



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO.

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD.

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**TÍTULO: MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL
LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACION NEZAHUALCÓYOTL DEL
TRIMESTRE 18-O RELACIONADOS AL MALTRATO INFANTIL.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL.

INSTITUCIÓN: LDC NEZAHUALCÓYOTL.

NOMBRE DEL ALUMNO: FABIOLA RIVERA SOLIS.

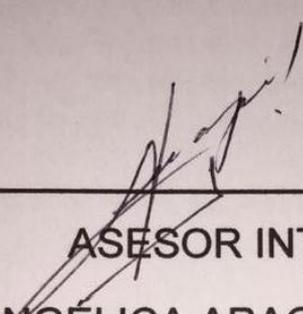
MATRÍCULA: 2132336798

PERIÓDO DEL SERVICIO SOCIAL: AGOSTO 2018 – JULIO 2019

FECHA DE ENTREGA: JULIO 2019

ASESORES RESPONSABLES:

DRA. ANGÉLICA CUAPIO ORTÍZ.

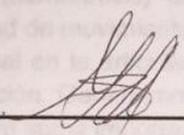


ASESOR INTERNO

CDEMB ANGÉLICA ARACELI CUAPIO ORTIZ.

COORDINADORA DE PROYECTO

Una hemorragia alérgica (purpúrica) es un episodio caracterizado por una pérdida súbita de la capacidad de coagularse y asociada a estar con los síntomas de dolor o entumecimiento anormal en la zona, inflamación al tacto y calor en la piel que rodea la lesión.



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

El síndrome del niño maltratado (SNM) lo originan tres elementos fundamentales para su presentación: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema.

Alrededor de 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia. Las características de la persona agredida son: edad (el maltrato puede observarse en cualquier edad pediátrica); el maltrato físico es más frecuente en recién nacidos y preescolares (menos de cuatro años) y el abuso sexual prevalece en escolares (con predominio entre 6-8 años); afecta a ambos sexos, en ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único o en mujeres si ocupan el tercero o cuarto lugar. A nivel de cavidad bucal los signos que apuntan hacia un diagnóstico de maltrato infantil son, alto riesgo a caries y lesiones en mucosa bucal.

La muestra estuvo constituida por 67 pacientes odontopediátricos atendidos durante el trimestre 18-O en el LDC, la edad mas prevalente fue de 6 años y el genero femenino. Los datos clínicos a nivel de cavidad bucal asociados a maltrato infantil fueron alto indice lesiones cariosas, fenestracion dental. Extraoralmente se identificaron hematomas, cicatrices y laseraciones así como bajo peso asociado al analisis del IMC.

Mediante un análisis de contingencia entre el riesgo a caries y la colonia, se pudo determinar que, para las tres colonias (Agua Azul, Evolución y Pirules) dónde reside el 58% de los pacientes evaluados al momento del estudio, el nivel de riesgo con mayor prevalencia fue el “riesgo alto”.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de independencia, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la colonia y el rango IMC en el paciente con respecto al riesgo a caries; es decir, que el riesgo a caries en los pacientes no es dependiente de la colonia, así como del rango IMC del paciente.

Palabras clave: maltrato, caries, responsabilidad, bucal, riesgo

INDICE

CAPÍTULO I: Introducción general.....	7
CAPÍTULO II: Investigación.....	8
Introducción .	
• Antecedentes.....	9
• Tiro y Sidon.....	10
• Mexico y la cultura azteca.....	10
• Los egipcios.....	11
• Auschwitz.....	11
• UNICEF.....	12
• Articulos de legislación.....	13
• Bienes jurídicos tutelados.....	14
• Derechos de los niños.....	15
• Maltrato infantil en la actualidad.....	16
• Clasificación actual del síndrome del niño maltratado.....	17
• Formas comunes y no comunes del SNM.....	18
• Triada del maltrato infantil.....	18
• Indicadores clínicos en el niño y la familia.....	19
• Indicadores de madres maltadoras.....	19
• Tipos de maltrato.....	20
• Actitud del odontólogo ante un niño maltratado.....	22
• Manifestaciones en mucosa bucal en niños maltratados.....	23
• Perfil físico del niño maltratado.....	24
• Perfil psicológico del niño maltratado.....	24
• Síndrome de Münchausen por poderes.....	25
• Indicadores del síndrome de Münchausen.....	26
• Protocolo CAMBRA.....	27
• Herramientas que evalúa CAMBRA.....	28
• Escala de Frankl.....	30
• Clasificación de conducta escala de Frankl.....	31
Objetivo general.....	32
Objetivos específicos.....	32
Material y métodos.....	32
Resultados.....	33
Discusión.....	55
Conclusión.....	56
Anexos.....	57
Bibliografía.....	59
CAPÍTULO III: ANTECEDENTES.....	61

