



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE FRENTE A LA
IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS COVID-19 PARA LA
ATENCIÓN DENTAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DAVID RUBIO SÁNCHEZ

TUTOR: Dr. LUIS PABLO CRUZ HERVERT

ASESORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

A mi mamá y a mi hermano, muchas gracias por todo el apoyo que me dieron durante toda mi formación, por motivarme a seguir estudiando y por sacarme adelante, sé lo mucho que les ha costado y me siento muy contento de poder compartir este logro con ustedes.

A mi tutor, el Dr. Luis Pablo y a la Dra. Valentina, agradezco muchísimo toda la orientación que me dieron, la comprensión y sobre todo la paciencia que tuvieron conmigo.

A mi asesora, la Mtra. Miriam, gracias por el apoyo y el tiempo que dedico dedicó a orientarme.

A Lessly, por los regañones, desvelos, consejos y todo el apoyo que me diste durante estos días.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser parte de mi formación académica desde el bachillerato, por todos los momentos vividos y por todas las amistades que hice.

A la Facultad de odontología por ser mi hogar todos estos años y por toda mi educación universitaria.



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1 Salud	9
3.2 Calidad de Vida	10
3.3 Autopercepción.....	13
3.3.1 Medición de la autopercepción	16
3.3.2 Escala Likert	17
3.3.3 Elaboración de la escala de Likert.....	19
3.3.4 Confiabilidad y Validez	20
3.4 Pandemia de COVID-19.....	20
3.4.1 América latina y COVID-19.....	21
3.5 Epidemiología del COVID-19.....	23
3.5.1 Manifestaciones clínicas.....	23
3.5.2 Diagnóstico.....	24
3.5.3 Tratamiento	25
3.5.4 Prevención y control en la consulta odontológica.....	26
3.5.5 Medidas recomendadas para la atención odontológica.....	27
3.6 Manual de Procedimientos de Bioseguridad para la actividad académica de la facultad de odontología, UNAM, post-pandemia COVID-19.....	29
3.6.1 Aplicación y alcance	30
3.6.2 Objetivo general.....	30
3.6.3 Área Clínica	30



3.6.4 Tamizaje	31
3.6.5 Procedimientos para la atención dental.....	32
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
5. JUSTIFICACIÓN.....	36
6. OBJETIVOS	37
6.1 Objetivo general.....	37
6.2 Objetivos específicos	37
7. METODOLOGÍA.....	38
7.1 Materiales y método	38
7.2 Diseño de estudio	39
7.3 Población de estudio	39
7.4 Muestra.....	39
7.5 Criterios de inclusión	39
7.6 Criterios de exclusión	39
7.7 Variables de estudio	40
7.8 Análisis de la información	40
7.9 Recursos	40
7.9.1 Recursos Humanos	40
7.9.2 Recursos Materiales	40
7.9.3 Recursos Financieros	40
8. RESULTADOS	41
9. DISCUSIÓN.....	68
10. CONCLUSIONES	69



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
12. ANEXOS.....	77



1. RESUMEN

Hasta el día hoy no hay estudios previos a este trabajo que aborden la percepción referida por los pacientes ante la implementación de medidas de bioseguridad aplicadas en los protocolos de atención dental durante la pandemia de COVID-19.

Tomando en cuenta que generalmente la consulta dental produce estrés y ansiedad en muchas personas aunado al riesgo existente de contagio por COVID 19 resulta de interés conocer la opinión de las personas que acuden a consulta dental en busca de atención con respecto a si se encuentran de acuerdo o no con cada una de las acciones realizadas para mitigar el contagio.

El valor educativo que puede generar este trabajo radica en que el personal de salud empatices con las inseguridades de los pacientes odontológicos al momento de brindarles atención, así como también que público en general entienda el contexto y el motivo por el cual la atención odontológica debe actualizarse acorde a la situación actual.

Palabras clave: Autopercepción; COVID-19; Atención dental



2. INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019 la Comisión Nacional de Salud de Wuhan, China, reportó un nuevo brote de neumonía que en ese momento había afectado a 27 personas en estado grave de salud. Debido a que no hubo un control efectivo de la enfermedad esta se diseminó rápidamente a otras ciudades cercanas, después a otros países y posteriormente al mundo entero. Por tal motivo el 30 de enero del 2020 la OMS declaró el caso como una urgencia de salud pública y posteriormente el 11 de marzo fue catalogada como pandemia.

El SARS-Cov2 o COVID-19 es un β -coronavirus perteneciente a la familia de los coronavirus, los cuales en su mayoría producen enfermedades respiratorias en humanos a diferencia de los β -coronavirus los cuales pueden ser mortales. Se transmite principalmente de una persona a otra por medio de gotas de saliva de una persona portadora, las cuales, al momento de entrar en contacto con mucosas (oral, nasal, ocular) de otro individuo producen la infección.

Los síntomas más comunes son fiebre, tos, mialgia, cefalea y fatiga. También se han reportado síntomas menos frecuentes como diarrea, dolor torácico, anosmia y disgeusia. Aunque la infección puede resolverse por sí misma con ayuda de medicamentos para tratar la sintomatología en algunos casos puede complicarse llevando a la muerte. Factores como la edad o enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes u obesidad) suelen ser asociados con una mayor mortalidad.

La pandemia por coronavirus representa un reto a nivel mundial para el sector salud, en especial para el gremio odontológico debido a la generación de aerosoles generados por durante los tratamientos



dentales, así como también a la mínima distancia de trabajo que tienen con la cavidad oral. Según estudios realizados el principal receptor del virus, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) se encuentra en un 95.86% en lengua y en un 93.38% de las células epiteliales de la boca lo que indica que la cavidad oral puede ser una ruta de alto riesgo para infección.

Por este motivo diversos investigadores e instituciones gremiales han implementado diversos protocolos con el objetivo de controlar el contagio de COVID-19 lo que ha obligado a que el odontólogo deba actualizarse acorde a la situación actual y cambiar la manera en la que ofrecen atención dental.

Tomando en cuenta que la consulta dental representa un miedo enorme en muchas personas aunado al riesgo de contagio por COVID-19 que existe actualmente, el presente trabajo pretende medir a la opinión de las personas que acuden a consulta dental frente a estas nuevas medidas de bioseguridad implementadas, esto con el fin de obtener información que contribuya a mejorar los protocolos de atención actuales tomando como referencia la percepción del paciente.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 Salud

El concepto de salud ha tenido múltiples definiciones a lo largo de la historia y se ha ido modificando acorde al contexto histórico, cultural y social de cada época.

En la antigüedad, Hipócrates 460 aC., considerado el fundador de la medicina, planteaba que la salud estaba constituida por un equilibrio entre 4 elementos constitutivos de la naturaleza (billis amarilla, billis negra, sangre y flema). Posteriormente Galeno retomando la teoría de los humores de Hipócrates argumentó que la pérdida de equilibrio entre alguno de los 4 humores se traduciría en enfermedad. ¹

La Real Academia Española define a la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” y a su vez también como “el conjunto de condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”. ²

En contraste con esta definición la OMS en 1948 determinó que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ³. A pesar de las críticas que esta definición ha tenido por diversos autores, para Alcántara⁴ esta definición hecha por la OMS es la más importante e influyente en la actualidad debido a que está emitida por el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud el cual sirve de punto de partida para la creación de múltiples programas y políticas de salud a nivel mundial.



Alessandro Seppilli en 1971 definió a la salud como una “condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”.⁵

Diez años después de Seppilli, Hernán San Martín⁵ en 1981 definió a la salud como “un estado variable fisiológico – ecológico de equilibrio y de adaptación de todas las potencialidades humanas (biológicas, psicológicas y sociales) frente a su ambiente”

Tomando como base todas esas definiciones podría considerarse que la salud abarca aspectos subjetivos (bienestar físico y mental), objetivos (capacidad de funcionamiento) y sociales (adaptación y productividad en conjunto con otros). “Un concepto que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas”.⁶

La manera en la que viven los individuos en sociedad, sus hábitos y costumbres juegan un papel importante y son factores determinantes para una buena o mala salud y calidad de vida.

3.2 Calidad de Vida

Al igual que con el concepto de salud, no existe una definición universal para la calidad de vida. El término surgió por primera vez después de la segunda guerra mundial y desde ahí surgieron numerosos autores e instituciones que abordan el tema de manera objetiva y subjetiva.

En 1964, el presidente Lyndon Jonson fue la primera persona en abordar el tema calidad de vida al momento de hacer declaraciones sobre planes de Salud. Posteriormente tuvo un gran interés por parte



de economistas al momento de realizar estudios de opinión pública referentes a la crisis económica generada por la Segunda Guerra Mundial y en los años 80's se popularizó entre investigadores del área de la salud. ^{7,8}

Alfonso Urzúa ⁷ menciona que debido a que en sus inicios el concepto estaba vinculado a múltiples disciplinas que involucran en sí mismas el concepto de “bienestar” eso haya promovido que aún hoy en día no se tenga una clara idea respecto a lo que es la CV y que incluso se use el término de manera indistinta con otros términos como bienestar subjetivo, auto reporte de salud, estado de salud, satisfacción con la vida.

En su trabajo también menciona que el concepto de CV es estudiado por 3 ramas de la ciencia: economía, medicina y ciencias sociales y que en cada una de ellas ha promovido un punto de vista distinto a lo que cada una considera debería ser conceptualizado la CV y elaboró una tabla de cómo diversos autores la han ido definiendo a través del tiempo (Ilustración 1). ⁷

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Ilustración 1 Definiciones de CV de diversos autores⁷



Como tal no existe una definición única de CV pero con fines didácticos pueden ser agrupadas en distintas categorías como las propuestas por Felce y Perry ⁹ en 1995 quienes las agruparon de la siguiente manera:

- Calidad de las condiciones de vida de una persona:

Permite comparar a un sujeto con otro evaluando objetivamente condiciones de vida medibles en una persona, tales como la salud física, relaciones sociales u ocupación.

- Satisfacción con la vida

Se considera una evaluación subjetiva y se entiende como un sinónimo de satisfacción personal de acuerdo con los estándares internos de cada persona en los diversos dominios de la vida.

- Condiciones de vida + satisfacción con la vida

Considera a la CV como un bienestar general que involucra factores objetivos (biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos) y subjetivos (evaluación personal de los valores objetivos que posee un individuo.)

- (Condiciones de vida + satisfacción con la vida) * Valores

Considera a la CV como un bienestar general que comprende factores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional que se ven influenciados por los



valores propios del individuo al grado de que cambios en los valores producen cambios en los otros factores de manera dinámica.

De acuerdo con Urzúa ⁷ en esta última categoría podría incluirse a la definición de la OMS hecha en 1995 en la cual define a la CV como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”.¹⁰

La CV puede variar en el transcurso de la vida, y también en determinadas situaciones. Aparicio-Baquen ¹¹ en el año 2020 realizó un estudio a una muestra constituida por niños, adolescentes y jóvenes colombianos durante el confinamiento por COVID-19 en el cual obtuvo como resultado que la CV en los niños durante la pandemia se representa de forma positiva en contraste con la de adolescentes y jóvenes, la cual se presenta de manera menos favorable debido al agotamiento, tristeza, aburrimiento y nivel de integración familiar durante el confinamiento obligado en pandemia.

Tomando en cuenta las múltiples definiciones hechas en los últimos años sobre la CV se puede interpretar como un concepto bastante complejo que abarca aspectos objetivos y subjetivos.

3.3 Autopercepción

La manera en la que un individuo es consciente de sí mismo de manera física, psicológica y social da como resultado una actitud ante determinadas situaciones a las que se enfrenta día a día. Esto genera



un impacto positivo o negativo en su CV. De ahí surge la necesidad de medir la autopercepción de la salud y los efectos generados en la salud de las personas.

Existen múltiples maneras en las que se puede medir el estado de salud individual entre las cuales se puede mencionar ¹²:

- Salud probada (estudios de laboratorio y pruebas diagnósticas funcionales)
- Salud observada (examen clínico realizado por personal de salud)
- Autopercepción de la salud (realizada por un individuo en base a conocimientos, creencias y expectativas propias).

Rodríguez et al¹³ define la autopercepción de la salud (AS) como “la apreciación de sí mismo como sujeto físicamente existente, además del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona”.

La autopercepción de la salud o también llamada autopercepción de la calidad de vida (ACV) expresa una sensación de bienestar individual, es considerada una forma de medir el nivel de CV en una población que está influenciada por el ambiente, la organización social y las propias acciones de los individuos. ¹⁴

Según López de Tkachenko citado en Ayala pp85 ¹⁵ “la ACV es un concepto complejo que se ha abordado desde los distintos campos del saber, por esta causa se han desarrollado diversas interpretaciones y significados de esta. Se han creado sinónimos como: conciencia de sí



mismo, autoimagen, representación de sí mismo, autoconcepto, autoestima o el Yo”.

Para Ayala¹⁵ la autopercepción “implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (socioculturales y de personalidad) así como factores externos -entre los que se encuentran- las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren”.

Múltiples autores ^{12,13,16-18} coinciden que la autopercepción de la salud se asocia como un factor predictivo de morbilidad y mortalidad, a su vez se ha vuelto un indicador confiable muy utilizado en encuestas de salud para determinar el estado de salud global de una persona, predecir sus necesidades, organizar programas de prevención y para el tratamiento de padecimientos.^{19,20}

Una autopercepción de la salud buena o excelente se relaciona con una mayor sobrevivencia en contraste con una APES negativa vinculada a con un mayor riesgo de mortalidad. De acuerdo con Vladislavovna¹⁸, el principal factor asociado con una mala APES son las enfermedades crónicas; mala alimentación^{17,19}, dolor²¹, depresión²², sobrepeso²³, hábitos nocivos como el consumo de tabaco, alcohol¹⁶ o incluso la edad y el lugar de residencia también son factores que pueden generar una mala APES.



3.3.1 Medición de la autopercepción

Ya que la autopercepción es una evaluación realizada por un individuo sobre sí mismo de manera subjetiva y esta no puede observarse de manera directa se requiere de herramientas que permitan asignarle un valor a la concepción que un sujeto tiene sobre sí mismo y de esta manera poder cuantificarlo. El uso de cuestionarios en los cuales se le puede asignar a cada pregunta un valor específico para generar una calificación global resulta muy útil para este fin.

Los cuestionarios empleados pueden dividirse en dos grupos: genéricos y específicos. Los genéricos sirven para comparar los diferentes tipos de poblaciones y sus padecimientos, pero pueden ser susceptibles a alteraciones debido a cambios clínicos, motivo por el cual solo aportan una visión de manera descriptiva. Los específicos se basan en características específicas de un determinado padecimiento y son utilizados para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo.²⁴

Este tipo de instrumentos para medir la autopercepción son confiables pero se debe tener en cuenta que no existe un valor estándar contra el cual se pueden comparar por lo que se debe tener precaución al utilizarlos y verificar que realmente midan lo que deben medir y si la medición obtenida es consistente y reproducible por el mismo evaluador u otros (Ilustración 2).²⁴



Ilustración 2 Traducción y adaptación cultural de una escala de medición²⁴

Cuestionarios utilizados para medir la autopercepción como la Escala de Satisfacción con la Vida²⁵, el EuroQol 5D¹⁷ o la escala de autopercepción de la aptitud física(EAPAF)²⁶ son ejemplos de cuestionarios específicos por citar solo algunos.

Diversos estudios encargados de medir la autopercepción de determinada población tienen una gran similitud al emplear la escala de Likert para la elaboración de sus cuestionarios o para usar alguno ya establecido anteriormente.^{12,13,16-19,26-28}

3.3.2 Escala Likert

La escala de Likert fue creada en 1932 por Rensis Likert, destacado psicólogo organizacional, tiene como finalidad conocer las actitudes de los encuestados valorándolas como positivas, negativas o neutras, así como también el grado de acuerdo o desacuerdo ante determinadas circunstancias (Ilustración 3).²⁹



Ilustración 3 Ejemplo de escala de Likert ²⁹

Pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal debido a que permite clasificar a los encuestados con base al grado de aceptación de una determinada situación y por tal motivo es una de las más utilizadas en la medición de actitudes.³⁰

Está basada en la utilización de enunciados o afirmaciones denominados ítems sobre los cuales la persona emite cómo se siente ante determinada situación mediante la selección de una amplia posibilidad de respuestas a las cuales se les asigna un valor específico. Cada ítem de la escala proporciona información sobre la actitud del individuo y la síntesis de las respuestas obtenidas nos permite obtener una idea en general del objeto de estudio.³⁰

3.3.3 Elaboración de la escala de Likert

Para la elaboración de una escala de Likert primero se debe delimitar el objeto de estudio, posteriormente se debe recabar información para la elaboración de los ítems, es importante que cada uno cumpla con ciertas características como son:

- Todos deben tener relación con el objeto de estudio
- Toda afirmación debe expresar una sola idea
- Evitar enunciados restringidos a un solo grupo de persona
- Deben ser fáciles de entender y no generar confusión
- Debe tener un lenguaje adecuado y evitar uso de modismos a menos que sean necesarios

Posteriormente se debe determinar la categoría de los ítems y asignarle un valor específico a cada una y por último administrar la escala a una muestra que sirva para determinar si la escala está lista para su aplicación (Ilustración 4).²⁹



Ilustración 4 Elaboración de escalas Likert²⁹



3.3.4 Confiabilidad y Validez

La confiabilidad de la escala va a depender de la calidad y cantidad de los ítems, a mayor número de ítems diseñado de manera adecuada con base en las recomendaciones antes mencionadas mayor será su confiabilidad.²⁹

La validez se refiere al grado en el cual la escala cumple con el objetivo de medir realmente lo que se propone, para asegurar esto se recomienda.²⁹

- Listar las variables a medir
- Jerarquizarlas por orden de importancia
- Determinar la forma en la que se medirán

3.4 Pandemia de COVID-19

El 12 de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, China, se registró un nuevo brote de neumonía de origen desconocido que afectaba a 27 pacientes en condiciones críticas relacionando al mercado mayorista de mariscos de Huanan como foco de infección.^{31,32}

Esta situación fue notificada por la Comisión Municipal de Salud de Wuhan la cual solicitó asesoría por parte de la OMS para poder controlar la situación. Desafortunadamente debido a la facilidad de contagio, así como también al flujo de viajes desde Wuhan a otras ciudades de china, posteriormente Asia y otras partes del mundo fue imposible contener el virus dando como resultado que el 30 de enero la OMS declarara el caso como una urgencia de salud pública



de importancia global y el 11 de marzo fuera catalogada como pandemia.³³

Al 19 de abril del año 2021, según datos de la OMS, el número total de casos en el mundo es de 141,057,106 (ilustración 5) siendo Estados Unidos (22.1%) el país con mayor número de casos confirmados seguido por la India (10.6%) y Brasil (9.8%). El número de defunciones es de 3,015,043 a nivel mundial siendo Estados Unidos (18.6%) el país con mayor número de muertes seguido por Brasil (12.3%) y México (7%).³⁴

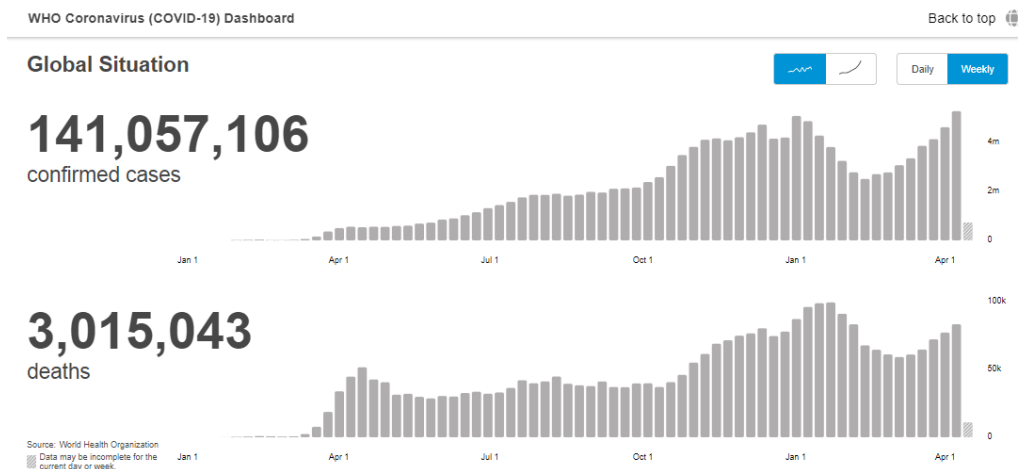


Ilustración 5 Número de casos confirmados y muertes por COVID 19 a nivel mundial según datos de la OMS³⁴

3.4.1 América latina y COVID-19.

El primer caso registrado en América latina se dio el 25 de febrero del 2020 y fue reportado por el ministro de salud de Brasil³³, desde entonces el virus se ha propagado a una velocidad acelerada en la región dando como resultado al 19 de abril del 2019 un total de



59,757,984 casos confirmados y 1,450,197 muertes en todo el continente.³⁴

El primer caso de coronavirus registrado en México se detectó el 28 de febrero, se trató de un hombre de 35 años que provenía de Italia, el segundo país con más casos después de China en ese momento.³¹

Hasta el momento, según datos del CONACYT México registra 2,305,602 casos estimados de los cuales el 50.6% corresponde a hombres y el 49.94% a mujeres, con un total de 212,339 defunciones. Las comorbilidades principales corresponden a Hipertensión (17.23%), Obesidad (14.28%), diabetes (13.27%) y tabaquismo (7.4%).³⁵

Estudios como el realizado por Parra³⁶ indican que hombres mayores de 41 años tienen un riesgo creciente de mortalidad por COVID-19 y enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes³⁷ o la obesidad³⁸ son las comorbilidades más frecuentes asociadas a un mayor riesgo de mortalidad en la población mexicana y, en contraste con datos de CONACYT, hábitos como el fumar no tienen relación con el riesgo de muerte por COVID.

