



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
SUPERIORES UNIDAD LEÓN**

TÍTULO

**CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE
ODONTÓLOGOS DE GUANAJUATO SOBRE
ACCIONES PREVENTIVAS**

FORMA DE TITULACIÓN: TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ARIADNA PRECIADO PÉREZ

TUTOR: DRA. FÁTIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ

LEÓN, GUANAJUATO. 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN309217.

A la Dra. Fátima Aguilar, por su tiempo, asesoría, interés y paciencia durante la realización y culminación del presente trabajo.

A mi familia, a mis padres, Erika y Alberto, por apoyarme incondicionalmente y estar presentes en cada paso que doy.

Gracias a Jair, por creer en mí.

A mi Escuela Nacional de Estudios Superiores, por permitirme cumplir uno de mis sueños.

A cada uno de mis profesores a lo largo de la carrera, por su sabiduría, paciencia y sus ganas de compartir sus conocimientos.

A mis amigos, Renato, Gerardo y Gustavo. Por volverse parte de mi vida y mi apoyo durante este largo camino.

A Dios, por absolutamente todo.

Gracias.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Marco teórico.....	7
Antecedentes.....	29
Planteamiento del Problema.....	32
Pregunta de Investigación.....	33
Justificación.....	34
Objetivos.....	35
Material y Método.....	36
Aspectos Éticos.....	42
Resultados.....	43
Discusión.....	59
Conclusiones.....	66
Referencias.....	68
Anexos.....	72

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre los conocimientos y percepciones sobre prevención odontológica que tienen odontólogos con su práctica clínica actual en Guanajuato.

Metodología: Se realizó un estudio transversal a 216 odontólogos a través de una encuesta validada la cual contenía preguntas relacionadas a Odontología Preventiva.

Resultados: En el estudio participaron 216 odontólogos de Guanajuato, con una mediana de 35(\pm 12) años de edad, 57.9% fueron mujeres. El 56.7% procedían de universidades privadas. El promedio de años de práctica clínica fue de 11(\pm 11) años. El 94.7% afirmó asistir a congresos, cursos o diplomados al menos una vez al año. El 87.4% aseguró que la odontología debe ir dirigida hacia la prevención de la enfermedad, 45.8% afirma que realiza “frecuentemente” tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica. La mayoría de los odontólogos encuestados (88.6%) cree que la baja prevención en odontología se atribuye principalmente a la falta de compromiso del paciente. Se encontró que los profesionales que afirmaron asistir a congresos, cursos o diplomados una vez al año tienen un promedio de conocimientos mayor que los que lo negaron ($p=0.024$). Además, se asocia un mayor promedio de conocimientos con los encuestados que consideran que como odontólogos deberían promover la lactancia materna ($p=0.001$). Así como los que opinan que deberían existir odontólogos encargados exclusivamente de la prevención odontológica ($p=0.010$).

Conclusión: Se necesita mejorar los conocimientos y percepción hacia las medidas preventivas odontológicas comenzando desde la preparación universitaria de los profesionales, alentándolos a crear una actitud de prevención para que puedan aplicar sus conocimientos en su práctica clínica al egresar.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental forma parte de la salud general y el bienestar de las personas. La Organización Mundial de Salud (OMS) define salud bucodental como *“la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”*. En el estudio de la OMS sobre la carga mundial de morbilidad 2016, se describe que las enfermedades bucodentales afectan a más de la mitad de población mundial, además de que la caries dental en dientes permanentes se cataloga como el trastorno más prevalente.ⁱⁱ

Es preocupante que, en México, la caries dental sea considerada una de las enfermedades más comunes en la población infantil. En los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2015, se reportó que 7 de cada 10 preescolares padecen caries dental.ⁱⁱⁱ De acuerdo a los resultados del SIVEPAB 2017, 25.6% de niñas, niños y adolescentes de menores de un año a 19 años de edad, que acuden a los servicios de salud, estuvieron libres de caries dental.^{iv} Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar tienen caries, incluso en países desarrollados. Otra enfermedad de alta prevalencia en la cavidad bucal es la enfermedad periodontal, considerada la enfermedad crónica que más afecta a la niñez^{vi} después de la caries dental y el asma. Para contrarrestar las enfermedades bucales y promover la salud bucal se necesita del esfuerzo continuo entre el binomio, odontólogo-paciente, donde corresponde al odontólogo contar con la capacidad para educar y motivar a sus pacientes a tener hábitos saludables.

Las enfermedades bucales se encuentran asociadas al estilo de vida de la población, a la adopción de hábitos nocivos como tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación inadecuada, entre otros. La población podría desconocer las repercusiones que pueden llegar a provocar en su boca y dientes. Ante ello se impone la prevención odontológica, la

cual debe reducir los factores de riesgo a través de la promoción de un estilo de vida saludable. Esto fortalecería las habilidades y capacidades de los individuos, trataría la enfermedad indirectamente, mediante prácticas para preservar su salud.

En las últimas décadas en México, las instituciones educativas y de salud han realizado un gran esfuerzo para proporcionar información acerca de las enfermedades bucales, sin embargo, la información todavía es limitada.^{vi} El odontólogo debe conocer su responsabilidad como profesional de la salud, debe incorporar conocimientos preventivos suficientes para aplicarlos en su práctica clínica diaria y brindar atención integral de calidad.

Es por ello, que en este trabajo se plantea el estudio sobre los conocimientos y percepción de los odontólogos sobre acciones preventivas en el estado de Guanajuato. Los resultados demostrarán los aciertos y deficiencias de los profesionales ante distintas situaciones de la práctica clínica en relación a la prevención. Además, se comparará la posible relación entre el conocimiento acerca de la odontología preventiva con datos personales o profesionales de los encuestados.

MARCO TEÓRICO

SALUD BUCODENTAL

La organización mundial de la salud OMS define a la salud bucodental como “*ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.*”^v Los dientes y la boca, son las partes del ser humano que tienen gran impacto sobre un individuo, ya que forman parte de actividades diarias como lo es, por ejemplo, alimentarse. Si la salud bucodental se ve afectada, el individuo por consiguiente se ve limitado en sus funciones generales.

SALUD PÚBLICA BUCAL

La salud pública bucal se define como *la ciencia y la práctica en la prevención de enfermedades bucales, promoción de la salud bucal y el mejoramiento de la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la sociedad.*^{vi} Es importante ponerla en práctica para sumar acciones que fortalezcan la calidad de salud bucal de los individuos mediante programas nacionales.

Las enfermedades orales son de las enfermedades más prevalentes entre las que afligen a la humanidad y su impacto se ha estudiado desde un punto de vista individual como colectivo por ser de gran importancia.^{vii} A escala individual sus consecuencias pueden afectar gravemente la calidad de vida de las personas;^{vii} comunitariamente, representan una pesada carga social y económica para países y grupos poblacionales.

Quizá el hecho de que la mayoría de las enfermedades orales afecten más a la morbilidad que la mortalidad influya en esa minusvaloración que, a menudo, hacen las autoridades sanitarias de los problemas de la salud oral. Por su parte, los dentistas, en general han demostrado menos interés en la prevención y promoción de la salud que en el tratamiento y rehabilitación de las consecuencias de las enfermedades orales.^{vii}

El objetivo de la profesión dental es ayudar a los individuos a lograr y mantener una salud oral máxima a lo largo de toda su vida. El éxito en el logro es destacado por la disminución de caries en todo el hemisferio oeste y por la reducción tan dramática de pérdidas dentarias entre adultos de EUA.^{viii} Este progreso se atribuye principalmente a la fluoración del agua y productos con fluoruro (pastas dentales y enjuagues bucales) y a la aceptación y práctica creciente de cuidado preventivo primario. Aun así, la caries dental permanece siendo un problema de salud grave.

PREVENCIÓN

La prevención se define como *“las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”*^{iv}

La prevención se puede clasificar en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria pertenece a la etapa prepatogénica de la historia de la enfermedad de forma que *“las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”*.^{vi} En odontología, actividades como enseñar técnicas de cepillado bucal o la aplicación de fluoruro son algunos ejemplos para prevenir la aparición de caries.

La prevención secundaria se destina al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la enfermedad en su etapa inicial, es decir, cuando aún no se presentan manifestaciones clínicas. Se refiere a *“la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto*

es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Esta fase pretende reducir la prevalencia de la enfermedad”.^{vi}

La prevención terciaria, la cual abarca el periodo postpatogénico de la enfermedad, se define como las acciones encaminadas a la rehabilitación en caso de que existan secuelas de la enfermedad, así como disminuir las posibilidades de que aparezca recidiva de la enfermedad.

Milton Terris (1978) adecuó el modelo que recomienda la OMS sobre los niveles de prevención y atención en salud (Tabla 1).

TABLA 1. Niveles de prevención y atención en salud			
Prevención	Objetivos	Actividades	Niveles de atención
Primaria (período prepatogénico)	Disminuir incidencia de las enfermedades	Promoción de la salud. Prevención específica.	Es el más cercano a la población, denominado primer contacto
Secundaria (período patogénico)	Detección temprana de la enfermedad incipiente	Detección, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Limitación de daño.	Se ubica en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados con la atención en medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general y psiquiatría.
Terciaria (período postpatogénico)	Recuperación máxima a través de la rehabilitación	Rehabilitación	Se reserva para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados, con uso de alta tecnología y competencia subespecializada.

Fuente: Cuenca, E. & Baca, P. (2013)

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La OMS definió, en 1984 a la promoción de salud como el “proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan,

de este modo, mejorarla".^{xii} La promoción de la salud forma parte de la prevención, como estrategia para intervenir dentro de la educación dirigida a los individuos y sean capaces de evitar enfermedades y mantener su salud. En 1986, la OMS organizó en Canadá una conferencia internacional con el fin de desarrollar un enfoque distinto y más radical de la prevención y la educación sanitaria. El documento final, la Carta de Ottawa, definía el concepto de promoción de la salud, describía cinco áreas clave para la promoción de la salud y, a la vez, reconocía las limitaciones de la educación sanitaria y de la prevención clínica para mejorar, de forma sostenible, la salud y para reducir las desigualdades.^{vii}

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

En la actualidad, se define Odontología comunitaria como *"la práctica y la ciencia de prevenir las enfermedades orales, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad"*.^{vii} Esta definición es una adaptación de la salud comunitaria para su aplicación a la salud oral y sería la forma de practicar la odontología mediante la cual se presta atención a la comunidad en su conjunto, más que a los individuos aislados: el paciente, pues, sería la comunidad.

La práctica de la odontología comunitaria tiene como objetivo diagnosticar los problemas de salud oral de la comunidad, establecer sus causas y planificar intervenciones efectivas para su prevención y control.^{vii} El hecho de que, en la odontología comunitaria, el paciente sea el conjunto de individuos que forman una comunidad, determina la diferencia entre la práctica de la odontología individual o clínica y la práctica de la odontología comunitaria.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA

Los programas preventivos de salud bucal hacen énfasis en evitar la aparición de caries dental. La OMS, señala que se puede lograr una disminución en la incidencia de caries dental en las poblaciones que reciben fluoruro en niveles entre 0,7 y 1,49 partes por millón (ppm).^{vii}

En odontología, la falta de prevención provoca más restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y rehabilitaciones con dentaduras. La transformación de prioridad del tratamiento a la prevención requerirá de la dirección activa y promoción de la salud por los odontólogos y los educadores de salud pública.^{viii}

PREVALENCIAS DE ENFERMEDADES BUCALES EN MÉXICO

En México, según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23.^{iv} En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas. Con relación a las enfermedades periodontales, el conocimiento existente en México es aún más limitado.^{xiv} Sin embargo, diversos estudios las sitúan como una enfermedad de alta prevalencia, y que, si bien se puede observar en sus etapas iniciales en los niños, se encuentran concentradas sobre todo en la población de adolescentes y adultos

Al presentar la población infantil altos índices de caries y ante la imposibilidad percibida de brindar atención bucal integral a toda la población durante la década de los 70 y 80, debido a los altos costos, se consideró conveniente instaurar programas preventivos de amplia cobertura para la población general.

En marzo de 1981 se decretó en México la fluoración de la sal. Para la operación del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal se estableció un acuerdo entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, para la producción, distribución y comercialización de la sal en los estados donde el abastecimiento de agua potable contiene flúor en cantidad menor a la óptima (0.7-1.59 ppm).^{iv}

La política de salud bucal en el periodo 2000-2006 reconoce que en México las principales enfermedades bucales se encontraron aun con una alta incidencia y prevalencia, al igual que como enfermedades del rezago que afectan principalmente a los pobres.^{iv}

De acuerdo a cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2012, la prevalencia de caries dental en adultos usuarios de los servicios de salud fue del 94.9% y las necesidades de tratamiento fueron del orden del 68%, el rezago en materia de atención dental fue significativo. En el periodo 2006-2012 se incrementaron las consultas estomatológicas de los servicios de la Secretaría de Salud en un 28.4%. Dentro de los retos establecidos en el programa “*Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal 2013-2018*”, se encuentran: ampliar la cobertura de acciones preventivas y promoción de la salud prioritariamente a niños de 0-3 años, preescolares, escolares del sistema de educación pública, ampliar la atención estomatológica hacia las poblaciones rurales, capacitar promotores de salud para ampliar la cobertura en acciones preventivas a nivel de lactantes, preescolares y escolares, entre otras.^{xv}

ENFERMEDADES BUCALES PREVENIBLES

a) CARIES

La caries dental, también conocida como la desmineralización dental, es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo.^{xvi} Es una enfermedad infecciosa que da como resultado la disolución y destrucción de los tejidos calcificados.^{xvii} Inicia con cambios microbianos localizados en la biopelícula de la superficie de los dientes y que está determinada por la composición y flujo salival, por la exposición a los fluoruros, por la dieta, y por los hábitos de higiene oral.ⁱⁱ

La enfermedad es inicialmente reversible y puede ser detenida en cualquier estadio de su evolución, incluso cuando hay destrucción parcial del esmalte o la dentina, siempre y cuando se pueda realizar un eficiente control de la biopelícula.^{vii}

Esta enfermedad se considera ser parte de una sociedad civilizada, relacionada con el estilo de vida, aunque también la herencia juega un papel importante.^{vi} En sus últimas etapas

causa molestias y dolor además de ser costoso su tratamiento. Sin embargo, es prevenible hasta cierta etapa del padecimiento.

Las acciones preventivas para evitar su aparición, se han centrado en básicamente en el manejo preventivo de caries de los niños, sin embargo, la caries es un proceso que debe ser manejado a lo largo de la vida de una persona.^v El enfoque de prevención se debe basar en un diagnóstico preciso, un tratamiento a tiempo, procedimientos mínimamente invasivos y prevenir recurrencia de la enfermedad.

Existen distintas clasificaciones de pacientes, de acuerdo a su riesgo a caries, éstas son dinámicas y varían de persona a persona, por lo que se deberían de actualizar constante y periódicamente.

