden evitarse con conocimientos adecuados, que tiendan a proteger la cavidad bucal. Es importante que los padres tengan la capacidad de educar a sus pequeños en relación a los buenos hábitos en salud bucal, es por ello que el conocimiento que tienen o deben de tener los padres es de suma importancia para disminuir en lo posible la enfermedad caries dental y la gingivitis.

El entorno que rodea a los niños y niñas debe, por tanto, potenciar que éstos adquieran los conocimientos y habilidades necesarios que les permitan tener una buena salud en general y de cuidado dental en particular. Los padres de familia son los principales responsables de la salud bucodental en el hogar, ya que ellos determinan si los niños y las niñas llevan a cabo una higiene bucal de manera adecuada o si acuden a la clínica odontológica cuando el problema dental está presente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversas investigaciones muestran que los problemas dentales infantiles están vinculados con los conocimientos deficientes en salud bucal de los padres de familia, que se asocian a su vez con una escasa motivación hacia la salud bucal, de ahí la importancia de identificar el nivel de conocimiento de higiene bucal para retroalimentar aspectos que tienden a la conservación de la salud bucal.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la higiene bucal de los padres de familia en sus hijos y su relación con caries dental?

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de conocimiento de higiene bucal de madres sobre el cuidado en sus hijos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de conocimiento de higiene por grupos de edad.
2. Conocer la relación del nivel de estudios con el conocimiento de higiene.
3. Comparar los datos obtenidos con otros resultados.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación: transversal, cuantitativa, descriptiva y observacional con un muestreo por conveniencia, en la Clínica de Odontología para el Bebé, ubicada en San Lorenzo Atemoaya. Población: a).- Madres de la Ciudad de México y Edo. México, teniendo una muestra por conveniencia. b).- Hijos de las madres a quienes un examinador realizó el diagnóstico de caries (cpod) con criterios de la OMS (2013), previo consentimiento informado.

La muestra involucró a 63 madres y sus hijos menores de 36 meses de edad, incorporados al proyecto de “Odontología para el Bebé” de la UAM Xochimilco.

Levantamiento de la información: se recolectaron datos demográficos de las madres (edad por quinquenios y nivel de escolaridad) a través de una encuesta aplicada, así como el conocimiento de higiene bucal con 9 preguntas cerradas y de opción múltiple, agrupando el valor de las respuestas en: poco conocimiento (1-12 puntos), regular (13-23 puntos) y buen (24-35 puntos).

La edad de la población estudiada fue de 5 meses a 36 meses, con un total de 63 niños que fueron llevados por su mamá a la clínica, sin distinción de género. Antes del estudio los padres o cuidadores firmaron el consentimiento informado y se les explicó qué fines tenía la encuesta de autoaplicación.

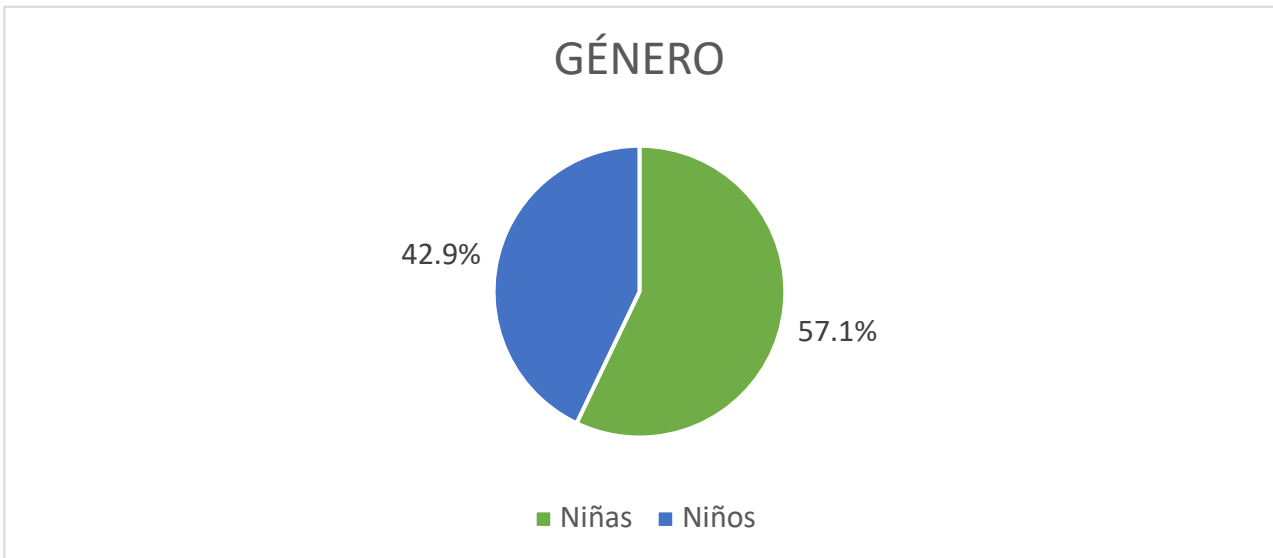
Examen dental: El diagnóstico de caries aplicado fue el cpod, realizado por un examinador (OMS, 2013) el cual, se registró en el odontograma del expediente

clínico. La encuesta de autoaplicación presentó el rubro de: conocimiento de higiene bucal y escolaridad de la madre/padre.

Análisis: Se llevó a cabo la recolección de todos los datos obtenidos en el programa SPSS versión 22, agrupando las respuestas en: **poco** conocimiento, **regular** y **bueno**, posteriormente se analizaron las variables de educación y edad con el nivel de conocimiento de higiene a través de medidas de tendencia central y dispersión, así como tablas cruzadas en el programa.

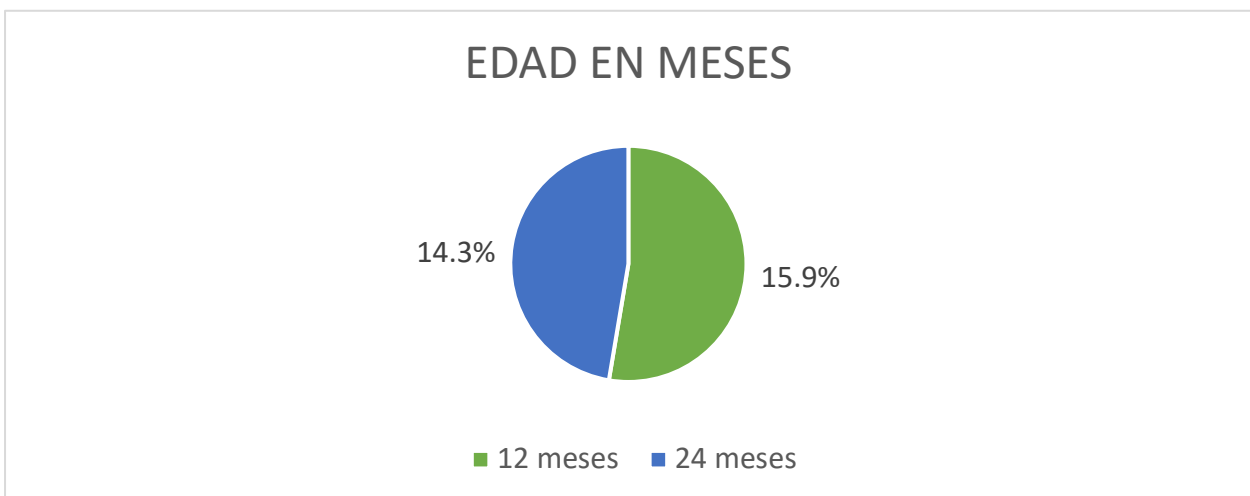
En el rubro de escolaridad de la madre se consideró: primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, licenciatura y posgrado.

RESULTADOS



Gráfica 1. Género. Fuente directa.

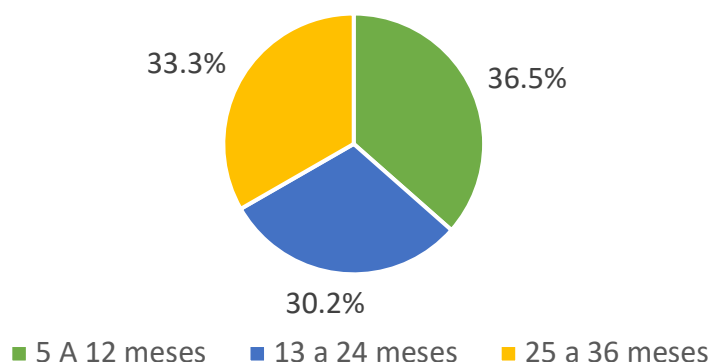
La muestra fue de 63 infantes (36 niñas y 27 niños), correspondiente al 42.9% y 57.1% respectivamente.



Gráfica 2. Edad agrupada. Fuente directa.

La distribución de la edad fue de 5 a 36 meses, donde los mayores porcentajes se concentraron entre los 12 y 24 meses con 14.3% y 15.9% respectivamente.

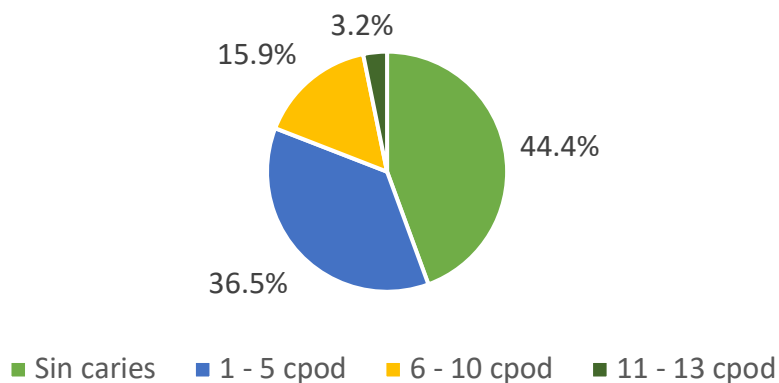
EDAD AGRUPADA DE LOS BEBÉS



Gráfica 3. Edad en meses. Fuente directa.

Al agrupar la edad, los bebés de menor edad (5 a 12 meses) representó el 36.5%, los de 13 a 24 meses el 30.2% y en el tercer grupo de 25 a 36 meses fue del 33.3%.