En febrero del 2020 se logró aislar el virus y se nombró SARS-CoV-2 o COVID-19 debido a que presenta una similitud genética del 79.9% con el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). Está catalogado como un β -coronavirus perteneciente a la familia de los coronavirus. Generalmente los coronavirus causan enfermedades respiratorias leves en humanos, pero los β -coronavirus pueden ser fatales.³²



3.5 Epidemiología del COVID-19

Aunque aún no se ha identificado de manera exacta el origen del virus parece que comenzó como una transmisión de animal a humano mediante la ingesta de un murciélago chino (*Rhinolophus sinicus*) y posteriormente de humano a humano.³¹

Los medios de transmisión son variados pero el contagio generalmente se da cuando gotas de saliva de una persona infectada entran en contacto con la mucosa (oral, ocular o nasal) de algún sujeto aunque también se ha demostrado que se puede transmitir por medio de una madre a su recién nacido (transmisión vertical) o por contacto con heces fecales.³²

Los pacientes asintomáticos producen la mayor cantidad de contagios, aunque se ha comprobado que pacientes asintomáticos e incluso portadores del virus en periodo de incubación pueden contagiar a otros. El periodo de incubación en promedio es de 6 días, aunque hay evidencia de que algunos pacientes pueden tardar incluso hasta 14 días en presentar síntomas lo que representa una complicación para el control de la enfermedad por lo que se sugiere que ante cualquier sospecha de haber estado en contacto con alguna persona portadora de COVID-19 se debe realizar un aislamiento preventivo durante 2 semanas.³⁹

3.5.1 Manifestaciones clínicas

Los primeros síntomas en aparecer son fiebre, cefalea, tos seca, mialgia, y fatiga, a medida que se comprometen las vías respiratorias bajas se produce tos más intensa, disnea y dolor torácico en cambio cuando se comprometen las vías respiratorias altas se presenta rinorrea y odinofagia. En algunos casos se desarrollan trastornos

gastrointestinales como diarrea y dolor abdominal. Incluso se pueden presentar alteraciones neurológicas que producen manifestaciones como anosmia y disgeusia.^{40,41}

3.5.2 Diagnóstico

El diagnóstico clínico de acuerdo con los lineamientos para la atención de pacientes por COVID-19 de la secretaría de salud de México se muestra en la siguiente imagen (Ilustración 6).

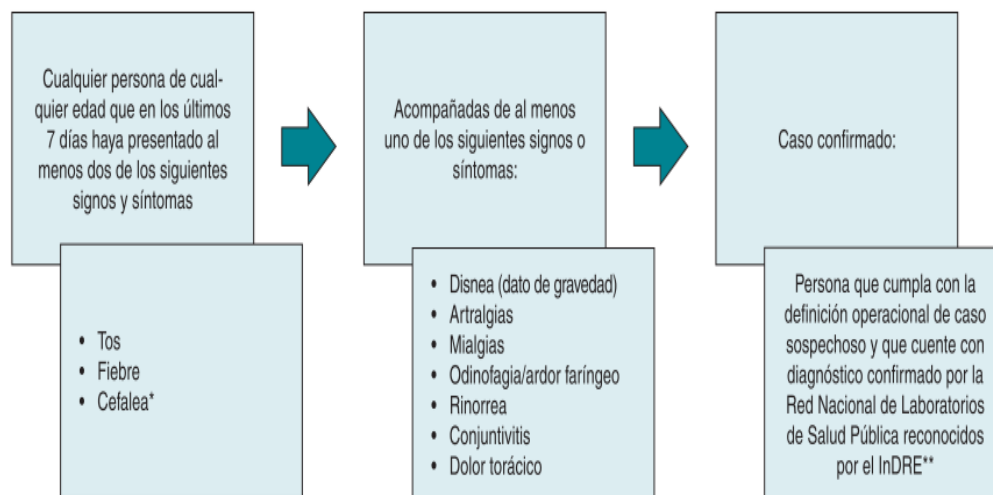


Ilustración 6 Criterio operacional para el diagnóstico clínico. * En niños la irritabilidad sustituye a la cefalea. **InDRE = Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica.³¹

Un diagnóstico microbiológico es esencial para afrontar la pandemia por COVID-19 y este siempre debe valorarse desde un punto de vista clínico y epidemiológico. Actualmente la prueba de PCR se considera el estándar de oro para la detección del virus pero debido a su alto costo es necesario establecer otras técnicas de alta sensibilidad y especificidad que puedan usarse a un menor costo y a gran escala (ilustración 7).⁴²

	PRUEBA MOLECULAR	PRUEBA DE ANTÍGENO	PRUEBA DE ANTICUERPOS
También conocida como...	Prueba de diagnóstico, prueba viral, prueba molecular, prueba de amplificación del ácido nucleico (NAAT), prueba de RT-PCR, prueba LAMP	Prueba de diagnóstico	Prueba serológica, serología, análisis de sangre, prueba de serología
Cómo se toma la muestra...	Hisopo nasofaríngeo (la parte de la garganta detrás de la nariz), nasal o de la garganta (la mayoría de las pruebas) Saliva (algunas pruebas)	Hisopo nasal o nasofaríngeo (la mayoría de las pruebas)	Punción en el dedo o extracción de sangre
Cuánto tiempo toma obtener los resultados...	El mismo día (en algunos lugares) o hasta una semana (más tiempo en algunos lugares con muchas pruebas)	Algunas pueden ser muy rápidas (15 a 30 minutos), dependiendo de la prueba.	El mismo día (en muchos lugares) o 1 a 3 días
¿Se necesita otra prueba...?	Esta prueba generalmente es muy precisa y a menudo no necesita repetirse.	Los resultados positivos suelen ser muy precisos, pero pueden ocurrir falsos positivos, especialmente en áreas donde muy pocas personas tienen el virus. Es posible que sea necesario confirmar los resultados negativos con una prueba molecular.	Algunas veces se necesita una segunda prueba de anticuerpos para obtener resultados precisos.
Lo que la prueba muestra...	Diagnostica una infección activa de coronavirus	Diagnostica una infección activa de coronavirus	Muestra si usted ha sido infectado por el coronavirus en el pasado
Lo que no puede la prueba hacer...	Mostrar si alguna vez tuvo el COVID-19 o si estuvo infectado con el virus que causa el COVID-19 en el pasado	Las pruebas de antígeno tienen más probabilidades de no detectar una infección activa por el COVID-19 en comparación con las pruebas moleculares. Su proveedor de atención médica puede ordenar una prueba molecular si su prueba de antígeno muestra un resultado negativo, pero tiene síntomas del COVID-19.	Diagnosticar el COVID-19 al momento de la prueba o mostrar que no tiene el COVID-19

Ilustración 7 Pruebas para diagnóstico de COVID-19⁴³

3.5.3 Tratamiento

El tratamiento para el manejo de la enfermedad de acuerdo con los lineamientos para la atención de pacientes por COVID-19 de la secretaria de Salud de México se muestra en la ilustración 8.³¹

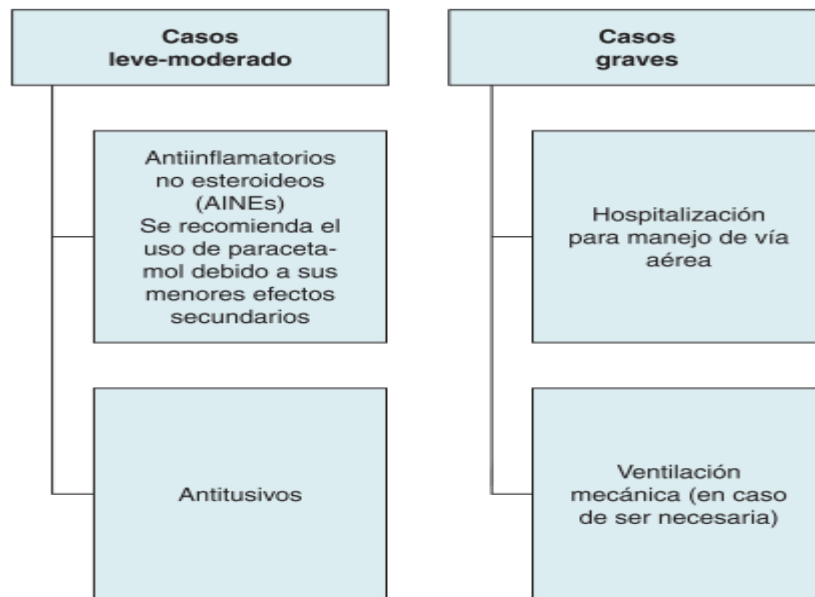


Ilustración 8 Tratamiento para la sintomatología del COVID-19³¹

3.5.4 Prevención y control en la consulta odontológica

Los trabajadores del área de la salud representan un sector con un riesgo de exposición a COVID-19 muy alto. Particularmente los odontólogos, debido a que los tratamientos que llevan a cabo se realizan a menos de un metro de distancia de la boca del paciente. Se ha estudiado que la enzima convertidora de angiotensina II (ACE2) es probablemente el receptor celular del SARS-Cov2 y esta enzima se encuentra muy presente en lengua (95.86%) y en células epiteliales de la cavidad oral (93.38%) lo que indica que la boca puede ser una ruta de alto riesgo para infección.^{41,44}



Aunado a esto, el uso de instrumentos como la pieza de mano de alta velocidad, equipos de ultrasonido y la jeringa triple requieren de aire y agua a presión generando aerosoles que al combinarse con fluidos como la saliva y sangre producen un alto riesgo de contagio.⁴⁵

De acuerdo con Mija⁴⁶ existen cuatro rutas principales de contagio durante la consulta odontológica:

1. Exposición directa con secreciones respiratorias del paciente
2. Contacto directo con superficies o instrumentos contaminados
3. Inhalación de suspensión de virus en el aire
4. Contacto de la mucosa (oral, nasal y ocular) con gotitas de aerosoles producidos al hablar, toser o durante el tratamiento dental.

Debido a los riesgos a los que están expuestos, la comunidad odontológica ha tenido que adaptarse a la pandemia implementando nuevas medidas para el control de la infección.

3.5.5 Medidas recomendadas para la atención odontológica.

Según diversos autores^{31,39,41,46} como medidas previas a la atención dental resulta de vital importancia la identificación de pacientes con sintomatología de COVID-19. La realización de un cuestionario referente a sintomatología, así como la toma de signos previo al ingreso del paciente ayuda a identificar posibles casos de infección. Si en alguna pregunta del cuestionario el paciente contesta de manera afirmativa o si al momento de la toma de signos se registra una temperatura mayor a 37. 5° se deberá posponer la atención y se recomendará aislamiento y una prueba de diagnóstico.



Martínez³⁹ categoriza al paciente que acude a la consulta dental en 4 tipos y a su vez sugiere que hacer con cada uno de ellos. (Tabla 1)

Tipo de paciente	Indicación
No sospechosos	<ul style="list-style-type: none">• Realizar tratamiento dental con cuidados necesarios• Se pueden realizar tratamientos que involucren la generación de aerosoles siempre y cuando sea en caso de urgencia
Sospechosos	<ul style="list-style-type: none">• Posponer tratamientos dentales si es posible• En caso de urgencia debe ser derivado a un lugar que cumpla con las condiciones necesarias para disminuir la transmisión
Confirmados	<ul style="list-style-type: none">• Posponer tratamiento.• En urgencias coordinar tratamiento con un médico y realizarlo en una sala de presión negativa
Recuperados	<ul style="list-style-type: none">• Posponer cita hasta después de 7 días de que deje de presentar sintomatología

Tabla 1 Categorización de pacientes e indicaciones³⁹

En cuanto al personal de salud se recomienda lavado de manos frecuente, considerar a todo paciente como potencialmente infeccioso, uso riguroso de medidas de protección (gorro, bata, guantes, cubrebocas y careta de protección), evitar procedimientos que impliquen la generación de aerosoles en la medida de lo posible, trabajar en un área ventilada y desinfectar superficies antes y después de cada paciente.^{39,44,46}



3.6 Manual de Procedimientos de Bioseguridad para la actividad académica de la facultad de odontología, UNAM, post-pandemia COVID-19

Debido a que a nivel nacional aún no se cuenta con protocolos específicos que aborden de manera clara los protocolos de bioseguridad y de control de infecciones durante la pandemia de COVID-19 en la atención odontológica la Facultad de Odontología de la UNAM desarrolló un manual aprobado por el Honorable Consejo Técnico el 1ro de Julio del año 2020 a partir de diferentes odontólogos y académicos de diferentes universidades y asociaciones gremiales.

Este manual tiene como propósito poner a disposición de toda la comunidad que conforma a Facultad de Odontología de la UNAM procedimientos basados en evidencias encaminados a disminuir el riesgo de contagio por SARS-Cov2.⁴⁷

A su vez clasifica a la facultad en 5 áreas diferentes y a su vez dicta indicaciones tanto generales como específicas para cada área de interés. Las áreas determinadas por el manual son:

1. Área clínica
2. Aulas, auditorios y espacios académicos no clínicos
3. Laboratorios de investigación
4. Áreas administrativas, incluyendo el área de admisión
5. Espacios comunes

Con base en el objetivo de este trabajo el área clínica será el principal objeto de interés.



3.6.1 Aplicación y alcance

El contenido del manual está enfocado a los procedimientos realizados en las clínicas de enseñanza odontológica de la Facultad de odontología de la UNAM.⁴⁷

3.6.2 Objetivo general

Tiene como objetivo fijar un estándar en cuanto a protocolos de bioseguridad en todas las áreas de la Facultad de Odontología de la UNAM para disminuir el riesgo de contagio por COVID-19 y otras enfermedades infecciosas.⁴⁷

3.6.3 Área Clínica

El área clínica representa el mayor foco de infección en toda la facultad de odontología debido al contacto que se tiene con el paciente y los diversos procedimientos realizados. El manual hace una serie de recomendaciones generales (tabla 2) y específicas para alumnos, docentes, pacientes, personal de enfermería, personal de intendencia y personal de mantenimiento.⁴⁷

Recomendaciones a toda la comunidad
<ul style="list-style-type: none">• Medirse la temperatura corporal y si esta excede 37.5°C, o presenta síntomas relacionados a COVID -19, informar inmediatamente al comité COVID-19 de la Facultad.• Lavado de manos y colocación de gel antiséptico antes y después de entrar a la clínica.• No usar accesorios: relojes, anillos, pulseras y aretes que sobresalgan del lóbulo de la oreja.

Tabla 2 Recomendaciones generales a la comunidad de la Facultad de Odontología⁴⁷



3.6.4 Tamizaje

Se realiza para identificar posibles casos de COVID-19 entre los pacientes que acuden a consulta. Se realiza de dos maneras:

- **No presencial:** A través de medios e instituciones que se determinen para generar una cita dental, en este momento se aplicará una encuesta (ilustración 9) sobre signos y síntomas relacionados con COVID-19. En caso de que el paciente responda afirmativamente a dos o más preguntas la cita deberá posponerse y se recomendará al paciente realizarse alguna prueba diagnóstica.

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE

Instrucciones: Antes de concertar una cita, realice las siguientes preguntas a sus pacientes

- 1.- Ha tenido fiebre mayor a 37.5°C en los últimos 4 días.
- 2.- Ha tenido dolor de garganta en los últimos 4 días.
- 3.- Ha tenido escurrimiento nasal en los últimos 4 días.
- 4.- Ha tenido pérdida del olfato o gusto en los últimos 4 días.
- 5.- Ha sentido cansancio extremo en los últimos 4 días.
- 6.- Ha tenido dificultad para respirar en los últimos 4 días.
- 7.- Ha estado en contacto con alguna persona con diagnóstico de COVID-19 o con sospecha de padecerlo.

Ilustración 9 Cuestionario de tamizaje propuesto por la Facultad de Odontología de la UNAM⁴⁷

- **Presencial:** Este será realizado por el alumno, consiste en toma de temperatura y aplicación del cuestionario que previamente se aplicó al momento de agendar cita. Todo esto se realizará únicamente en lugares designados para ello.