1. Zona de influencia.....	61
a) Aspectos demográficos.....	62
b) Escolaridad.....	66
c) Aspectos económicos.....	68
d) Ingreso de la población.....	70
e) Derechohabiencia.....	71
f) Vivienda.....	72
g) Servicios.....	73
h) Morbilidad.....	78
i) Mortalidad.....	79
j) Causa general de la mortalidad.....	80
2. Servicio estomatológico Laboratorio de Diseño y Comprobación....	82
3. LDC Nezahualcóyotl.....	83
CAPÍTULO IV: Informe Numérico Narrativo.....	84
CAPITULO V: Análisis de la información.....	105
CAPÍTULO VI: Conclusiones.....	106
CAPÍTULO VII:Fotografías.....	107

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN GENERAL.

El servicio social es la etapa final de la formación profesional de un individuo, su principal objetivo el desarrollo de todas las actividades académicas adquiridas durante la formación. El periodo comprendido del servicio social se curso durante tres trimestres comprendidos entre 17-O y 18-P.

En el siguiente informe se habla sobre la investigación realizada durante el periodo de pasantía el cual lleva por título “ **Manifestaciones bucales en pacientes pediátricos del laboratorio de diseño y comprobacion nezahualcoyotl del trimestr 18-o relacionados al maltrato infantil.**”

El cual habla sobre la problemática de salud bucal que hay en la localidad así como los diversos factores a los cuales los pacientes pediátricos estan expuestos, que una vez reuniendo dichas características son considerados niños maltratados.

Se hace referencia a que se trata de un problema de alta prevalencia, generalizado y multifactorial, cuyos responsables directos son los padres de familia o tutores de los menores quienes no tienen una información clara acerca del tema.

Se realizo analisis de la zona de influencia donde fue realizado el servicio social.

Asímismo, se presenta el informe numerico narrativo en el cual se reportan las actividades realizadas durante cada mes, cada trimestre y un reporte anual del total de las actividades.

Finalmente, est trabajo contien conclusiones generales y fotografias del pasante trabajando en el LDC.

CAPITULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN.

México inicia el siglo XXI con grandes avances y retos en el campo de la salud pública, dentro de los cuales se encuentra el grave problema de la violencia y maltrato.

El maltrato infantil se define como toda agresión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona menor de edad, en cualquier etapa de la vida, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera del hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica. Es el mayor problema social que afecta todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos. La violencia física es el tipo de maltrato más común y en el 90 % de los casos suelen aparecer lesiones cutáneas como equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras y alopecias.

Más del 50 % de las lesiones ocurre en el área facial, la cabeza y la cavidad bucal (como fracturas dentales, laceraciones orales, fracturas maxilares y mandibulares y quemaduras) y más del 70 % de las fatalidades se atribuye al abuso causado por injurias en el área orofacial, cabeza y cuello.

Razón por la cual el odontólogo debe estar entrenado para determinar, diagnosticar y reportar, ya que puede ser el primer profesional interviniente que valore lesiones en un niño o niña que puede estar siendo maltratado(a).

El odontólogo tiene una alta probabilidad de identificar lesiones que pueden ser compatibles con maltrato infantil antes que otros profesionales de la salud (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social). Por esto es de suma importancia que conozca los signos clínicos, para detectar a tiempo posibles casos de maltrato infantil, manejarlos y registrarlos adecuadamente durante la consulta odontológica, realizar interconsultas y conocer su responsabilidad tanto legal como ética de informar a las autoridades competentes los casos sospechosos.