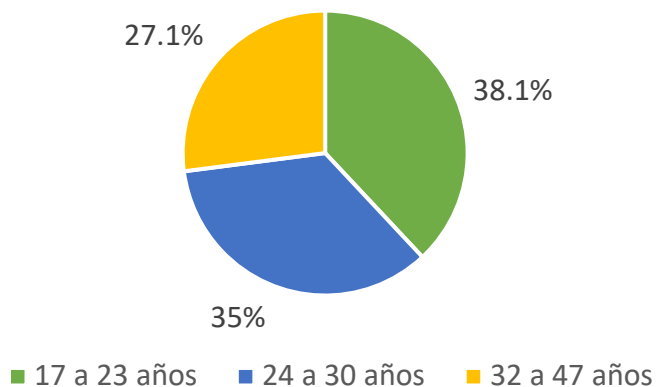
cpod



Gráfica 4. cpod. Fuente directa.

La población libre de caries fue de 44.4%, aquellos que presentaron de 1 a 5 dientes con caries correspondió al 36.5%, los que tuvieron de 6 a 10 dientes cariados se agrupan en un 15.9% y aquellos con 11 a 13 dientes cariados fueron 3.2%.

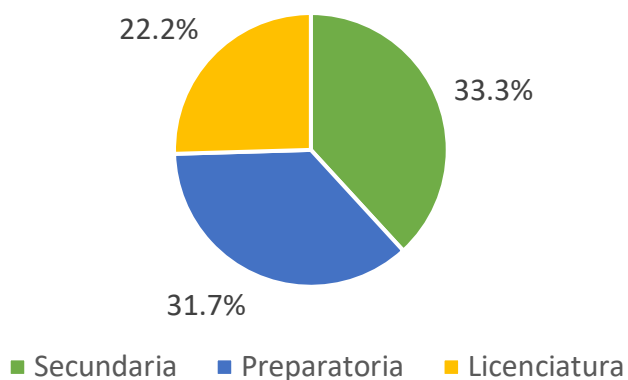
EDAD DE LAS MADRES



Gráfica 5. Edad de las madres. Fuente directa.

El rango de edad de las madres fue de 17 a 47 años, concentrándose el mayor porcentaje a los 23 años (17.5%) y el mayor porcentaje de rango de 17 a 23 años (38.1%).

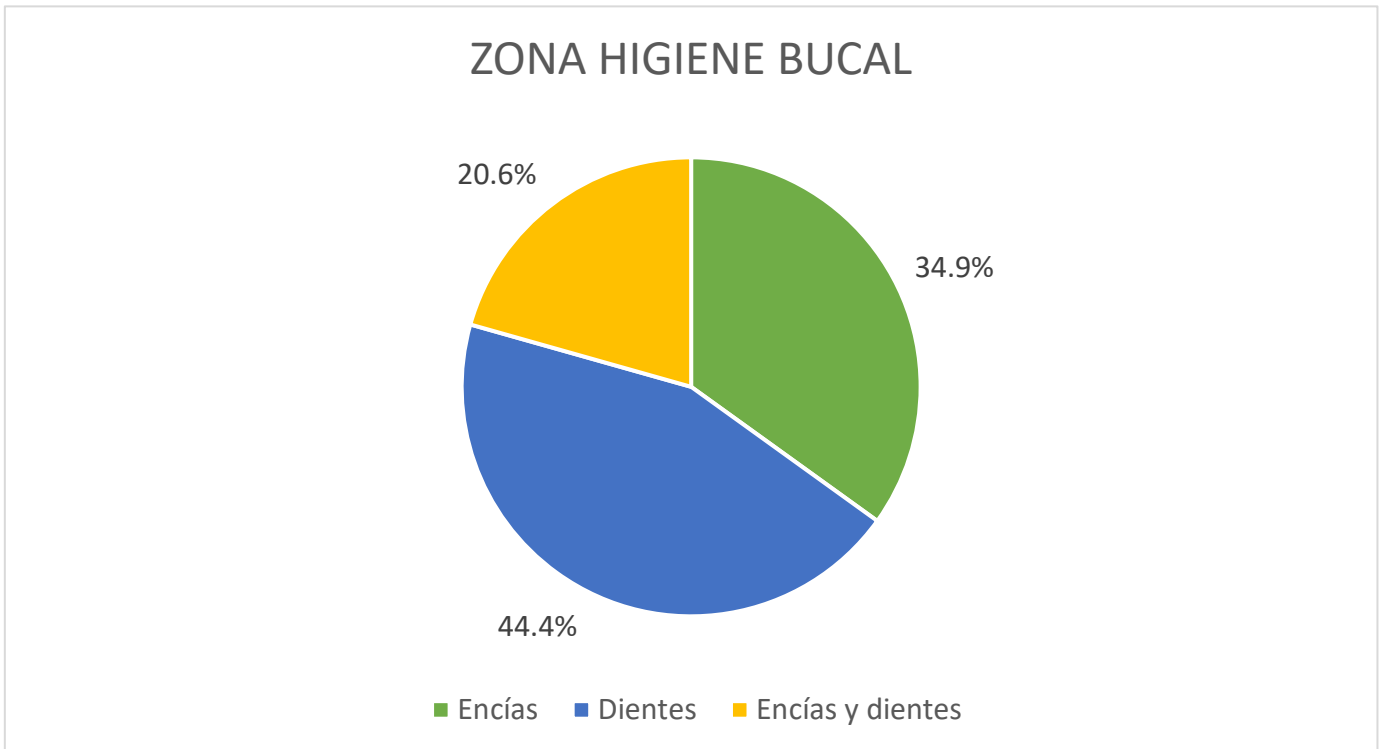
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES



Gráfica 6. Escolaridad de las madres. Fuente directa.

La escolaridad de las madres de familia que más estuvo presente fue la de 33.3% para los de estudios de secundaria, siguiendo el nivel de preparatoria con 31.7%.

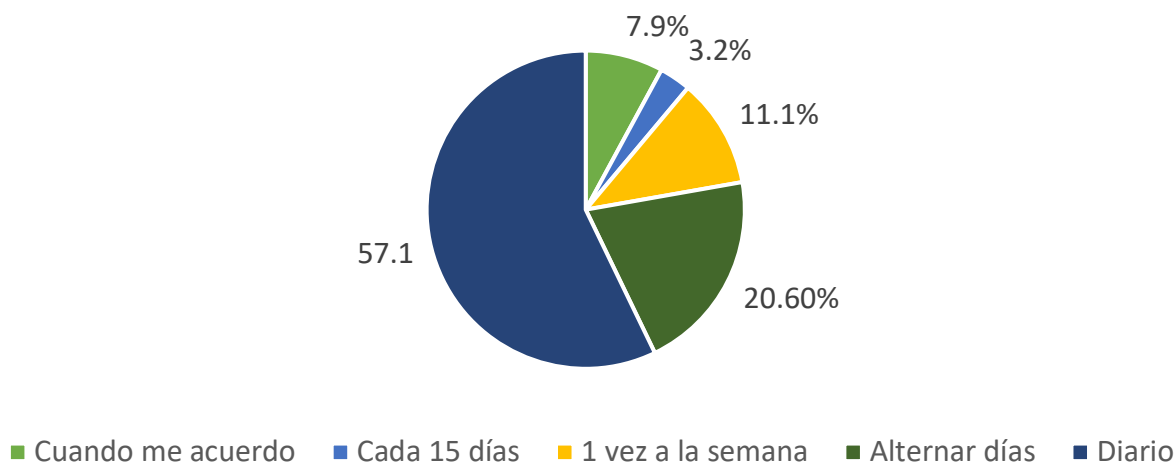
Cuestionario realizado a las madres



Gráfica 7. Zona de higiene bucal. Fuente directa.

La zona que las madres más limpian al momento de realizar la higiene bucal son los dientes (44.4%), mientras que la zona a la que ponen menos atención es la encía en conjunto con los dientes (20.6%).

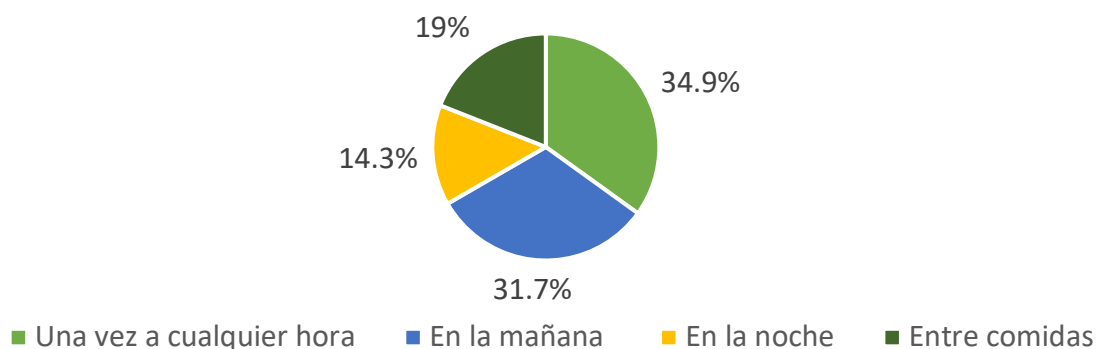
FRECUENCIA DE LA HIGIENE



Gráfica 8. Frecuencia de la higiene. Fuente directa.

La frecuencia con la que las madres realizan la limpieza bucal a los bebés varía, el 7.9% reportó que lo hacen cada que se acuerdan, mientras que el 57.1% equivale a aquellas madres que realizan la limpieza diariamente, correspondiente a 36 del total de los niños evaluados.

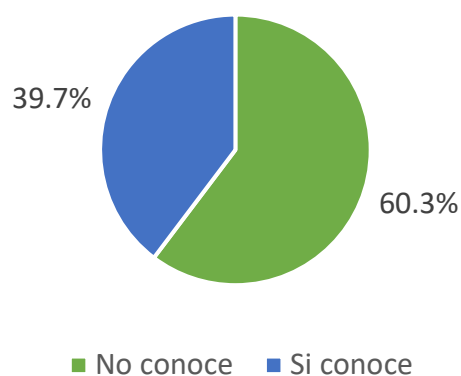
HORARIO DE LA HIGIENE



Gráfica 9. Horario de la higiene. Fuente directa.

El 34.9% de las madres realizan la higiene bucal una vez a cualquier hora, mientras que el 19% la realiza entre comidas. Se puede observar que el 14.3% (porcentaje más bajo) realiza la limpieza en la noche, siendo este horario el más importante.