Después de determinar que el paciente no presenta signos y síntomas relacionados con COVID-19 se agendará para una cita y se le dan las indicaciones expuestas en la tabla 3.⁴⁷



Recomendaciones a pacientes

- En caso de padecer COVID-19 o tener alguna sintomatología asociada, reportarlo.
- Acudir solos a la consulta, excepto adultos mayores, niños y personas con discapacidad que podrán acudir con un solo acompañante.
- Llegar 15 minutos previo a la hora de su cita de atención para evitar aglomeraciones en la sala de espera.
- Asistir a las instalaciones de la entidad portando cubrebocas.
- Utilizar gel antiséptico antes y después de entrar a las instalaciones.
- Realizar las medidas sanitizantes al entrar y salir de la clínica.
- Seguir las recomendaciones de distanciamiento social generales.
- No deambular por la sala de espera de manera innecesaria.
- Retirarse inmediatamente después de haber terminado su cita.
- Atender estrictamente las normas de bioseguridad para la atención dental recomendadas por la institución.

Tabla 3 Recomendaciones a pacientes⁴⁷

3.6.5 Procedimientos para la atención dental.

Una vez realizadas las recomendaciones generales antes de ingresar a la clínica el personal de salud (docentes y alumnos) debe colocarse todas las barreras de protección necesarias, así como realizar la correcta desinfección de la unidad y área de trabajo (ilustración 10).



Previo a la atención dental	
Alumno y Profesor	Lavarse las manos y colocarse gel antiséptico antes de entrar a la clínica. Vestir el equipo de protección personal. Si el procedimiento implica la generación de aerosoles se deberá utilizar mascarilla N95, si no involucra la generación de aerosoles se puede utilizar mascarilla de tres capas.
Alumno	Realizar la desinfección de la unidad dental y colocar las barreras de protección como el plástico adherente.
Alumno	Medir la temperatura corporal del paciente.
Paciente	Colocarse gel antiséptico antes de entrar a la clínica
Paciente	Colocarse el cubre calzado
Paciente	En la sala de espera, permanecer sentado y con una distribución que garantice el distanciamiento social. No deambular en la sala de espera.

Ilustración 10 Maniobras previas a la atención dental⁴⁷

Al ingresar el paciente se le deben colocar lentes de protección y se le indica realizar un enjuague bucal con alguna solución antiséptica. El tratamiento debe realizarse a 4 manos y evitar que el paciente escupa mediante el uso de eyector o gasas. (ilustración 11)

Al iniciar la atención dental	
Alumno	Colocar al paciente los lentes de protección.
Paciente	Realizar enjuagues con yodopovidona al 8% en una relación de 1:3 en agua, por 30 segundos. Auxiliado por el alumno, aspirar con eyector para evitar escupir.
Alumno	Utilizar dique de hule en todos aquellos procedimientos que lo permitan.
Alumno	Utilizar succión de alto volumen.
Alumno	Secar con gasas (no utilizar la jeringa triple).

Ilustración 11 Maniobras durante la atención dental⁴⁷

Por último, al finalizar la consulta se supervisa que el paciente deseche el cubre calzado en el lugar indicado, posteriormente el alumno debe realizar el lavado de todo el instrumental utilizado, una



vez hecho esto se retira el equipo de protección personal, realiza lavado de manos y se retira de la clínica. (ilustración 12)

Al finalizar la atención dental	
Alumnos	Una vez terminado el procedimiento y antes de abandonar la clínica, pedir al paciente que deseche el cubre calzado, realice higiene de manos con gel antiséptico y se coloque cubrebocas.
Alumno	Sin quitarse el equipo de protección personal, deberá lavar el instrumental, utilizando guantes de hule grueso (nitrilo). Transportar el material en un contenedor cerrado.
Alumno	En caso de que en la clínica se cuente con una tina de ultrasonido, seguir el procedimiento convencional, lavando y secando el instrumental y colocándolo en el cassette correspondiente para posteriormente llevarlo a esterilización con calor húmedo.
Alumno	Realizar el lavado y esterilización de la pieza de mano.
Alumno y profesor	Retirar el equipo de protección personal
Alumno y profesor	Si se realizaron procedimientos en los que se tuvo contacto con saliva o sangre, desechar las barreras de protección en los contenedores para RPBI (botes rojos), en los que se coloca el material potencialmente infeccioso; de lo contrario desecharlo en el contenedor gris.
Alumno y profesor	Lavarse las manos y colocarse gel antiséptico antes de salir de la clínica y colocarse cubrebocas.
Trabajador	Lavarse las manos y colocarse gel antiséptico antes de entrar a la clínica.
	Vestir el equipo de protección personal.
	Realizar la limpieza y desinfección de áreas de trabajo de la clínica (pisos) y de grandes superficies.

Ilustración 12 Maniobras después de la atención dental^{A7}

Todas estas medidas son empleadas con el objetivo de reducir el número de contagios mientras se brinda atención requerida por pacientes y se reanudan actividades por parte de la comunidad de odontología. Este trabajo se enfoca en la percepción del paciente ante todas las medidas de bioseguridad aplicadas por parte de la Facultad de odontología de la UNAM.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia ocasionada por COVID-19 cambió completamente el estilo de vida de toda la población a nivel mundial, dado el mecanismo de transmisión del virus existe un alto riesgo de contagio y propagación entre cada individuo. Por este motivo es indispensable que cada persona sea consciente del riesgo que existe actualmente y adopte las medidas de bioseguridad recomendadas.

El sector salud, en especial el gremio odontológico se considera como uno de los grupos de mayor riesgo de contagio debido a salpicaduras y aerosoles generados durante los diversos tratamientos dentales, así como también por la distancia de trabajo que se tiene con el paciente. Debido a esto es de suma importancia para el odontólogo actualizarse sobre cómo el COVID-19 se relaciona con la profesión y así estar preparado y poder ser miembro activo en las nuevas medidas sanitarias implementadas para controlar la pandemia.

Por lo tanto, el presente estudio se sustenta sobre la pregunta ¿Qué percepción tienen los pacientes ante las nuevas medidas de bioseguridad adoptadas por la comunidad odontológica para brindar atención dental?



5. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge debido a que no se encontraron estudios previos enfocados al análisis de la autopercepción de pacientes frente a la implementación de medidas de bioseguridad para la atención dental durante la Pandemia de COVID-19.

Se pretende obtener un trabajo donde se exponga la valoración positiva, negativa o neutra de los pacientes que acuden a consulta dental con la finalidad de conocer el impacto generado por las nuevas medidas de bioseguridad sugeridas en el Manual de Procedimientos de Bioseguridad para la actividad académica de la Facultad de Odontología, UNAM post-pandemia COVID-19

Los resultados generados ayudarán a entender la aceptación de la población, así como la actitud ante los protocolos implementados durante todo el proceso de atención dental.



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Evaluar la autopercepción del paciente que acude a consulta dental frente a los protocolos de bioseguridad utilizados en el consultorio durante la pandemia de COVID-19 a partir de un cuestionario elaborado para tal fin.

6.2 Objetivos específicos

- Determinar la autopercepción de salud de la población de estudio según sexo, edad, IMC, escolaridad y lugar de residencia.



7. METODOLOGÍA

7.1 Materiales y método

El estudio se llevó a cabo por medio de redes sociales (Facebook y WhatsApp) en el mes de abril del año 2021. Se realizó un cuestionario por medio de Google Forms constituido de 58 preguntas dividido en 5 secciones. La primera sección presentaba un aviso de privacidad de acuerdo con la “Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares” seguido de un consentimiento informado. La segunda sección recopila variables como género, edad, peso, estatura, nacionalidad, estado de residencia y código postal. La tercera sección consistió en la obtención de antecedentes patológicos. En la cuarta sección se obtuvieron datos referentes a las medidas de seguridad empleadas por la población de estudio para acudir a la consulta dental. En la quinta y última sección se midió la valoración positiva, negativa o neutra y el nivel de acuerdo o desacuerdo de los encuestados con cada una de las medidas empleadas en el “Manual de Procedimientos de Bioseguridad para la actividad académica de la Facultad de Odontología UNAM, post pandemia COvid-19” para la atención dental por medio de una escala tipo Likert de 5 niveles, donde 1 significa “muy en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”, para una medición objetiva de la autopercepción.



7.2 Diseño de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal

7.3 Población de estudio

El universo de estudio estuvo constituido por usuarios de redes sociales (Facebook y Whatsapp)

7.4 Muestra

Estuvo constituida por un total de 282 personas encuestadas

7.5 Criterios de inclusión

Personas que acepten llenar el cuestionario (Google Forms).

Personas con acceso a internet

7.6 Criterios de exclusión

Menores de 12 años

Personas sin acceso a internet

Personas que no saben leer

Personas que no cumplan con los criterios de inclusión



7.7 Variables de estudio

Género

Edad

Peso

Estatura

Nacionalidad

Estado de residencia

Código postal

7.8 Análisis de la información

El análisis de la base de datos obtenida de los cuestionarios se hizo por medio de Excel. Se elaboraron tablas y gráficas para mostrar los resultados.

7.9 Recursos

7.9.1 Recursos Humanos

Tutor

Asesor

Pasante

Personas encuestadas

7.9.2 Recursos Materiales

Computadora

Encuesta digital

7.9.3 Recursos Financieros

No aplica



8. RESULTADOS

El estudio estuvo conformado por un total de 282 personas con una frecuencia de 184 (66.43%) para el sexo femenino y 94 (33.57%) para el sexo masculino (Tabla 4). El rango de edad predominante fue de 24 – 35 años (48.1%) (Tabla 5).

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	184	66.43 %
Masculino	94	33.57 %
Total	282	100 %

Tabla 4 Fuente directa

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12-17	8	2.8 %
18-23	71	25.1 %
24-35	135	48.1 %
36-49	47	16.6 %
50 o más	21	7.4 %
Total	282	100%

Tabla 5 Fuente Directa

El IMC de la población de estudio muestra que el 48.38% de los encuestados se encuentra dentro de los valores normales pero el 45.85% se encuentran con sobrepeso (Tabla 6).

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	17	5.78 %
Normal	136	48.38 %
Sobrepeso/obesidad	126	45.85 %
Total	282	100%

Tabla 6 Fuente directa



La mayoría de las personas encuestadas cuentan con licenciatura (70.3%) y el 81.56% refiere vivir en la ciudad de México (Tabla 7 y 8).

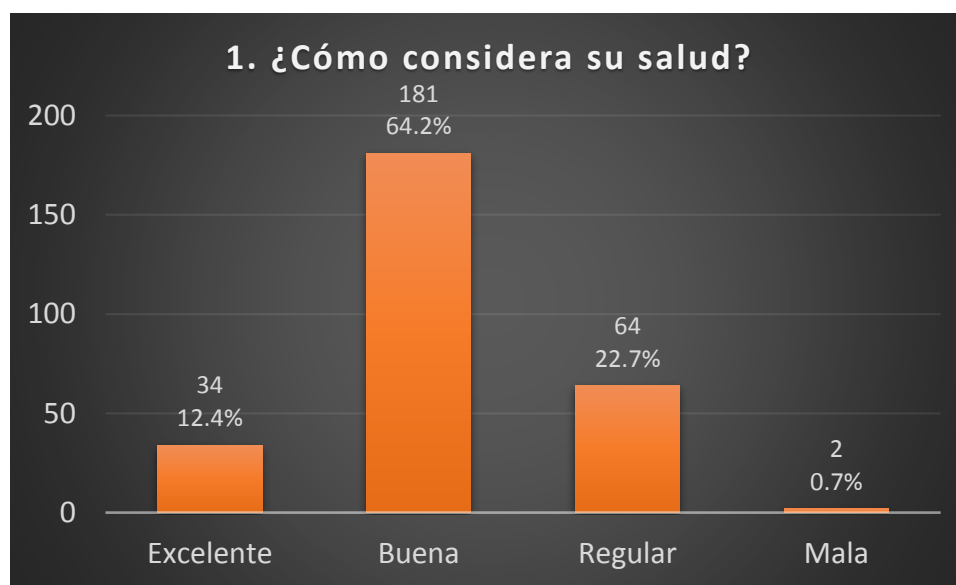
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	0.4%
Secundaria	11	3.9 %
Bachillerato	47	16.6 %
Licenciatura	198	70.3 %
Posgrado	25	8.8 %
Total	282	100%

Tabla 7 Fuente directa

Estado de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Chihuahua	1	0.35 %
Ciudad de México	230	81.56 %
Guanajuato	1	0.35 %
Michoacán de Ocampo	11	4.26 %
Puebla	2	0.71 %
Querétaro	4	1.42 %
Quintana Roo	1	0.35 %
Tabasco	1	0.35 %
Tlaxcala	29	10.64 %
Total	282	100%

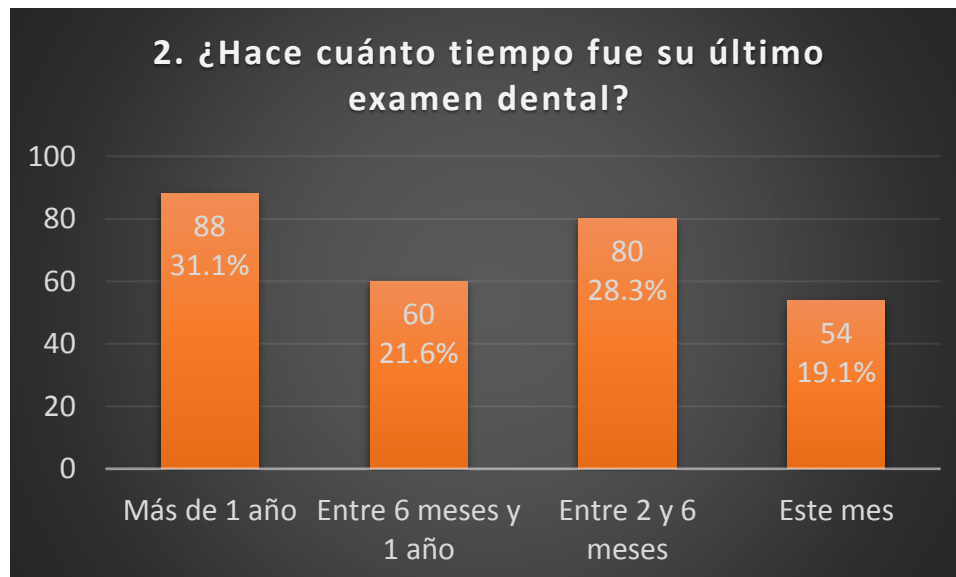
Tabla 8 Fuente directa

La autopercepción de la salud se midió por medio de la pregunta 1. ¿Cómo considera su salud? Tomando como buena autopercepción de la salud las respuestas “excelente y buena” y “regular y mala” como una mala autopercepción de la salud podemos deducir que el 76.6% de los encuestados refieren tener una buena APS (Gráfica 1).

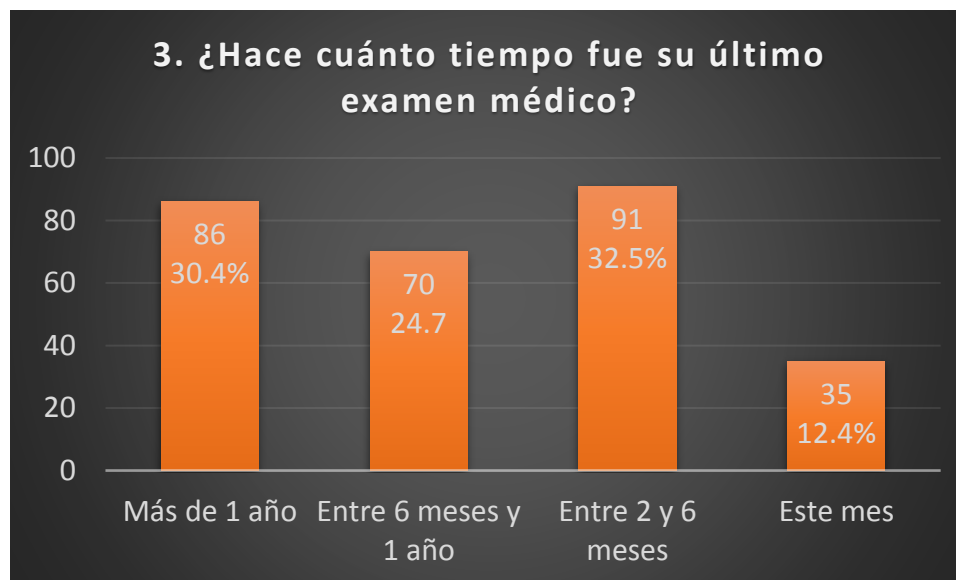


Gráfica 1 Fuente directa

El 31.1 % y el 30.4 % de la muestra refiere no haber acudido a consulta dental y médica en más de un año respectivamente (Gráfica 2 y 3).

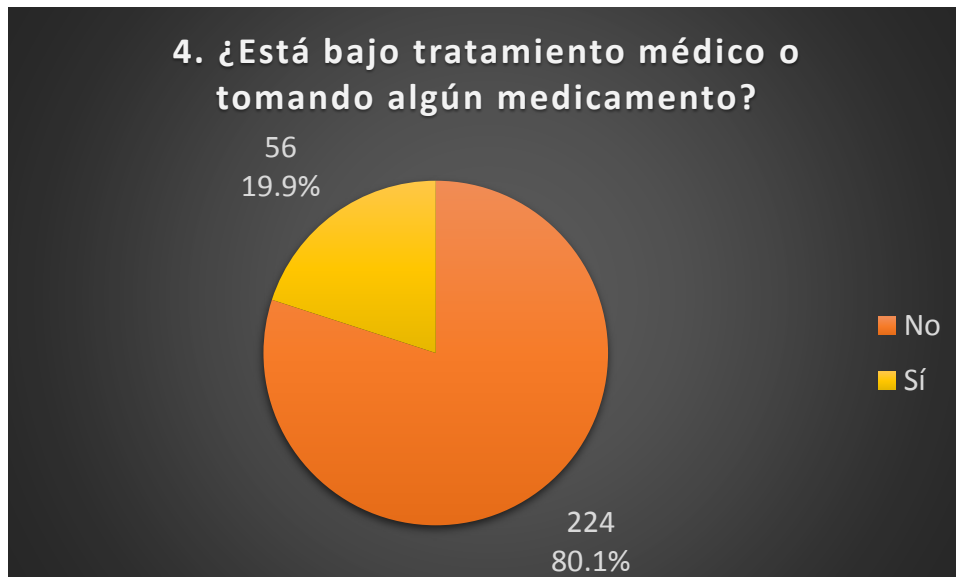


Gráfica 2 Fuente directa

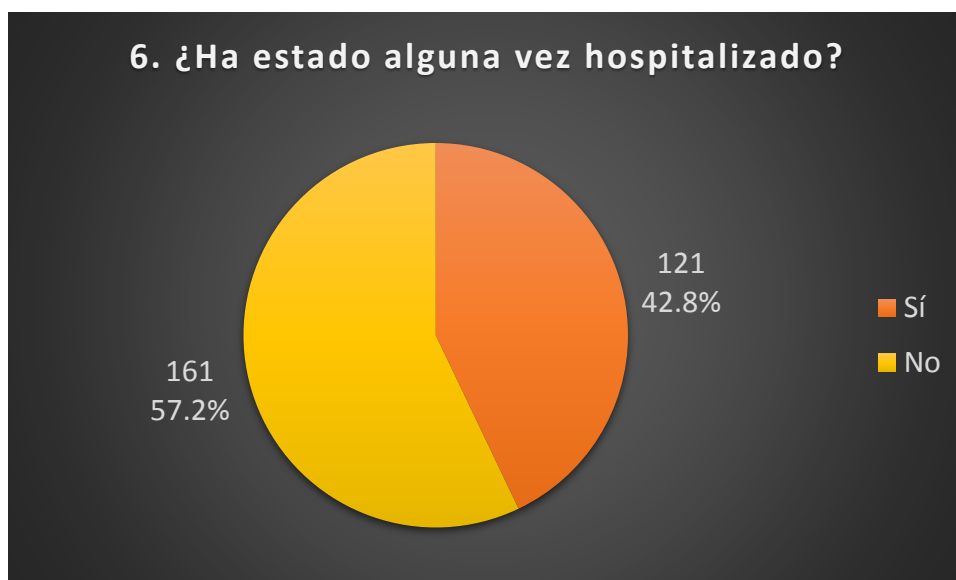


Gráfica 3 Fuente directa

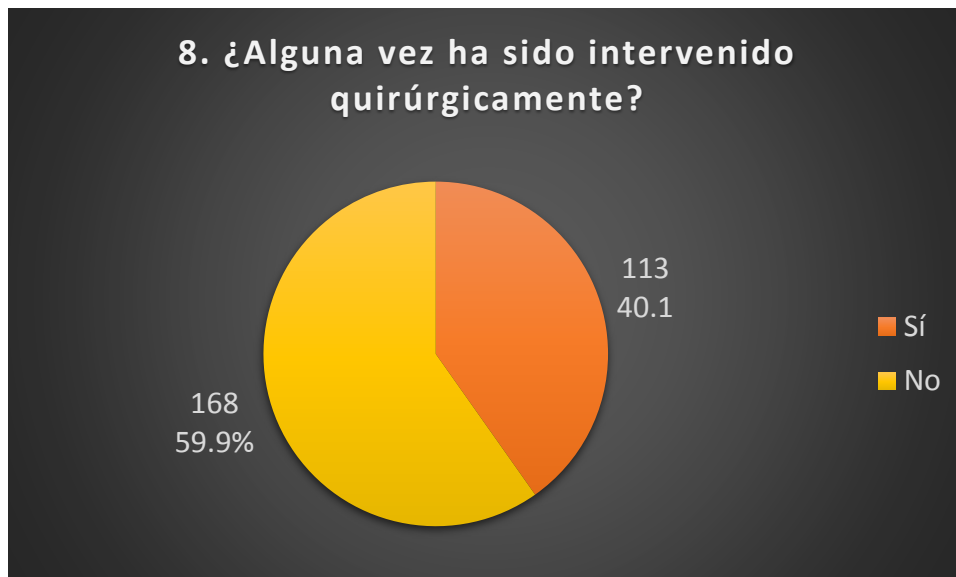
El 19.9% se encuentra bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento (Gráfica 4), el 42.8 % estuvo hospitalizado alguna vez en su vida (Gráfica 5) y el 40 % mencionó haber tenido algún tipo de cirugía (Gráfica 6).