Se ha demostrado a través de estudios que las guías de manejo en casos de sospecha de maltrato infantil constituyen una herramienta importante para los profesionales en odontología al momento de realizar este tipo de reportes. En países como Croacia, el Reino Unido, Italia, Canadá, Panamá y Colombia, los profesionales de la salud que trabajan con niños no están obligados a diagnosticar maltrato infantil, pero sí a reportar una sospecha de este síndrome, aportando la evidencia encontrada.

El maltrato infantil es una patología de la cual se tienen registros desde las civilizaciones antiguas como la griega, la egipcia y la azteca; pero es hasta 1924 que se firma la declaración de Ginebra: Derechos de la infancia, siendo el IX derecho: No al Maltrato

ANTECEDENTES

Etiología del maltrato infantil

El maltrato infantil no es un hecho aislado, es un proceso que está determinado por la intervención de factores sociales, familiares, ambientales y del propio niño, que interaccionan de forma dinámica y pueden coincidir en una misma familia y en un determinado momento (Medrano & Perona). Las causas más comunes de maltrato infantil son un modelo psicológico, economía, desintegración familiar, inmadurez emocional y baja autoestima de parte de los padres o cuidadores, falta de preparación para atender a niños discapacitados, desconocimiento de las leyes que protegen al niño, conductas aprendidas y disciplina a través del maltrato (Ferro et al.).

Según la Ley, se considera maltrato infantil todo acto realizado a menores de 18 años cuando su salud física o mental, o su seguridad, están en peligro, ya sea por acciones y omisiones llevadas a cabo por los padres u otras personas responsables de su cuidado produciendo, el maltrato por acción, omisión o negligencia (Ferro et al., 2010).

El maltrato infantil es una patología que se conoce como el síndrome del niño maltratado. Actualmente se ha reconocido como un problema de rezago, ya que este padecimiento es casi tan antiguo como la humanidad (del Bosque-Garza, 2003).

EL MALTRATO INFANTIL A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Tiro y Sidon

Según al paso de la historia, se habla de sacrificios humanos de infantes desde el año 307 antes de cristo, de acuerdo a datos históricos registrados se habla del sacrificio de los niños de Baalim los cuales fueron ofrecidos como sacrificios a los ídolos de Canaán. (1)

Así mismo se menciona en la historia los sacrificios realizados en Tiro como ritual de grandeza en tiempos de los cananeos. Los cuales realizaban el sacrificio de niños, cuyo ritual consistía en entregar a un sacerdote por parte de los padres a su hijo el cual llevaban en brazos ocultando su rostro de la vista de los presentes, para en ese momento dar un golpe con el cuchillo. Cuando se incinera el cuerpo la música y la alegría del pueblo redimido con el sacrificio anulaban los gritos de los padres mientras su hijo se reunía con la divinidad. (1)

Uno de los datos más convincentes sobre el infanticidio en la antigüedad se encuentra en los descubrimientos de los arqueólogos. Entre los judíos de la antigüedad se sacrificaban bebés Moloch en el valle de Hinnom, que luego eran conducidos al infierno. Se habla de restos de infantes de 14 años de edad los cuales fueron sometidos a sacrificios, y fueron enterrados en valijas, dando el significado de que no merecían el entierro sagrado. Lo cual significaba que eran los mismos padres los que no querían que sus hijos vivieran. (3)

México y la cultura azteca

La cultura azteca es una de las fuentes intelectual, religiosa y costumbrista que priva en la América Latina de hoy. Su pensamiento se basaba en la obra de sacrificios humanos con la finalidad de satisfacer las necesidades y exigencias de sus dioses. (4)

Los sacrificios eran un elemento fundamental en el culto religioso para los aztecas. Venían a ser una especie de compensación o pago que los hombres daban a los dioses. Huitzilopochtli y todas las demás deidades, recibían su parte en la vida del pueblo. Los prisioneros de guerra eran sin lugar a dudas, la ofrenda más apreciada, y mientras más valientes y de más alto rango, eran los capturados, la ofrenda era aún mucho mayor y de más estima.