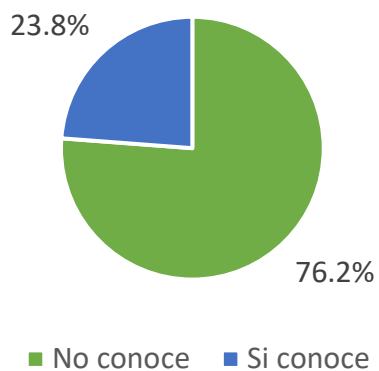
LIMPIEZA DE LA ENCÍA



Gráfica 10. Limpieza de la encía. Fuente directa.

El 60.3% de las madres desconoce que debe limpiarse la encía, mientras que el 39.7% de las madres si lo realiza, de éstas el 82.5% lo realiza con trapo húmedo.

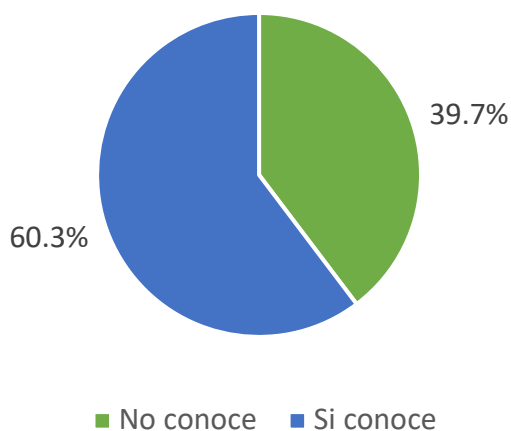
CARIES POR CONSUMO DE CARBOHIDRATOS



Gráfica 11. Caries por consumo de carbohidratos. Fuente directa.

El 76.2% de las madres desconoce que la formación de caries se da por el libre consumo de carbohidratos, mientras que el 23.8% si conoce dicha situación.

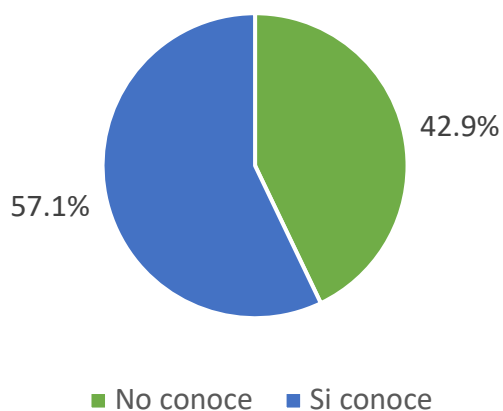
CARIES POR NO CEPILLADO



Gráfica 12. Caries por no cepillado. Fuente directa.

El porcentaje de madres que no conoce que la caries se forma por no cepillar los dientes es de 39.7%, mientras que el 60.3% si lo saben.

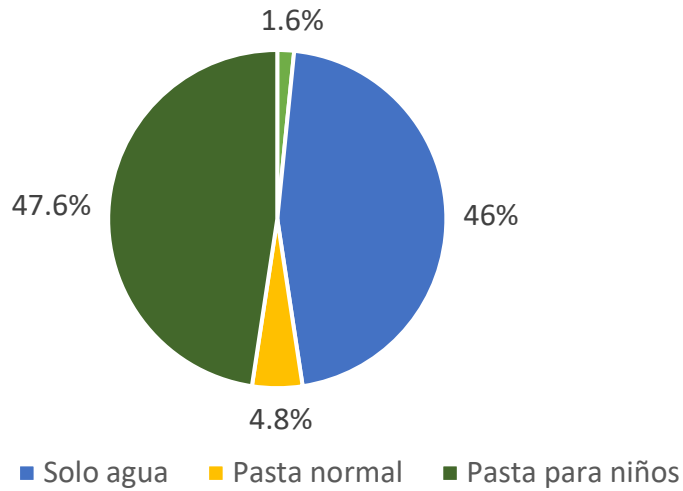
¿CONOCE CON QUE SE REALIZA LA HIGIENE DE UN BEBÉ?



Gráfica 13. Conocimiento con que se realiza la higiene bucal. Fuente directa.

El 57.1% de las madres conoce con que se debe realizar la limpieza de los dientes, el 42.9% desconoce con que aditamentos debe realizarse.

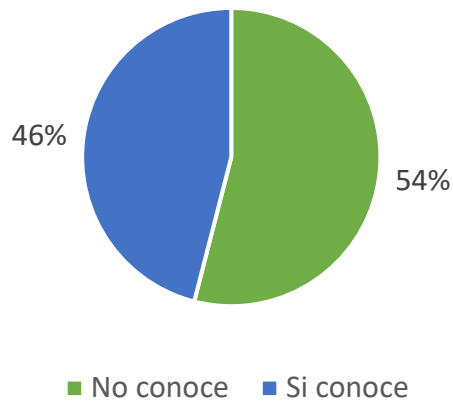
¿CON QUÉ REALIZA LA HIGIENE DE SU BEBÉ?



Gráfica 14. ¿Con que realiza la higiene de su bebé? Fuente directa.

El 46% de las madres únicamente utilizan agua para la higiene bucal, mientras que el 47.6% utiliza pasta dental para niños. El 1.6% de las madres no utiliza nada.

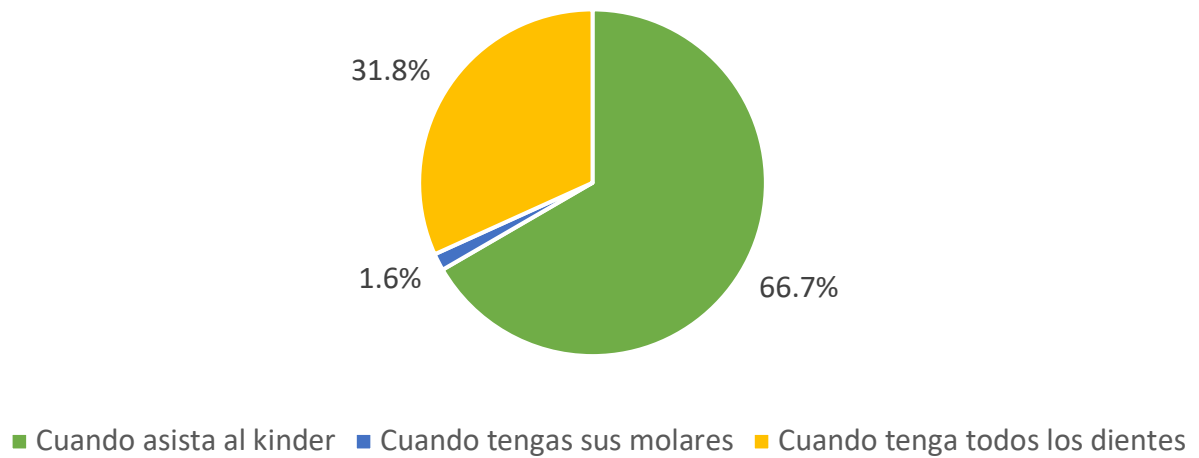
¿CONOCE CUÁNDO INICIAR EL CEPILLADO?



Gráfica 15. ¿Conoce cuando iniciar el cepillado? Fuente directa.

El 46% de las madres conoce en qué momento se debe iniciar el cepillado dental, mientras que el 54% desconoce cuándo iniciarlo.

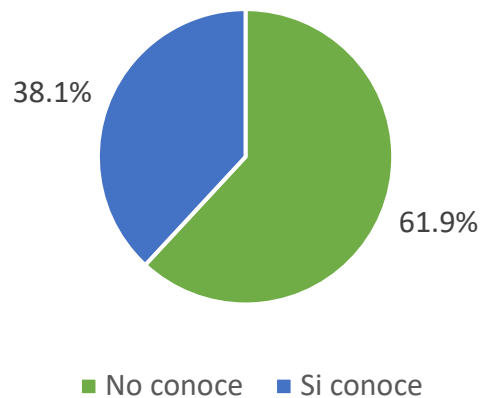
CONOCIMIENTO DEL INICIO DEL CEPILLADO



Gráfica 16. Conocimiento del inicio del cepillado. Fuente directa.

El 66.7% de las madres inicia el cepillado cuando su hijo comienza a asistir al kínder. El 31.8% indicó iniciarlo al momento en que el infante tiene todos los dientes en boca.

IMPORTANCIA DEL CEPILLADO NOCTURNO



Gráfica 17. Importancia del cepillado nocturno. Fuente directa.

Aquellas madres que si conocen la importancia del cepillado nocturno equivale al 38.1%, mientras que aquellas que desconocen dicha importancia corresponde al 61.9%.

CONCLUSIONES

La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente, como también dolor al momento de comer. Otras consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

Actualmente, para tomar una decisión sobre el tratamiento y manejo de las enfermedades bucales de los niños, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los padres o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma.

Cabe destacar que el nivel de conocimiento de las madres entrevistadas fue regular y bueno (49% y 51%), descartando el mal conocimiento sobre la higiene bucal sobre sus hijos, esto al comparar un estudio en India y en Chile donde si existió un mal conocimiento de higiene con un 37.2% vs. 71% respectivamente.

Otro aspecto importante a mencionar es que no existió diferencia significativa entre madres con hijos con y sin caries y el nivel de conocimiento de higiene bucal, al compararlo con el grado de escolaridad que no mostró correspondencia con el buen nivel de conocimiento sobre higiene bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [OMS], Salud Bucal, (2020).
2. Cubero, A., Lorigo, I., González, A., et al. (2019). Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. *Pediatría Revisión Primaria*, 21(82), 40-45.
3. Montero, D., López, P., Castrejón, R., (2011). Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Revista odontológica mexicana*, 15(2), 23-28.
4. Alonso, M., Karakowsky L., (2009). Caries de la infancia temprana. *Perinatología y Reproducción Humana*, 23(2), 90-97.
5. González, A., González, B., González, E., (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de carbohidratos. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 10-14.
6. Gaeta, M., Cavazos, J., Cabrera, M., (2016). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 15(2), 965-978.
7. Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita, Y., et al, (2009). Promotion of oral and dental health in students of the primary teaching. Motivations, strategies and odontopedatric priorities. *MEDISAN*, 13(4), 1029-3019.
8. Caries Dental. *Departamento Odontológico de la Unidad de Prevención para la Salud*, <http://anep.edu.uy>
9. Ayala, Y., Carralero, L., Leyva, B., (2018). Le erupción dental y sus factores influyentes. *Correo Científico Médico*, 22(4), 1560 – 4381.
10. Palomer, L., (2006). Caries dental en niño. Una enfermedad contagiosa. *Revista Chilena de pediatría*, 77(1), 56-60.
11. Henostroza, G., (2010). Caries dental: principios y procedimientos para el diagnóstico, *Ripano*.
12. Gutiérrez, G., Navarrete, X., Muller, A., (2018). Caries dental y sus factores etiológicos. *Dentista y paciente*, 18(4), 54-56.