Gráfica 4 Fuente directa

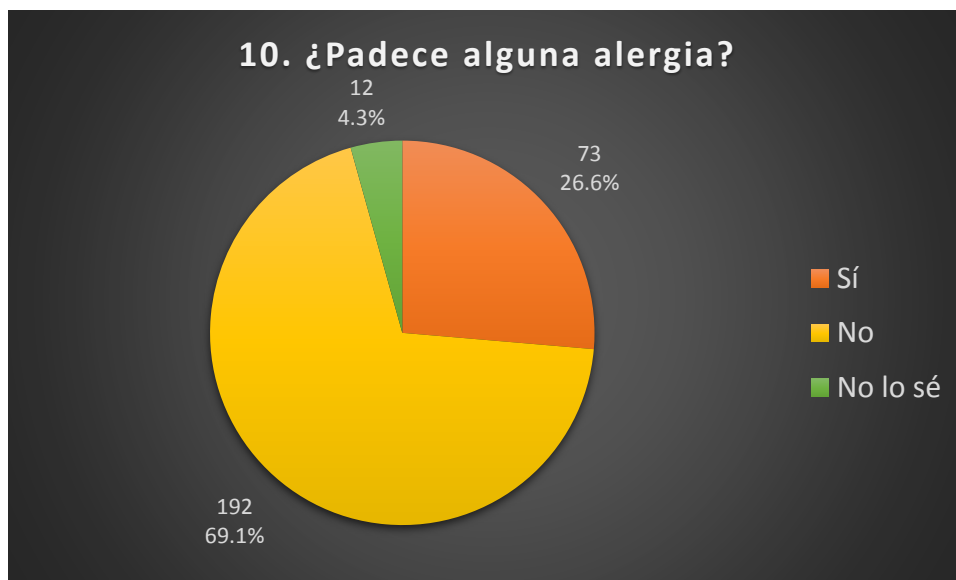


Gráfica 5 Fuente directa



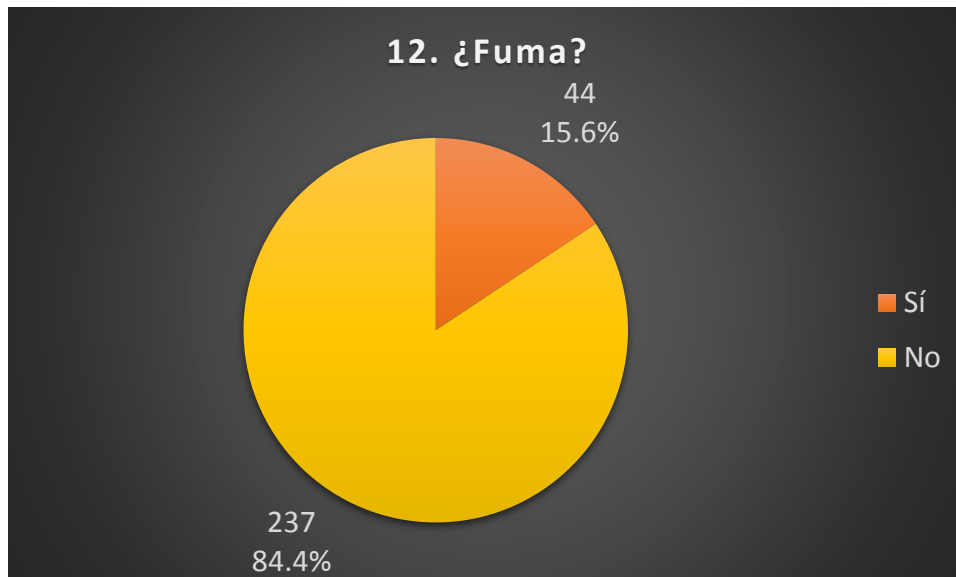
Gráfica 6 Fuente directa

De la encuesta, 73 personas (26.6%) refiere padecer algún tipo de alergia (Gráfica 7).

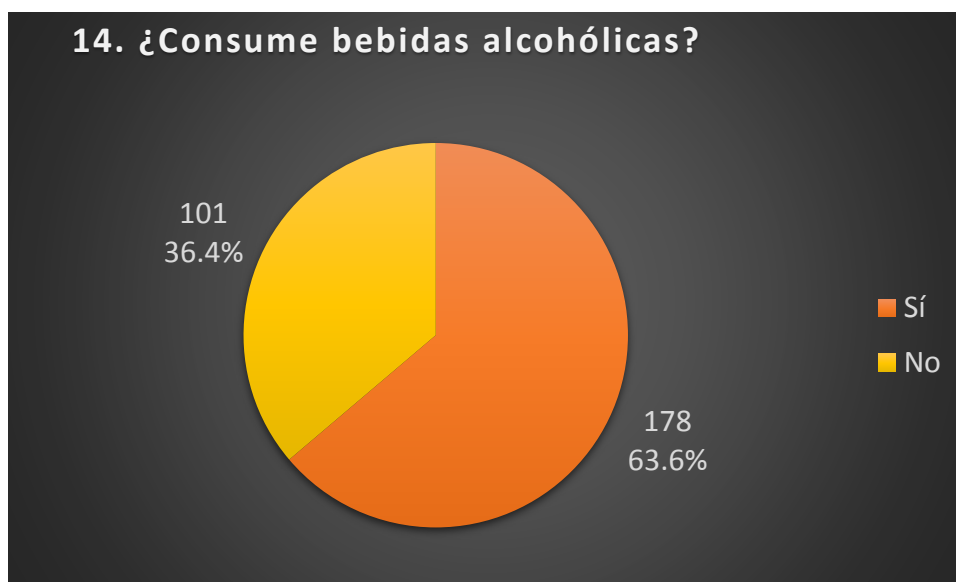


Gráfica 7 Fuente directa

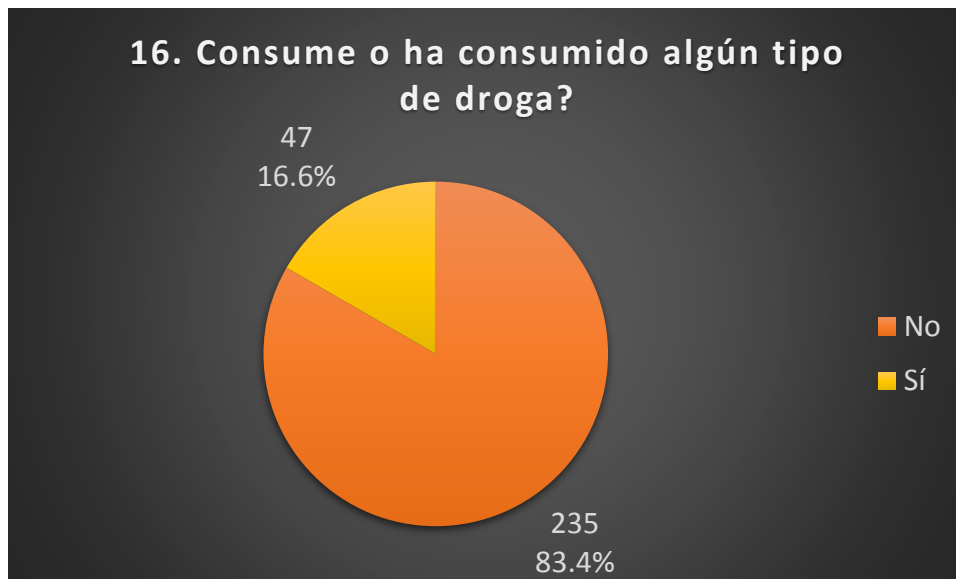
Del total de la muestra, solo 44 personas (15.6 %) son fumadores (Gráfica 8), 178 (63.6%) son consumidores de alcohol (Gráfica 9) y 47 (16.6%) han consumido o son consumidores de algún tipo de droga (Gráfica 10).



Gráfica 8 Fuente directa

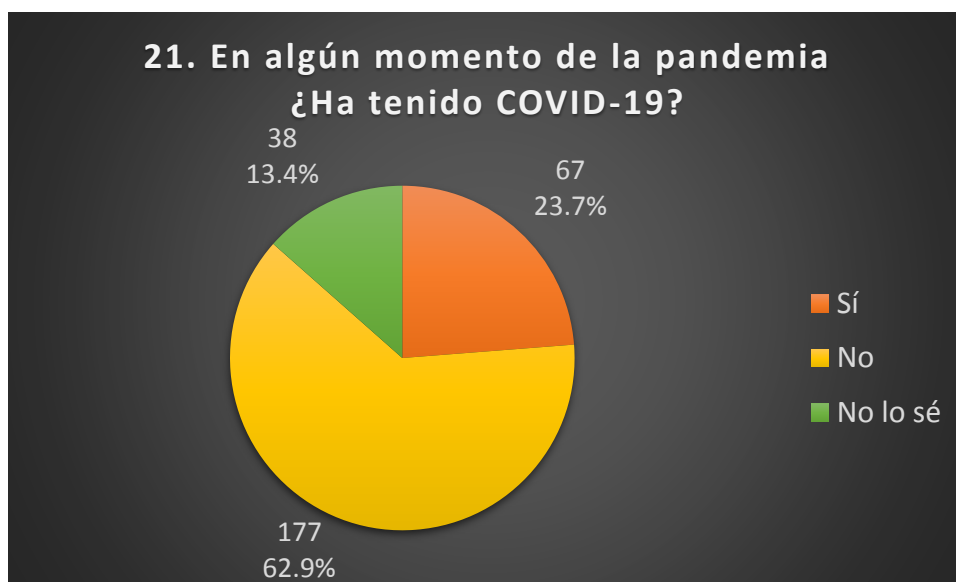


Gráfica 9 Fuente directa

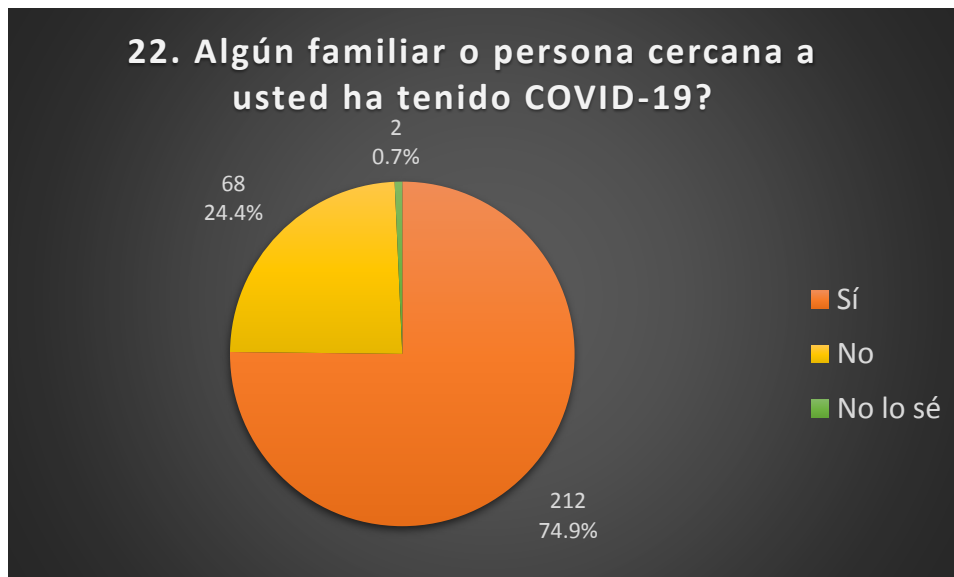


Gráfica 10 Fuente directa

El 23.7% que corresponde a 67 personas admitieron haber tenido COVID-19 y el resto de la población de estudio refirió no haberlo padecido o no saberlo (Gráfica 11). Pero 74.9% admitió que algún familiar o conocido estuvo infectado por COVID-19 (Gráfica 12)

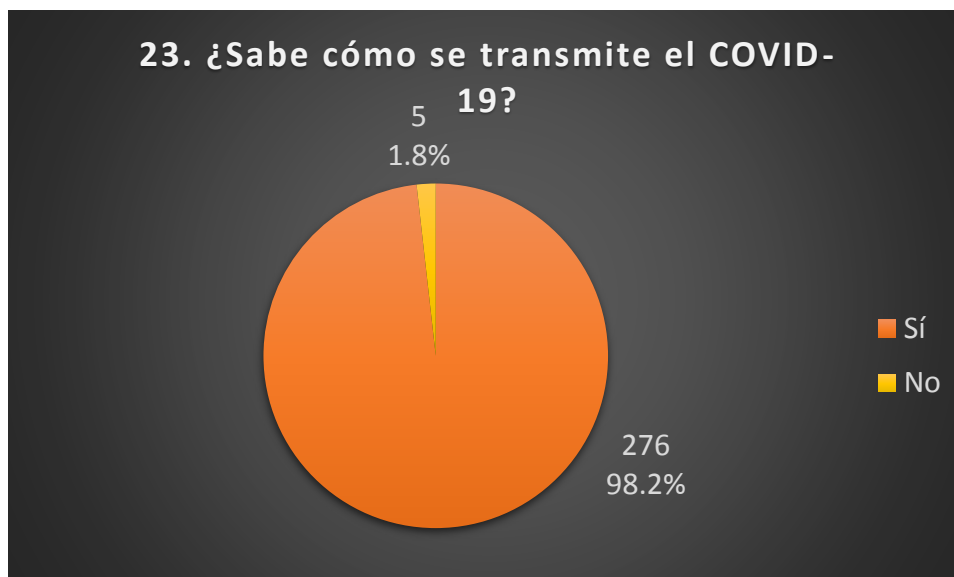


Gráfica 11 Fuente directa



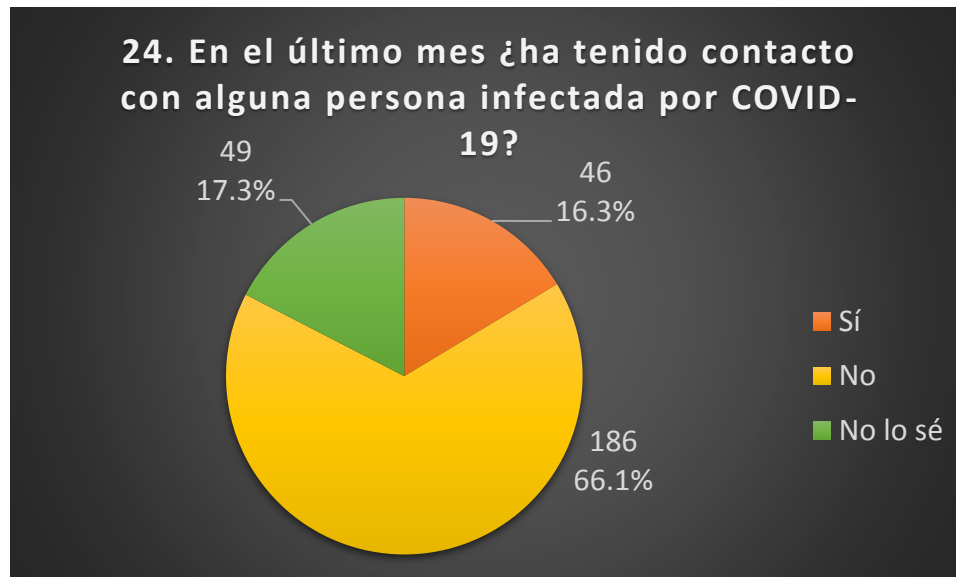
Gráfica 12 Fuente directa

La mayor parte de las personas encuestadas saben cómo se transmite el COVID-19 siendo tan solo 5 personas (1.8%) las que no lo saben (Gráfica 13)



Gráfica 13 Fuente directa

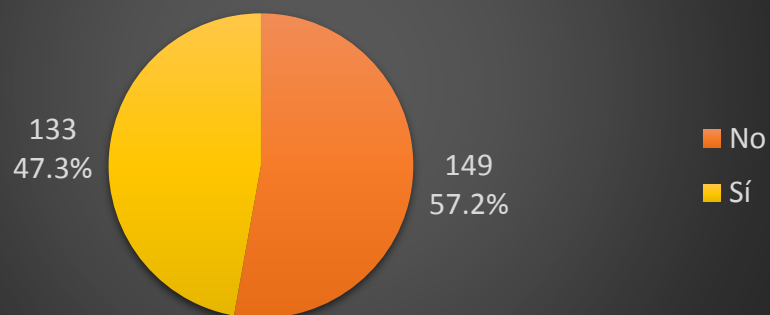
En el mes en que se realizó la encuesta solo 46 personas (16.3%) tuvo contacto con alguna persona infectada por COVID-19 (Gráfica 14).