Para el autocuidado preventivo, el control mecánico de placa mediante cepillado dental con la pasta fluorada se considera la intervención más poderosa para la prevención de caries debido a su alta efectividad clínica y aceptabilidad social.^v Otras alternativas preventivas son los antimicrobianos, para la interferencia en la solubilidad del esmalte con fluoruros e inhibir la actividad metabólica de bacterianos y protección de las fosetas y fisuras con selladores. Se puede apoyar al paciente mediante la motivación y educación sanitaria (consejo dietético, instrucción de cepillado, etc.). Reducir ingesta de alimentos con azúcar fermentable entre comidas. Tomar alimentos que requieran masticación vigorosa y usar chicles sin azúcar después de las comidas para promover el flujo salival.^{vii}

Se pueden implementar programas comunitarios efectivos en la prevención de caries, incluyendo la fluorización comunitaria del agua o la sal, programas escolares de enjuagues bucales y selladores.^{vi}

b) GINGIVITIS

Es una condición reversible de los tejidos blandos gingivales, que, como consecuencia de un proceso inflamatorio, sangran y pueden cambiar de color, tamaño y consistencia. El

proceso inflamatorio es de origen infeccioso, debido a la progresiva aparición de gérmenes anaerobios estrictos.^{xviii}

Por lo general, la gingivitis es indolora, rara vez causa sangrado espontáneo y, a menudo, se caracteriza por cambios clínicos sutiles, lo que hace que la mayoría de los pacientes no se den cuenta de la enfermedad o no puedan reconocerla.^{xix} Se produce como consecuencia de un inadecuado control de placa bacteriana y desaparece cuando se instaure un programa de higiene profesional o doméstico.^{xix}

La prevención de la gingivitis requiere de la colaboración tanto del paciente como la del clínico. Los índices de placa bacteriana tienen un mayor valor educacional y preventivo para el paciente, debido a que no se ha relacionado de forma consistente la cantidad de acúmulo bacteriano con la gingivitis, sino la susceptibilidad del paciente.^{xix}

La placa bacteriana puede ser detectada mediante reveladores que la hacen visible por tinción para la autovaloración del paciente e instruir al paciente para su higiene oral con el fin de prevenir y eliminar el acúmulo de placa bacteriana. El control puede ser mecánico y químico.^{xix} La eficacia del control mecánico depende de las instrucciones de cepillado dental, la motivación y destreza del paciente. Se recomienda realizar la limpieza dental con el cepillo con una técnica individualizada para el paciente y la limpieza interdental, esta puede ser con hilo dental o cepillos interdetales.^{xix}

Puede ser útil la ayuda mediante el control químico con antisépticos en forma de colutorios en determinados pacientes y circunstancias, por ejemplo, postoperatorios de cirugía y en los casos en que no se consigue un adecuado control de la gingivitis por medios mecánicos.^{xix}

Es importante recordar que no todas las personas presentan las mismas condiciones anatómicas y la misma destreza a la hora de realizar la higiene bucodental diaria.^{xx} Visto

así, a cada uno se les explicará la técnica más adecuada y los instrumentos más convenientes a sus particularidades.

c) ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival.^{xxi}

Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, éstas son también necesarias, pero no suficientes para que se produzca la enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible.^{xxi}

Los factores de riesgo más comunes para la enfermedad periodontal son el uso de tabaco, la dieta, consumo excesivo de alcohol, estrés e higiene oral deficiente.^{xxii}

Es necesario implementar medidas preventivas para disminuir estos malos hábitos, como en la gingivitis. Educar a los pacientes sobre su higiene oral con el uso de pastas dentales, colutorios para disminuir la microbiota oral, enseñarles una técnica de cepillado personalizada. Así como explicarle las repercusiones que pueden llegar a tener el uso del tabaco y el alcohol en su boca, pudiendo aparecer la enfermedad periodontal.

La remoción y el control de la placa o biopelícula dental son fundamentalmente importantes para la prevención de las enfermedades periodontales.

En salud pública, la recomendación universal es el cepillado dental dos veces al día por al menos 2 minutos con pasta dentífrica fluorada. Para pacientes con periodontitis, 2 minutos resulta ser insuficiente. La limpieza diaria interdental es altamente recomendable para la reducción de biopelícula dental e inflamación gingival.^{xxiii}

d) CÁNCER ORAL

Se considera cáncer de cabeza y cuello al que se localiza en la cavidad oral, en la orofaringe, en las glándulas salivales, en los senos, en la nasofaringe, en la hipofaringe y en la laringe. Se estima que el cáncer de cabeza y cuello constituye el 5-6% de todos los cánceres.^{vii}

Los comportamientos relacionados con el estilo de vida, como fumar y el consumo de alcohol y una higiene bucal deficiente se consideran los principales factores predisponentes etiológicos para el desarrollo de esta malignidad. También se han descrito otros factores etiológicos predisponentes, como la infección por el virus del papiloma humano y la presencia de inflamación oral crónica. Las últimas dos condiciones juegan un papel importante en pacientes que nunca han sido fumadores o bebedores.^{xxiv}

De manera más controvertida, los hábitos de higiene oral y las visitas al dentista también son variables asociadas con la aparición y supervivencia del cáncer oral.^{xxv} Se ha demostrado que una gran proporción de los cánceres orales podrían prevenirse mediante la erradicación de estos comportamientos de riesgo modificables.^{xxv} Sin embargo, muchos pacientes diagnosticados de cáncer oral continúan con los comportamientos que comprometen su salud.

El cáncer oral es una condición que deriva diversas complicaciones de acuerdo con el tratamiento como radioterapia y quimioterapia, y éstas repercuten a la salud bucal. Las complicaciones pueden ser agudas o tardías.^{vii}

Entre las complicaciones agudas se encuentran: mucositis, hipogeusia, hiposalivación y xerostomía, de estos solo los últimos mencionados son prevenibles con la utilización de agentes citoprotectores como la amifosfatina. Otra forma de prevención consiste en utilizar técnicas de radiación que produzcan menos daño en las glándulas salivales: radioterapia de conformación tridimensional y la de intensidad modulada.^{vii}

Entre los efectos adversos tardíos de la radioterapia se encuentran la caries de radiación, enfermedades periodontales, osteorradionecrosis, trismo y alteraciones craneofaciales.^{vii}

La caries por radiación, es un tipo de caries rampante y muy agresiva, las medidas preventivas deben ser muy amplias y abarcar todos los campos posibles de actuación. Se debe tener una higiene bucal rigurosa, fluoroterapia intensiva, con el uso de dentífrico diario con 3000 a 5000ppm de flúor. Control de la dieta, reduciendo los alimentos cariogénicos con la posible cooperación de nutricionistas. Utilizar colutorio de clorhexidina diario para el control de microbiota cariogénica.^{vii}

El estado periodontal debe ser evaluado antes, durante y después del tratamiento del cáncer, y si es necesario tomar medidas terapéuticas antes de iniciar la terapia del tumor.^{vii}

e) TRAUMATISMOS BUCODENTALES

Los traumatismos bucodentales son la segunda causa de atención odontológica pediátrica después de la caries. Han ido adquiriendo una gran importancia debido a que la práctica deportiva se halla cada vez más extendida, principalmente en la población joven.^{vii}

A escala mundial, los traumatismos bucodentales afectan hasta el 20-30% de la dentición permanente, a menudo con serias consecuencias estéticas, funcionales, psicológicas y económicas. Por tanto, la prevención, es el primer objetivo para lo cual se deben identificar los factores de riesgo y aplicar medidas preventivas a evitar estos factores o reducir su impacto.^v

La causa más común son las caídas (26% al 82%), seguidas de las lesiones deportivas, predominantemente el ciclismo. Y un 25% son debidos a luchas y empujones, principalmente agresiones.^{xxvi} Las lesiones traumáticas son difíciles de predecir. Sin

embargo, la mejor defensa es actuar con sano juicio y la prevención. Los cascos, cinturones de seguridad y protectores bucales han disminuido la gravedad de las lesiones.^{xiv}

El uso de protectores orales, reduce la incidencia y la gravedad de los traumatismos dentales y de las heridas de tejidos blandos en la práctica del deporte, por lo que debe recomendarse su utilización. El protector oral es un dispositivo elástico colocado dentro de la cavidad oral con el objeto de reducir las lesiones orales, particularmente de dientes y estructuras adyacentes.^{vii}

Se recomienda igualmente la utilización del cinturón de seguridad en el coche y los cascos para prevenir contusiones cerebrales, ya que un golpe directo en la cabeza o el efecto indirecto de la rápida aceleración seguida por la desaceleración provocada por tales impactos puede causar graves daños neurológicos.^{xxvii}

f) ATRICIÓN DENTAL

La atrición dentaria es el desgaste fisiológico de los tejidos duros de la corona dentaria que ocurre como consecuencia del proceso masticatorio.^{xxviii}

Dicho contacto ocurre cuando se muelen los dientes, por ejemplo, durante la deglución, el habla y al levantar objetos pesados, y el desgaste resultante involucra las superficies oclusales e incisales de los dientes. Las superficies proximales también se desgastan durante la masticación. El grado individual de desgaste se asocia principalmente con la edad.^{xvi}

La atrición como fenómeno fisiológico no requiere tratamiento. Cuando el individuo presenta una pérdida considerable de estructura dental a causa de un hábito bruxista, está indicada la realización de una placa de descarga. Esta también llamada “férula oclusal”, es un aparato, generalmente, de material acrílico duro que se ajusta a las superficies oclusales de los dientes de una arcada para crear contacto oclusal preciso con las piezas de la arcada opuesta.^{vii}

g) EROSIÓN DENTAL

Pérdida de tejido dental debido a agentes químicos, entre los que no se encuentran los ácidos que provienen del metabolismo bacteriano. La prevención y el tratamiento de la erosión dental se plantean con dos objetivos claros 1) reducir el potencial erosivo por parte de los ácidos y 2) aumentar la resistencia del esmalte.^{vii}

La medida más efectiva es disminuir la frecuencia de la exposición con alimentos o bebidas ácidas. Además, incrementar el consumo de alimentos con alto contenido en calcio y fosfatos (p. ej., leche y queso). Conjuntamente se puede recomendar masticar chicles sin azúcar con la finalidad de aumentar la capacidad tampón de la saliva y esperar 15-20min para cepillarse los dientes después de tomar alimentos ácidos.^{vii}

La aplicación tópica de barnices de flúor de forma periódica es útil para aumentar la resistencia del esmalte; también lo es la utilización diaria de dentífricos con una elevada concentración de flúor. En casos de enfermedades del aparato digestivo, como la bulimia, se debe derivar al especialista. Para reducir el efecto del ácido, puede confeccionarse una férula protectora mientras persista el problema.^{vii}

Por último, un efecto secundario de la erosión es la hipersensibilidad dental debido a un excesivo desgaste. En estos casos, puede estar indicado el uso de agentes desensibilizadores para prevenir la sensibilidad dental.^{vii}

h) ABRASIÓN DENTAL

La abrasión se utiliza para describir el desgaste patológico del tejido dental duro a través de procesos mecánicos anormales que involucran objetos extraños o sustancias introducidas repetidamente en la boca y en contacto con los dientes.^{xxix}

La técnica de cepillado, la frecuencia de cepillado y la fuerza aplicada durante el cepillado son factores comunes relacionados con el paciente. El tipo de material de cerdas del cepillo de dientes, la rigidez de las cerdas del cepillo de dientes, la abrasividad y el pH del dentífrico utilizado son factores relacionados con el material.^{xxix}

El efecto más comúnmente citado de la abrasión es el defecto en forma de V, que generalmente se atribuye al uso de una técnica de cepillado horizontal intensivo. Las áreas cervicales son susceptibles a la abrasión del cepillo de dientes, en particular a los cúspides y primeros premolares, donde las placas bucales delgadas, la recesión gingival y las superficies radiculares expuestas predisponen las muescas cervicales. Los hábitos que involucran otros objetos intraorales (por ejemplo, fumar pipa, el uso de palillos y morder) pueden causar defectos en las superficies incisales y oclusales.^{xxx}

Dependiendo de la etiología, el patrón de desgaste puede ser difuso o localizado. Basado en la observación clínica de la frecuente coincidencia de abrasión cervical y/o de superficie lisa y de una higiene oral extensiva, esta última se ha incriminado como un factor etiológico principal en la abrasión dental.^{xxx}

La prevención de la abrasión dental se basa en enseñar una técnica de cepillado correcta con pastas dentífricas que no sean abrasivas y con cepillos no demasiado duros. En el caso de que la etiología fuera por causa ocupacional, deberíamos recomendar el empleo de máscaras protectoras.^{vii}

i) CANDIDIASIS

Son aquellas afecciones cutáneo-mucosas, y en ocasiones sistémicas, producidas por el género *Cándida* aunque la más frecuente es la *Cándida albicans*, y provocan lesiones en la piel, en las membranas mucosas y semimucosas, en la matriz de la uña y en órganos internos.^{xxxi} Es la infección micótica de afectación oral más frecuente.^{xxxii}

La incidencia real de este proceso se desconoce, pero se sabe que existe una prevalencia aumentada en ciertas ocasiones: edades extremas (recién nacidos y ancianos), en presencia de prótesis mucosoportadas, xerostomía o en patologías asociadas.^{xxxii}

Los estados generales que favorecen la colonización, se encuentran^{xxxiii}:

- pacientes VIH – SIDA;
- pacientes hospitalizados, sin importar la causa de hospitalización;
- pacientes diabéticos;
- pacientes oncológicos.

Estos factores enunciados, así como otros que se mencionan más adelante, son factores predisponentes en el hospedador que alteran el mecanismo homeostático normal, que provee la defensa contra la infección y que favorecen la transformación de la colonización asintomática en infección sintomática por las *Cándida spp.*

Las medidas educativas encaminadas a la disminución de la incidencia de las candidiasis, así como la prevención en la transmisión y en sus recidivas en la población general y en algunas poblaciones de pacientes en particular.^{xxxiii} La educación debe estar encaminada a los cambios en los hábitos sexuales, a evitar la promiscuidad y la liberalidad sexual, al aprendizaje del correcto aseo oral y genital en la mujer, al correcto cuidado de los pezones durante la lactancia, al uso individual de la ropa interior y del calzado que muchas veces son usados por hermanos, parientes o amigos cercanos.^{xxxiii}

El tratamiento de la Candidiasis oral incluirá medidas locales y sistémicas. Las medidas locales se basan en el mejoramiento de las condiciones de higiene de la boca del paciente. Esto incluirá el cepillado de la lengua, del paladar, de las mejillas; el retiro de la prótesis y su aseo. También se pueden usar fármacos antifúngicos en forma de enjuagatorios. Las medidas sistémicas requieren, por un lado, la identificación de cualquier enfermedad sistémica que pueda estar favoreciendo el desarrollo de la candidiasis oral, ya que es necesario su tratamiento para lograr la curación e impedir la recidiva. Por otro lado, comprenden la utilización de fármacos antifúngicos.^{xxi}

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO: Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018

Dentro de su alineación con las metas nacionales, se encuentra el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Específicamente con la Meta 2 “México Incluyente” que en el objetivo 2.3 dice: Asegurar el acceso a los servicios de salud, establece como líneas de acción: privilegiar las acciones de protección, promoción y prevención como eje prioritario para el mejoramiento de la salud, asegurar el acceso a los servicios de salud, mejorar la atención de la salud con énfasis en la población más vulnerable, avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal y fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud.^{xii}

Con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) se vincula fortaleciendo la integración de las acciones de promoción de la salud bucal y la prevención y control de enfermedades bucales. Entre los principales factores de riesgo que afectan la salud general y bucal de la población se consideran los malos hábitos alimenticios, las deficiencias nutricionales y la falta de higiene personal, por lo tanto es indispensable abordar esta problemática que beneficiará a las personas ante el cambio epidemiológico que vive el país, principalmente en los grupos vulnerables como son las niñas y niños en edad escolar, adultos mayores, personas con enfermedades crónico degenerativas, mujeres durante el embarazo, así como personas con discapacidad.^{xiii}