13. Serrano, J., Herrera, D., (2005). La placa dental como biofilm. *RCOE*, 10(4), 113-123.
14. Sarduy, L., González M., (2016). La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. *Medicentro Electrónica*, 20(3) 167-175.
15. Harris, J., Fang, L., Herrera, A., et al, (2019). Perfil bacteriano del biofilm dental supragingival en niños con dentición temporal y mixta temprana. *Elsevier: Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(7), 448-453.
16. Gini, F., González, M., Keim, L., et al, (2019). Control de la biopelícula dental en niños mediante una estrategia de motivación basada en el uso domiciliario de sustancia reveladora. *Revista científica de ciencias de la salud*, 1(1), 39-45.
17. Sistema de Vigilancia de Epidemiológica de Patologías Bucales [SIVEPAB], (2019).
18. González, P., Negrón, JC., Pinzón, AL., et al, (2019). Saberes sobre salud bucal e higiene oral de padres y profesores en una comunidad rural maya. *Revista Odontológica Latinoamericana*, 11(2), 47-53.
19. González, M., Rocha, M., González, A., (2017). Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. *Revista ADM*, 74(2), 64-68.
20. Ferreira, M., Díaz, C., Pérez, N., et al, (2016). Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Pediatría (Asunción)*, 43(2), 129-136.
21. Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., et al, (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina*, 15(1), 14-18.

CAPITULO III: ANTECEDENTES

1. ZONA DE INFLUENCIA

a. Ubicación geográfica

La alcaldía Xochimilco se encuentra situada al sureste de la Ciudad de México entre las siguientes coordenadas: 19°15' de latitud norte y 99°06' de longitud oeste; con una altitud de 2,240 m.s.n.m. Sus colindancias son: Al norte con las alcaldías Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; Al sur con las alcaldías Milpa Alta y Tlalpan; Al oeste con la delegación Tlalpan; Al este con las alcaldías Tláhuac y Milpa Alta. (INAFED).

Xochimilco es una de las 16 demarcaciones de la Ciudad de México, se localiza en el suroeste de la capital mexicana y posee una superficie de 122 km². En el territorio de Xochimilco se encuentran 14 pueblos originarios que conservan muchos rasgos de su tradicional y herencia indígena, a pesar del avance de la urbanización, la zona norte de Xochimilco está plenamente integrada a la mancha urbana de la Ciudad de México y en ella se asientan alguna zonas industriales y de servicios que constituyen parte importante de la vida económica de la delegación. (SIDESO)



FUENTE: INEGI 2021 – GOOGLE MAPS

El pueblo de San Lorenzo Ateмоaya está situado dentro de la localidad de Xochimilco, en la alcaldía del mismo nombre, en la Ciudad de México. Está situado exactamente a 0.84 km hacia el este del centro geográfico del área municipal de Xochimilco.

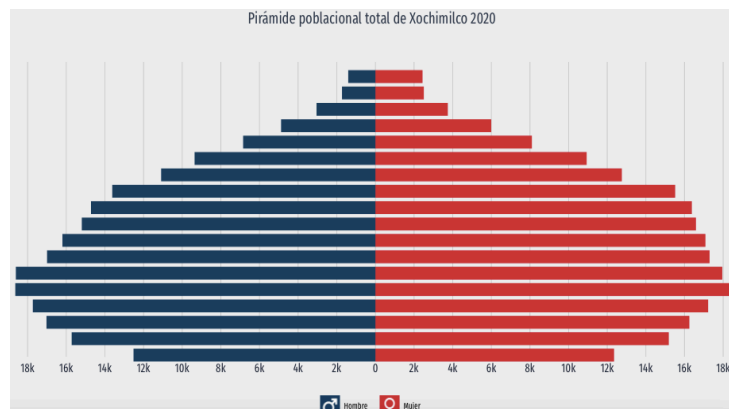


FUENTE: INEGI 2021 – GOOGLE MAPS

b. Aspectos demográficos

La población total de Xochimilco en 2020 fue 442,178 habitantes; 226,726 población femenina (51.3%) y 215,452 población masculina (48.7%).

Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 20 a 24 años (36,979 habitantes), 25 a 29 años (36,563 habitantes) y 15 a 19 años (34,956 habitantes). Entre ellos concentraron el 24.5% de la población total. (INEGI 2020).

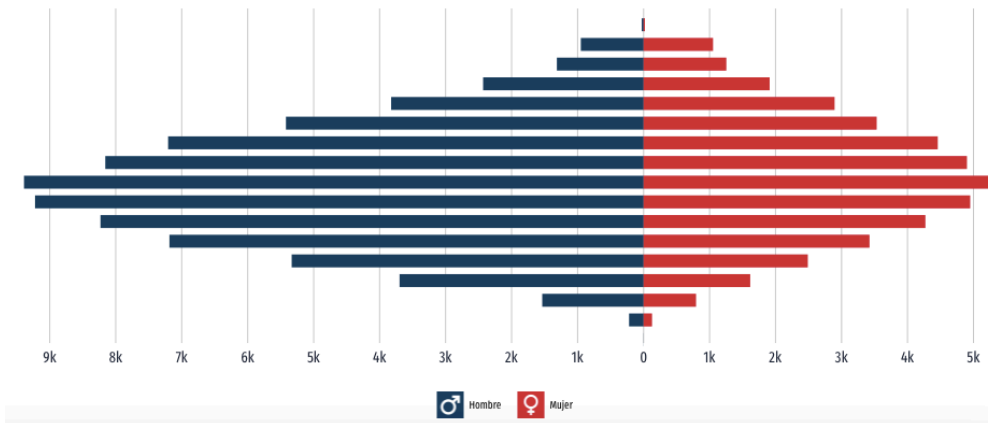


FUENTE: INEGI 2020 – DATAMEXICO.ORG

Según datos del Censo Poblacional 2020, se registraron 117,000 viviendas. De éstas, 36.7% son viviendas donde la persona de referencia es mujer y 63.3% corresponde a viviendas donde la persona de referencia es hombre.

Respecto a los rangos de edad de las personas de referencia, 12.5% de las viviendas concentró a jefes de hogar entre 50 a 54 años.

Distribución de viviendas por sexo y persona de referencia en 2020



FUENTE: INEGI 2020

En relación a la ocupación, según datos del Censo Económico 2019, los sectores económicos que concentraron más unidades económicas y mayor ocupación laboral en Xochimilco fueron:

- Comercio al por menor (10,632 unidades).
- Otros servicios excepto actividades gubernamentales (2,469 unidades).
- Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas (2,023 unidades).
- Industrias manufactureras (1,539 unidades).
- Servicios de salud y asistencia aocial (748 unidades).
- Comercio al por mayor (411 unidades).
- Servicios de apoyo a los negocios y manejo de residuos y deshechos (313 unidades).

- Servicios profesionales, científicos y técnicos (281 unidades).
- Servicios educativos (258 unidades).
- Servicios de esparcimientos culturas y deportivos (195 unidades).
- Servicios inmobiliarios (185 unidades).
- Servicios financieros y de seguros (36 unidades).
- Construcción (28 unidades).
- Transportes, correos y almacenamientos (24 unidades).
- Información en medios masivos (10 unidades).
- Agricultura, cría, explotación de animales y pesca (1 unidad).
- Cooperativos (1 unidad).

c. Servicios

La alcaldía Xochimilco en 2015 contaba con diferentes cantidades de tomas de agua en operación:

- en fuente de abastecimiento tipo pozo, número 80.
- en operación con macromedidor funcionando, para abastecimiento público, número 80.
- en operación para abastecimiento público, número 80 (INEGI, 2010-2015).

Cantidad de puntos de descarga de aguas residuales municipales sin tratamiento:

- con salida a un río o arroyo, número 3.
- con salida a un gran colector, número 2.

En 2020, 0.69% de la población en Xochimilco no tenía acceso a sistemas de alcantarillado (3,006 personas), 8.39% no contaba con red de suministro de agua potable (37,001 personas) , 0.42% no tenía baño (1,086 personas) y 0.21% no poseía energía eléctrica (937 personas).

- Servicios y conectividad de la vivienda

Los íconos presentan el porcentaje de hogares que cuentan con determinados elementos de conectividad y/o servicios. Con el selector superior se puede cambiar entre 5 categorías que incluyen diferentes elementos:

Acceso a tecnologías



Viviendas
66.5%
TIENEN ACCESO A INTERNET



Viviendas
50.1%
DISPONEN DE COMPUTADOR



Viviendas
91.2%
DISPONEN DE CELULAR

Entretenimiento



Viviendas
32.4%
DISPONEN DE TELEVISIÓN PAGADA



Viviendas
22.9%
DISPONEN DE SERVICIO DE PELÍCULAS



Viviendas
15.2%
DISPONEN DE CONSOLA DE VIDEOJUEGOS

Disponibilidad de bienes



Viviendas
56.4%
DISPONEN DE HORNO



Viviendas
76.1%
DISPONEN DE LAVADORA



Viviendas
89.4%
DISPONEN DE REFRIGERADOR

Disponibilidad de transporte



Viviendas
43.1%
DISPONEN DE AUTOMÓVIL

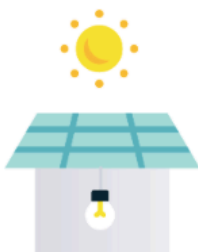


Viviendas
10.5%
DISPONEN DE MOTOCICLETA



Viviendas
28.3%
DISPONEN DE BICICLETA

Equipamiento



Viviendas
0.52%
DISPONEN DE PANELES SOLARES



Viviendas
8.45%
DISPONEN DE CALENTADOR SOLAR DE AGUA



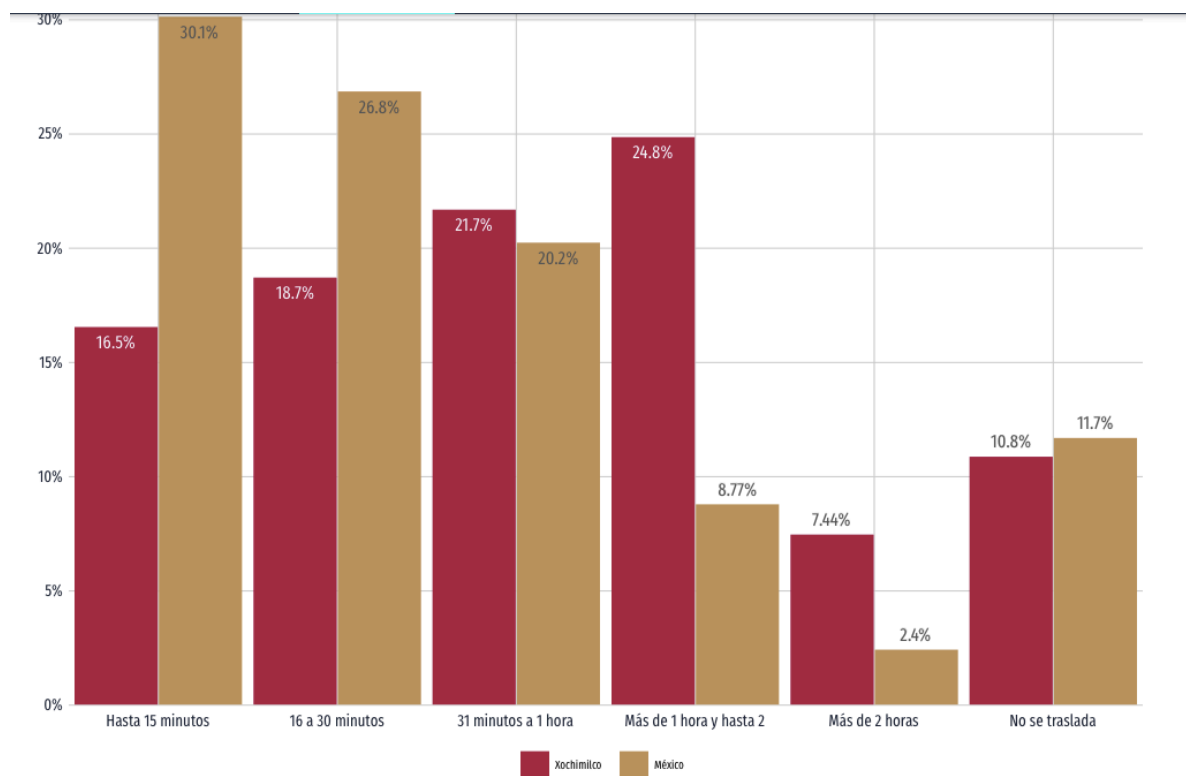
Viviendas
0.65%
DISPONEN DE AIRE ACONDICIONADO

- Tiempos de traslado

La visualización muestra la distribución de población según tiempos de traslado hasta su trabajo en 2020 comparado con los tiempos de traslado a nivel nacional.

En Xochimilco, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue 53.1 minutos, 56.9% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 32.3% tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo.

Por otro lado, el tiempo promedio de traslado del hogar al lugar de estudios fue 33 minutos, 83% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 15.5% tarda más de 1 hora.



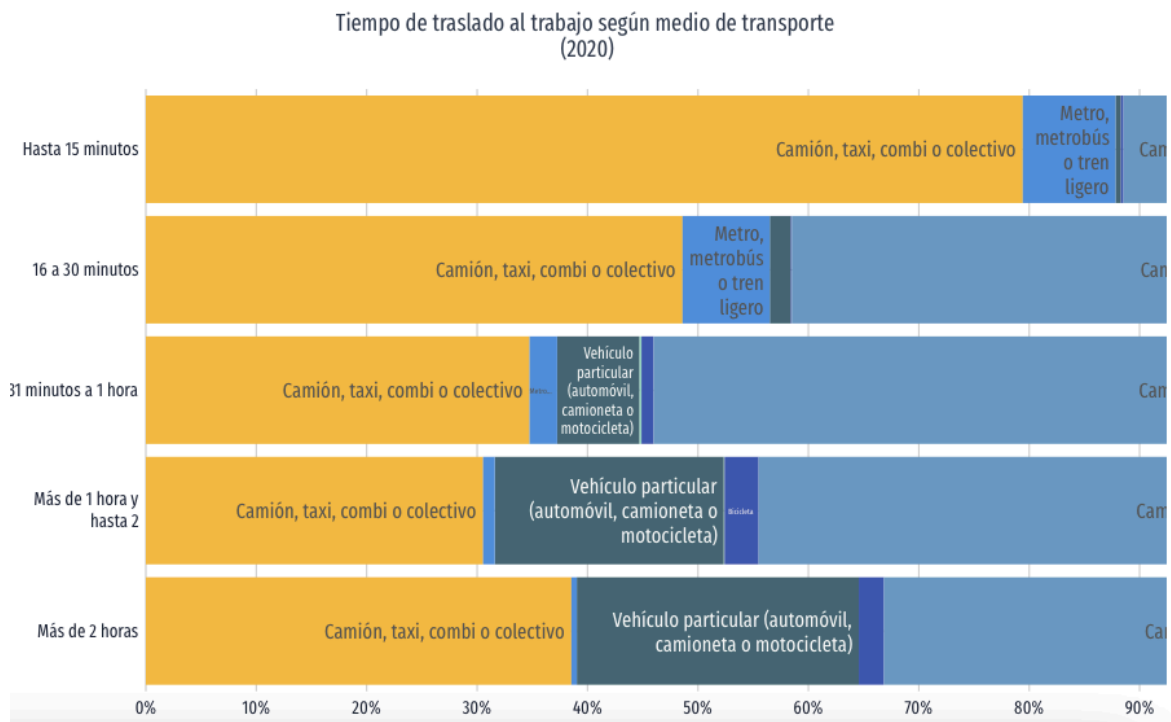
FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

- Medio de transporte al trabajo y al colegio

La visualización muestra la distribución de población según tiempos de traslado hasta su trabajo en 2020 comparado con los tiempos de traslado a nivel nacional.

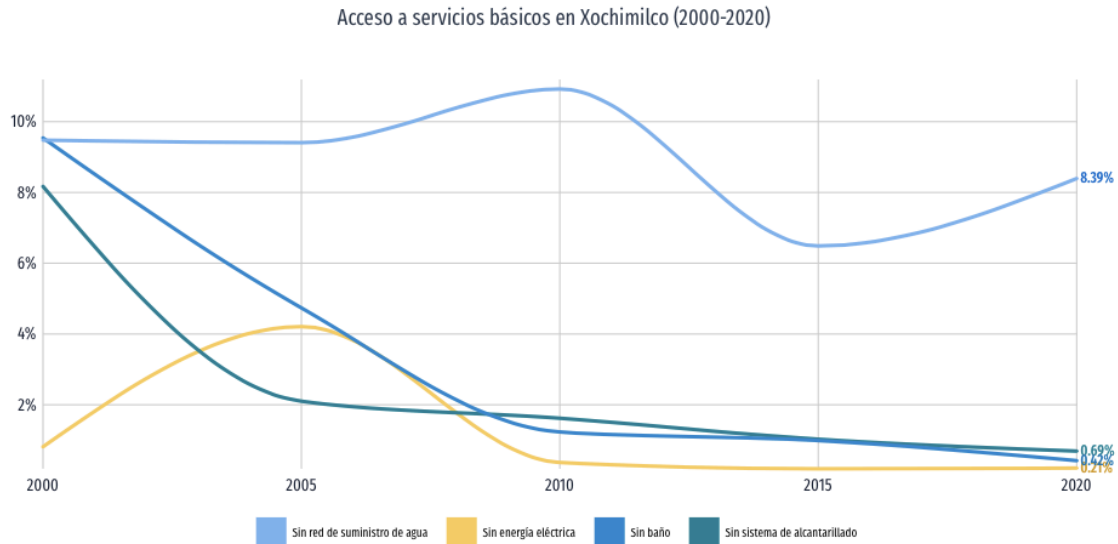
En Xochimilco, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue 53.1 minutos, 56.9% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 32.3% tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo.

Por otro lado, el tiempo promedio de traslado del hogar al lugar de estudios fue 33 minutos, 83% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 15.5% tarda más de 1 hora.



FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

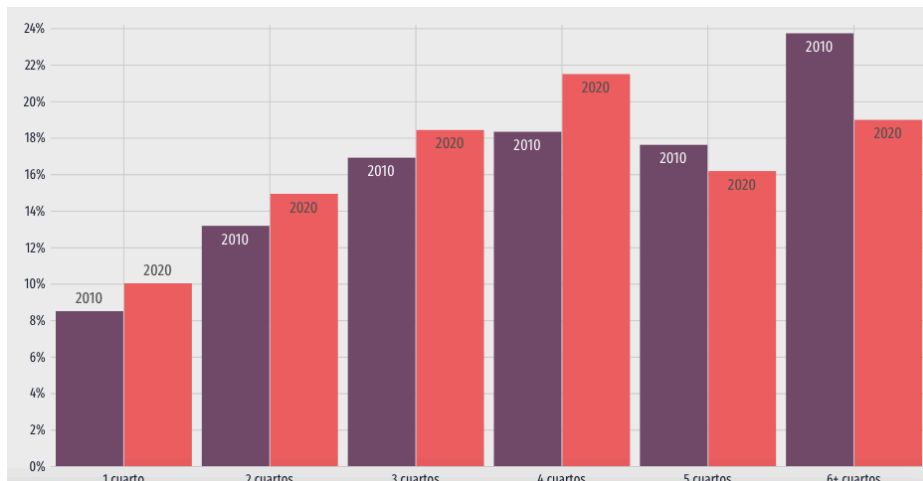
La visualización muestra la evolución porcentual de la población sin accesos a servicios básicos entre 2000 y 2020



FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)

d. Vivienda

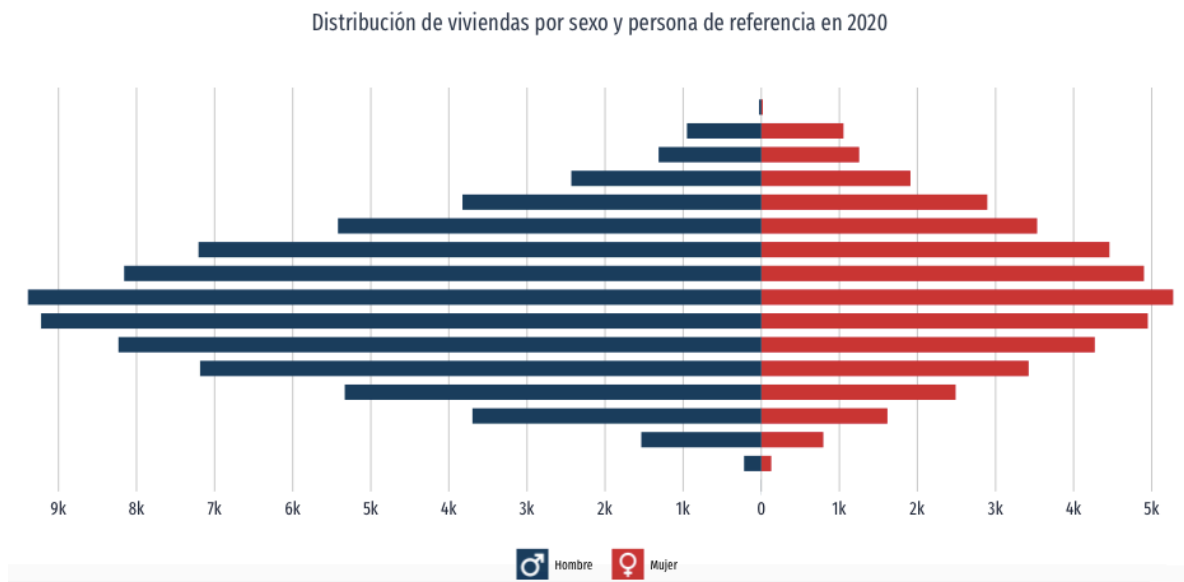
En 2020, la mayoría de las viviendas particulares habitadas contaba con 4 y 6 cuartos, 21.5% y 19%, respectivamente. En el mismo periodo, destacan de las viviendas particulares habitadas con 1 y 2 dormitorios, 31.5% y 31.1%, respectivamente.



DISTRIBUCIÓN DE VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS SEGÚN NÚMERO DE CUARTOS EN 2010 Y 2020

FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2020

Según datos del Censo Poblacional 2020, se registraron 117,000 viviendas. De éstas, 36.7% son viviendas donde la persona de referencia es mujer y 63.3% corresponde a viviendas donde la persona de referencia es hombre. Respecto a los rangos de edad de las personas de referencia, 12.5% de las viviendas concentró a jefes de hogar entre 50 a 54 años.

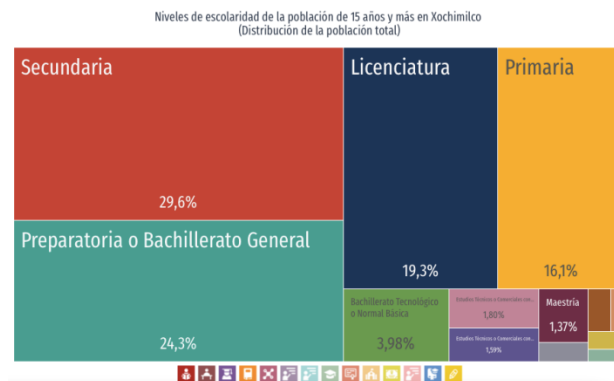


FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2020

e. Servicios educativos

- Niveles de escolaridad

En 2020, los principales grados académicos de la población de Xochimilco fueron Secundaria (100k personas o 29.6% del total), Preparatoria o Bachillerato General (82k personas o 24.3% del total) y Licenciatura (65.2k personas o 19.3% del total).

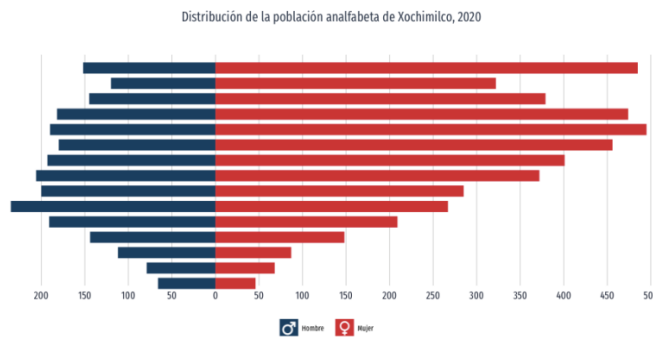


FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

La gráfica muestra la distribución porcentual de la población de 15 años y más en Xochimilco según el grado académico aprobado.

- Tasa de analfabetismo

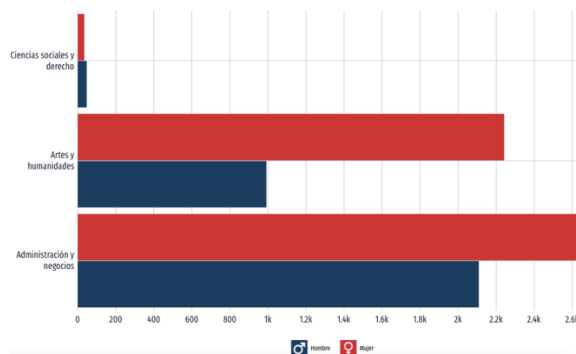
La tasa de analfabetismo de Xochimilco en 2020 fue 1.95%. Del total de población analfabeta, 34.8% correspondió a hombres y 65.2% a mujeres.



FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2020 – CUESTIONARIO BASICO

- Matricula en educación superior

Las áreas con mayor número de hombres matriculados en licenciaturas fueron Administración y negocios (2,109), Artes y humanidades (992) y Ciencias sociales y derecho (47). De manera similar, las áreas de estudio que concentraron más mujeres matriculadas en licenciaturas fueron Administración y negocios (2,668), Artes y humanidades (2,242) y Ciencias sociales y derecho (34).

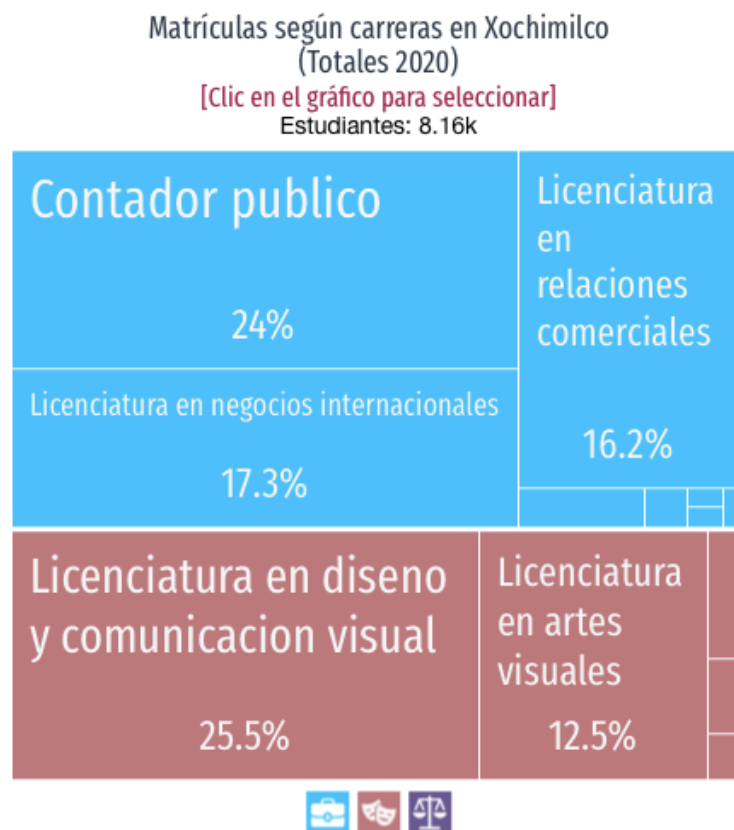


FUENTE: ASOCIACIÓN NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR (ANUIES)

- Matriculas de educación superior egún institución y carreras

En Xochimilco, las instituciones que concentraron mayor número estudiantes en 2020 fueron [Instituto Politécnico Nacional](#)(4.84k), [Universidad Nacional Autónoma De México](#) (3.21k) y [Escuela Internacional De Derecho Y Jurisprudencia S.C.](#) (81).

El mismo año, las carreras más demandadas en Xochimilco fueron Licenciatura en diseno y comunicacion visual (2.08k), Contador publico (1.96k) y Licenciatura en negocios internacionales (1.41k).

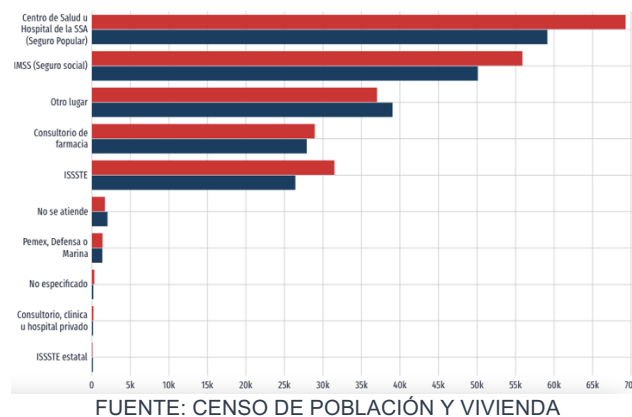


FUENTE: ASOCIACIÓN NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR (ANUIES)

f. Servicios de salud

En Xochimilco, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) (128k), IMSS (Seguro social) (106k) y Otro lugar (76.1k).

En el mismo año, los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) (125k) y No Especificado (115k).