Gráfica 14 Fuente directa

El porcentaje de personas que se realizaron una prueba durante la pandemia para detección de COVID-19 fue del 47.3% que corresponde a 133 individuos (Gráfica 15).

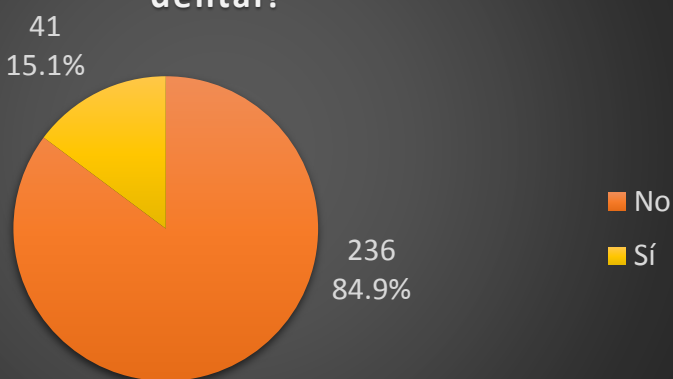
25. Durante la pandemia ¿Se ha realizado alguna prueba para determinar si ha tenido COVID-19?



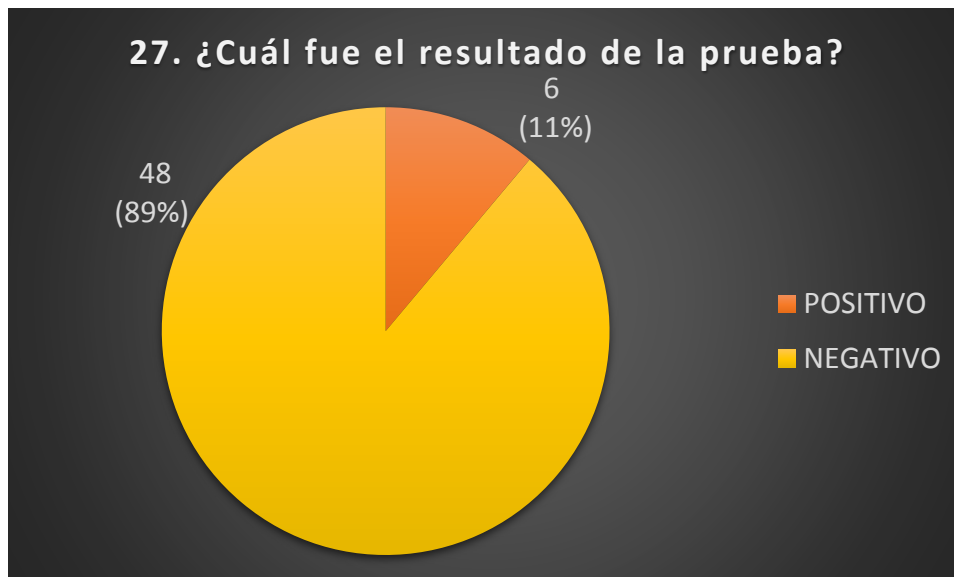
Gráfica 15 Fuente directa

Solo el 15.1% refirió realizarse una prueba antes de asistir a consulta dental (Gráfica 16), de los cuales el 89% tuvo resultado negativo. (Gráfica 17)

26. ¿Se realizó alguna prueba de COVID-19 antes de asistir a consulta dental?

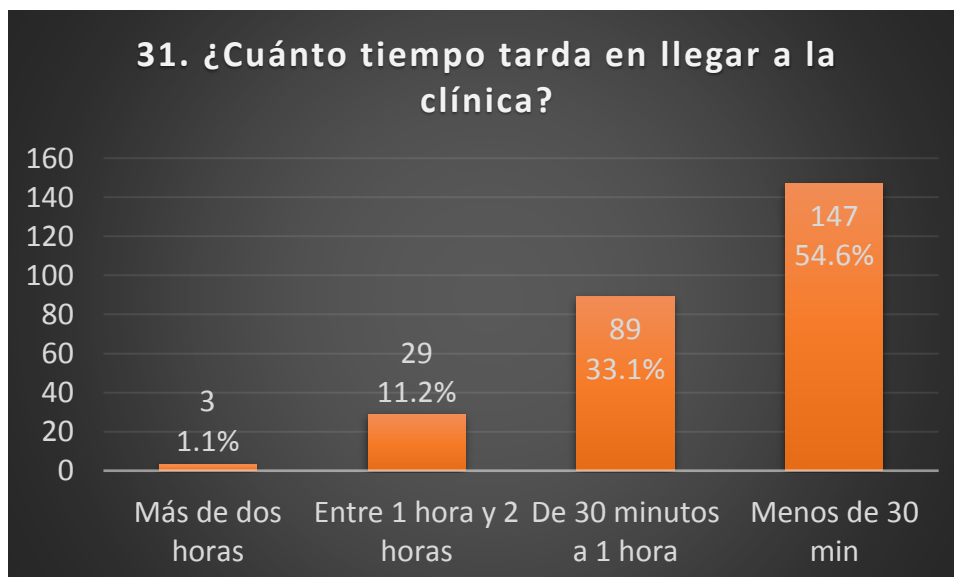


Gráfica 16 Fuente directa



Gráfica 17 Fuente directa

El 54.6% de los encuestados que corresponden a 147 sujetos mencionaron vivir a menos de 30 minutos del lugar donde reciben atención dental (Gráfica 18).

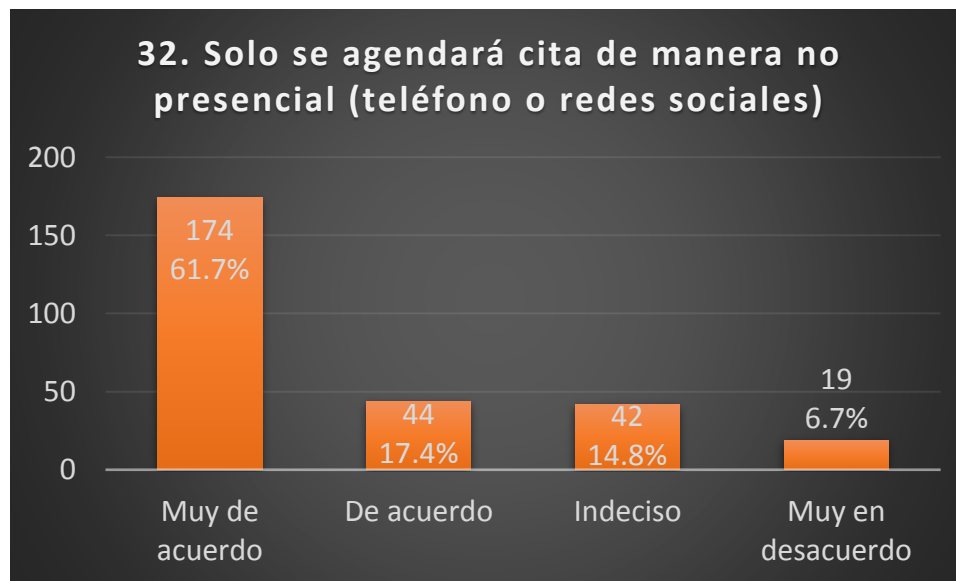


Gráfica 18 Fuente directa



En la sección 5 se midió la autopercepción del paciente ante las medidas de bioseguridad sugeridas en el manual de la Facultad de Odontología por medio de una escala de Likert. En cada pregunta se planteaba una situación seguida de una escala del 1 al 5 en donde 1 correspondía a “Muy en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Indeciso”, 4 “De acuerdo” y finalmente 5 “Muy de acuerdo”.

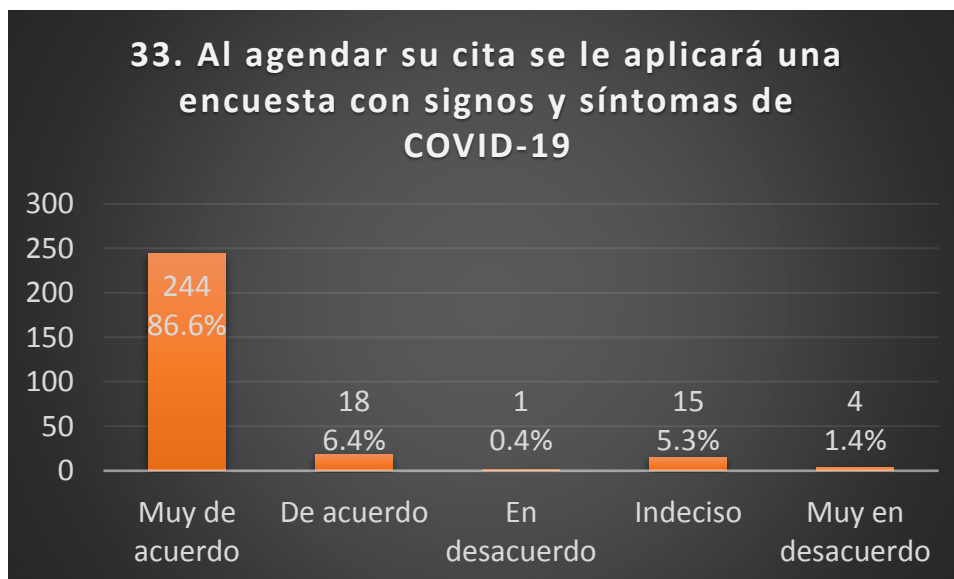
El 6.7% de los encuestados indicó estar muy en desacuerdo y el 14.8% se mostró indiferente para agendar una cita únicamente de manera no presencial (Gráfica 19)



Gráfica 19 Fuente directa

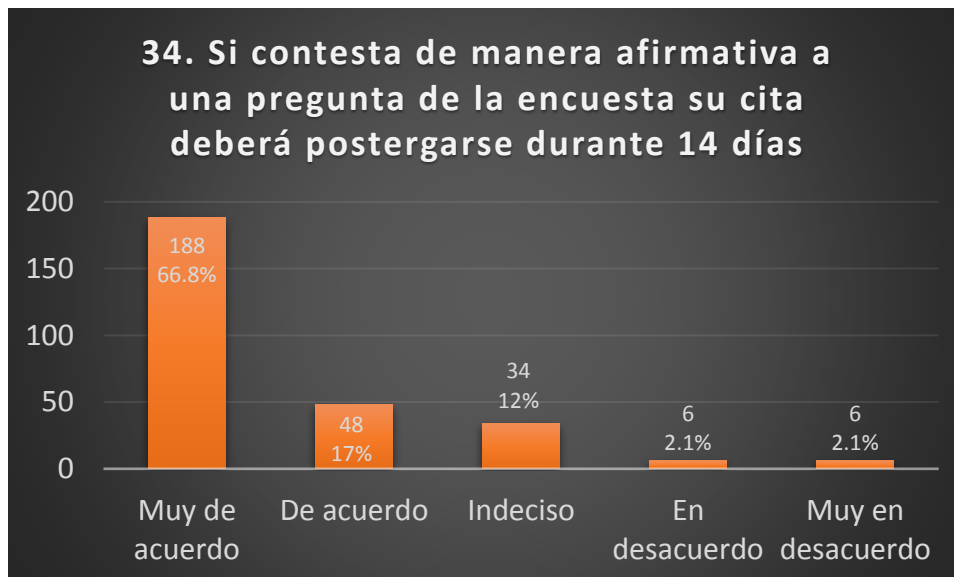


El 86.6% de los encuestados no tiene ningún problema de que se les realice un cuestionario relacionado con signos y síntomas de COVID-19 al momento de agendar su cita por teléfono (Gráfica 20).



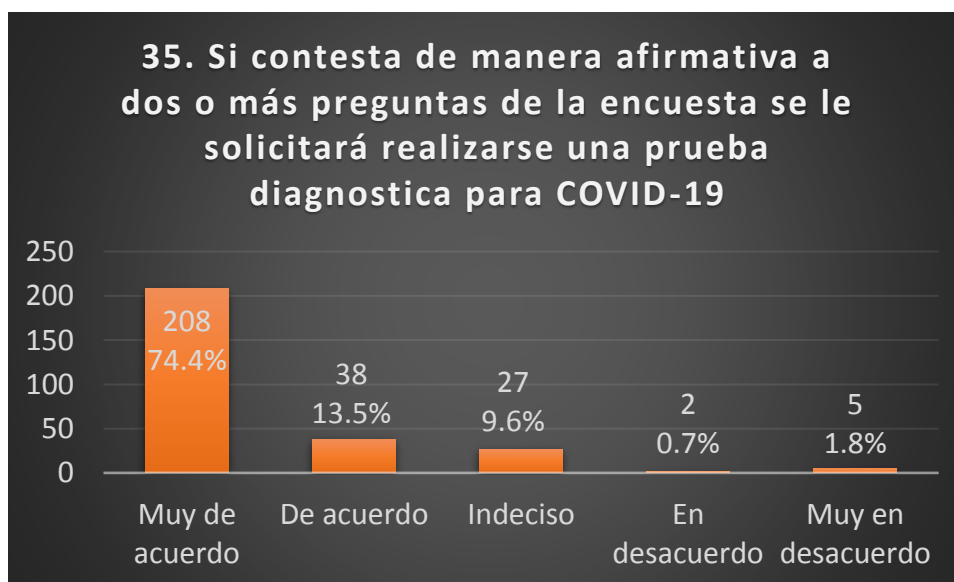
Gráfica 20 Fuente directa

Solo 12 personas correspondientes al 4.2% de la encuesta marcaron estar “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo” y 34 personas (12 %) se mostraron indecisas ante la situación en la cual su cita debe ser aplazada por haber contestado afirmativamente a una pregunta de la encuesta telefónica (Gráfica 21).

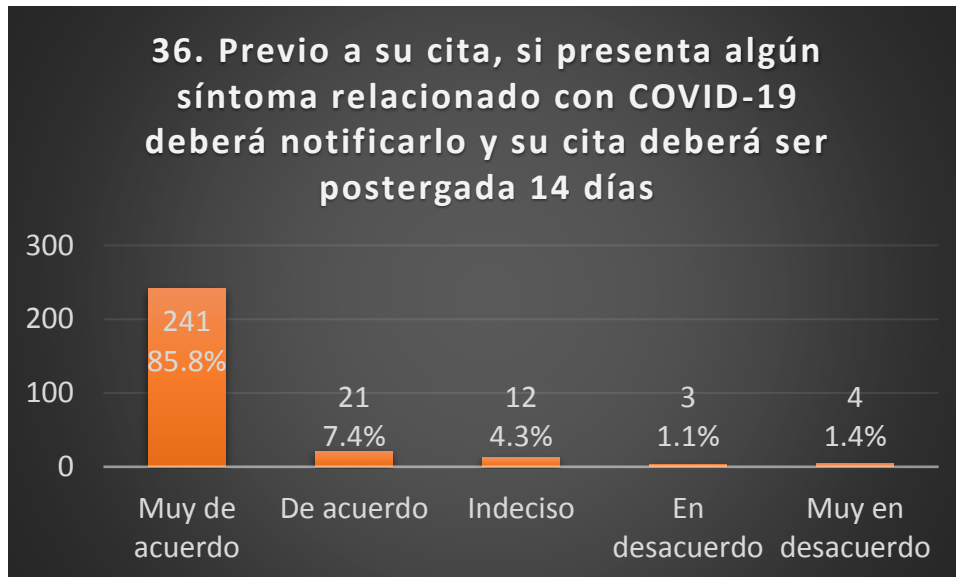


Gráfica 21 Fuente directa

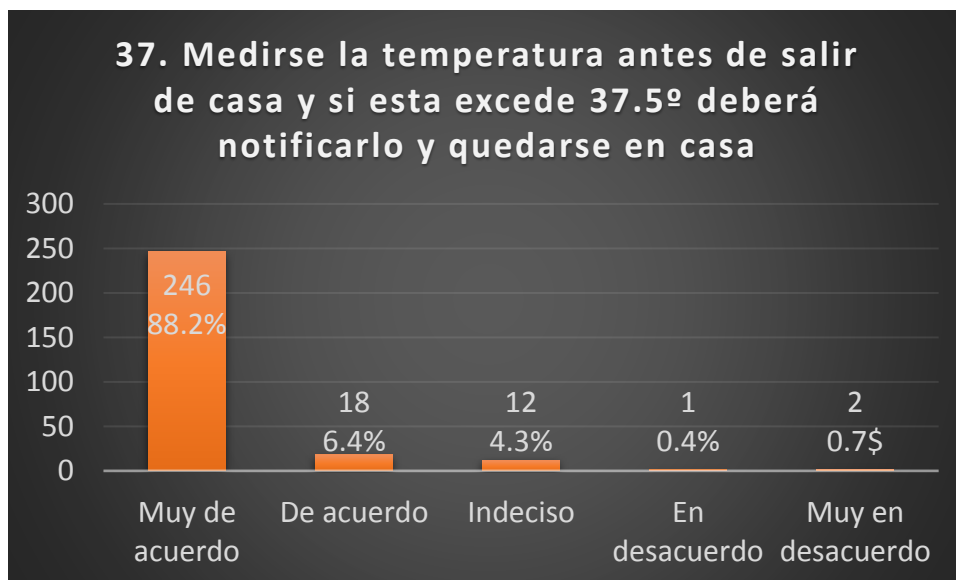
En la situación en la cual se le solicita al paciente realizarse una prueba para diagnóstico por haber contestado de manera afirmativa a dos preguntas el 27 encuestados (9.6%) se mostraron indecisos y solo el 2.5% indico no estar de acuerdo (Gráfica 22).