RECOMENDACIONES DE LA NORMA OFICIAL MÉXICANA NOM-013-SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales. SOBRE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

La NOM-013-SSA2-2015 tiene como objetivo establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que llevan a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos; así como, las estrategias, técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse por todo el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.^{xxxix}

Entre sus recomendaciones más destacadas que debe realizar el odontólogo en relación a la prevención bucal, se mencionan:

- Informar, orientar y capacitar a la población en general y en particular a los escolares, para desarrollar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal mediante medidas preventivas, de atención y control de las enfermedades bucales.
- Participar en la promoción de medidas preventivas dirigidas a la población en general y en especial a grupos menos favorecidos como son: escolares, mujeres embarazadas, los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH, las personas con enfermedades crónico-degenerativas.
- Promover la aplicación de agentes fluorados en todos los grupos de edad.
- Realizar de forma obligatoria, acciones de promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades bucales a cada persona, en cada cita, que acuda al consultorio de estomatología de acuerdo al grupo de edad y con base a factores de riesgo
- La prevención de las enfermedades bucales en el ámbito individual, debe orientarse: Al mejoramiento de hábitos higiénico alimenticios; A la eliminación de hábitos nocivos funcionales y para funcionales; A la conservación saludable de la dentición temporal y permanente; Al cuidado integral de la cavidad bucal; Al uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos.
- **CARIES DENTAL**
 - ✓ La protección específica masiva contra la caries en México, queda establecida mediante la adición de fluoruro a la sal para consumo humano; conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 3.11, del capítulo de Referencias, de esta Norma.
 - ✓ Limitar un solo medio de adición de flúor sistémico (sal para consumo humano) no debe adicionarse fluoruro a ningún otro condimento, alimento, agua (redes de suministro a la población o envasada), golosina, refresco, goma de mascar o similares.
 - ✓ Los estomatólogos deben informar a sus pacientes el tipo de sal con o sin adición de flúor que debe consumir, de acuerdo a las características de su lugar de residencia.
 - ✓ Promover y aplicar la protección específica individual contra la caries mediante el control de la placa bacteriana a través del cepillado dental, limpieza interdental y el uso de otros auxiliares para la higiene bucal como: hilo dental, estimulador interdental, cepillo interdental, irrigador bucal,

dentífrico con flúor, antienzimáticos, mineralizantes, remineralizantes y fluoruros de uso tópico.

- ✓ Aplicar selladores en fosetas, fisuras y cíngulos profundos.
- ✓ Eliminar el agente infeccioso y tejidos dentales afectados.
- ✓ Restaurar o rehabilitar las cavidades afectadas por caries.

- ENFERMEDADES PERIODONTALES

- ✓ Informar a los pacientes sobre las enfermedades periodontales y su efecto en la salud bucal y general.
- ✓ Motivar e instruir sobre los métodos y técnicas de control de placa bacteriana.
- ✓ Aplicar métodos y técnicas de atención y control de placa bacteriana.
- ✓ Valorar el estado periodontal del paciente y en caso necesario realizar el sondaje periodontal en dentición permanente a partir de los 16 años de edad.
- ✓ Remover depósitos dentarios supra y subgingivales y la placa bacteriana.
- ✓ Detectar y eliminar agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico que puedan ocasionar alteraciones gingivales y periodontales.

- LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS

- ✓ Efectuar examen clínico de los tejidos blandos, duros y estructuras adyacentes de la cavidad bucal, en forma semanal para su diagnóstico oportuno a través de:

-Orientar y dar instrucción personalizada del autoexamen bucal, para detectar alteraciones, y

-Realizar la detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico que puedan ocasionar daño a los tejidos bucales y peribucales.

- LESIONES PREMALIGNAS Y CÁNCER

- ✓ Enfermedades sistémicas: como endocarditis bacteriana enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, neumonía bacteriana, VIH, artritis

reumatoide, enfermedades gastrointestinales, bacteremias, bajo peso al nacer, osteoporosis, entre otras.

- ✓ Referir los casos que requieran atención especializada.

- MALOCLUSIONES

- ✓ Orientar a la población sobre la detección y control de hábitos nocivos bucales para evitar maloclusiones.
- ✓ Dar seguimiento a la erupción e integridad de la primera y segunda dentición para estimular el crecimiento óseo, mantener las dimensiones y relación de las arcadas.
- ✓ Referir aquellos casos que requieran atención especializada.

- FLUOROSIS DENTAL

- ✓ Fluoruros sistémicos
 - La vigilancia sanitaria de la fluoruración de la sal para consumo humano es responsabilidad de la Secretaría de Salud conforme a las disposiciones jurídicas aplicables, incluyendo a lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 3.11, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.
 - Recomendar o implementar el uso de fluoruros sistémicos previo conocimiento de la concentración de fluoruro en el agua, el tipo de sal que se consume en la comunidad en la que reside el paciente, o los grupos de personas a los que se les ministrarán fluoruros sistémicos, previa valoración al riesgo de fluorosis dental.
 - Flúor en agua y sal.
- ✓ Fluoruros tópicos
 - En zonas geográficas con fluorosis dental endémica no está contraindicado el uso de fluoruros tópicos.
 - Los agentes fluorurados tópicos se deben utilizar para el autocuidado, aplicación profesional y en salud pública.
 - Agentes tópicos fluorurados de uso profesional.

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN

a) CONOCIMIENTOS

Conocimiento, según la Real Academia Española, se define como “*Entendimiento, inteligencia, razón natural*. También como la *Noción, saber o noticia elemental de algo*”.^{xi}

Los conocimientos disciplinarios se refieren al dominio de: “conceptos esenciales, principios y leyes, teorías procedimientos y metodologías”, de la disciplina que se trate.^{xli}

El conocimiento profesional, se refiere a la experiencia práctica, se relaciona con: “*la capacidad de aplicar conocimiento disciplinario a contextos específicos en los cuales se han de desempeñar los estudiantes y futuros profesionales*”.^{xlii}

En las ciencias básicas se genera conocimiento como resultado de dos subprocesos: desarrollo divergente y desarrollo convergente. El desarrollo divergente del conocimiento básico surge por la necesidad humana de comprender el mundo, la necesidad de cognición, la curiosidad como condición innata del ser humano. Este proceso tiene unos límites que vienen determinados por las capacidades intelectuales individuales; es el caso de la división de las disciplinas en subdisciplinas, lo que genera un efecto de ramificación disciplinaria.^{xliii}

Por su parte, el desarrollo convergente del conocimiento atiende a la necesidad de solucionar problemas prácticos en la enseñanza de las ciencias básicas integradas en correspondencia con una realidad y un entorno económico, social, ambiental, político, tecnológico. En este caso particular se trasciende las fronteras de cada disciplina, ubicándose en una perspectiva sistémica, y se extrae el conocimiento de cada especialidad profesional, fundamentando la tesis de la inter y transdisciplinariedad.

La gestión del conocimiento ocupa indiscutiblemente un lugar prominente en la obtención y desarrollo de ventajas competitivas. Pero, como sucede que: “aquello que no se mide no se puede gestionar”, es indispensable la existencia de modelos para el análisis y la

medición, que operen sistemáticamente para articular las influencias recíprocas entre los elementos que conforman dicha actividad. ^{xliv}

La importancia de la medición en la gestión del conocimiento está determinada por las actividades que permite^{xliv}:

- Conocer qué parte del proceso no funciona como se espera.
- Ofrecer un margen para ajustar métodos y técnicas utilizadas.
- Corregir errores.
- Perfeccionar el trabajo que se realiza en cada etapa del proceso.
- Mejorar su desarrollo.

Existen grandes dificultades en relación con las mediciones^{xlvi}:

- Se prefieren las medidas cuantitativas y no las cualitativas. Sin embargo, la información cualitativa como la satisfacción del usuario o cliente puede ser más significativa para el desarrollo futuro de la organización que la información puramente cuantitativa. Aunque el ideal es la vinculación entre ambas.
- Las mediciones tienen un marco de referencia interno, no hay comparaciones con competidores externos u organizaciones líderes.
- Generalmente, se miden las variables fáciles de medir, sin considerar qué uso se dará a los resultados.
 - En ocasiones, se miden variables que no pueden interpretarse.
- Se realizan mediciones automáticas, no se pone en duda el sistema de medición, su significado o la relación que tiene con la estrategia actual de la organización en cuestión.

PERCEPCIÓN

Percepción, se define como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las

sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.^{xlv}

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad.^{xxxvi}

ANTECEDENTES

Se han realizado diversos estudios en el mundo acerca de distintos aspectos de prevención en odontología. Un ejemplo es el estudio del Dr. Hamdan, quien evalúa las modalidades de prevención y tratamiento, durante y después del tratamiento ortodóncico de dentistas generales y ortodoncistas. Observó que algunos promueven las aplicaciones de fluoruro y otros suplementos fluorados acompañados de una buena higiene bucal.^{xlvi}

En 2007, se publicó un artículo que evaluó el nivel de conocimiento y actitudes hacia la atención dental preventiva entre los dentistas iraníes. Los resultados arrojaron calificaciones altas de conocimiento en cuanto al efecto del consumo de azúcar, los selladores y la fluoración del agua en la prevención de la caries; las calificaciones más bajas se obtuvieron de acuerdo con el uso de pasta dental con flúor y la técnica de cepillado. La actitud de los dentistas hacia la atención dental preventiva pareció ser muy positiva en referencia a su utilidad para la comunidad. En general, las dentistas tenían actitudes más favorables hacia la atención dental preventiva que los colegas masculinos.^{xlvii}

Por otra parte, Tzu-Hsien Lin et al.^{xlviii} evaluó las prácticas y conocimientos de los dentistas taiwaneses hacia el cuidado preventivo dental, en quienes se observó que más del 80% no pudo distinguir entre las nuevas y viejas teorías de mecanismo de acción del fluoruro. Asimismo, más del 80% percibieron la efectividad de “selladores de fosetas y fisuras”, “profilaxis profesional”, y “uso de hilo dental” para prevenir caries en niños y los últimos dos procedimientos para adultos. Aunque los selladores fueron percibidos como efectivos, 44% de los dentistas reportaron que ellos sólo aplican selladores a menos del 10% de sus pacientes (niños).

En el sur de India, se evaluó el conocimiento, actitudes y prácticas de estudiantes de odontología de pregrado del uso de fluoruros tópicos en el 2017. El uso de fluoruro tópico autoaplicado (pasta de dientes fluorada) se observó en más del 90% de los internos y la mayoría tenía "actitud positiva de flúor". Tener conocimiento de fluoruros tópicos y actitudes

positivas a los fluoruros tópicos no dio como resultado "buen autocuidado oral" comportamiento "ni el uso clínico apropiado de fluoruros tópicos". Los estudiantes que usaron fluoruros tópicos para personas con antecedentes de caries tuvieron las mayores probabilidades de cepillado dos veces al día y una "actitud positiva de flúor". Los resultados mostraron deficiencias en sus conocimientos sobre el fluoruro tópico. Se enfatiza la necesidad de mejorar la educación dental en el Sur de India con un mayor enfoque en el riesgo a caries basado en el uso de fluoruros tópicos." .^{xlix}

Con respecto a los selladores de fosetas y fisuras, se realizó un estudio a dentistas generales y odontopediatras acerca de la recomendación de la Asociación Dental Americana (ADA) de sellar lesiones cariosas no cavitadas en niños y adultos jóvenes. Los resultados mostraron que los dentistas encuestados de Estados Unidos de América no han adoptado las recomendaciones clínicas con respecto al sellado de lesiones cariosas no cavitadas.^l

Por otro lado, en Indiana, se realizaron encuestas a dentistas e higienistas antes y después de la publicación en 2001 de recomendaciones para el uso de fluoruro por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. En 2000, una minoría de profesionales de la salud de Indiana (17 por ciento) identificó correctamente que la remineralización era el modo de acción del fluoruro.^{li}

La mayoría de los profesionales dentales encuestados desconocían la comprensión actual del modo de acción del flúor a través de la remineralización de lesiones cariosas incipientes. Se concluyó que se necesitan esfuerzos educativos para promover el uso apropiado de flúor.^{li}

En Teherán, Irán (2010) se realizó un estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento y la actitud de los dentistas hacia la prescripción de fluoruro. Un total de 347 dentistas respondieron los cuestionarios. El 84.7% estuvo totalmente de acuerdo con la adición de fluoruro al agua y el 66% estuvo de acuerdo con la prescripción de tabletas o gotas de fluoruro en las áreas con deficiencia de flúor. Los dentistas tenían buenos conocimientos y

actitudes positivas hacia la aplicación de flúor. Los nuevos graduados tenían más probabilidades de manejar correctamente al paciente joven de alto riesgo con respecto a la selección adecuada del producto con flúor.^{lii}

En 2011, la Revista de la Asociación Dental Americana publicó un estudio entre dentistas masculinos y femeninos, miembros de *The Dental Practice-Based Research Network* (DPBRN), quienes practicaban en EE. UU. En el estudio participaron 393 dentistas masculinos y 73 del sexo femenino. Los resultados demostraron que las dentistas de género femenino preferían enviar terapia de fluoruro en casa a la mayoría de sus pacientes. Los hombres tenían preferencia por realizar las aplicaciones de fluoruro en el consultorio en pediátricos. Además, las mujeres dentistas optaron por utilizar la terapia preventiva con mayor frecuencia en etapas más tempranas de la caries dental.^{liii}

En 2013 se publica “Conocimiento, actitud y práctica sobre medidas de odontología preventiva en odontólogos: vi Congreso Paraguayo de Endodoncia, 2011”, en el cual participaron 173 odontólogos con una mediana de 33 años de edad. Se encontró una fuerte asociación entre el conocimiento y la actitud y entre la actitud y la práctica. En cuanto a las prácticas preventivas que se evaluaron, los métodos más aplicados para el control de placa dentobacteriana fueron: cepillado de Bass 80.4%, método del lazo para el hilo dental 53.8% y el flúor aplicado en el 76.9% en su presentación de enjuagues bucales. Finalmente, el hallazgo de esta investigación se preocupa ante la necesidad de fortalecer durante la formación profesional el área de odontología preventiva para mejorar su promoción y calidad de servicio a la población en general.^{liv}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades bucales, la mayoría prevenibles, continúan siendo un problema de salud pública en el mundo. La odontología preventiva es uno de los pilares para que los pacientes conserven su salud bucal a lo largo de su vida y eviten tratamientos restauradores o rehabilitadores. Lo cual, además de brindar un beneficio físico, también repercute en el ámbito monetario o económico de las personas. Los tratamientos rehabilitadores normalmente requieren más tiempo, esfuerzo y diversos materiales odontológicos, esto se traduce en un mayor costo, si se compara, por ejemplo, con una profilaxis dental. Esto vuelve a la odontología preventiva, un servicio más asequible para las personas.

El odontólogo, como profesional de la salud tiene la obligación de seguir en constante actualización sobre sus conocimientos, con el fin de estar siempre a la vanguardia en su práctica clínica ya que el cuidado de la salud bucal requiere la adquisición de conocimientos, la utilización de los servicios de salud bucal adecuada y oportunamente favoreciendo la salud, a través de una gama de tratamientos basados en evidencia, simples y costo-efectivos, que requieren ser rigurosamente promovidos y aplicados. Lo cual en gran parte dependerá de la disponibilidad de profesionales con conocimientos adecuados, cuestión que la OMS ha enfatizado como objetivo para el 2020, reconociendo la importancia de la disponibilidad de profesionales de servicios de salud orientados a la prevención en el área de la odontología.