A los esclavos se les mataba y sacrificaba en ceremonias secundarias y en raras ocasiones se mataban niños y mujeres en los ritos de fertilidad para asegurar el crecimiento y prosperidad del pueblo. En algunas ocasiones se practicaba el canibalismo, en creencia de que él se comiera a la víctima podría obtener las

virtudes de la misma, básicamente si buceamos la Historia, en todo el mundo otras culturas usaban la misma creencia. (4)

Los egipcios

Los primeros datos sobre sacrificios humanos en el Antiguo Egipto los encontramos en la necrópolis de *Hiracómpolis*, en la época Nagada (3.500 a. C.) y en Abidos durante la I Dinastía (3.100 a. C.) (3)

Según las creencias egipcias, estos sacrificios se realizaban con el fin de que los sirvientes que habían servido en vida al faraón, siguieran haciéndolo en el "Más Allá" (3)

Posteriormente, se reemplaza el sacrificio humano para acompañar al faraón por estatuillas de madera, piedra o cerámica con formas humanas.

Se tiene como dato los sacrificios de infantes que los egipcios realizaban como culto a los reyes, siendo considerados almas libres de mal y eso a su vez les daban más valor para realizar el sacrificio.(3)

Auschwitz

Los niños fueron especialmente vulnerables durante la época del Holocausto. Los nazis propugnaron el infanticidio de los niños pertenecientes a grupos llamados "indeseables" o tachados de "peligrosos" de acuerdo a su ideología, ya fuera parte de su programa de "limpieza étnica" o como medida de seguridad preventiva. Los alemanes y sus aliados asesinaron a niños amparados en dichas razones ideológicas y como represalia para castigar supuestos ataques por parte de los miembros de la resistencia. (5)

Se estima que los alemanes y sus aliados asesinaron un total de un millón y medio de niños, entre los que se incluyen cerca de un millón de niños judíos y decenas de miles de niños de etnia gitana, niños alemanes con discapacidades físicas o psíquicas residentes en diversas instituciones, niños polacos y niños de las zonas ocupadas de la antigua Unión Soviética. Las posibilidades de supervivencia de los adolescentes (entre 13 y 18 años) judíos y otros no pertenecientes al pueblo judío eran mayores, ya que podían ser empleados como mano de obra.(5)

A partir de 1942, los niños procedentes de todas las zonas ocupadas fueron deportados a Auschwitz. En general los niños pequeños eran asesinados inmediatamente por ser demasiado pequeños para trabajar. Aquellos a los que se les perdonaba la vida se convertían primero en aprendices de albañil en la construcción de los crematorios en Birkenau. Ya que la alimentación no era suficiente para realizar estos trabajos tan duros, sufrían de desnutrición. En 1943, concluidos los trabajos en Birkenau, los muchachos de la "escuela de albañilería" fueron trasladados a Auschwitz donde fueron asesinados, junto a otros niños inyectándoles fenol. (6)

Algunos años se encontraban de continuo en el campo, en los bloques y en los comandos de trabajo, donde tenían que ejercer de peones. Algunos capos

alemanes abusaban de los menores para satisfacer sus instintos perversos, agravados por su larga estancia en el campo. (6)

En el campo estaba prohibido beber agua, puesto que estaba contaminada. Sin embargo los niños bebían debido a escases de agua potable. Sus pequeños cuerpos eran débiles y demacrados, estaban expuestos sin protección alguna de todas las enfermedades del campo. Muy a menudo, como consecuencia de la desnutrición total del cuerpo por el hambre, ni siquiera se podía comprobar de que enfermedad habían muerto.(6)

UNICEF:

El **Fondo de las Naciones Unidas para la infancia** o **Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund)** es un programa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con base en Nueva York y que provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países en desarrollo.(7)

Originalmente fue creado en 1946 con el nombre de **United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef)**, en español: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, para ayudar a los niños de Europa después de la Segunda Guerra Mundial. En 1953, Unicef se convierte en organismo permanente dentro del sistema de la ONU, encargado de ayudar a los niños y proteger sus derechos. Su nombre fue reducido al nombre actual, pero se mantuvo el acrónimo original.(7)

Unicef trabaja en más de 191 países y territorios a través de diferentes programas y Comités Nacionales. La base sobre la que guía su trabajo es la Convención sobre los Derechos del Niño y su labor está centrada en cinco esferas prioritarias de trabajo: supervivencia y desarrollo infantil, educación e igualdad de género, la infancia y el VIH/sida, protección infantil y promoción de políticas y alianzas. (9)