La población que se mantiene afiliada a los servicios de salud es de 76.31% en la Alcaldía Xochimilco de los cuales el 32.51% son derechohabientes del IMSS, sin embargo en la demarcación no existen clínicas ni hospitales de esta institución, el 21.36% al ISSSTE, en Xochimilco solo se cuenta con una clínica familiar, en PEMEX Defensa o Marina 1.05%, con Seguro Popular el 41.21%, Instituciones privadas 3.88%, en otras instituciones el 2.25%, no cuenta con derechohabiencia a algún servicio de salud el 23.22%. Esta situación muestra una necesidad real de la población en Xochimilco, de tener que desplazarse para poder obtener servicios de salud en otras localidades. Con lo que respecta a la Ciudad de México cuenta con el 78.49% derechohabientes de los cuales el 46.19% son del IMSS y el 15.66% al ISSSTE, en PEMEX Defensa o Marina 1.46%, con Seguro Popular el 28.70%, Instituciones privadas 8.64%, en otras instituciones 2.18%, no cuenta con derechohabiencia a algún servicio de salud el 20.78% esta última cifra es ligeramente menor a la local

g. Morilidad

En lo que respecta a la esperanza de vida al nacer en los habitantes de la Xochimilco se observa en hombres el 73.9% y mujeres el 78.6% ligeramente abajo del nivel nacional del 72.6% en hombres y en mujeres 77.8%, es observable la mayor prevalencia en mujeres.

h. Mortalidad

En tanto a las causas de mortalidad en general se observa que las enfermedades del Corazón, Diabetes Mellitus, Tumores Malignos ocupan los tres primeros lugares tanto a nivel alcaldía, nivel CDMX como nacional. En el país ocupa el cuarto lugar los accidentes automovilísticos, seguido de enfermedades Cerebrovasculares. El quinto lo ocupan enfermedades del hígado (asociado al consumo de alcohol). Se puede ver la relación que existe entre las defunciones por accidentes que se puedan encontrar relacionados con el consumo de drogas, además de las enfermedades asociadas por éstas.

Con relación a las principales causas de mortalidad por grupo de edad y sexo podemos observar que en el grupo etario de 15 a 24 años existen similitud en el padecimiento de enfermedades tanto en hombres como en mujeres: agresiones, accidentes (de tráfico de vehículos de motor), lesiones autoinfligidas intencionalmente, tumores malignos (leucemias, enfermedades del corazón) y enfermedades isquémicas del corazón. Cabe destacar que en las edades de 25 a 34 años aparte de las causas de mortalidad antes mencionadas existe una prevalencia de enfermedad por VIH particularmente en hombres. En lo que respecta al rango de edad entre 35 a 44 años particularmente en mujeres las causas son tumores malignos (de la mama y del cuello del útero). A nivel nacional las principales causas de mortalidad por grupo de edad y sexo son las siguientes: en el rango de edad de 15 a 24 años en hombres y mujeres las causas suelen presentarse en accidentes (de tráfico de vehículos de motor), agresiones, lesiones autoinfligidas intencionalmente, tumores malignos (leucemias), enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón) particularmente en mujeres se

presentan el embarazo, parto y puerperio. Así mismo en la edad de 25 a 34 años en hombres se observan las lesiones autoinfligidas intencionalmente, enfermedades por virus de inmunodeficiencia humana, en mujeres tumores malignos (del cuello del útero y de la mama) y diabetes mellitus. Finalmente en las edades de 35 a 44 años las causas principales de mortalidad en hombres y mujeres suelen ser, enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón) accidentes (de tráfico de vehículos de motor), enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado), diabetes mellitus. Particularmente en hombres se presentan las agresiones y en mujeres tumores malignos (de la mama y del cuello del útero).

1.2 ANÁLISIS Y CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Es importante destacar que la alcaldía Xochimilco cuenta con suficientes pero no los necesarios servicios y centros de salud, la población, que en su mayoría es de clase baja o media, no cuentan con los recursos económicos necesarios para acudir a una clínica u hospital privado, es por ello que se requieren de más servicios de salud públicos para que la mayoría de la población tenga acceso a cualquier servicio. Cabe mencionar que tampoco se cuenta con la suficiente información de prevención tanto para salud bucal como salud en general, ya que gran porcentaje de la población presenta al menos una enfermedad sistémica y por consiguiente una mayor probabilidad de muerte temprana, en relación a la salud bucal existe cierta desinformación debido a la poca cantidad de clínicas que ofrecen el servicio de una manera gratuita o a bajo costo, esto afecta en las comunidades ya que no se le da la importancia que requiere este tipo de enfermedades.

2. LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DE SAN LORENZO ATEMOAYA

- Ubicación

La clínica se ubica en el poblado de San Lorenzo, Atemoaya perteneciente a la alcaldía Xochimilco en la Ciudad de México. Dirección Av. Hidalgo 9, con un horario de 09:00 a 20:00 hrs.

- Organización

La clínica estomatológica San Lorenzo Atemoaya de la UAM – Xochimilco, esta organizada de la siguiente manera:

Director de clínica y docente de apoyo, quienes están a cargo de la organización de toda la clínica y de todos los alumnos, de 4º a 12º trimestre, ambos doctores están capacitados y autorizados para revisar y supervisar todos los tratamientos que realizan los alumnos dentro del laboratorio.

Secretaría, quien se encarga de proporcionar y archivar los expedientes clínicos día con día, atención de las llamadas telefónicas y actividades que le encargue el director.

Administración, persona que se encarga del control de pagos, realizar cobros de todos los tratamientos realizados, inventario de insumos, material e instrumental.

Persona encargada de roseta, es aquella quien provee a los alumnos y en ciertos casos a los docentes de apoyo de todo el material y/o instrumental que lleguen a requerir durante las jornadas de atención a pacientes.

Encargados de vigilancia e intendencia, los primeros se encargan del registro de todos los pacientes que ingresan al día en la clínica, el personal de intendencia es quien nos apoya para poder mantener en el mejor estado posible las instalaciones de la clínica durante toda la jornada laboral.

Pasantes de la licenciatura, quienes apoyan a los alumnos en los tratamientos siempre y cuando el director o docente de apoyo les hayan autorizado, realizan

también actividades administrativas, así como tratamientos de urgencia que llegan a presentarse diariamente.

Alumnos, quienes realizan sus actividades correspondientes en relación al trimestre en curso, siempre bajo la supervisión y autorización de los docentes.

- Recursos

Los recursos con los cuales cuenta la clínica son proporcionados en su totalidad por la universidad, en la clínica se realiza un cobro o cuota de recuperación por una cantidad mínima dependiendo de cada tratamiento a realizarse, sin embargo, los costos que se manejan son excesivamente económicos.

- Programas de servicios

Atención integral al adulto: Los días que se atienden a personas adultas son los lunes, miércoles y viernes en un horario de 09:00 a 14:00 hrs, los alumnos de 4º, 5º, 9º, 10º, 11º y 12º son los responsables de dar la atención a este tipo de pacientes, el objetivo principal es brindar un servicio de calidad con tratamientos preventivos hasta correctivos, siempre bajo la supervisión de algún docente, así mismo, se pretende lograr una alta con algún paciente al tener diferentes tipos de tratamientos a realizarse, esta se cumple si el alumno logra terminar dichos tratamientos durante el trimestre.

Atención integral al niño: Los días de atención para este tipo de pacientes son los días jueves y viernes, en el mismo horario que los pacientes adultos, los alumnos de 4º, 5º, 6º, 7º y 8º son los encargados de llevar a cabo estas actividades con pacientes pediátricos, de igual manera, la atención se da desde tratamientos preventivos hasta tratamientos correctivos y funcionales.

3. SERVICIO ESTOMATOLÓGICO: CLÍNICA COMUNITARIA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

El proyecto de “Odontología para el bebé” surgió en en al año de 2016, y se ha renovado año con año, dando atención continua a la población desde 0 a 36 meses de edad; dicho proyecto funciona dentro del Laboratorio de Diseño y Comprobación de San Lorenzo Atemoaya de la UAM Xochimilco. La responsable es la CDEO Analy Reséndiz López, quien autoriza, supervisa y participa en las actividades realizadas con la ayuda de 3 pasantes de la licenciatura en estomatología. En orden de atención, lo primero que se lleva a cabo es la captación del paciente, esta se realiza mediante pláticas de orientación y prevención en sala de espera y promoción y difusión de la salud, una vez que el paciente se interesa, se realiza el ingreso al programa mediante una historia clínica la cual nos ayuda a recabar información del diagnóstico y la condición inicial en la que se encuentra el paciente, una vez revisada dicha historia y observado al paciente clínicamente se realiza y establece un plan de tratamiento individualizado para poder brindar la atención, dicho programa esta enfocado a realizar actividades de prevención como limpieza dental, aplicación de flúor en barniz y orientación a los padres sobre la higiene y el cuidado que deben tener en casa. Cabe recalcar que la atención es totalmente gratuita ya que los gastos están cubiertos por un proyecto comunitario avalado y autorizado por la Rectoría de la Unidad Xochimilco de la UAM.

La clínica del bebé ofrece un programa de servicio, el cual consiste en la promoción y prevención con medidas de protección específica en menores de 3 años, esto para evitar el desarrollo de lesiones cariosas, conocidas como caries de la infancia temprana, debido a que existen datos oficiales que señalan a México como un país con un alto índice de caries en la población infantil. El objetivo es brindar orientación y atención dental preventiva a madres, padres o tutores de niños de 0 a 36 meses de edad, con la intención de evitar el desarrollo de caries y que tengan en cuenta los cuidados que deben tener para que sus hijos no la presenten. Una vez que los padres de familia y/o cuidadores deciden ingresar al

programa se trata de establecer un vínculo y un seguimiento favoreciendo la salud del bebé. Actualmente el programa tiene más de 255 pacientes ingresados, y se estima que con los años el número incrementara.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección general de epidemiología
2. Secretaría de economía www.gob.mx
3. Censo de población y vivienda (2020) censo2020.mx
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) www.inegi.org.mx
5. Sistema de información y desarrollo social (SIDESO)
6. Informe de actividades clínicas, Estomatología – UAM Xochimilco

CAPITULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO

El proyecto “Odontología para el bebé” se creó para cubrir las necesidades de pacientes desde recién nacidos hasta los 36 meses de edad, todas las actividades y tratamientos se llevan a cabo los días martes y jueves de 9:00 a 14:00 hrs, éstas se realizan dentro de las instalaciones de la clínica estomatológica San Lorenzo, Atemoaya; el área designada para dicho proyecto cuenta con dos unidades dentales que trabajan en conjunto con los pasantes y la doctora Analy Resendiz, además de contar con todos los insumos y materiales necesarios para que dicho proyecto pueda funcionar de la mejor manera posible.