Sin embargo, en México no se han realizado evaluaciones respecto al nivel de conocimientos y percepciones sobre acciones preventivas, que tienen los odontólogos que practican actualmente la odontología.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el conocimiento y cuál la percepción de odontólogos de Guanajuato sobre odontología preventiva?

JUSTIFICACIÓN

Las acciones preventivas pueden evitarle al paciente problemas que pudieran generar mayor número de enfermedades o tratamientos rehabilitadores costosos que tal vez no todos los pacientes son capaces de pagarlos o prefieren tratamientos “más económicos” pero no los más viables. Por ello, la importancia de evaluar los conocimientos preventivos de los odontólogos que realizan actividades clínicas e identificar áreas de oportunidad de mejoras en los programas de estudio actuales de las escuelas de odontología, o bien fomentar una mayor actualización en reforzamiento de estos temas, ya que posiblemente en algunos casos, puede influir la falta de actualización de profesores de las mismas instituciones.

La evaluación de los conocimientos preventivos de los odontólogos de manera indirecta podría evaluar la calidad de atención que se les brinda a los pacientes, es decir, si se les enseña como cepillarse sus dientes y se les aconseja usar otros aditamentos de higiene bucal; Sí el odontólogo recomienda asistir frecuentemente a revisiones periódicas o si da consejos sobre los hábitos alimenticios del paciente; Sí evalúa el hábito de tabaquismo y si propone como disminuirlo o incluso eliminarlo; si se preocupa por motivar a sus pacientes para mantener su salud bucal. Estos son solo algunos puntos que pueden generar gran impacto dentro de la salud bucal y general de los pacientes.

Con los resultados de este estudio se podría determinar el nivel de conocimientos sobre tratamientos preventivos en la práctica clínica odontológica, cual es la noción y preparación de los clínicos. Si la baja de acciones preventivas bucales es por desconocimiento, o si algunos piensan que no es redituable, entre otras causas. Así, se podría trabajar en el problema, por ejemplo, en el caso de que exista falta de conocimiento, una opción sería que el gobierno estatal demande al menos una actualización anual sobre salud bucal preventiva a los odontólogos practicantes del estado de Guanajuato, llevar el control y regulación de la calidad de atención que se brinda, esto con el fin promover una atención preventiva odontológica de calidad.

OBJETIVOS

GENERAL

- Identificar la asociación entre los conocimientos y percepciones sobre prevención odontológica que tienen odontólogos con su práctica clínica actual en Guanajuato.

ESPECÍFICOS

- Estimar el nivel de conocimientos de los odontólogos conforme variables sociodemográficas como edad y sexo
- Identificar los factores asociados al nivel de conocimientos en relación a la odontología preventiva
- Identificar las principales barreras percibidas por los odontólogos que ocasionan la baja práctica de odontología preventiva
- Identificar la asociación de la frecuencia de prácticas preventivas de odontólogos en Guanajuato con sus conocimientos y percepciones sobre prevención

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal

POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Odontólogos de práctica clínica pública y privada del estado de Guanajuato

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El cálculo de tamaño de muestra se realizó tomando en cuenta un 95% de confianza. 6% de precisión a través de la siguiente fórmula

- $N = Z^2 pq / d^2$

En donde:

Z= 1.96

p=0.70 (adecuados conocimientos)

q=0.30

D=6%

- Tamaño de muestra sin corregir =225
- Tamaño de muestra corregido (1000 odontólogos disponibles)=184
- Se estimó un 15% adicional estimando pérdidas o datos incompletos=**211 odontólogos**
- La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no probabilístico, deliberado o por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Odontólogos que ejercen práctica clínica en Guanajuato, pública y privada.

- Aceptar participar dentro del estudio.

EXCLUSIÓN

- Contestaron previamente encuestas similares.
- Profesionales que ejerzan práctica docente.

ELIMINACIÓN

- Cuestionario que no contenga la información completa.
- Casos cuyas respuestas no sean legibles y/o completas.

Tabla 2. Variables de la encuesta, definición operacional y su escala de medición y codificación

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN Y CODIFICACIÓN
Municipio	Lugar en donde radica la persona encuestada	León, San Francisco del Rincón, Silao, Guanajuato, Celaya, Dolores Hidalgo, Manuel Doblado, Irapuato, Uriangato, Juventino Rosas, Comonfort y Valle de Santiago.
Sexo	Condición orgánica que diferencia a los individuos en masculino y femenino	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la actualidad y se mide en años	Años (números)
Tipo de escuela	Si el encuestado cursó en una escuela gestionada por la administración pública y los impuestos o en una privada costeadas por el mismo.	Cualitativa, nominal <ul style="list-style-type: none"> • Pública • Privada
Área de práctica	Si el encuestado trabaja en el área pública, privada o ambas	Cualitativa, nominal <ul style="list-style-type: none"> • Pública • Privada • Ambas
Especialidad	Si el encuestado cursó por un postgrado en alguna área de la odontología	Endodoncia, Implantología, Odontogeriatría, Odontología forense, Odontología preventiva, Odontopediatría, Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis y Rehabilitación Dental, Patología Oral y Maxilofacial, Cirugía Oral y Maxilofacial
Años de práctica	Tiempo que se ha dedicado a aplicar la práctica odontológica	Años (números)
Académico/investigador	Condición actual del encuestado si trabaja en alguna escuela o pertenece a programas de investigación científica	Cualitativa <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Actualización académica	Si el encuestado se encuentra en constante participación en congresos, cursos o diplomados	Cualitativa <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
DEPENDIENTES		
Conocimientos	Información adquirida a través de la experiencia o educación. Será evaluada a través de las preguntas 15 a la 38 del cuestionario CPPPO (Anexos*), de las cuales se obtendrá un puntaje con la sumatoria de las respuestas correctas	Cuantitativa
Percepciones	Procesos de interpretación que surge a partir de una impresión material derivada de los sentidos. Será evaluada a través de las preguntas 39 a la 52 (Anexos*) del mismo cuestionario.	Cuantitativa

Fuente: directa

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El estudio se realizó mediante la aplicación el cuestionario CPPPO* a odontólogos con el objetivo de identificar los conocimientos y la percepción sobre la prevención en su práctica clínica.

Se buscó y contactó a los odontólogos en sus consultorios privados, escuelas de odontología, hospitales y congresos. Se les explicó que la encuesta era anónima y se les pedía leer con atención el cuestionario y marcar la respuesta en cada pregunta.

El cuestionario CPPO, contiene un apartado al inicio donde se le explica al odontólogo el objetivo que tiene su aplicación, que es anónimo y se pide contestar con honestidad. La encuesta se divide en apartados, como lo son datos generales, preguntas globales y cuestiones en relación a los conocimientos y percepción de los odontólogos en relación a la prevención bucal. Sólo existe una pregunta en donde la persona que contesta el cuestionario puede escribir libremente su respuesta, sin limitaciones. En las cuestiones restantes el odontólogo marca una casilla con opciones de respuestas como son, “siempre”, “frecuentemente”, “ocasionalmente”, “pocas veces” y “nunca”; en otras de igual manera se marca en una casilla cualquiera de las opciones, “Sí, No o No sé”.

El cuestionario se dividió en dos secciones, una de datos generales, en la cual se incluyeron 8 preguntas, como edad, sexo, municipio y estado del que procede, escuela de procedencia, área de práctica clínica, especialidad, años de práctica clínica y si considera que los esfuerzos de la odontología deben ir dirigidos mayormente a la prevención o al tratamiento de la enfermedad. Mientras que en el otro apartado se concentraron las preguntas globales sobre situaciones en las que el clínico se encuentra ante la toma de decisión relacionada con prevención en odontología a las que tiene las opciones de responder “siempre, frecuentemente, ocasionalmente, pocas veces y nunca”.

Aparece solo una pregunta abierta en la que se cuestiona cuáles son las enfermedades bucales que son prevenibles y se sugiere enlistarlas, sin limitar al encuestado. En las siguientes 30 aseveraciones se pide conforme al conocimiento del encuestado responda con un “Sí, No sé o No”. Estas preguntas van dirigidas por ejemplo a identificar los conocimientos acerca de efectos en la salud bucal de la alimentación o trastornos de esta o la influencia del hábito de fumar y el consumo de alcohol, así como consideraciones durante la lactancia materna, entre otros.

Finalmente se cuestiona en 6 enunciados al odontólogo sobre los factores que probablemente causan la falta de prevención en la odontología. Siendo estos enlistados, en donde el odontólogo responde con opciones de “Sí, No sé o No”.

MÉTODO DE REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se analizaron mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, V. 22.

Se obtuvieron datos descriptivos como frecuencia, porcentaje, medias y desviación estándar. Además, se realizaron análisis bivariados empleado Chi² para comparar variables cualitativas, se realizaron pruebas de normalidad y con base en ello se decidió emplear pruebas no paramétricas como Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para la comparación de variables numéricas.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Recursos materiales:

- ✓ Encuestas impresas en papel.
- ✓ Encuestas digitales enviadas por correo electrónico.
- ✓ Bolígrafos.
- ✓ Tablas de apoyo para escribir.

Recursos humanos:

- ✓ Encuestadores
- ✓ Encuestados

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud^{lv}, el presente estudio es considerado de acuerdo con el artículo 17 como investigación sin riesgo ya que no hay probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

En los estudios considerados como investigación sin riesgo, se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, de igual forma, aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Dentro de la investigación solo se utilizaron técnicas documentales mediante la participación de los odontólogos respondiendo a encuestas. El documento era totalmente anónimo, no se pidió ningún dato que revelara la identidad de la persona.

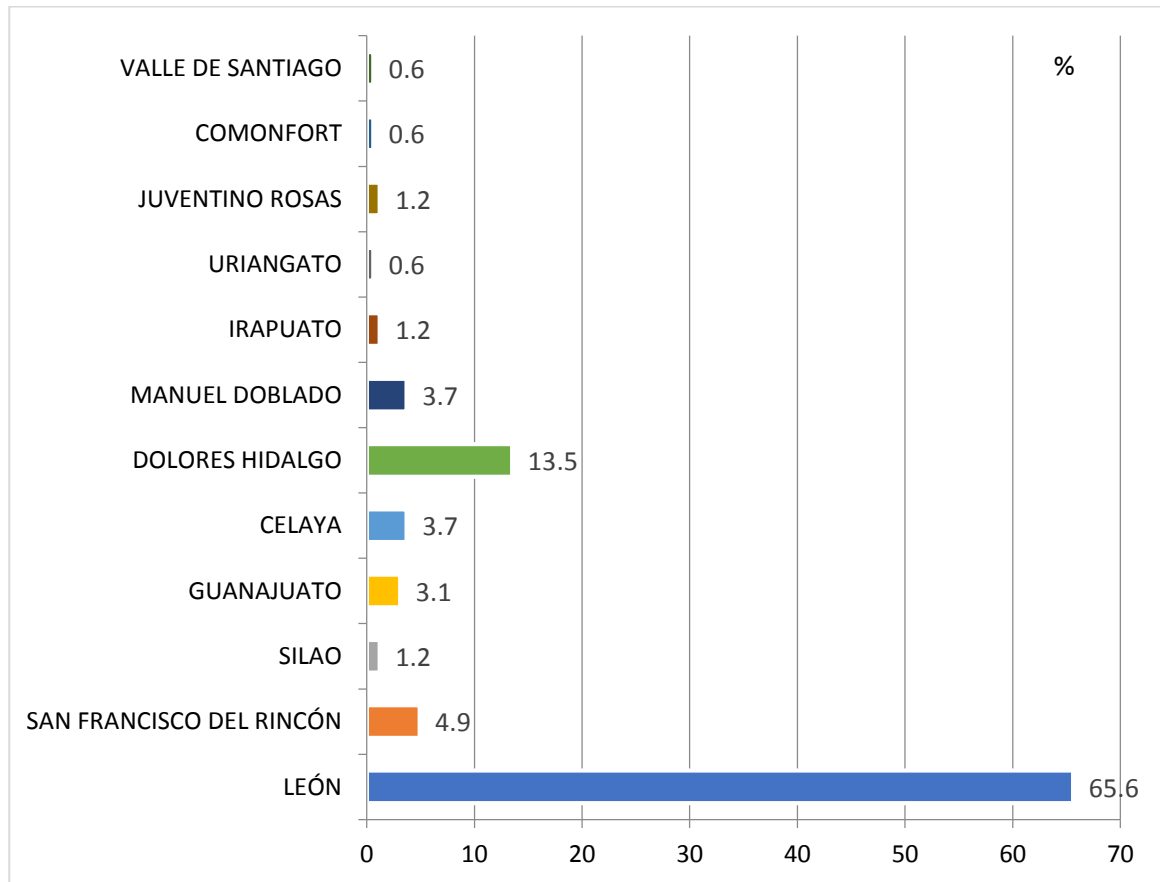
La investigación protege al individuo y resguarda la información proporcionada por ellos, además los datos y resultados de las encuestas sólo se muestran resultados globales y nunca individuales.

RESULTADOS

DATOS GENERALES

En total se incluyeron 216 odontólogos de Guanajuato, de los cuales el 57.9% fueron mujeres y tenían una edad promedio de 35 (± 12) años. El 65% realizaba su práctica clínica en León, mientras el resto en diversos municipios como Dolores Hidalgo (13.5%) y San Francisco del Rincón (4.5%) entre otros.

Figura 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA DE LOS ODONTÓLOGOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO n=216



Fuente: elaboración propia

El 56.7% reporta haber realizado sus estudios en una dependencia privada. Por otra parte, el promedio de años que llevan dedicados a la práctica clínica fue de 11 (\pm 11) años y el 74.1% indica realizar su práctica clínica solamente en el sector privado y el 16.2% en combinación de sector público y privado como se observa en la tabla 1.