Gráfica 22 Fuente directa

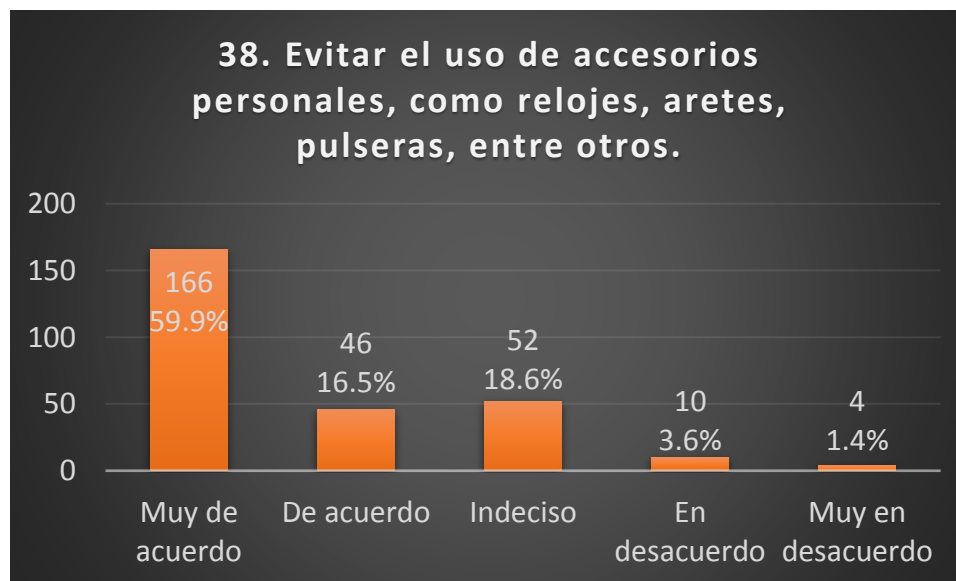


Gráfica 23 Fuente directa

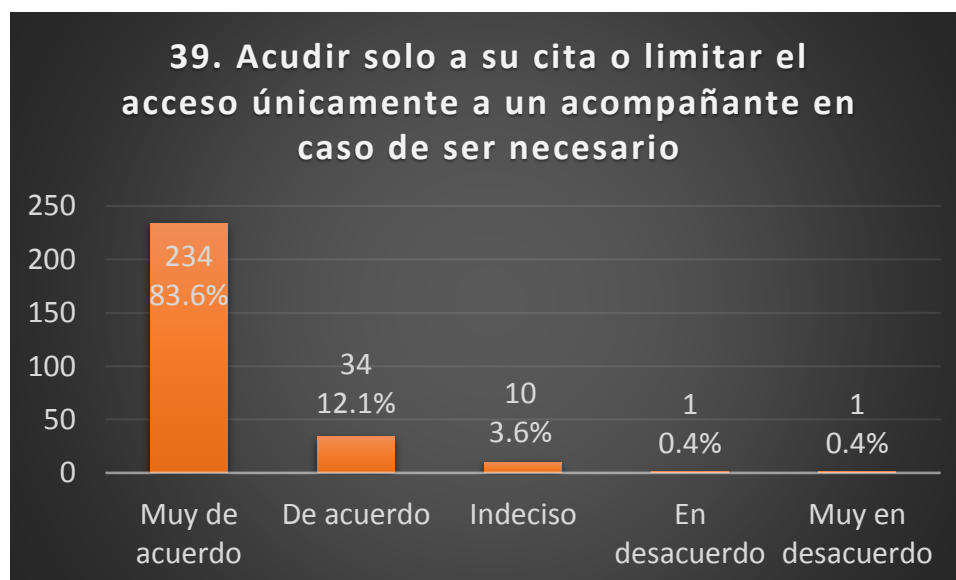


Gráfica 24 Fuente directa

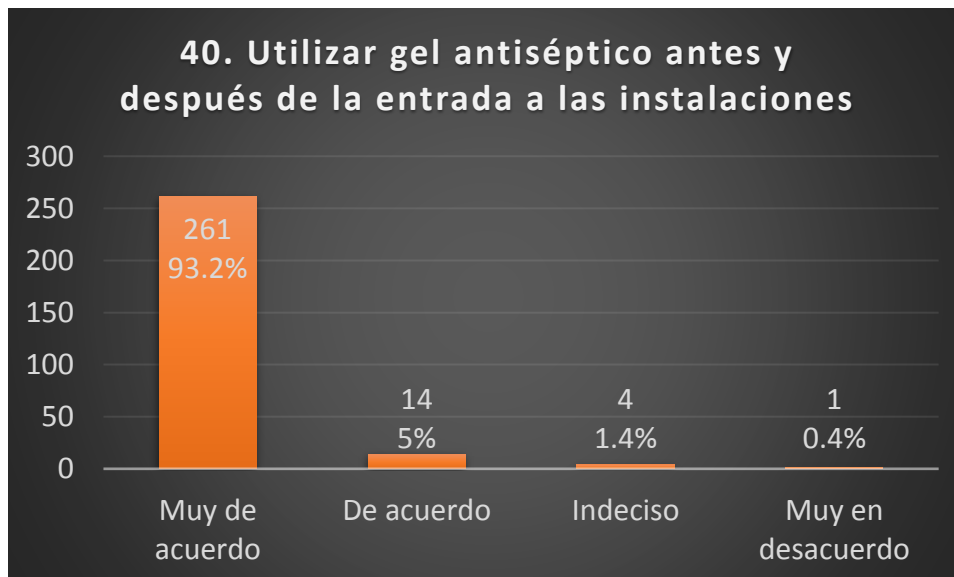
La situación en la cual se solicita evitar el uso de accesorios personales fue la que tuvo el mayor porcentaje de indecisión por parte de los encuestados con un 18.6% (Gráfica 25)



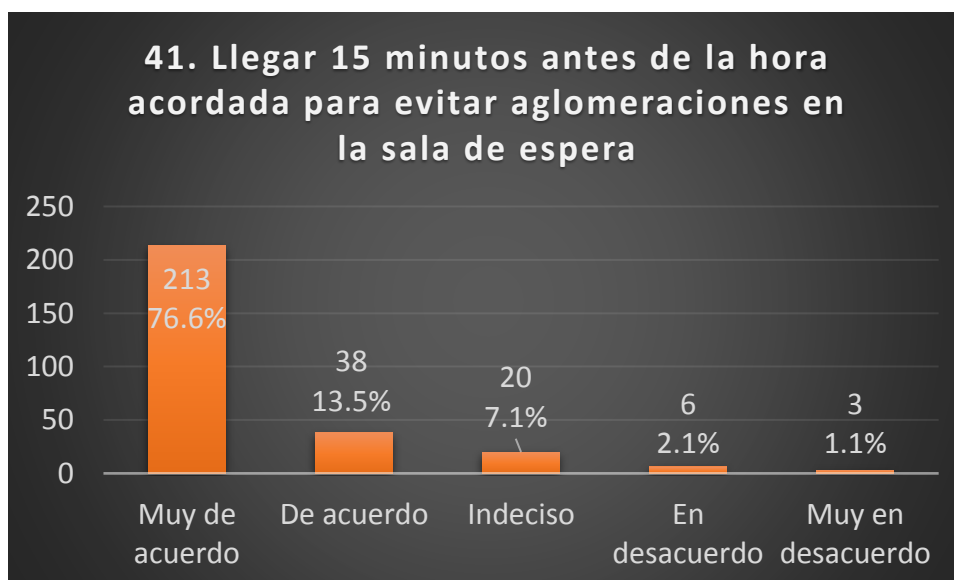
Gráfica 25 Fuente directa



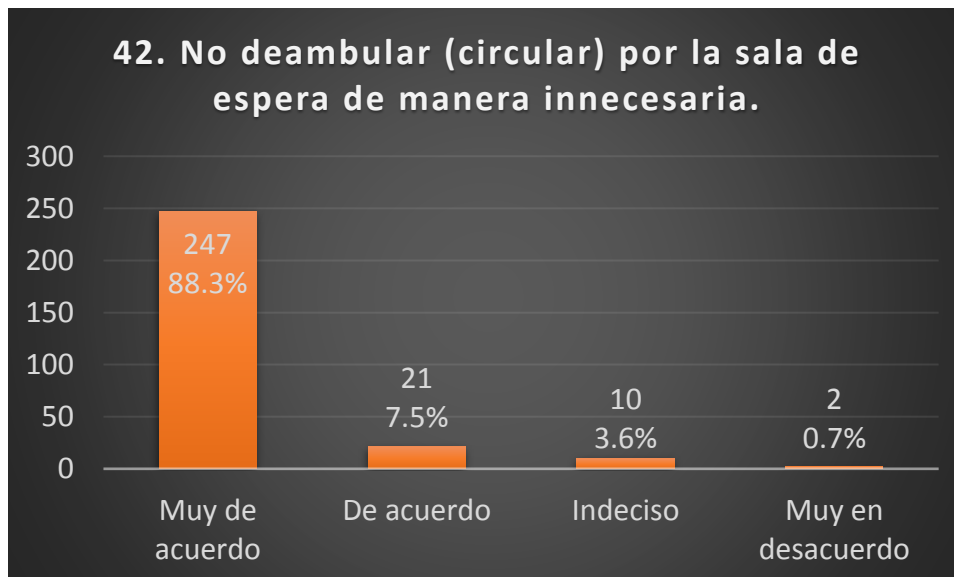
Gráfica 26 Fuente directa



Gráfica 27 Fuente directa

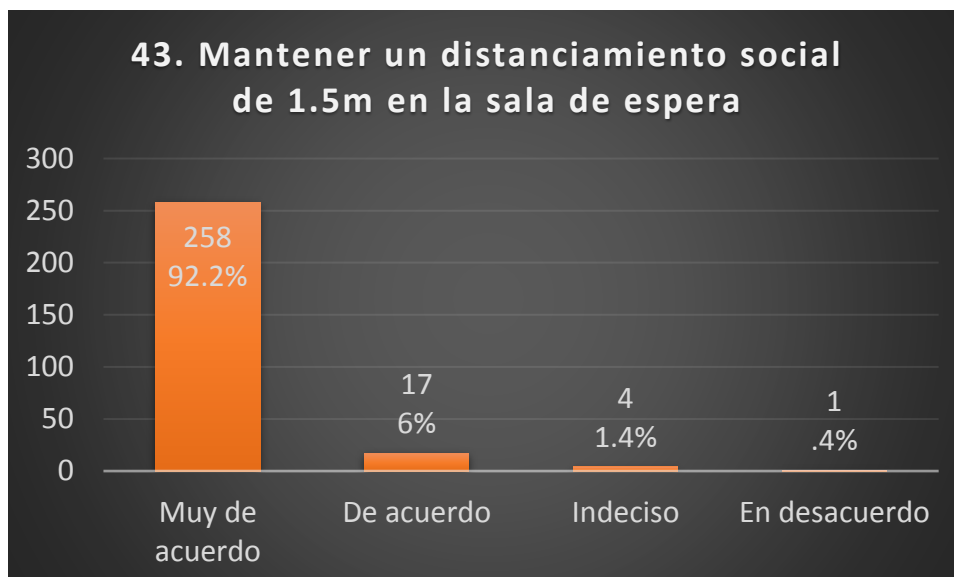


Gráfica 28 Fuente directa

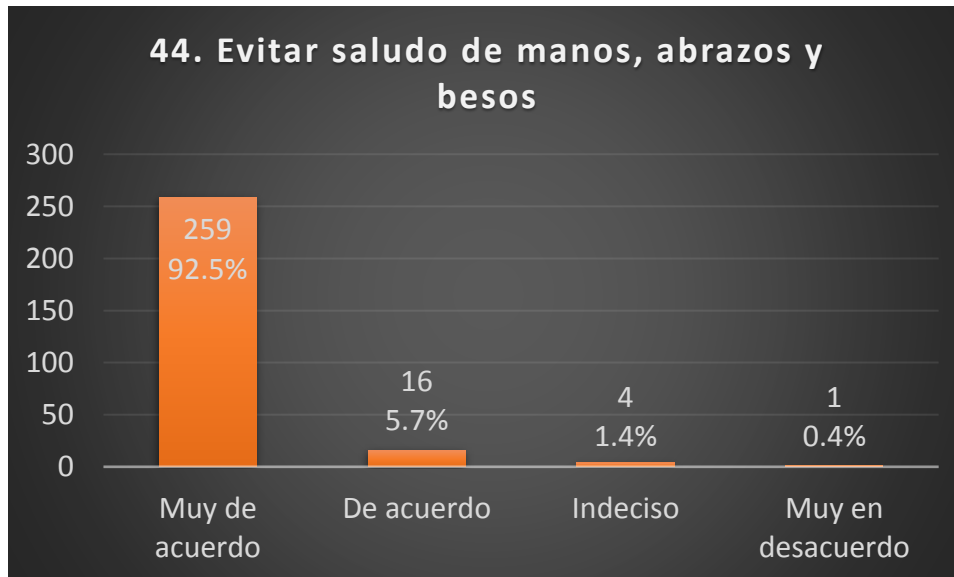


Gráfica 29 Fuente directa

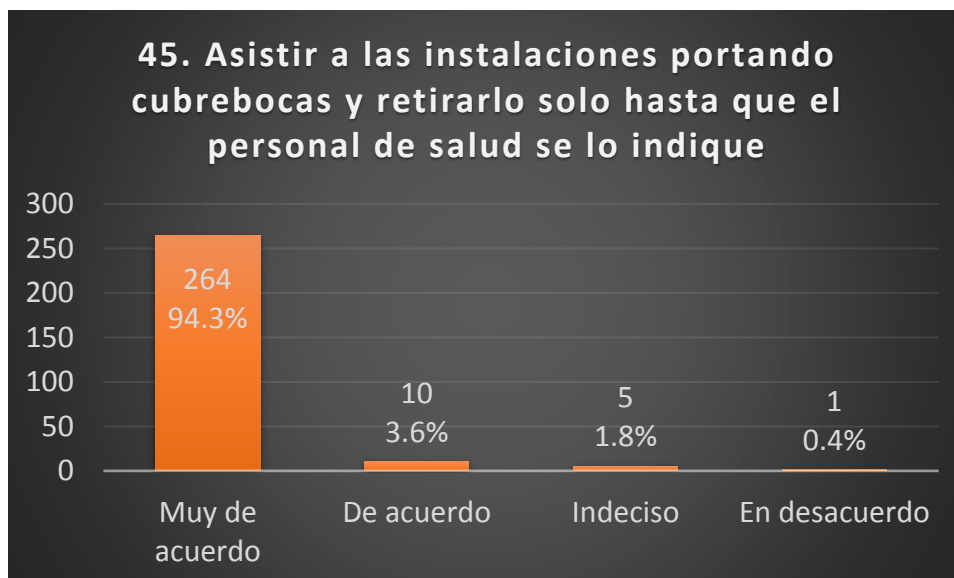
El 98.8% de los encuestados están de acuerdo con mantener un distanciamiento social (Gráfica 30).



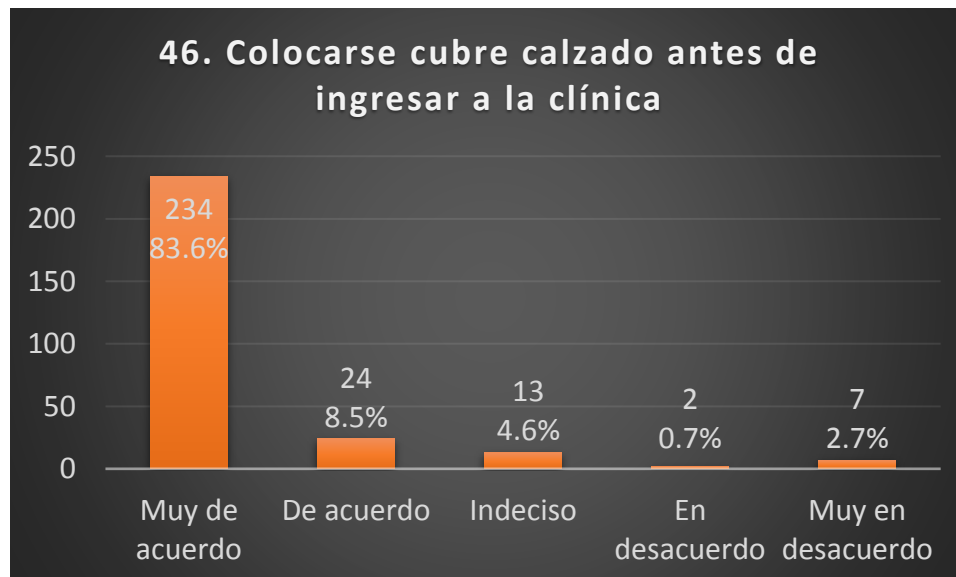
Gráfica 30 Fuente directa



Gráfica 31 Fuente directa

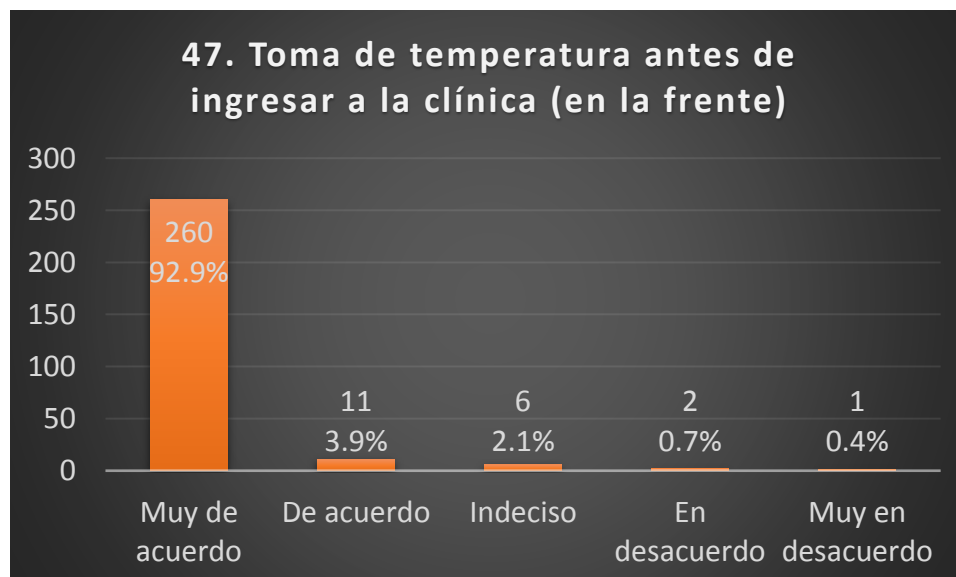


Gráfica 32 Fuente directa

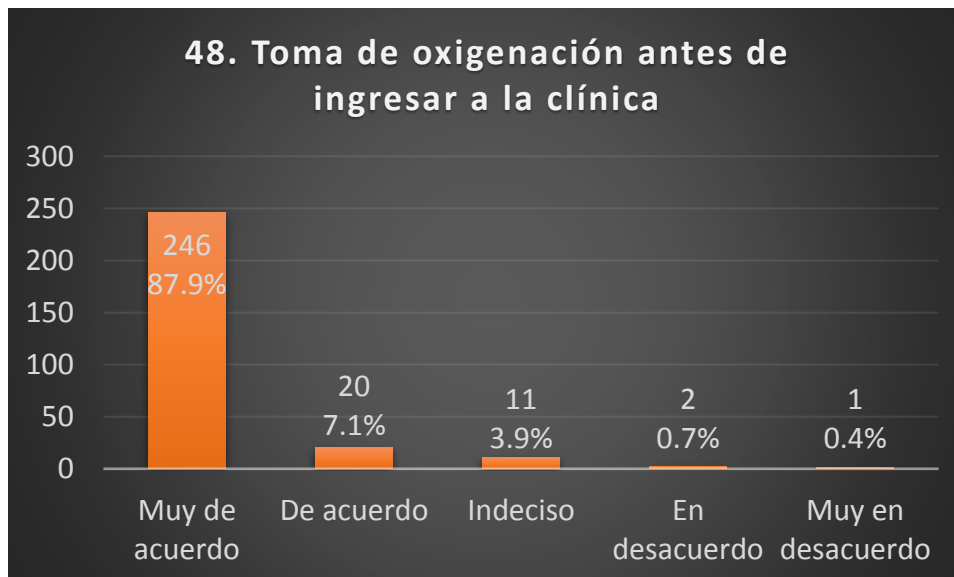


Gráfica 33 Fuente directa

El 92.9% de los pacientes estuvo muy de acuerdo en que la temperatura se tome en la frente antes de entrar a la clínica (Gráfica 34).