Las acciones que se llevan a cabo para dar a conocer el proyecto son de promoción a la salud, principalmente impartiendo pláticas de prevención en sala de espera de la clínica para así poder tener un mayor número de visualización y por consiguiente un mayor número de pacientes, en estas pláticas se comparte información acerca de la prevención de caries, la enfermedad, la atención que se da en el proyecto para así poder invitar a los padres o tutores y se pueda agendar una cita para iniciar el proceso de ingreso.

Una vez captado al paciente se programa una cita de primera vez en la cual se realiza una valoración completa del estado bucodental, previo llenado de la historia clínica y la firma del consentimiento informado, se realiza una pequeña plática informativa a los padres donde se les explica lo que se llevará a cabo, así mismo en esa primera cita se realiza control de placa dentobacteriana para mostrar a los papás el estado actual de sus hijos, posteriormente se realiza la limpieza y la aplicación de flúor en barniz, al finalizar se instruye a los padres para que en casa puedan aplicar de manera correcta la técnica de cepillado, así como instrucciones específicas en el cuidado de los dientes, se da también citas de seguimiento para evaluar el estado mes con mes. Los días que el proyecto no está en funcionamiento, que son los días lunes, martes y miércoles, se ocupan para vaciar la información obtenida a una base de datos, armado de expedientes y confirmación de las citas programadas para los próximos días.

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE E ACTIVIDADES REALIZADAS DE
PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA**

MES	CANTIDAD DE PACIENTES	% DE PACIENTES
Septiembre	31	8.73 %
Octubre	76	21.40 %
Noviembre	64	18.02 %
Diciembre	Periodo vacacional	*****
Enero	35	9.85%
Febrero	Periodo de huelga	*****
Marzo	Periodo de huelga	*****
Abril	Periodo de huelga	*****
Mayo	56	15.77 %
Junio	58	16.33 %
Julio	35	9.85 %
TOTAL	355	100%

Fuente: Expedientes y agendas clínicas

* Meses en periodo de huelga por lo que no hubo actividades en dichos meses

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2018

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB 	31	17.03
Subtotal	31	17.03
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado 	31	17.03
Subtotal	31	17.03
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	6 8	3.29 4.39
Subtotal	14	7.68
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	31 31 41 3	17.03 17.03 22.52 1.64
Subtotal	106	58.22
TOTAL	182	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE OCTUBRE 2018

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	76 76	11.49 11.49
Subtotal	152	22.98
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	76 76 76	11.49 11.49 11.49
Subtotal	228	34.47
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	8 3	1.20 0.45
Subtotal	11	1.65
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	76 76 111 7	11.49 11.49 16.79 1.05
Subtotal	270	40.82
TOTAL	661	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE NOVIEMBRE 2018

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
• Identificación de PDB	64	11.78
• Caries	64	11.78
Subtotal	128	23.56
PREVENCIÓN		
• Técnica de cepillado	64	11.78
• Limpieza profesional	64	11.78
• Aplicación de flúor en barniz	64	11.78
Subtotal	192	35.34
FOMENTO A LA SALUD		
• Pláticas de salud bucal	6	1.10
• Repartición de folletos	4	0.73
Subtotal	10	1.83
ADMINISTRACIÓN		
• Registro de pacientes	64	11.78
• Manejo de pacientes	64	11.78
• Confirmación de citas	79	14.54
• Elaboración de expedientes clínicos	6	1.10
Subtotal	213	39.20
TOTAL	543	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE 2018
(Periodo vacacional por lo que no hubo actividades)

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
PREVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	**** **** ****	**** **** ****
Subtotal	****	****
FOMENTO A LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Platicas de salud bucal • Repartición de folletos 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
ADMINISTRACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	**** **** **** ****	**** **** **** ****
Subtotal	****	****

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE ENERO 2019

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	35 35	11.98 11.98
Subtotal	70	23.96
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	35 35 35	11.98 11.98 11.98
Subtotal	105	35.94
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	1 0	0.34 0
Subtotal	1	0.34
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	35 35 45 1	11.98 11.98 15.41 0.34
Subtotal	116	39.71
TOTAL	292	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE FEBRERO 2019*

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
PREVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	**** **** ****	**** **** ****
Subtotal	****	****
FOMENTO A LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
ADMINISTRACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de información • Actualización de base de datos • Reagendar citas de pacientes 	2 1 100	2.06 1.03 96.91
Subtotal	103	100
TOTAL	103	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE MARZO 2019*

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
PREVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	**** **** ****	**** **** ****
Subtotal	****	****
FOMENTO A LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
ADMINISTRACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de información • Actualización de base de datos • Reagendar citas de pacientes 	1 3 80	1.19 3.57 95.23
Subtotal	84	100
TOTAL	84	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE ABRIL 2019*

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
PREVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	**** **** ****	**** **** ****
Subtotal	****	****
FOMENTO A LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	**** ****	**** ****
Subtotal	****	****
ADMINISTRACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de información • Actualización de base de datos • Reagendar citas de pacientes 	2 15 60	2.59 19.48 70.92
Subtotal	77	100
TOTAL	77	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE MAYO 2019

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	56 56	11.47 11.47
Subtotal	112	22.94
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	56 56 56	11.47 11.47 11.47
Subtotal	168	34.41
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	4 0	0.81 0
Subtotal	4	0.81
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	56 56 88 4	11.47 11.47 18.03 0.81
Subtotal	204	41.78
TOTAL	488	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE JUNIO 2019

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	58 58	10.94 10.94
Subtotal	116	21.88
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	58 58 58	10.94 10.94 10.94
Subtotal	174	32.82
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	16 4	3.01 0.75
Subtotal	20	3.76
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	58 58 91 13	10.94 10.94 17.16 2.45
Subtotal	220	41.49
TOTAL	530	100

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE JULIO 2019

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	35 35	10.35 10.35
Subtotal	70	20.70
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	35 35 35	10.35 10.35 10.35
Subtotal	105	31.05
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	17 3	5.02 0.88
Subtotal	20	5.90
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	42 42 42 16	12.42 12.42 12.42 4.73
Subtotal	142	41.99
TOTAL	338	100

**CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES
PERIODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019**

ACTIVIDADES	NO.	PORCENTAJE %
DIAGNÓSTICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de PDB • Caries 	320 320	11.69 11.69
Subtotal	640	23.38
PREVENCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Limpieza profesional • Aplicación de flúor en barniz 	320 289 289	11.69 10.56 10.56
Subtotal	898	32.81
FOMENTO A LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas de salud bucal • Repartición de folletos 	36 19	1.31 0.69
Subtotal	55	2
ADMINISTRACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pacientes • Manejo de pacientes • Confirmación de citas • Elaboración de expedientes clínicos 	327 327 412 76	11.95 11.95 15.05 2.77
Subtotal	1,142	41.72

TOTAL	2,736	100
--------------	-------	-----

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018 – JULIO 2019						
POBLACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
CANTIDAD	NO.	%	NO.	%	NO.	%
MATERNAL	23	74.19	14	70	37	72.54
PREESCOLAR	8	25.80	6	30	14	27.45
TOTAL	31	100	20.	100	51	100

*Periodo de huelga por lo que no hubo actividades

Fuente: Expediente y agenda clínica

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La prevención es una parte fundamental para evitar el desarrollo de caries dental tanto en pacientes pediátricos como adultos, por tal motivo el proyecto de Odontología para el Bebé se basa principalmente en la prevención y no en la corrección, esto para instruir a los padres como realizar la higiene de sus hijos desde una edad temprana y así en un futuro evitar la formación de lesiones cariosas, ya que estas traen problemas graves si no se atienden a tiempo.

Las actividades realizadas durante el servicio social, como fueron identificación de PDB, identificación de caries, técnica de cepillado, limpieza dental, aplicación de flúor en barniz, pláticas de salud y prevención; y demás actividades son parte importante de dicho proyecto ya que con ellas se puede prevenir la enfermedad dental caries desde una edad muy temprana; de igual manera estas actividades pueden mejorar la calidad de la vida de los pacientes.

Desde la primera cita de valoración que se realiza, el interés de los padres por cuidar la higiene de sus pequeños es notable, se les enseña como realizarla dandoles una correcta tecnica de cepillado, así mismo, se les habla sobre la importancia de una profilaxis dental, aplicación de flúor en barniz y las visitas, por lo menos cada 6 meses, al odontólogo.

En las citas consecutivas que se realizaban a los pequeños, se logró ver un gran cambio en relación a la higiene bucal ya que al realizar el conteo de PDB, este se veía con una gran disminución a comparación de la primera cita, de igual manera los pacientes presentaban una mejor conducta y se lograba observar un mayor interes de los padres en la salud bucodental de sus hijos.

Es muy importante darle a conocer a los padres los riesgos y consecuencias de una mala o deficiente higiene bucal, así como saber como interpretan la información que se les da para llevarla a cabo en casa.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Actualmente la alta prevalencia de caries dental sigue siendo un problema en todo el mundo, determinando altos porcentajes, especialmente en edades muy tempranas, se habla de tratamientos preventivos, de promoción y en muchas ocasiones intervenciones para así evitar problemas de infección a causa de una lesión cariosa no tratada, esto ocasionando focos infecciosos en los niños a una corta edad.

Esto nos lleva a identificar los distintos factores de riesgo que son una parte fundamental para prevenir la aparición de caries dental. Darles las bases a los padres para una buena higiene es la base principal de este proyecto, ya que la gran mayoría de los niños que acuden a la clínica de Odontología para el Bebé presentan caries de distintos grados y algunos con una significativa destrucción dental.

Los padres, en su mayoría, comentaban no tener los conocimientos acerca de la higiene que se les tiene que realizar a sus hijos, ni mucho menos conocer la enfermedad, esto nos lleva a determinar que el nivel de conocimiento en salud bucal esta relacionado con el nivel educativo de los padres, ya que aquellos que presentan una educación superior universitaria presentan un mayor nivel de conocimiento en relación a la higiene bucal de sus hijos.

Los programas de prevención dental son de alta importancia para evitar que siga aumentando el alto índice de caries que se presenta actualmente en México y en el mundo, es por ello que el proyecto de Odontología para el Bebé es de gran importancia ya que su base principal es la prevención por lo que lo convierte en un proyecto de gran importancia que presenta resultados optimos mes con mes, y forma parte fundamental de los proyectos de la UAM – Xochimilco.

CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS