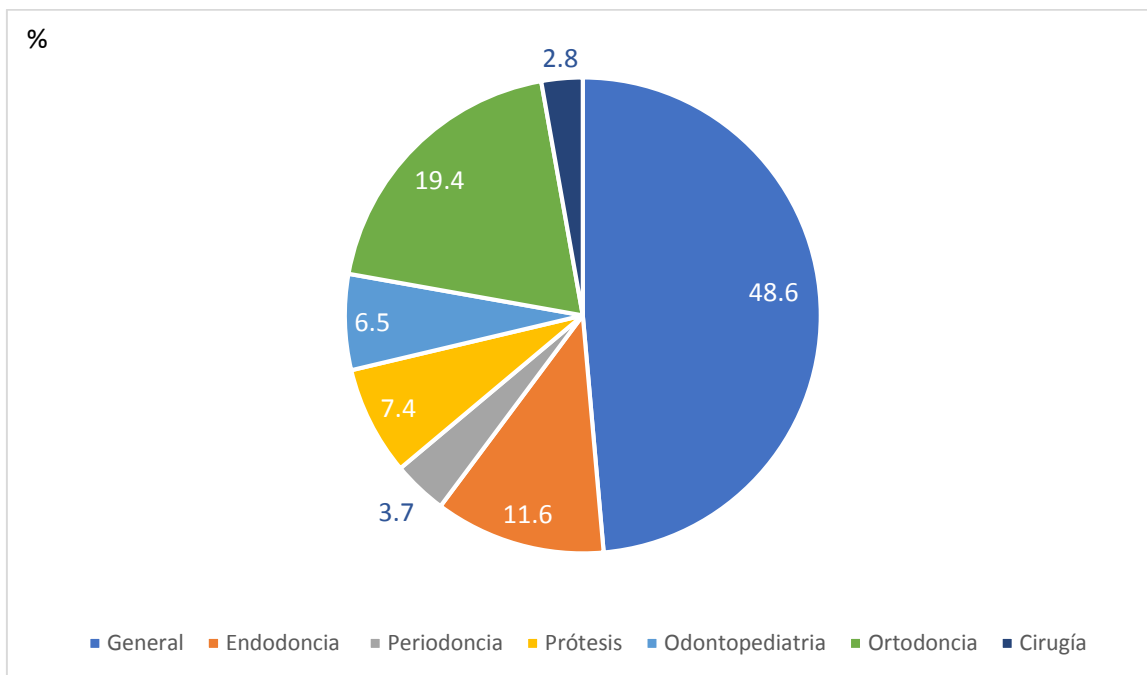
Tabla 3. TIPO DE ESCUELA DE PROCEDENCIA Y ÁREA DE PRÁCTICA CLÍNICA

	ESCUELA DE PROCEDENCIA		AREA DE PRÁCTICA CLÍNICA	
	n	%	n	%
PÚBLICA	93	43.3	21	9.7
PRIVADA	122	56.7	160	74.1
AMBAS	---	---	36	16.2

Fuente: elaboración propia

En la gráfica 2 se puede observar que el 48.6% de los profesionales encuestados refieren tener el título de odontólogos generales, seguido del 19.4% de los cuales son especialistas en ortodoncia. Sólo el 2.8% pertenecen al área de cirugía maxilofacial.

Figura 2. DISTRIBUCIÓN DE LA ESPECIALIDAD REPORTADA POR LOS ODONTÓLOGOS ENCUESTADOS (n=216)



Fuente: elaboración propia

De los encuestados solo el 11.9% respondió ser profesor, académico o investigador en áreas afines a la odontología. Por otro lado, la mayoría (94.9%) afirmó asistir a congresos, cursos o diplomados de actualización al menos una vez al año. (Tabla 4.)

Tabla 4. ODONTÓLOGOS QUE FORMAN PARTE DE ÁREAS DE INVESTIGACIÓN/ODONTÓLOGOS QUE PARTICIPAN EN ACTUALIZACIÓN ODONTOLÓGICA MÍNIMO UNA VEZ AL AÑO

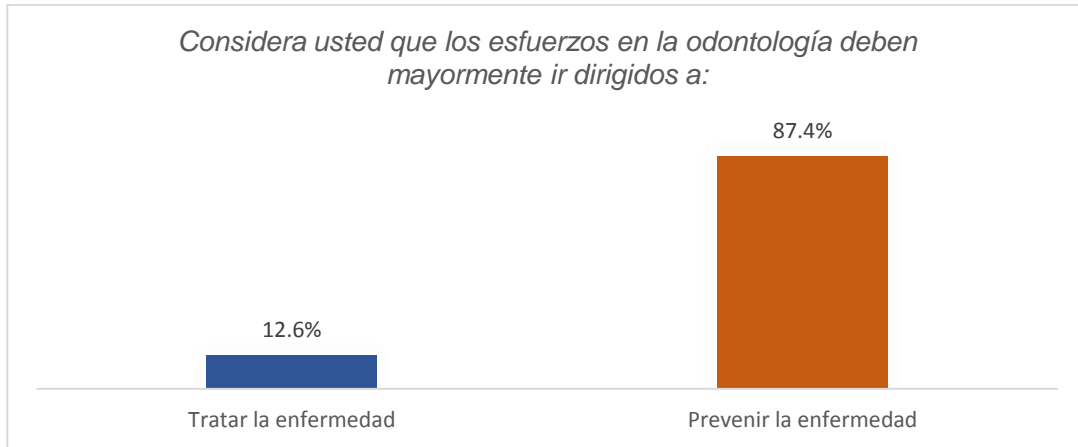
	Si	No
¿Es usted profesor, académico o investigador en áreas afines a la odontología?	11.9%	88.1%
¿Asiste por lo menos una vez al año a congresos, cursos o diplomado de actualización?	94.9%	5.1%

Fuente: elaboración propia

PREGUNTAS GLOBALES

Conforme a los encuestados, el 87.4% coincide en que los esfuerzos odontológicos deben ir mayormente dirigidos a PREVENIR LA ENFERMEDAD. Mientras que el otro 12.6% afirma que la dirección debe ser hacia TRATAR LA ENFERMEDAD. (Gráfica 3.)

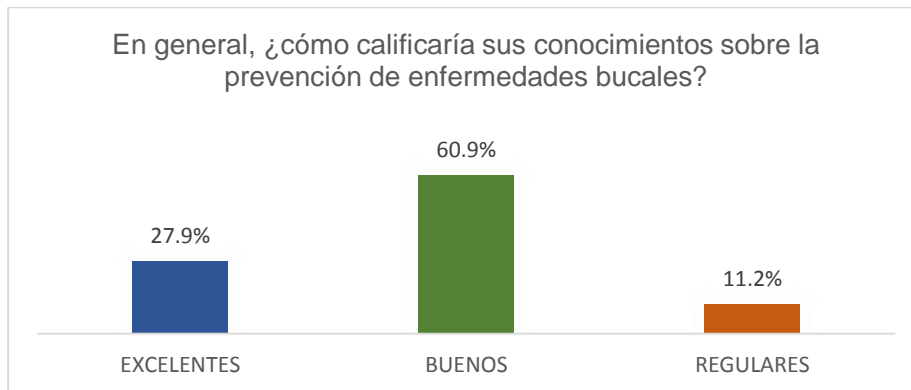
Figura 3. DIRECCIÓN DE LOS ESFUERZOS DE LA ODONTOLOGÍA



Fuente: elaboración propia

La mayoría de los profesionales se autocalificaron de acuerdo con sus conocimientos sobre la prevención de enfermedad bucales como "BUENOS". El 27.9% de ellos, define sus conocimientos como excelentes. (Gráfica 4.)

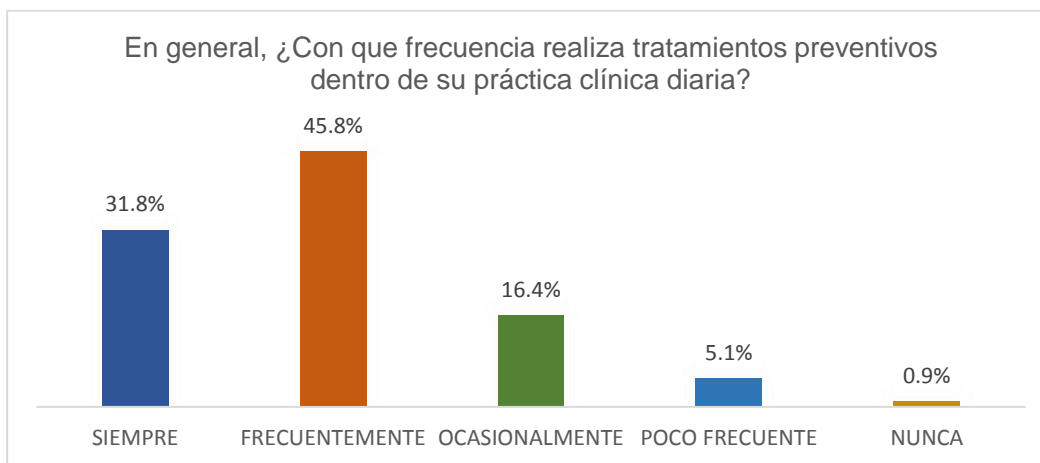
Figura 3. EVALUACIÓN GENERAL SOBRE CONOCIMIENTOS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES



Fuente: elaboración propia

Dentro de la práctica preventiva diaria, más del 70% reporta realizar siempre o frecuentemente tratamientos preventivos. Sólo el 0.9% señaló “NUNCA” realizar tratamientos preventivos. (Gráfica 5.)

Figura 4. EVALUACIÓN GENERAL SOBRE LA FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Fuente: elaboración propia

CONOCIMIENTO

De acuerdo con el consumo de agua potable, control de ingesta de alimentos con alto contenido de carbohidratos y fibra, el 75.9% de los encuestados responde que “SI” tienen beneficios en la salud bucal. Así como la mayoría coincide en que una dieta rica en calcio ayuda a la prevención de caries. Por otro lado, el 52.4% niega que el calcio dentro de la dieta ayude a prevenir la fluorosis dental.

El 88.5% coincide en que el consumo de refrescos favorece la presencia de caries. La mayoría (90%) de los profesionales afirma que los trastornos alimenticios están relacionados con la erosión dental, así como que una adecuada higiene disminuye la probabilidad de que aparezcan enfermedades bucales, tales como caries, enfermedad periodontal y cáncer bucal. (Tabla 5.)

Tabla 5. CONOCIMIENTOS DE ODONTÓLOGOS SOBRE PREVENCIÓN BUCAL RESPECTO A LA INGESTA DE ALIMENTOS Y DIETA

	Si	No	No sé
	%	%	%
<i>El consumo de agua simple potable, el control de la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono y ricos en fibra tiene beneficios en la salud bucal</i>	75.9	17.9	6.1
<i>Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries</i>	65.2	28.1	6.7
<i>Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis dental</i>	36.9	52.4	10.7
<i>El consumo de refrescos favorece la presencia de caries</i>	88.5	8.1	3.3
<i>Los trastornos alimenticios están relacionados con la erosión dental</i>	90.0	5.7	4.3
<i>Una adecuada higiene bucal disminuye el riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, cáncer bucal</i>	93.8	3.8	2.4

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, el 91% de los odontólogos afirman que fumar aumenta las probabilidades de la aparición de la enfermedad periodontal y cáncer bucal (93.8%).

Con respecto al control personal de placa dentobacteriana, sólo el 4.8% de los encuestados desconoce que sea más importante que el tratamiento de una eliminación de cálculo realizada por un profesional.

El 61.4% creen que el consumo del alcohol es un factor que aumenta la probabilidad de presentar cáncer bucal. (Tabla 6.)

Tabla 6. CONOCIMIENTOS DE ODONTÓLOGOS RESPECTO A HÁBITOS NOCIVOS PARA LA SALUD BUCAL

	Si	No	No sé
	%	%	%
<i>Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades bucales como enfermedad periodontal</i>	91	2.4	6.7

<i>Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades bucales como cáncer bucal</i>	93.8	4.8	1.4
<i>El control personal de placa dentobacteriana juega un papel más relevante en la prevención de enfermedades periodontales que la eliminación de cálculo por parte de un especialista</i>	83.3	11.9	4.8
<i>El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal</i>	61.4	26.7	11.9

Fuente: elaboración propia

Conforme a los selladores de fasetas y fisuras, el 85.2% afirma su efectividad en la prevención de caries en molares recién erupcionados. Sólo el 57.3% afirma que pueden ser aplicados cuando ya exista la aparición de caries en esmalte.

El 49.8% no está de acuerdo con la aseveración de que la aplicación de fluoruro tópico solamente se recomienda en pacientes pediátricos.

El 66.8% afirma que la examinación de dientes recién erupcionados o con caries incipientes con un explorador daña las barras de esmalte y predispone a la enfermedad de caries.

(Tabla 7.)

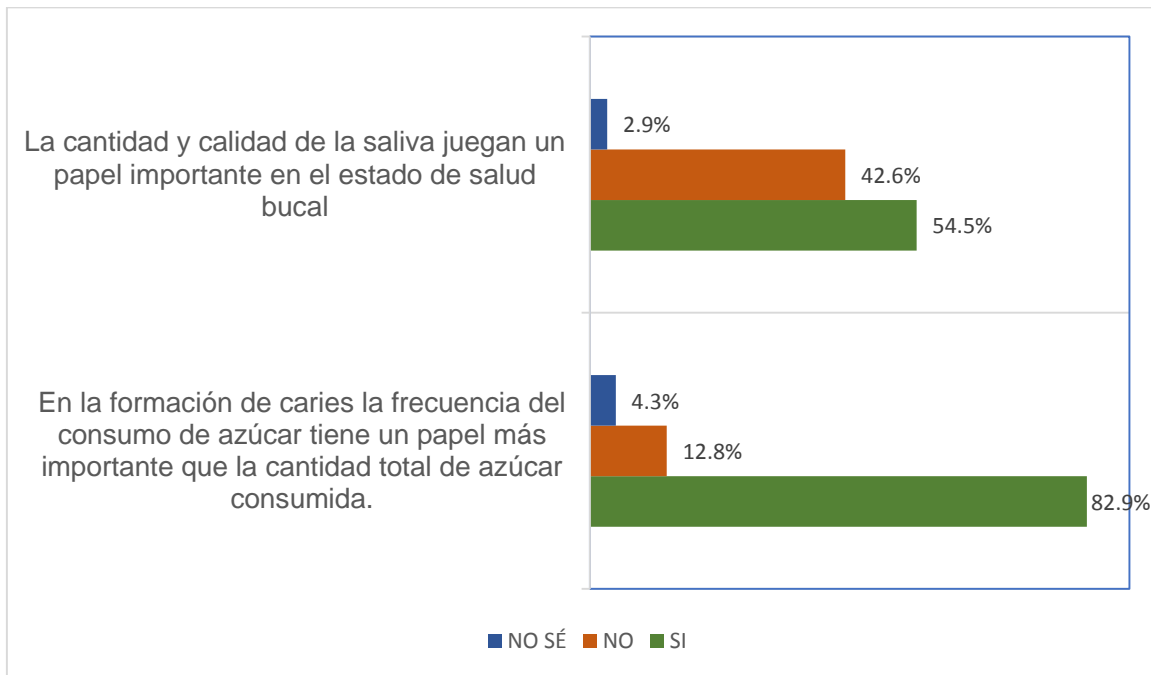
Tabla 7. CONOCIMIENTOS SOBRE LA APLICACIÓN DE SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS, FLUORURO TÓPICO Y EXPLORACIÓN DENTAL CON EXPLORADOR

	Si	No	No sé
	%	%	%
<i>El sellador de fasetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados</i>	85.2	10	4.8
<i>Los selladores pueden ser aplicados aun cuando ya existan lesiones cariosas en esmalte</i>	57.3	36	6.6
<i>La aplicación periódica de fluoruro tópico solo se recomienda en niños</i>	44.5	49.8	5.7
<i>Examinar un diente, recién erupcionado o con caries incipiente, con un explorador afilado daña las barras de esmalte y predispone al diente a la caries.</i>	66.8	27.5	5.7

Fuente: elaboración propia

El 54.5% de los profesionales afirman la importancia que tiene la calidad y cantidad de saliva para la salud bucal. Así como, la frecuencia del consumo de alimentos con azúcar más que su cantidad total consumida. (Gráfica 6.)