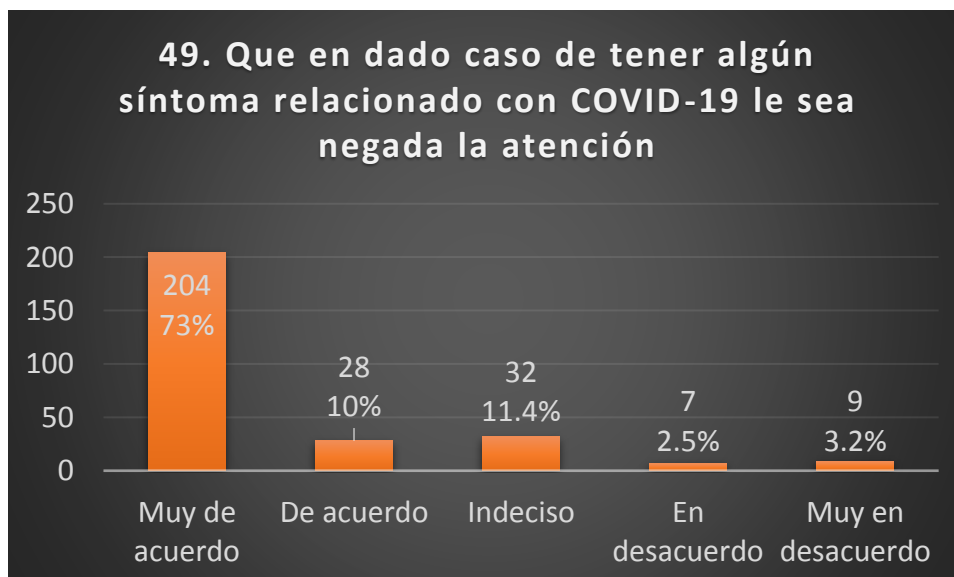


Gráfica 34 Fuente directa

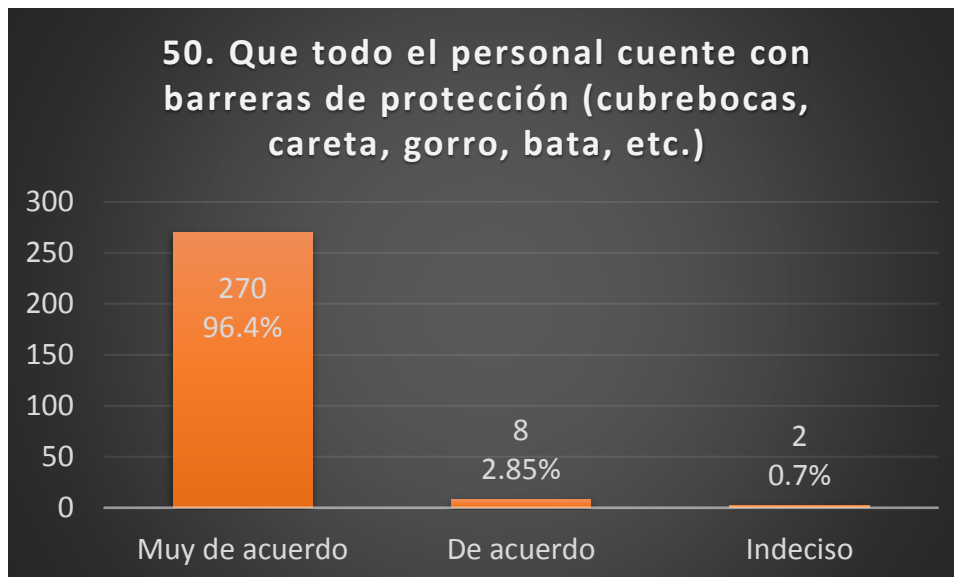


Gráfica 35 Fuente directa

El 11.4% se mostró indeciso ante la medida en la cual se le debe negar la atención debido a padecer algún síntoma relacionado con COVID-19 y el 5.7% estuvieron en desacuerdo (Gráfica 36).

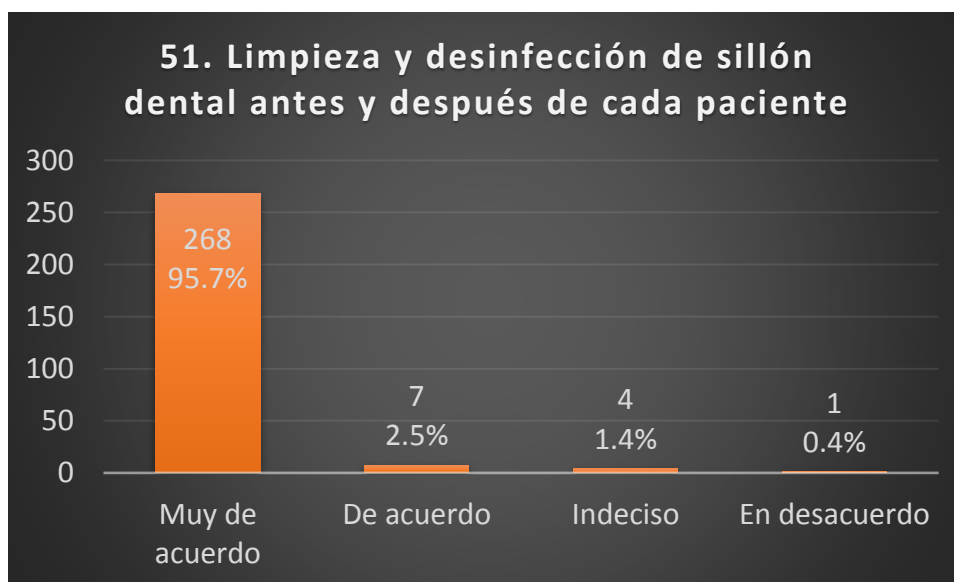


Gráfica 36 Fuente directa

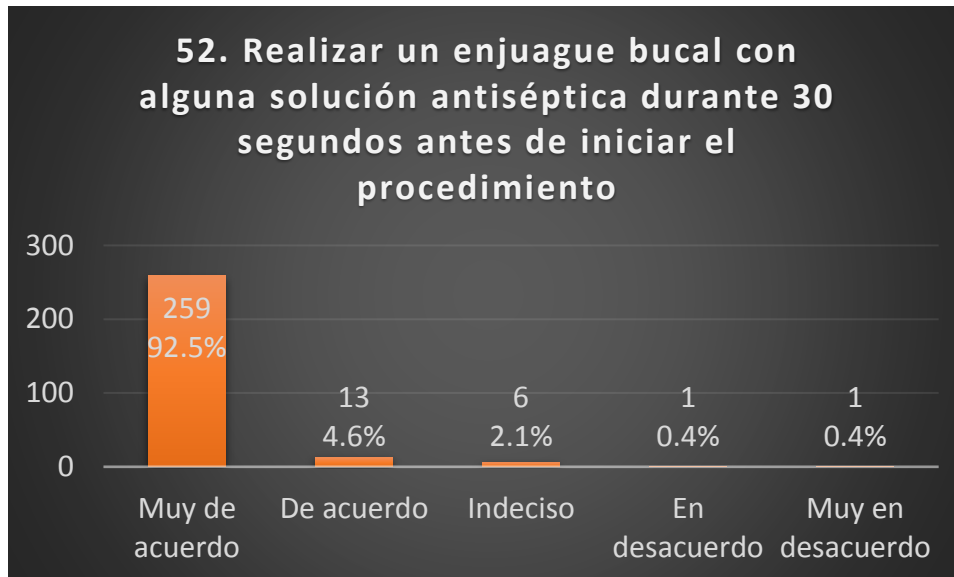


Gráfica 37 Fuente directa

El uso de barreras de protección por parte de todo el personal que brinda atención así como limpieza y desinfección de áreas de trabajo recibieron muy buena aceptación por la mayor parte de los encuestados (Gráfica 37 y 38).

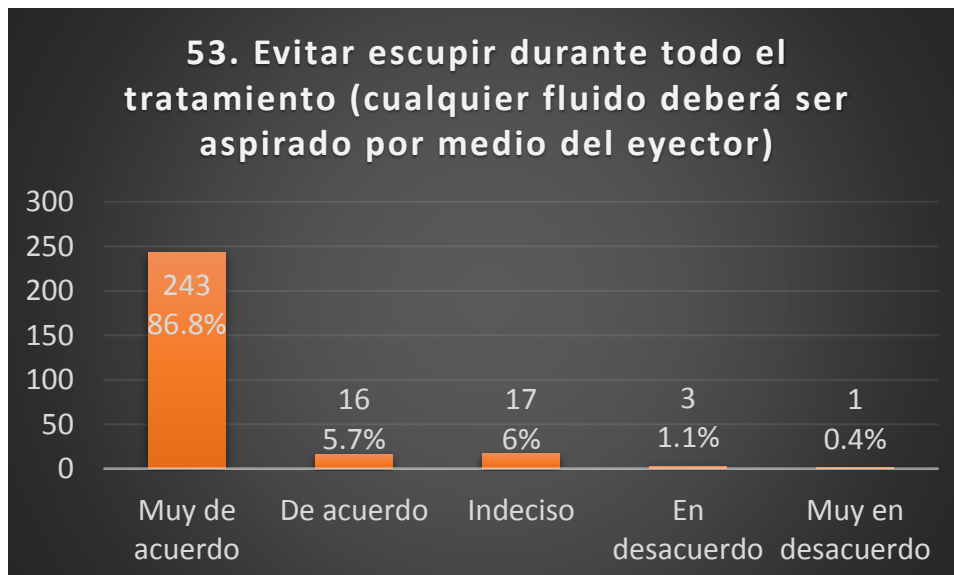


Gráfica 38 Fuente directa



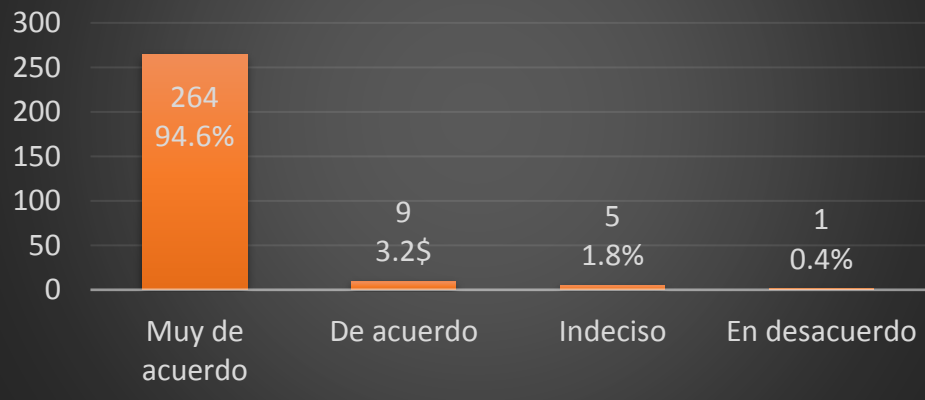
Gráfica 39 Fuente directa

Sólo el 6% se mostró indeciso ante la situación en la cual se debe evitar escupir durante todo el tratamiento, sin embargo más del 90% está de acuerdo con la medida (Gráfica 40).



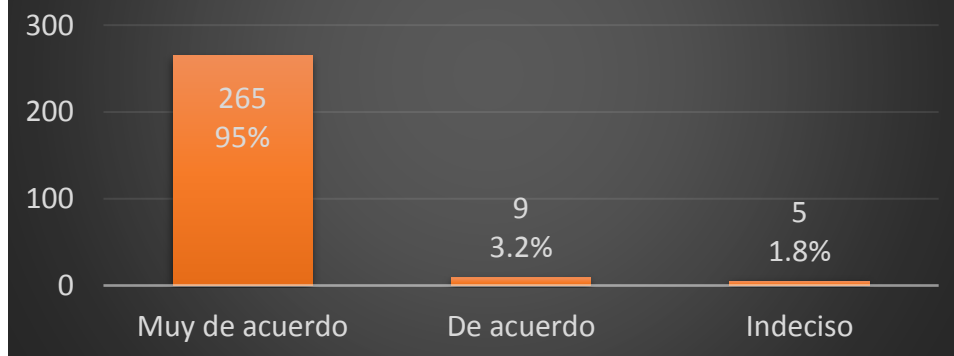
Gráfica 40 Fuente directa

54. Retirarse inmediatamente después de haber terminado su cita para evitar aglomeraciones en la clínica



Gráfica 41 Fuente directa

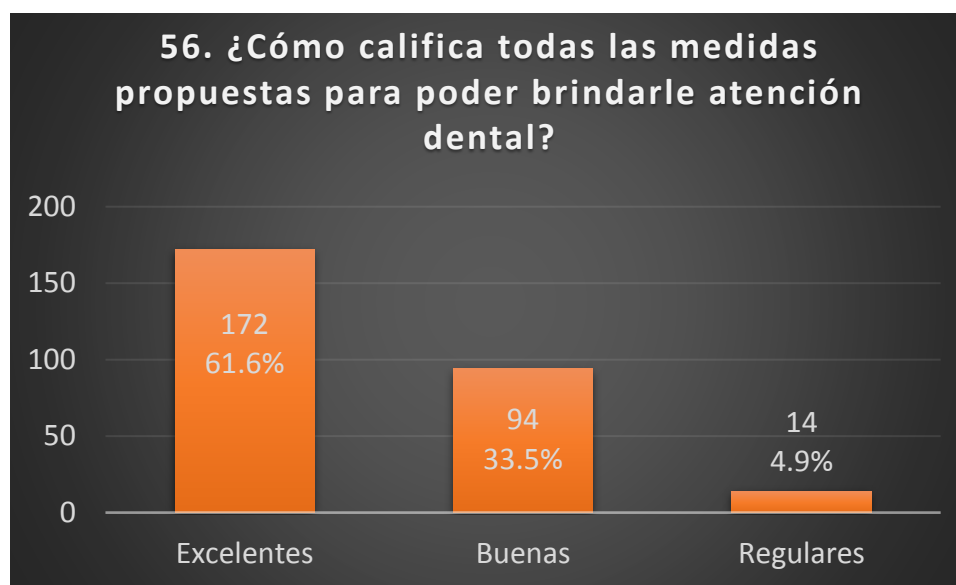
55. Toda persona que ingrese a las clínicas, sin excepción deberá cumplir estrictamente con todas las normas de bioseguridad



Gráfica 42 Fuente directa

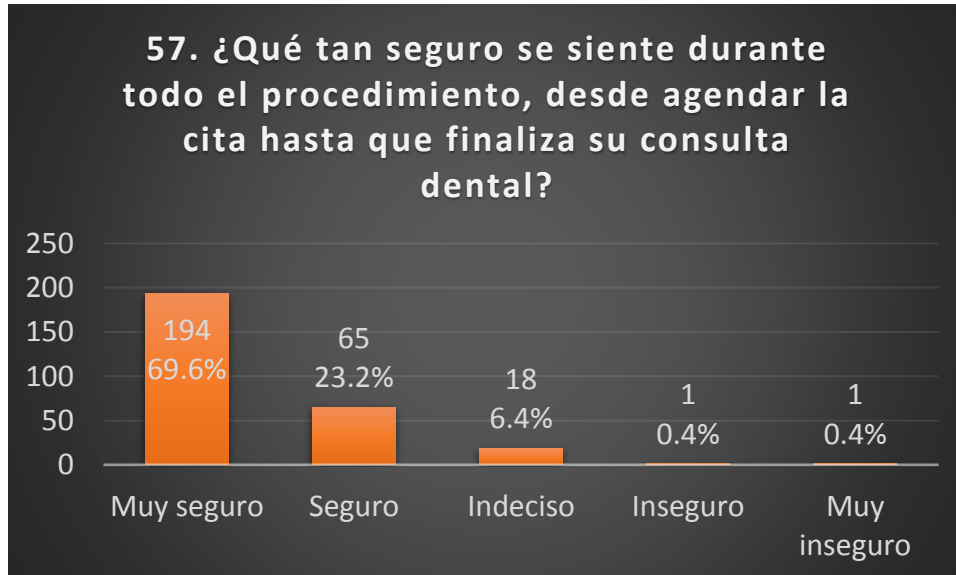


En general todas las medidas empleadas tuvieron buena aceptación por parte de las personas encuestadas pues el 61.6% las calificó como excelentes, el 33.5% como buenas y solo el 4.9% considera que son regulares (Gráfica 43).



Gráfica 43 Fuente directa

El 92.8%, correspondiente a 259 personas encuestadas indicó que las medidas implementadas para brindar atención dental los hace sentir seguros durante todo el procedimiento y solo el 6.4% se mostró indiferente (Gráfica 44).



Gráfica 44 Fuente directa



9. DISCUSIÓN

La pandemia ocasionada por el SARS-Cov2 representa un reto para el área de la salud y especialmente para el gremio odontológico pues exige que los odontólogos se actualicen y cambien la manera en la que se brindaba atención odontológica.

Debido a que hasta la fecha no hay publicaciones enfocadas al estudio de la autopercepción del paciente ante la implementación de protocolos COVID-19 para la atención dental, este trabajo puede servir de base para futuros estudios relacionados con el tema.

El 16.6% de la encuesta tiene una edad entre 36 y 49 años y solo el 7.4% tenían 50 años o más, según estudios como el realizado por Parra³⁶ personas a partir de 41 años tienen un riesgo mayor de mortalidad por COVID-19 debido a enfermedades crónicas.

El 45.85% de los encuestados padecen sobrepeso/obesidad según su IMC obtenido por medio de variables como el peso y la estatura. De acuerdo con estudios realizados^{37,38} y datos obtenidos por CONACYT³⁵, comorbilidades como la obesidad, diabetes y la hipertensión son los principales factores asociados a un mayor riesgo de mortalidad en la población mexicana. De ahí la importancia de conocer a la población de estudio que acude a la consulta dental y contextualizarla en base con la situación actual.

Con respecto a la autopercepción ante las medidas de bioseguridad empleadas, situaciones en las cuales se debe posponer la cita o negar la atención al paciente por sospecha de COVID-19 fueron las que más generaron indecisión y desacuerdo por parte de la población de estudio.



Casi el 20% de la encuesta se mostró indecisa ante la medida que implica evitar el uso de objetos personales como relojes, pulseras, aretes, etc.

A pesar de esto, en general más del 50% de los encuestados estuvieron muy de acuerdo con todas las medidas expuestas en el cuestionario y el 69.5% señaló sentirse muy seguro desde el momento de agendar su cita hasta que termina todo el procedimiento.

10. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta que ha pasado más de un año desde el inicio de la pandemia hasta la fecha de término de este estudio, la población mundial ha tenido el tiempo suficiente para comprender los riesgos de la situación actual y adaptarse a un nuevo estilo de vida.

En cuanto a los resultados obtenidos se concluye que la población que participó en esta encuesta percibe de buena manera las medidas expuestas para brindar atención dental y que las mismas los hacen sentirse seguros durante todo el procedimiento.

Ya que esta encuesta está basada en el Manual de Procedimientos de Bioseguridad de la Facultad de Odontología, UNAM, se debe tener en cuenta que el alcance de este trabajo se limita únicamente a los procedimientos sugeridos para el tamizaje y el área clínica de la facultad.

La poca cantidad de personas encuestadas y el hecho de que el manual aún no se ha puesto en práctica en la facultad son las limitaciones que tiene este estudio, pero los resultados aquí obtenidos



pueden servir de base para hacer una estimación del impacto que tendrá en los pacientes al momento de su aplicación oficial.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tirado Otávalo FA. El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Rev Ciencias Biomédicas*. 2021;10:55–60.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. 2021 [citado el 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/salud?m=form>
3. World Health Organization. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2009 [citado el 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
4. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Rev Univ Investig*. 2008;9:93–107.
5. Álvarez A. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Quinta ed. Ciudad de México: El Manual Moderno; 2018.
6. De La Guardia Gutierrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*. 2020;5 Numero 1:81–90.
7. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicológica*. 2012;30(1):61–71.
8. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción la Salud*. 2007;12:11–24.
9. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil*. 1995;16:51–74.
10. Van Esch L, Den O, Leontine B, De Vries J. The World Health Organization Quality of Life Instrument-Short Form (WHOQOL-BREF) in women with breast problems. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011;11(1):5–22.
11. Aparicio-Baquen L-C, Aparicio-Gómez C-A, Niño Hernández JF. Calidad de vida en niños, adolescentes y jóvenes durante el confinamiento obligatorio familiar en Bogotá por COVID-19 Quality. *Rev Int Pedagog E INNOVACIÓN Educ*. 2020;0341:11–28.



12. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Autopercepción de la salud , presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos : propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. 2017;37:92–103.
13. Rodríguez-Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López B. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2016;15(1):51–63.
14. Peñata CA, Berbesí D, Segura AM. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de medellín. *Hacia promoc salud*. 2017;7577(1):56–69.
15. Ayala Cortés A, Irigoyen Coria A, Chirino Sierra A, García Jiménez MV. La autopercepción de calidad de vida en el paciente diabético: elementos para el debate. *Arch en Med Fam*. 2017;19(4):85–9.
16. Peláez E, Acosta LD, Carrizo ED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. 2015;41(4):638–48.
17. Blázquez Abellán G, López-torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, López-Torres J, Val jiménez CL. Atención Primaria Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria [Internet]*. 2016;48(8):535–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
18. Vladislavovna-doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H. Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex*. 2008;50(5):390–6.
19. Becerra CA, Reigal RE, Hernández-Mendo A, Martín Tamayo I. Relaciones de la condición física y la composición corporal con la autopercepción de salud. *RICYDE, Int J Sport Sci*. 2013;IX(34):305–18.
20. Aceves-Palma JL, García-Vega S, Pedraza-Avilés AG. Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Rev Neurol Neurocir y Psiquiatr*. 2011;44(4):4–9.



21. Varanda-Pereira L, Pereira de Vasconcelos P, Ferreira-Souza LA, De Araújo-Pereira G, Kyosen-Nakatani AY, Márcia-Bachion M. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: A population-based study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):662–9.
22. Bolaños Sánchez M, Helo Guzman F. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño. *Rev CI EMed UCR [Internet]*. 2015;5(Iv):78–87. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr154i.pdf>
23. Easton JF, Stephens CR, Sicilia HR. The effect of a medical opinion on selfperceptions of weight for Mexican adults: Perception of change and cognitive biases. *BMC Obes*. 2017;4(1):1–11.
24. Hernández-Cano K. INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE UNA MUESTRA DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS. FO. UNAM. 2019. Universidad Nacional Autónoma de México; 2019.
25. Martínez-Cabañero MJ, Richart-Martínez M, Cabrero-García J, Orts-Cortés MI, Reig-Ferrer A, Tosal-Herrero B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. *Psicothema*. 2004;16(3):448–55.
26. Cossio-bola M, Vasquez P, Luarte-rocha MC, Sulla-Torres MJ. Evaluación de la autopercepción de la aptitud física y propuesta de normativas en adolescentes escolares chilenos : estudio EAPAF. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(4):319–28.
27. Rodriguez JSL, Serrano ML, Picon NJ, Sanchez ID. Consistencia Interna Y Validez De Un Cuestionario Para Medir La Autopercepcion Del Estado De Salud Familiar. *Rev Esp Salud Publica*. 2012;86(5):509–21.
28. Olivares Olivares SL, Wong Tamez, Myrthala (Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud T de M. Medición De La Autopercepción De La Disposición Al Pensamiento Crítico En Estudiantes De Medicina. Xii Congr Nac Investig Educ [Internet]. 2013;1–9. Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v12/doc/0430.pdf>



29. Escala Likert - YouTube [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=sRsvlcTx5IY>
30. Ospina Rave BE, Sandoval J de J, Aristizábal Botero CA, Ramírez Gómez MC. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. *Investig y Educ en Enfermería*. 2005;23(1):14–29.
31. Bermúdez-Jiménez C, Gaitán-Fonseca C, Aguilera-Galaviz L. Manejo del paciente en atención odontológica y bioseguridad del personal durante el brote de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Rev la Asoc Dent Mex*. 2020;77(2):88–95.
32. Daza-Henríquez JL. Impacto del COVID-19 (SARS- CoV-2) a Nivel Mundial, Implicancias y Medidas Preventivas en la Práctica Dental y sus Consecuencias Psicológicas en los Pacientes. *Int J Odontostomatol*. 2021;15(1):6–7.
33. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response. *Aten Primaria*. 2020;52(6):369–72.
34. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
35. CONACYT. COVID-19 Tablero México - CONACYT - CentroGeo - GeoInt - DataLab [Internet]. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
36. Parra-bracamonte GM, Lopez-villalobos N, Parra-bracamonte FE. Clinical characteristics and risk factors for mortality of patients with COVID-19 in a large data set from Mexico. *Ann Epidemiol*. 2020;52(January):93–8.
37. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiology of COVID-19 in Mexico: From the 27th of February to the 30th of April 2020. *Rev Clínica Española (English Ed [Internet]*. 2020;220(8):463–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.05.008>



38. Bello-Chavolla OY, Bahena-López JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, González-Díaz A, Márquez-Salinas A, et al. Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020;105(8):2752–61.
39. Martínez-Camus DC, Yévenes-Huaiquino SR. Atención Dental Durante la Pandemia COVID-19. *Int J Odontostomatol.* 2020;14(3):288–95.
40. Aubert J, Durán D, Monsalves MJ, Rodríguez MF, Rotarou ES, Gajardo J, et al. Propiedades diagnósticas de las definiciones de caso sospechoso de COVID-19 en Chile, 2020. *Rev Panam Salud Publica [Internet].* 2021;45(14). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.14>
41. Cruzat Villalobos G, Barrera G. F, Fuenzalida LF. SARS-CoV-2 en atención odontológica: vías de transmisión y sus consideraciones en la práctica clínica. *Rev Med Chil.* 2020;148(9):1302–6.
42. Langa LS, Sallent LV, Díez SR. Interpretación de las pruebas diagnósticas de la COVID-19. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet].* 2021;28(3):167–73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.01.005>
43. Conceptos básicos de las pruebas para la enfermedad del coronavirus en 2019 | FDA [Internet]. [citado el 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/conceptos-basicos-de-las-pruebas-para-la-enfermedad-del-coronavirus-en-2019>
44. Mateos Moreno MV, Lenguas Silva AL, Pastor Ramos V, García Ávila I, García Vázquez MT, García Vicent G, et al. Odontología en entorno COVID-19. Adaptación de las Unidades de Salud Bucodental en los centros de salud de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica [Internet].* 2020;94:1–19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33174539>
45. Santos-López M, Catrian-Fernández H. COVID-19 y el Nuevo Rol del Odontólogo en el Equipo de Salud. *Int J Odontostomatol.* 2020;14(3):296–8.
46. Mija Gómez JL. COVID-19 y su trascendencia en la atención dental: revisión y actualización de la literatura. *Odontol Sanmarquina.* 2020;23(3):261–70.



-
47. Facultad de Odontología U. Manual de Procedimientos de Bioseguridad para la actividad académica post-pandemia COVID-19. 2020. 1–40 p.



12. ANEXOS

AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE FRENTE A LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS COVID-19 PARA LA ATENCIÓN DENTAL

Aviso de Privacidad.

De acuerdo con lo Previsto en la "Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares" se hace de su conocimiento que la información obtenida por medio de este cuestionario será tratada de forma estrictamente confidencial por lo que al proporcionar sus datos personales, tales como:

1. Género
2. Edad.
3. Peso.
4. Estatura.
5. Trayectoria académica o profesional.
6. Nacionalidad.

Serán utilizados única y exclusivamente para:

1. Evaluar la autopercepción del paciente que acude a consulta dental y su actitud frente a los protocolos de bioseguridad utilizados en el consultorio dental.
2. Recabar información que sirva de ayuda para brindar una mejor atención en el consultorio dental.

Todos sus datos personales son tratados de acuerdo con la legislación aplicable y vigente en el país, por ello le informamos que usted tiene en todo momento los derechos (ARCO) para acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento que le damos a sus datos personales; derechos que podrá hacer valer a través del Área de Privacidad.

A través de estos canales usted podrá actualizar sus datos y especificar el medio por el cual desea recibir información, ya que en caso de no contar con esta especificación de su parte, establecerá libremente el canal que considere pertinente para enviarle información.

Para más información puede consultar el siguiente enlace:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>



AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE FRENTE A LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS COVID-19 PARA LA ATENCIÓN DENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El presente cuestionario pretende recabar información sobre el estado de salud de los pacientes que deben acudir a una clínica dental para recibir atención durante la pandemia ocasionada por el COVID-19, los conocimientos que el paciente tiene sobre el tema así como también evaluar la percepción del paciente respecto a todas las medidas de bioseguridad que se llevan a cabo para brindar la atención requerida.

Los resultados aquí obtenidos se utilizarán únicamente para fines de investigación clínica y estadística.

Se le invita a formar parte siendo consciente de que es libre de no aceptar u omitir respuestas que le resulten incómodas.

He leído, comprendo lo escrito aquí y acepto formar parte de dicho cuestionario.

Investigador principal: Dr. Luis Pablo Cruz Hervert, Jefe de la DEPEI, Facultad de Odontología, UNAM.
Contacto: Tel.: 56 22 55 45 / 56 22 55 47 Fax
jefatura-dpei@fo.odonto.unam.mx



Datos generales

Estos datos nos ayudarán a medir la distribución de la información acerca de las medidas de seguridad en las personas que acuden por atención dental a la Facultad de Odontología.

Género *

- Masculino
- Femenino
- Otro

Edad *

- 12-17
- 18-23
- 24-35
- 36-49
- 50 o más

Peso (kg): *

Tu respuesta



Estatura (m) *

Tu respuesta

Escolaridad *

- Primaria
 - Secundaria
 - Bachillerato
 - Licenciatura
 - Posgrado
-

Nacionalidad *

Tu respuesta

Estado de residencia *

Elegir ▼

Código Postal

Tu respuesta



Estado general de salud (antecedentes patológicos)

Sus respuestas nos ayudarán a identificar posibles relaciones entre la COVID-19 y otras enfermedades.

1. ¿Cómo considera su salud?

- Mala
- Regular
- Buena
- Excelente

2. ¿Hace cuánto tiempo fue su último examen dental?

- Este mes
- Entre 2 y 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Más de 1 año

3. ¿Hace cuánto tiempo fue su último examen médico?

- Este mes
- Entre 2 y 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Más de 1 año



10. ¿Padece alergia a algún medicamento, anestesia, alimento u otra sustancia?

- Sí
- No
- No lo sé

11. Si su respuesta fue sí, anote a qué es alérgico:

Tu respuesta _____

12. ¿Fuma?

- Sí
- No

13. Si su respuesta fue sí ¿Cuántos cigarros consume al día?

- 1-3
- 4-6
- Más de 6

14. ¿Consume bebidas alcohólicas?

- Sí
- No



4. ¿Está bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento?

Sí

No

5. Anote le medicamento que está tomando

Tu respuesta

6. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado?

Sí

No

7. Explique el motivo de su hospitalización:

Tu respuesta

8. ¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente?

Sí

No

9. Explique el motivo de la intervención

Tu respuesta



10. ¿Padece alergia a algún medicamento, anestesia, alimento u otra sustancia?

- Sí
- No
- No lo sé

11. Si su respuesta fue sí, anote a qué es alérgico:

Tu respuesta _____

12. ¿Fuma?

- Sí
- No

13. Si su respuesta fue sí ¿Cuántos cigarrillos consume al día?

- 1-3
- 4-6
- Más de 6

14. ¿Consumes bebidas alcohólicas?

- Sí
- No



15. Si su respuesta fue sí ¿con qué frecuencia y en qué cantidad (ml) lo hace?

	Menos de 1 Lt	De 1 a 2 Lt	2 o más Lt
1 a 3 veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 a 6 veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 6 veces al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Consume o ha consumido alguna algún tipo de droga?

- Sí
- No

17. Explique (tipo de droga y frecuencia):

Tu respuesta



18. De la siguiente lista, ¿Ha padecido o padece alguna de las afecciones o ha sido sometido a alguno de los siguientes tratamientos? Puede seleccionar más de una opción.

- Sinusitis
- Convulsiones o epilepsia
- Tuberculosis
- Enfisema
- Asma
- Tos persistente con o sin sangre
- Fiebre reumática
- Soplo
- Angina de pecho
- Marcapasos
- Daño a válvulas
- Infarto al corazón
- Gastritis o ulcera gástrica
- Enfermedades del riñón
- Insuficiencia renal
- Anemias
- VIH
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Diabetes
- Hepatitis
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Cáncer



19. ¿Padece alguna enfermedad o estado grave relacionado con su salud que no esté citado anteriormente y que crea que es importante?

- Sí
- No

20. En caso de haber padecido alguna, explique

Tu respuesta

21. En algún momento de la pandemia ¿Ha tenido COVID-19?

- Sí
- No
- No lo sé

22. Algún familiar o persona cercana a usted ha tenido COVID-19 a lo largo de la pandemia?

- Sí
- No
- No lo sé



Medidas de seguridad para acudir a la consulta dental en la pandemia.

Sus respuestas nos ayudarán a conocer qué tan expuesto ha estado al COVID-19 y los cuidados que usted tiene de acuerdo con su estilo de vida

23. ¿Sabe cómo se transmite el COVID-19?

- Sí
- No

24. En el último mes ¿ha tenido contacto con alguna persona infectada por COVID-19?

- Sí
- No
- No lo sé
- Otros: _____

25. A lo largo de toda la pandemia ¿se ha realizado alguna prueba para determinar si ha tenido COVID-19?

- Sí
- No



26. ¿Se realizó alguna prueba de COVID-19 antes de asistir a consulta dental?

- Sí
- No

27. En dado caso de que su respuesta anterior fuera "Sí" ¿Cuál fue el resultado de la prueba?

- POSITIVO
- POSITIVO ASINTOMÁTICO
- NEGATIVO
- FALSO NEGATIVO (REQUIRIÓ UNA SEGUNDA PRUEBA PARA CONFIRMAR SU DIAGNÓSTICO)

28. Qué tipo de prueba se realizó? Puede seleccionar más de una opción.

- PCR
- Prueba rápida de antígeno
- ELISA/CLIA (punción en vena)
- Test rápido o de auto diagnóstico (punción en dedo)



29. ¿Cuáles de estos artículos lleva consigo cuando sale de casa?

- Cubre bocas
- Guantes
- Careta
- Lentes de protección
- Gel antibacterial
- Desinfectante
- Otros: _____

30. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar a la clínica?

- Automóvil particular
- Taxi (UBER, DIDI, etc)
- Camión
- Metro
- A Pie

31. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar a la clínica?

- Menos de 30 min
- De 30 minutos a 1 hora
- Entre 1 hora y 2 horas
- Más de dos horas



Medidas de seguridad para la atención dental

En base con los conocimientos que usted tiene sobre las medidas de seguridad estas respuestas nos ayudarán a evaluar que tan de acuerdo se encuentra usted respecto a cada una de las labores necesarias para brindar atención dental durante la pandemia de COVID-19.

Tomando como referencia una escala de 1 a 5 seleccione qué tan de acuerdo se encuentra ante determinada situación.

32. Solo se agendará cita de manera no presencial (teléfono o redes sociales)

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

33. Al momento de agendar la cita se le aplicará una encuesta rápida relacionada con signos y síntomas de COVID-19

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

34. Si contesta de manera afirmativa a una pregunta de la encuesta telefónica que se le hará al momento de agendar su cita, esta deberá postergarse durante 14 días

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo



35. Si contesta de manera afirmativa a dos o más preguntas de la encuesta telefónica al momento de agendar su cita se le solicitará realizarse una prueba diagnóstica para COVID-19

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

36. En los días previos a su cita, si usted presenta algún síntoma relacionado con COVID-19 deberá notificarlo y su cita deberá ser postergada 14 días

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

37. Medirse la temperatura antes de salir de casa y si esta excede 37.5° deberá notificarlo y quedarse en casa

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

38. Evitar el uso de accesorios personales, como relojes, aretes, pulseras, entre otros.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo



39. Acudir solo a su cita o limitar el acceso unicamente a un acompañante en caso de ser necesario (niños, adultos mayores o personas con alguna discapacidad)

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

40. Utilizar gel antiséptico antes y después de la entrada a las instalaciones

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

41. Llegar 15 minutos antes de la hora acordada para evitar aglomeraciones en la sala de espera

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

42. No deambular (circular) por la sala de espera de manera innecesaria.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo



43. Mantener un distanciamiento social de 1.5m en la sala de espera

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

44. Evitar saludo de manos, abrazos y besos

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

45. Asistir a las instalaciones portando cubrebocas y retirarlo solo hasta que el personal de salud se lo indique

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

46. Colocarse el cubre calzado o dar uso de tapete para sanitizar el calzado antes de ingresar a la clínica

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo



47. Toma de temperatura antes de ingresar a la clínica (en la frente)

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

48. Toma de oxigenación antes de ingresar a la clínica

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

49. Que en dado caso de tener algún sintoma relacionado con COVID-19 le sea negada la atención

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

50. Que todo el personal cuente con barreras de protección (cubrebocas, careta, gorro, bata, etc)

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo



51. Limpieza y desinfección de sillón dental antes y después de cada paciente

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

52. Realizar un enjuague bucal con alguna solución antiséptica durante 30 segundos antes de iniciar el procedimiento

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

53. Evitar escupir durante todo el tratamiento (cualquier fluido deberá ser aspirado por medio del eyector)

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

54. Retirarse inmediatamente después de haber terminado su cita para evitar aglomeraciones en la clínica

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo



55. Toda persona que ingrese a las clínicas, sin excepción deberá cumplir estrictamente con todas las normas de bioseguridad implementadas por la clínica

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

56. ¿Cómo califica todas las medidas propuestas para poder brindarle a los pacientes atención dental?

- Malas
- Regulares
- Buenas
- Excelentes

57. Tomando en cuenta todas las medidas de bioseguridad que se implementan para brindar atención, ¿Qué tan seguro se siente durante todo el procedimiento, desde agendar la cita hasta que finaliza su consulta dental?

1 2 3 4 5

Muy inseguro Muy seguro

58. ¿Tiene usted alguna recomendación que considere de utilidad para ayudar a brindar una mejor atención dental durante la pandemia de COVID-19?

Tu respuesta _____