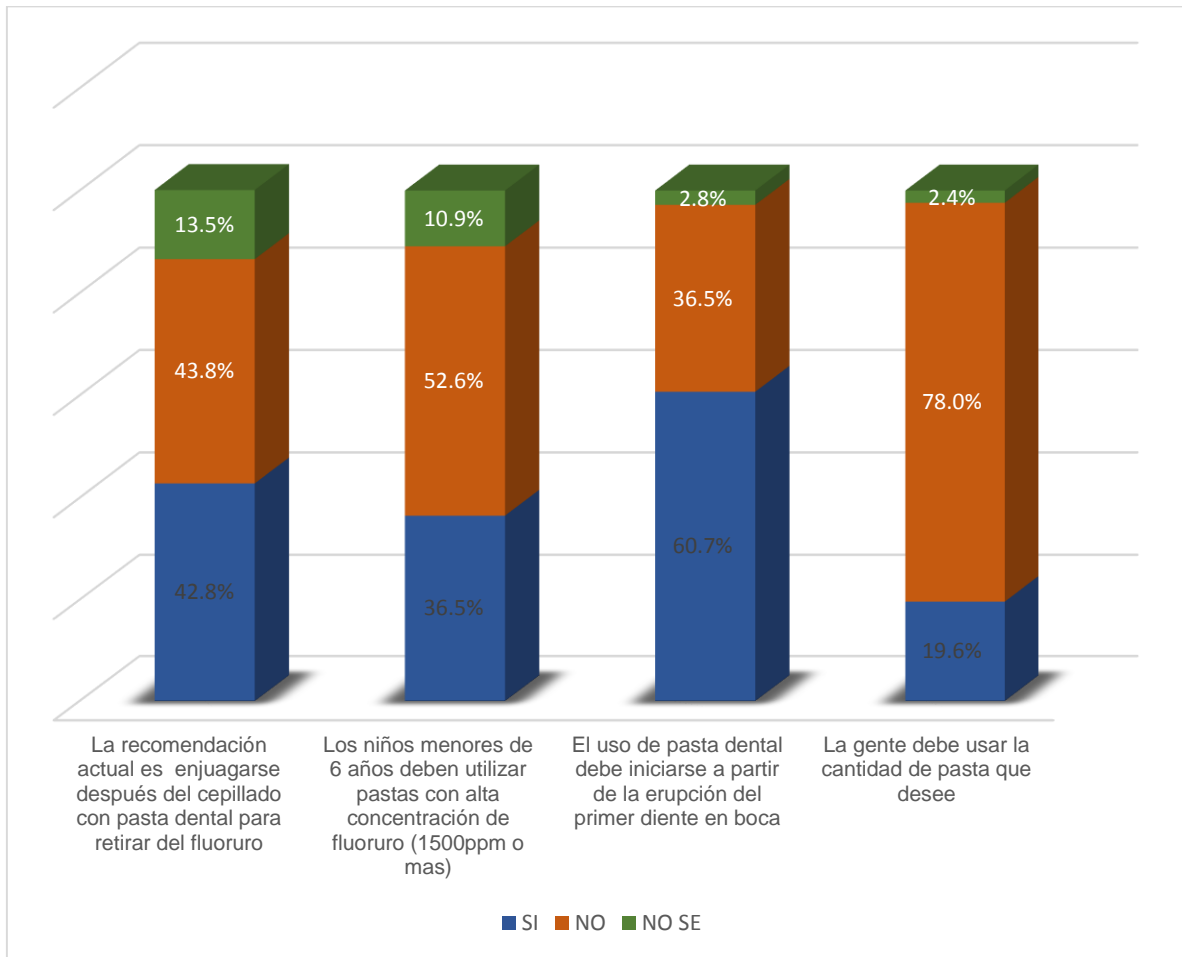
Figura 5. PAPEL DE LA SALIVA Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE AZÚCAR EN LA FORMACIÓN DE CARIES



Fuente: elaboración propia

El 43.8% de los odontólogos niegan que sea una indicación enjuagarse los dientes después del cepillado dental con pasta. El 36.5% afirma que los niños menores de 6 años deben utilizar pastas dentales con 1500ppm de fluoruro o más, el 10.9% lo desconoce. El 60.7% afirma que el uso de pasta debe comenzar cuando aparece el primer diente en la boca. El 78% niega que las personas deban usar la cantidad de pasta que deseen para realizar el cepillado dental (Gráfica 7.)

Figura 7. CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE PASTAS DENTALES



Fuente: elaboración propia

El 45.5% de los odontólogos negó identificar instituciones para apoyar a sus pacientes para eliminar el hábito de fumar. El 92.9% cree que el dentista debería promover el cese del hábito de fumar.

El 84.3% coincide en que la lactancia materna brinda beneficios en la salud bucal. (Tabla 8.)

Tabla 8. PERCEPCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS EN RELACIÓN AL APOYO A PACIENTES CON HÁBITOS NOCIVOS Y BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA SALUD BUCAL

	Si	No	No sé
	%	%	%

<i>Identifica las instituciones a las cuales puede remitir a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito de tabaquismo</i>	41.7	45.5	12.8
<i>El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo</i>	92.9	5.2	1.9
<i>La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal</i>	84.3	12.4	3.3

Fuente: elaboración propia

PERCEPCIONES

El 84.3% de encuestados respondieron que el odontólogo debería promover la lactancia. Casi la totalidad de los encuestados (93.3%) con un grado de especialidad afirmaron que existen tratamientos preventivos dentro de su área. Además, el 96.2% coincide con que pueden influir en que su paciente realice acciones preventivas.

El 10.5% considera que la atención preventiva no es redituable. El 67.6% niega que la prevención odontológica está basada en evidencia científica/empírica. Por otra parte, el 69.4% opina que deberían existir odontólogos dedicados únicamente al área preventiva (Tabla 9).

Tabla 9. PERCEPCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA Y CONSIDERACIONES SOBRE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

	Sí	No	No sé
	%	%	%
<i>El odontólogo debería promover la lactancia</i>	88.1	7.1	4.8
<i>Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad</i>	93.3	4.8	1.9
<i>Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos</i>	96.2	3.3	0.5
<i>Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)</i>	86.7	10.5	2.9
<i>La prevención en Odontología tiene bases empíricas</i>	24.3	67.6	8.1

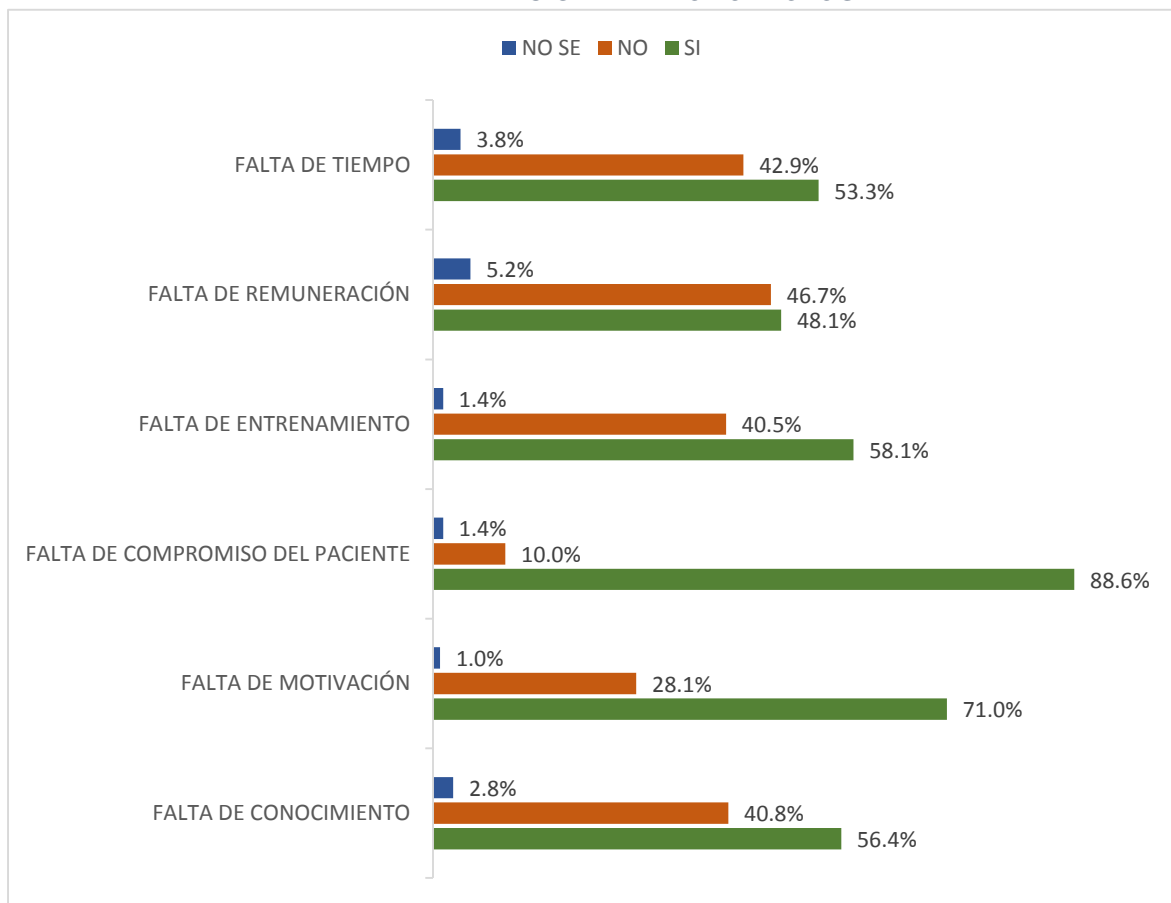
Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología

69.4 25.4 5.3

Fuente: elaboración propia

Los factores que los odontólogos identificaron como los principales factores que conllevan a una menor atención preventiva bucal, son falta de tiempo por parte del odontólogo, remuneración, la preparación o entrenamiento del dentista, compromiso del paciente, así como la motivación y conocimiento del odontólogo. Se observa que los porcentajes más altos obtenidos en esta sección de las encuestas son falta de compromiso del paciente (88.6%) y falta de motivación del odontólogo (71%). Los profesionales consideran que la falta de remuneración (48.1%) es una de las opciones que menos influyen en la baja atención preventiva bucal. (Gráfica 8.)

Figura 6. PERCEPCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS ACERCA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA BAJA PREVENCIÓN EN LA ODONTOLÓGÍA



Fuente: elaboración propia

Se compararon los puntajes de la sección de conocimiento conforme diferentes características como sexo, escuela en la que estudiaron, área de práctica clínica, especialidad y actualizaciones. Se observó que en esta última existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.024$), en la cual las personas que reportan asistir por lo menos una vez al año a congresos, cursos o diplomados de actualización tienen un puntaje más alto (31.9) comprado con los que no asisten (25.6), como puede observarse en la tabla 10.

Tabla 10. PUNTAJES PROMEDIOS DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS ODONTÓLOGOS PARTICIPANTES EN RELACIÓN A LOS DATOS GENERALES

		PROMEDIO(DE)	P
SEXO	Femenino	30.7 (4.8)	0.976
	Masculino	30.7 (5.9)	
TIPO DE ESCUELA	Pública	31.5 (5.6)	0.081
	Privada	30.2 (5.0)	
ÁREA DE PRÁCTICA CLÍNICA	Pública	30.9 (5.0)	0.933
	Privada	30.6 (5.4)	
	Ambas	31.0 (5.2)	
ESPECIALIDAD	General	30.1 (5.7)	0.522
	Endodoncia	30.8 (4.7)	
	Periodoncia	30.2 (4.8)	
	Prótesis	31.1 (3.9)	
	Odontopediatría	32.5 (4.5)	
	Ortodoncia	31.9 (4.3)	
	Cirugía	29.8 (9.7)	
ASISTENCIA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO A CONGRESOS, CURSOS O DIPLOMADOS DE ACTUALIZACIÓN	Sí	31.9 (4.5)	0.024
	No	25.6 (4.0)	

Fuente: elaboración propia

Asimismo, ni la edad ($\rho=-0.122$, $p=0.077$), ni el número de años de práctica clínica ($\rho=-0.080$, $p=0.256$) estuvieron correlacionados con el puntaje de conocimientos.

Por otro lado, se comparó el puntaje conforme las respuestas proporcionadas en las preguntas globales y se encontró que los odontólogos con la media mayor en relación a sus conocimientos consideran que la dirección de los esfuerzos en odontología debe ir hacia “PREVENIR LA ENFERMEDAD” (31.3).

Los odontólogos que calificaron sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales como “EXCELENTES” cuentan con la media más alta de conocimiento (31.8). Mientras que la media de 31, siendo la mayor en la cuestión de “¿con qué frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?” corresponde a los que respondieron “SIEMPRE”

Estos datos demuestran que si existe una relación entre lo que contestaron los odontólogos con los resultados promedio de sus conocimientos cuestionados dentro de las preguntas de la encuesta (Tabla 11).

Tabla 11. PUNTAJE DE CONOCIMIENTOS DE LOS ODONTÓLOGOS EN RELACIÓN A LA DIRECCIÓN DE LOS ESFUERZOS EN ODONTOLOGIA Y AUTOEVALUACIÓN SOBRE SU PRÁCTICA CLÍNICA PREVENTIVA

		Media (DE)	P
<i>Considera usted que los esfuerzos en la odontología deben ir mayormente dirigidos a:</i>	Prevenir la enfermedad	31.3 (5.6)	0.568
	Tratar la enfermedad	30.7 (5.2)	
<i>En general, ¿cómo calificaría sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales?</i>	Excelentes	31.8 (4.6)	0.337
	Buenos	30.8 (5.7)	
	Regulares	29.2 (4.5)	
<i>En general, ¿Con que frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?</i>	Siempre	31.0 (4.5)	0.598
	Frecuentemente	30.9 (5.2)	
	Ocasionalmente	29.7 (6.3)	
	Poco frecuente	29.5 (7.9)	

Fuente: elaboración propia

A continuación, se observan los resultados los puntajes promedio, en relación a la leche materna, donde significativamente se muestra que el nivel de conocimientos es mayor en odontólogos que aprueban que el odontólogo debería ser responsable de promover la lactancia materna en sus pacientes (31.3), lo cual es totalmente acertado, ya que la leche materna tiene múltiples beneficios en el neonato que influirán en su desarrollo y crecimiento tanto general como en su salud bucal.

Los odontólogos con mayor puntaje en conocimientos también creen que existen tratamientos preventivos dentro de su especialidad en el área de la odontología (31.1) asimismo creen que pueden influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos (31).

Notablemente se muestra el puntaje promedio mayor de la población que afirma que deberían existir profesionales dedicados únicamente a la prevención en odontología ($p=0.010$) (Tabla 12.)

Tabla 12. PUNTAJE DE CONOCIMIENTOS DE LOS ODONTÓLOGOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

	SI Media (DE)	NO Media (DE)	p
<i>El odontólogo debería promover la lactancia materna</i>	31.3 (4.6)	27.7 (5.9)	0.001
<i>Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad</i>	31.1 (4.6)	28.5 (7.3)	0.210
<i>Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos</i>	31 (4.7)	26 (8.0)	0.119
<i>Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)</i>	31.0 (4.7)	30.1 (6.0)	0.350
<i>La prevención en Odontología tiene bases científicas</i>	30.6 (5.2)	30.9 (4.8)	0.689
<i>Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología</i>	31.4 (4.6)	29.5 (5.3)	0.010

Fuente: elaboración propia

En la siguiente tabla, se muestra que no existe diferencia significativa en el promedio de conocimiento de los odontólogos de acuerdo a la percepción sobre los factores que influyen a la baja prevención en la práctica de la odontología, el rango de conocimientos varía de los puntajes de las medias de 30 a 31.2 (Tabla 13).

Tabla 13. PUNTAJE DE CONOCIMIENTOS RELACIONADO A LA PERCEPCIÓN SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN A LA BAJA PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

	SI Media (DE)	NO Media (DE)	p
<i>Falta de tiempo</i>	31.2 (4.3)	30.5 (5.5)	0.318
<i>Falta de remuneración</i>	30.9 (4.4)	30.8 (5.3)	0.964
<i>Falta de entrenamiento</i>	31 (4.9)	30.6 (4.9)	0.538
<i>Falta de compromiso</i>	31 (4.9)	30 (5.4)	0.398

<i>Falta de motivación</i>	30.8 (4.9)	31 (5.0)	0.778
<i>Falta de conocimiento</i>	30.8 (4.9)	31 (4.9)	0.777

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

En este estudio aplicado a odontólogos del estado de Guanajuato se identificó la asociación entre sus conocimientos y percepciones de la odontología preventiva en su práctica clínica.

En los resultados de la encuesta aplicada a la población se mostró que el 87.4% de los profesionales participantes indicaron que la dirección de la odontología debería estar direccionada hacia la prevención, además de autocalificar sus conocimientos sobre odontología preventiva y la frecuencia con la que la practica en sus consultas diarias. No se observaron resultados relevantes en relación a su puntaje de conocimientos con estas cuestiones. Sin embargo, sí existe una tendencia a obtener un mayor puntaje en quienes calificaron como “excelentes” sus conocimientos preventivos y quienes indicaron “siempre” realizar tratamientos preventivos.

Por otra parte, en relación al puntaje que obtuvieron los odontólogos que afirmaron asistir por lo menos una vez al año a congresos, cursos o diplomados de actualización se demostró ser mayor, en comparación a los que negaron realizar dicha actividad (25.6), este dato puede ser bastante razonable, ya que, gracias a los profesionales que se muestran interesados por seguir aprendiendo sobre la odontología y no quedarse estancados obtuvieron mejores respuestas en la encuesta aplicada en relación a odontología preventiva. Por ello, es influyente y muestra que existe diferencia entre la calidad de atención odontológica que puede brindar un dentista actualizado a uno que no se interesa en estos eventos. Se propone animar a los profesionales a incluirse dentro del área de investigación o poner al día sus conocimientos relacionados a la odontología, todo con el propósito de proveer un servicio al paciente de la mejor calidad posible.

Un dato alarmante es que 52.4% y 10.7% de la población encuestada niegan y desconocen, respectivamente, si la dieta rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis dental. El calcio junto con otros minerales como el magnesio o el aluminio pueden reducir la absorción del flúor, formando con éste complejos insolubles, alterando su completa absorción.^{lvi} Los odontólogos tienen la obligación de comunicar a sus pacientes este tipo de información para prevenir la fluorosis en personas vulnerables agregando a su dieta alimentos ricos en calcio.

En relación a la aseveración de que *“los selladores de fosetas y fisuras pueden ser aplicados en lesiones cariosas en esmalte”*, 57.3% de los encuestados, respondieron “sí” estar de acuerdo con ello. Los selladores son un procedimiento no invasivo que pueden aplicarse en caries incipiente para evitar su progresión o en pacientes que no tienen un control de placa dentobacteriana eficiente. Una vez que el proceso carioso llega a la dentina se opta por un tratamiento restaurador para eliminar el tejido infectado.^{lvii} El clínico debe realizar el diagnóstico correcto para llevar a cabo un tratamiento acorde a ello y evitar destruir estructura dental sana cuando no es requerido.

Casi la mitad de los encuestados 49.8% negó que la aplicación de fluoruro tópico solo se recomienda en niños. Es decir, gran parte de los profesionales no saben distinguir que el fluoruro tópico es un tratamiento preventivo para cualquier edad, indicado principalmente en pacientes con actividad de caries de moderada y alta, sobre todo para las poblaciones con exposición baja al fluoruro. Los profesionales deben estar capacitados para saber en cuales diagnósticos es viable utilizar el fluoruro tópico, no depende solamente de la edad, sino de varios factores.

Un 66.8% afirmó que dentro de la examinación de un diente recién erupcionado o con lesión cariosa incipiente, utilizar un explorador afilado daña las barras de esmalte, predisponiéndolo a la caries. Particularmente en Europa y en Escandinavia, se ha cuestionado el uso con presión de un explorador afilado, ya que éste, además de dañar la superficie, aumenta la susceptibilidad a la lesión cariosa, por la posible implantación de microorganismos.^{lviii} Afortunadamente la mayoría de los encuestados respondieron correctamente, sin embargo, aun el 27.5% no conoce estos datos, por lo tanto, no están contribuyendo a la prevención de caries. Se debe fomentar el uso de instrumentos no filosos o de punta roma para evitar el daño al esmalte, o utilizar otras alternativas de diagnóstico.

El 36.5% afirma que los niños menores de 6 años deben utilizar pastas dentales con 1500ppm de fluoruro o más, el 10.9% lo desconoce. En los niños se ha propuesto la utilización de concentraciones menores de 500ppm con el fin de disminuir el riesgo de fluorosis.^{lix} Ya que muchos de ellos no tienen la capacidad de escupir y degluten la pasta

dental. Sin embargo, existe evidencia que demuestra que las pastas bajas en fluoruro (menos de 1000ppm) son inefectivas en el control de caries.^{lx} El 60.7% afirma que el uso de pasta debe comenzar cuando aparece el primer diente en la boca, lo que es lo más recomendable, se aconseja que los padres de familia cepillen los dientes de sus hijos al menos dos veces al día, y que una de ellas, sea antes de irse a dormir por la noche.

El 78% niega que las personas deban usar la cantidad de pasta que deseen para realizar el cepillado dental. Mientras las pastas dentífricas fluoradas carecen de contraindicaciones en el adulto por su acción exclusivamente local. En niños menores de 3 años se recomienda que la cantidad de pasta sea una película delgada que no se extienda más de tres cuartos del cepillo, además no se debe permitir que se coman la pasta dental del tubo. De 3 a 6 años de edad se aconseja utilizar una gota de pasta del tamaño de un chícharo. La evidencia científica actual arroja la mejor combinación es utilizar menores cantidades de pasta con mayor concentración de flúor en niños de 6 años y menores, para conseguir mayor prevención de caries, tomando en cuenta la menor ingestión posible de fluoruro.^{xliiv} Es importante la educación preventiva a los padres, demostrarles cual es la cantidad correcta de pasta dental para sus hijos, crear un vínculo de compromiso tanto del odontólogo como el familiar a cargo de un paciente pediátrico, para que muestre empatía por ayudarlo a la limpieza bucal hasta que tenga una edad en la que se pueda hacer cargo el mismo.

El tabaquismo es uno de los factores desencadenantes de varias enfermedades bucales, así como afecciones a la salud general. Sin embargo, se observó que el 45.4% no identifica las instituciones en las cuales se pueden remitir sus pacientes para apoyarlos con el hábito de tabaquismo y promover su cese. Es una cifra bastante alta, y se debe reforzar el compromiso de los odontólogos por buscar centros donde puedan apoyar a sus pacientes en el ámbito del tabaquismo. Algunos centros de ayuda a personas que desean dejar de fumar, son Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), la clínica contra el tabaquismo de la facultad de Medicina de la UNAM, la clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y la clínica para dejar de fumar del instituto de Cancerología (INCan). En Guanajuato se cuenta con una red integral de prevención y atención en adicciones la cual está conformada por más de 295 unidades, de

las cuales 84 realizan detección oportuna, prevención universal, selectiva e indicada, 20 unidades hospitalarias realizan atención en intoxicación aguda y síndrome de abstinencia, 9 Uneme/CAPA (unidad de especialidades médicas. Y un Centro de atención primaria en adicciones) que realizan tratamiento ambulatorio con intervención breve en adicciones, un CAIA (Centro de atención integral en adicciones) con tratamiento ambulatorio y clínica de día, y un CAISAME (Centro de atención integral en salud mental) que atiende la comorbilidad psiquiátrica en adicciones, tres UNEMES CAPASITS, tres CISAME (Centros integrales de atención en salud mental), una línea de atención telefónica.

Encuestas indican que los equipos dentales tienen una actitud cada vez más positiva hacia el cese del tabaco y se están involucrando más activamente en la vía de atención.^{lxi} En Europa, *The National Centre for Smoking Cessation and Training* (NCSCT) implementó un modelo diseñado para cuestionar un paciente fumador en 30 segundos. Consta de tres elementos: 1. Establecer el estado de fumador, 2. Aconsejar sobre los beneficios de dejar de fumar, 3. Ofrecer ayuda. En México, sería importante evaluar si los profesionales cuentan con las herramientas para apoyar y aconsejar a sus pacientes sobre el cese del hábito del tabaquismo.

El consumo de alcohol es otro de los hábitos nocivos que pueden influir en la aparición de cáncer bucal, así lo afirman los dentistas en la encuesta con un 61.4%. En Burela, España, se realizó un reporte en el cual se encontró una asociación de riesgo de cáncer oral atribuible al consumo de alcohol. El 41.8% de los casos indicó ser “Gran bebedor”, éste se catalogó con más de 4 unidades/día de vino o cerveza o de 2 a 4 de licor.^{lxii} Los datos obtenidos permiten afirmar que el hábito de consumir alcohol regularmente duplica el riesgo de la aparición de cáncer oral. En vista de los acontecimientos, es relevante el papel de los odontólogos en la prevención del cáncer oral brindando información que no puede ser obvia para ellos.

La leche materna es un fluido de gran complejidad, cuenta con factores de defensa y minerales que la convierten en anticariogénica. Su ausencia deriva alteraciones en la succión-deglución y respiración, aumentando su riesgo sobre su salud bucodental.^{lxiii} También se relaciona a maloclusiones y hábitos perniciosos, es por ello por lo que es indispensable su promoción en odontología. Asimismo, se han identificado los múltiples

beneficios psicosociales que brinda y el apego que se logra con la madre. Es así como la lactancia tiene múltiples beneficios en la salud general y bucal por ello los odontólogos deberían promover la lactancia materna, en este estudio se encontró que casi el 90% de los encuestados está de acuerdo en que el odontólogo debería promover la lactancia. Sin embargo, sería relevante ahondar en este tema e identificar si realmente los odontólogos cuentan con los conocimientos necesarios para realizarlo y si en efecto llevan a cabo esta práctica dentro de sus consultorios como lo estipula la NOM-SSA2-013-2015, en el apartado A. 8. *Cuidados bucales preventivos para embarazadas.*^{lxiv}

Los odontólogos encuestados consideran que la baja prevención se debe en primer lugar a la falta de compromiso del paciente, seguida de la falta de motivación y entrenamiento del odontólogo. La falta de compromiso del paciente puede estar ligada a otros factores, como puede ser la motivación de este, su economía, su localización sociodemográfica, sus creencias o cultura, entre otras. No obstante, es un dato que se debe analizar más a fondo, ¿Por qué los odontólogos lo perciben así?, realmente ¿será falta del paciente o falta del profesional?, el dentista podría no cumplir con las características o conocimientos necesarios para motivar, enseñar y educar al paciente, acerca de la importancia de su salud bucodental y la repercusión que tiene ésta en su integridad, además de la necesidad de realizar consultas de rutina para la prevención de enfermedades bucales. Es posible que el odontólogo no asume su responsabilidad y obligación hacia el paciente. Este dato es importante, y debe generar inquietud en los profesionales, deben crear impacto en los pacientes para que acudan a revisiones periódicas, en las cuales se pueda dar diagnóstico, tratamiento y seguimiento preventivo, así se evitarían muchos tratamientos rehabilitadores en su vida.

Como se ha mencionado anteriormente, la prevención es uno de los pilares más importantes en la odontología para evitar las enfermedades bucales y los odontólogos al parecer están al tanto de ello, más de la mitad de los encuestados, considera que deberían existir profesionales dedicados únicamente al área de la odontología preventiva. Es posible que sea momento de replantar y dar cabida a esta situación la cual podría resultar beneficiosa, ya que habría mayor énfasis en la prevención, lo que en un futuro se espera que provocaría una disminución en las enfermedades bucales. Cambiaría la educación y

visión de los pacientes, por consecuencia, tendría que impactar en la disminución de la morbilidad. En algunos países como Suecia, Dinamarca y Brasil, obtuvieron una reducción importante de las tasas de caries dental, debido al enfoque que han adoptado, que ha sido trasladar a los odontólogos hacia escuelas, fábricas, comunidades y sector rural;^{lxv} trabajando no sólo orientados hacia a la salud oral, sino trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud para el mejoramiento de la salud general, implementando acciones de atención primaria y comunitaria.

Por otro lado, mencionar que, al realizar esta investigación, no se encontró ningún trabajo similar en México. A excepción del presentado VI Congreso Paraguayo de Endodoncia, 2011.^{xxxviii} Los hallazgos de esa investigación también concluyen la necesidad de la mejora y promoción de la odontología preventiva. Asimismo, se invita al gremio odontológico a promover y aplicar la educación preventiva odontológica para que se mantengan resultados a largo plazo. Fomentándola desde la universidad, para que ésta repercuta en la práctica profesional.

Así como este estudio fue aplicado específicamente en el estado de Guanajuato, sería conveniente promover la investigación y monitoreo sobre estos aspectos de prevención bucal en profesionales de todo el país, ya que en la actualidad no existen estudios semejantes a este en México.

La odontología preventiva y comunitaria no se trata solamente de crear campañas comunitarias de profilaxis y aplicaciones de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras para la prevención de enfermedades bucales, tales como la caries, que es una de las más prevalentes, sino enfocarse en la educación preventiva bucal, para lograr resultados a largo plazo, buscar la creación de conciencia en los pacientes para lograr el continuo seguimiento de su estado bucal y se vuelva un esfuerzo del día a día. Todo esto no puede ser posible sin las bases preventivas de conocimiento de los dentistas. Ahí radica la importancia de que como profesionales se comprometan a estar en actualización permanente para no estancarse y seguir aprendiendo, todo con el propósito de brindar un servicio y atención de calidad.

CONCLUSIONES

- Se encontró que la gran mayoría de los odontólogos encuestados consideran que la dirección de los esfuerzos en odontología debe ir mayormente hacia prevenir la enfermedad.
- De igual manera la mayoría reporta realizar tratamientos preventivos frecuentemente su en práctica clínica diaria.
- Además, coinciden en que el hábito de fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades bucales, tales como enfermedad periodontal y cáncer bucal.
- La mayor parte de odontólogos encuestados afirman que el sellador de fosetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados.
- Casi la mitad de la población encuestada negó que la aplicación tópica de fluoruro solo se recomiende en niños. Asimismo, desaprueban que los niños menores de 6 años deban usar pastas con alta concentración de fluoruro (1500ppm o más).
- Más del 60% de los odontólogos aseguraron que, en la examinación de un diente, recién erupcionado o con caries incipiente, utilizar un explorador afilado daña las barras del esmalte y predispone el diente a la caries.
- La mayoría opina que, para la formación de caries, la frecuencia del consumo de azúcar tiene un papel más importante que la cantidad total de azúcar consumida.
- La mayor cantidad de odontólogos sostienen que el uso de pasta dental debe iniciarse a partir de la aparición del primer diente en la boca y que la gente no deben utilizar la cantidad de pasta dental que desee.
- Los odontólogos manifiestan que como profesionales deberían promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo, sin embargo, el mayor porcentaje de odontólogos encuestados no identifican las instituciones en las cuales puede remitir a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito de tabaquismo.
- Además, coinciden en que la lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal y que el odontólogo debería promover la lactancia materna.
- La mayor parte de los odontólogos afirma que deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología.
- Los odontólogos encuestados consideran que la baja prevención en odontología se debe en primer lugar a la falta de compromiso del paciente.

- Se asocia el mayor puntaje de conocimientos con los profesionales que afirmaron que el odontólogo debería de promover la lactancia materna y con los encuestados que opinan que deberían existir profesionales dedicados únicamente a la prevención en odontología, así como en aquellos que reportan su asistencia por lo menos una vez al año a congresos, cursos o diplomados de actualización.

Bajo las premisas expuestas en esta investigación, se concluye la necesidad de mejorar los conocimientos y percepción hacia las medidas preventivas odontológicas, comenzando desde la preparación universitaria de los profesionales, animándolos a crear una actitud de prevención para que la puedan aplicar a sus conocimientos en su práctica clínica al egresar.

REFERENCIAS

- ⁱ Petersen, Poul Erik & WHO Oral Health Programme. (2003). The world oral health report 2003 : continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme / Poul Erik Petersen. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/68506>
- ⁱⁱ GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259
- ⁱⁱⁱ Secretaría de Salud. (2015). *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2015*. 29-04-19, de Subsecretaría de promoción y prevención de la salud Sitio web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>
- ^{iv} Secretaría de Salud. (2017). *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2017*. 29-04-19, de Subsecretaría de promoción y prevención de la salud Sitio web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416706/SIVEPAB_2017.pdf
- ^v World Health Organization. Salud Bucodental. Recuperado: 01-05-19. https://www.who.int/topics/oral_health/es/
- ^{vi} Espinoza-Usaqui, EM. Pachas-Barrionuevo, FM. (2013). *Programa preventivos promocionales de salud bucal en el Perú*. *Rev. Estomatol Herediana*, 23(2), 101-108.
- ^{vii} Cuenca, E. & Baca, P. (2013) *Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones*. 4° ed. España. Elsevier.
- ^{viii} Harris, N. & García, F. (2005) *Odontología Preventiva Primaria*. El Manual Moderno S.A. de C.V.
- ^{xii} García, I., Merino, B., & Silva J. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. agosto, 23, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=9AD9B415CE784026C61F7339C040339F?sequence=1
- ^{xiv} CE Medina-Solis, G Maupomé, L Avila-Burgos, R Pérez-Núñez, B Pelcastre-Villafuerte, y col. (2006). *Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción*. *Rev Biomed*, 17(4), 269-286.
- ^{xv} Programa de Acción Específico Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018. 27-ene-2019, de Secretaría de Salud Sitio web: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf
- ^{xvi} Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts, N. B. (2007). *Dental caries*. *The Lancet*, 369(9555), 51-59
- ^{xvii} Shah, N. (2005). *Oral and dental diseases: Causes, prevention and treatment strategies*. NCMH Background Papers-Burden of Disease in India, 275-277
- ^{xviii} Soc. Española de Periodoncia y Osteointegración. (2006). *Gingivitis*. En Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de implantes: fundamentos y guía práctica (23-39). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- ^{xix} Trombelli et al. (2018). *Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic*. *J Periodontol.*, 89, 46-73.

-
- xx Tur Feijón EM. (2011). *Gingivitis. Características y prevención*. Enfermería dermatológica, 12, 13-17.
- xxi Escudero N., Perea MA, & Bascones A. (2008). *Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica*. Av Periodon Implantol, 20(1), 27-37.
- xxii Petersen P., & Ogawa H. (2005). *Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: The WHO Approach*. J Periodontol, 76, 2187-2193.
- xxiii Chapple, I. L. C., Van der Weijden, F., Doerfer, C., Herrera, D., Shapira, L., Polak, D., Graziani, F., (2015). *Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis*. J Clin Periodontol, 42, 71-76.
- xxiv Núñez-Aguilar J, Oliveros-López LG, Fernández-Olavarría A, Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Gutiérrez-Corrales A, Gutiérrez-Pérez JL. (2018). *Influence of dental treatment in place on quality of life in oral cancer patients undergoing chemoradiotherapy*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 23, e498-505.
- xxv Barrios R, Gil-Montoya JA, Montero J, Rosel EM, Bravo M. (2019). *Associated factors with health-compromising behaviors among patients treated for oral cancer*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 24, e20-25.
- xxvi Mallqui-Herrada LL., Hernández-Añaños JF. (2012). *Traumatismos dentales en dentición permanente*. Rev Estomatol Herediana, 4(1), 42-49
- xxvii Quaresma SM et al. (2006). *Traumatismos dentales en odontopediatría*. Odontol Pediatr, 14(2), 43-51.
- xxviii Cardentey, J., Carmona, JA.,González, X.,González, R & Labrador, D. (2014). *Atrición dentaria en la oclusión permanente*. Rev. Ciencias Médicas, 18(4), 566-573.
- xxix Imfeld, T. (1996). Dental erosion. Definition, classification and links. European Journal of Oral Sciences, 104(2), 151–155.
- xxx Hanif A, Rashid H, Nasim M. (2015). *Tooth surface loss revisited: Classification, etiology, and management*. J Res Dent, 3, 37-43.
- xxxi Larrondo, R.J., González, AR, & Hernández, LM. (2001). *Micosis superficiales: Candidiasis y pitiriasis versicolor*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(6), 565-571
- xxxii Otero Rey E, Peñamaría Mallón M, Rodríguez Piñón M, Martín Biedma B, Blanco Carrión A. (2015). *Candidiasis oral en el paciente mayor*. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA, 31(3), 135-148.
- xxxiii Pérez Caffarena, M.; Cosetti Olivera, L.; Crestanello Nese, J. P. (2004). *Candidiasis bucal*. Actas Odontológicas, 1, 53-62.
- xxxix Norma Oficial Mexicana NOM013SSA22015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Secretaría de Salud. México
- xl Real Academia Española. (2018). *Conocimiento*. agosto 23, 2018, de RAE Sitio web: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
- xli Maroto O.. (2011). *Docencia de clínicas de Odontología: un acercamiento hacia el perfil de sus docentes*. Odovtos - International Journal of Dental Sciences, 13, 52-60.
- xlii Sánchez Díaz M. *Breve inventario de los modelos para la gestión del conocimiento en las organizaciones*. Acimed 2005; 13(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci06605.htm
- xliii Marín, F., Lovera, MI., Mújica, M. & Smith, H. (2008). *Generación de conocimiento científico como fundamento para la enseñanza de las ciencias básicas: un enfoque integracionista*. Multiciencias, 8 , 157-164.
- xliv León, M., Castañeda, D., & Sánchez I. *La gestión del conocimiento en las organizaciones de información: procesos y métodos para medir*. Acimed 2007; 15(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15_3_07/aci02307.htm [Consultado: 27/08/2018].

-
- ^{xlv} Vargas, M.(1994). *Sobre el concepto de percepción*. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- ^{xlvi} Ahmad M. Hamdan et al. (2012). *Preventing and treating white-spot lesions associated with orthodontic treatment A survey of general dentists and orthodontists*. *JADA*, 143(7), 777-783.
- ^{xlvii} Ghasemi, H. et al. (2007). *Knowledge of and Attitudes towards Preventive Dental Care among Iranian Dentists*. *Eur J Dent* , 1, 222-229
- ^{xlviii} Tzu-Hsien Lin et al. (2010). *Knowledge and practices of caries prevention among Taiwanese dentists attending a national conference*. *Journal of Dental Sciences*, 5, 229-236.
- ^{xlix} Ekici, O. et al. (2017). *Evaluating the current situation of oral and dental healthcare services in Turkey and recommending solutions*. *Health Policy and Technology*, 6, 368-378
- ^l Tellez, M et al. (2011). *Sealants and dental caries Dentists' perspectives on evidence-based recommendations*. *JADA*, 142(9), 1033-1040.
- ^{li} Yoder, K. M., Maupome, G., Ofner, S., & Swigonski, N. L. (2007). *Knowledge and Use of Fluoride among Indiana Dental Professionals*. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(3), 140–147.
- ^{lii} Pakdaman et al. (2015). *Self-Reported Knowledge and Attitude of Dentists towards Prescription of Fluoride*. *Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences*, 12(8), 550-556.
- ^{liii} Riley, JL et al. (2011). *Differences in male and female dentists' practice patterns regarding diagnosis and treatment of dental caries*. *JADA*, 142(4), 429-440.
- ^{liv} Pérez Bejarano et al. (2013). *Conocimiento, actitud y práctica sobre medidas de odontología preventiva en odontólogos: vi Congreso Paraguayo de Endodoncia, 2011*. *Rev. Salud Pública Parag*, 4(1), 27-34.
- ^{lv} REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1-19 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- ^{lvi} Rivas GJ y col. (2005). *Fluorosis dental: Metabolismo, distribución y absorción del fluoruro*. *Rev ADM*, 62(6), 225-229
- ^{lvii} Cueto, V. (2009). *Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales*. *Odontoestomatol*, 11(13), 4-15.
- ^{lviii} McComb, D. & Tam LE. (2001). *Diagnosis of Occlusal Caries: Part I. Conventional Methods*. *J Can Dent Assoc*, 67(8), 454-457.
- ^{lix} Barbería E, Cárdenas D, Suárez M, Maroto M. (2005). *Fluoruros tópicos: Revisión sobre su toxicidad*. *Rev Estomatol Herediana*, 15(1), 86-92.
- ^{lx} BASCD. (2017). *Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention*. *Public Health England*, 3, 19-26.
- ^{lxi} John J, Thomas D and Richards D (2003). *Smoking cessation interventions in the Oxford region: changes in dentists' attitudes and reported practices 1996-2001*. *British Dental Journal*, 195, 270-275
- ^{lxii} Varela Centelles PI, Romero Méndez A, Varela Centelles A, Rodríguez González V. (2007). *Riesgo de cáncer oral atribuible al consumo de alcohol y tabaco en la Zona de Salud de Burela (Lugo)*. *RCOE*, 12(3), 177-181.
- ^{lxiii} Comité de Lactancia Materna. (2015). *Lactancia Materna y Caries*. *Asociación Española de Pediatría*, 1, 1-7
- ^{lxiv} Norma Oficial Mexicana, NOM -013-SSA2-2015. *Para la prevención y control de enfermedades bucales*. Secretaría de Salud. México.

^{lxv} A. Contreras Rengifo. (2016). *La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta*. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral, 9(2), 193-202.

FOLIO: _____

CUESTIONARIO CAP EN ODONTÓLOGOS

Las siguientes preguntas forman parte de un proyecto que tiene como objetivo identificar los conocimientos, prácticas y percepciones relacionadas a la prevención en odontólogos. Si usted está de acuerdo en participar le solicitamos contestar el siguiente cuestionario que es anónimo y sencillo de llenar. Le pedimos leer atentamente y marcar la opción de respuesta que le corresponde a cada pregunta. Agradecemos su absoluta honestidad

DATOS GENERALES

1. Estado y Municipio: _____
2. Sexo
a) Femenino b) Masculino
3. Edad _____ años
4. Tipo de escuela en la que realizó sus estudios
a) Pública b) Privada
5. Área de práctica clínica
a) Pública b) Privada c) Ambas
6. Especialidad _____
7. Años de práctica clínica: _____
8. ¿Es usted profesor, académico o investigador en áreas afines a la odontología?
a) Sí b) No
9. ¿Asiste por lo menos una vez al año a congresos, cursos o diplomados de actualización?
a) Sí b) No

PREGUNTAS GLOBALES

10. Considere usted que los esfuerzos en la odontología deben mayormente ir dirigidos a:
a) Tratar la enfermedad b) Prevenir la enfermedad
11. En general, ¿cómo calificaría sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales?
a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Nulos
12. En general, ¿Con qué frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?
a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Pocas veces e) Nunca

13. ¿Cuáles enfermedades bucales pueden ser prevenidas? Mencione tantas como pueda

Por favor lee las siguientes preguntas y marque la respuesta que más se acerque a su caso

¿Qué tan frecuentemente usted ...	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Pocas veces	Nunca
Recomienda asistir periódicamente para revisiones de control					
Evalúa los hábitos dietéticos que tiene su paciente					
Dedica por lo menos una consulta (30-60 min) para dar instrucciones personalizadas sobre las técnicas para una buena higiene bucal					
Recomienda el uso de aditamentos de higiene (además del cepillo dental)					
Da recomendaciones sobre la cantidad de pasta dental a utilizar					
Evalúa los hábitos de tabaquismo de sus pacientes					
Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el hábito de tabaquismo					
Propone a sus pacientes el uso de selladores de fosetas y fisuras en la dentición temporal y a la aparición en boca de la dentición permanente					
Coloca a sus pacientes fluoruro tópico					
Evalúa la cantidad y calidad de saliva (ej. pH, consistencia, etc)					
Promueve y enseña cómo usar las tabletas o soluciones reveladoras de placa bacteriana					
Empieza el explorador para detectar la presencia de caries					
Durante el diagnóstico inicial realiza sondaje para detectar pérdida de inserción periodontal					
Fomenta la autoexploración en sus pacientes para la detección de lesiones malignas o premalignas					

	SI	No SI	NO
Conforme su conocimiento proporcione la respuesta que considere adecuada			
El consumo de agua simple potable, el control de la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono y ricos en fibra tiene beneficios en la salud bucal			
Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries			
Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis dental			
El consumo de refrescos favorece la presencia de caries			
El consumo de refrescos favorece la presencia de erosión dental			
Trastornos de la alimentación, como bulimia, están relacionados con la erosión dental			
Una adecuada higiene bucal disminuye el riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, cáncer bucal			
Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedad periodontal			
Fumar aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal			
El control personal de placa dentobacteriana juega un papel más relevante en la prevención de enfermedades periodontales que la eliminación de cálculo por parte de un especialista			
El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal			
El sellador de fosetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados.			
Está contraindicado colocar selladores de fosetas y fisuras cuando ya existen lesiones cariosas no cavitadas en esmalte			
La aplicación periódica de fluoruro tópico solo se recomienda en niños			
En la formación de caries la frecuencia del consumo de azúcar tiene un papel más importante que la cantidad total de azúcar consumida.			
La cantidad y calidad de la saliva influyen poco o nada en el estado de salud bucal general			
Examinar un diente, recién erupcionado o con caries incipiente, con un explorador afilado daña las barras de esmalte y predispone al diente a la caries.			
La recomendación actual es enjuagarse abundantemente después del cepillado para retirar el exceso de pasta dental			
Los niños menores de 6 años deben utilizar pastas con alta concentración de fluoruro (1500ppm o más)			

	SI	No SI	NO
Identifica las instituciones a las cuales puede remitir a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito del tabaquismo			
El uso de pasta dental debe iniciarse a partir de la erupción del primer diente en boca			
La gente debe usar la cantidad de pasta dental que desee			
La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal			
El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo			
El odontólogo debería promover la lactancia materna			
Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad			
Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos			
Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)			
Las bases de la prevención son mayoritariamente empíricas			
Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología			
Considera que de la baja prevención en odontología se debe a...			
Falta de conocimientos del odontólogo			
Falta de motivación del odontólogo			
Falta de compromiso del paciente			
Falta de entrenamiento del odontólogo			
Falta de remuneración para el odontólogo			
Falta de tiempo del odontólogo			

GRACIAS