En México se tiene registro de maltrato infantil desde hace 20 años. Se ha tipificado el maltrato infantil en dos grandes rubros: activo y pasivo, la negligencia odontológica es clasificado como maltrato pasivo, por lo tanto el odontólogo (en especial el Odontopediatría) debe prestar atención al hacer la inspección clínica y elaboración de historia clínica del paciente, para encontrar indicios de maltrato infantil y llevar a cabo la atención de estos pacientes con adecuado manejo de su conducta, la cual puede ser variable dependiendo el tipo de maltrato que ha sufrido. (9)

Legislación constitucional y derechos de los niños

Con el paso de los años se han creado diversas instituciones las cuales velan y están en apoyo a los derechos de los niños de tal manera que existen artículos que mencionan cada uno de ellos.

Artículo 4to constitucional: El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (10)

Artículo 31 constitucional: el artículo 31 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) reconoce el derecho de la niñez al descanso, al esparcimiento, al juego, las actividades recreativas y a la plena y libre participación en la vida cultural y de las artes. (10)

Bienes jurídicos tutelados

Se refiere a los bienes materiales o inmateriales que están salvaguardados de una forma efectiva por el derecho; por lo tanto, están regulados. Ejemplos de estos bienes son la vida, la salud y la libertad, entre otros. Se produjo una legislación precisa para así proteger diferentes derechos, así como bienes y valores. Esta legislación busca garantizar su reconocimiento y el uso y disfrute de los mismos por parte de los individuos. En la Constitución se reflejan y se da reconocimiento a bienes, valores y derechos como trabajo, educación, expresión de ideas, vida y libertad, al igual que a los derechos económicos, sociales y políticos. (11)

Según el tipo de intereses que amparan, los bienes jurídicos protegidos se agrupan en individuales, sociales y opuestos a intereses gubernamentales:

- Individuales, contemplados en los delitos contra la integridad de las personas y la vida, así como los delitos sexuales y los delitos de privación ilegal de la libertad.

- Sociales, que incluyen delitos contra la moral pública y la salud.

- Opuestos a intereses gubernamentales, que abarcan delitos de terrorismo, atentados a la seguridad pública y contra la patria (traición).

Derechos de los niños: (de acuerdo a la CNDH) (12)

- I. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo
- II. Derecho de prioridad
- III. Derecho a la identidad
- IV. Derecho a vivir en familia
- V. Derecho a la igualdad sustantiva
- VI. Derecho a no ser discriminado
- VII. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral
- VIII. Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal
- IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social
- X. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad
- XI. Derecho a la educación
- XII. Derecho al descanso y al esparcimiento
- XIII. Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura
- XIV. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información
- XV. Derecho de participación
- XVI. Derecho de asociación y reunión
- XVII. Derecho a la intimidad
- XVIII. Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso
- XIX. Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes
- XX. Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet

Maltrato infantil en la actualidad.

La clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría define el maltrato infantil como toda agresión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona menor de edad, en cualquier etapa de la vida, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera del hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica. (13)

En el libro "Niños Maltratados", se define como "La acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad" (14)

El primer caso de maltrato infantil se reportó el año 1874, en la ciudad de Nueva York, y fue llevado a la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los Animales. En 1924, se estableció la Declaración de Ginebra: Derechos de la infancia, siendo el IX derecho: No al Maltrato (14).

En 1962 se fundó la Oficina Federal del Niño del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, que publicó la guía legislativa "Principios y terminología sugerida para la legislación sobre denuncia de niños maltratados". A partir de 1980 se reconoce el maltrato infantil como prioridad en la sociedad; ésta no distingue raza, sexo, ni condición social (14).

A partir del año 1999, la OMS considera al maltrato infantil como un problema de salud pública, al considerar el impacto físico y emocional que la agresión ocasiona al menor, el choque emocional y económico que causa a la familia y la repercusión económica y social que produce en la comunidad.(15)

CLASIFICACIÓN ACTUAL DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Etiología

El síndrome del niño maltratado (SNM) lo originan tres elementos fundamentales para su presentación: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema. (16)

Las principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteraciones de personalidad (59%), sujetos con trastornos de conducta (46%), rechazo familiar (34%) y negligencia (34%). Los principales agresores identificados en el niño maltratado son: la madre (58%), el padre (25%), padrastros (11%) y otros (5%).(26)

Las características del agresor pueden ser: antecedentes de cualquier forma de maltrato en la infancia, desarrollo en ambiente de privación social, estimación inexacta de las actividades de sus hijos, falta de información y de experiencia sobre la crianza de los hijos, pérdida de la inhibición para manifestar la agresión, es decir, padecen un defecto de carácter que les permite expresar su agresividad con anormal facilidad. Enfermedad mental: crónicamente agresivos, compulsivos y de tipología pasivo dependiente.(26)

Alrededor de 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia. Las características de la persona agredida son: edad (el maltrato puede observarse en cualquier edad pediátrica); el maltrato físico es más frecuente en recién nacidos y preescolares (menos de cuatro años) y el abuso sexual prevalece en escolares (con predominio entre 6-8 años); afecta a ambos sexos, en ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único o en mujeres si ocupan el tercero o cuarto lugar; en el abuso sexual las niñas son más agredidas, la agresión física es mayor en niños. Otras causas son malformaciones congénitas o daño neurológico, enfermedades crónicas que requieren atención médica repetida, no corresponder al sexo esperado, niño demasiado irritable, desobediente y sin capacidad para controlar esfínteres. (14)

Formas comunes y no comunes de snm (17)

• Formas comunes:

Maltrato físico.

Abuso sexual.

Abuso psicológico o emocional.

Privación social.

• Formas no comunes:

Sx. de Münchausen.

Abuso fetal.

Abuso infantil de tipo ritual o religioso.

Niños de la guerra.

Niños de la calle y maltrato étnico.



Figura (1) Triada del maltrato infantil. (1)

Indicadores clínicos en el niño.

Primer orden.	Discordancia clínica
Segundo orden.	Talla baja Higiene inadecuada Bajo rendimiento escolar
Tercer orden.	Lesiones antiguas Desnutrición Producto no deseado o aceptado Inmunizaciones incompletas

Cuadro 1: indicadores clínicos en el niño. (18)

Indicadores clínicos en la familia

Primer orden.	Retardo en la atención médica
Segundo orden.	Historia de maltrato en los padres Convivencia con padrastros
Tercer orden.	Maltrato en otro familiar Alcoholismo y drogadicción en alguno de los padres. Solicitud de atención por una persona ajena al núcleo ajena al núcleo.

Cuadro 2: indicadores clínicos en la familia. (18)

INDICADORES MADRES MALTRATADORAS (18)

- Madre adolescente.
- Madre con bajo nivel de escolaridad.
- Insuficiente soporte conyugal.
- Madres con patología psiquiátrica, alcoholismo y/o drogadicción.
- Madres cuyo embarazo haya sido no deseado (antecedente de intención de interrumpir el embarazo, rechazo al embarazo, indiferencia y deficiente autocuidado).
- Madres con depresión post parto.
- Madres con familias desintegradas.
- Madres cuya cultura acepte la violencia.
- Madres con baja tolerancia al estrés.

TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil se subdivide en dos grandes grupos:

A. Pasivo:

a. Abandono físico: cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro que conviva con él. (14)

b. Abandono emocional: falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias del menor y la indiferencia al estado de ánimo del niño. (14)

c. Omisión-Negligencia: un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo.

Negligencia Odontológica: definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como la falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor. (14)

B. Activo:

d. Abuso físico: lesión corporal que el padre, cuidador o tutor cause a un niño intencionalmente. (14)

e. Abuso sexual: explotación mediante cualquier acto sexual que va desde exposición indecente, tocamiento indebido, violación, prostitución, raptó, incesto, pornografía y comercio sexual. (14)

f. Abuso emocional: patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima; va desde la hostilidad verbal, acoso, insulto, menosprecio, sometimiento, dominación, abuso pedagógico (niños con excesivas obligaciones pedagógicas), evitando el desarrollo normal y vida social del niño. (14)

g. Maltrato social o explotación laboral: Comprende todas aquellas conductas de los padres y de las instituciones que interfieren con el bienestar infantil y su desarrollo armónico. Éste se presenta en niños en pobreza extrema, que no reciben la educación básica gratuita o atención médica; excesos disciplinarios de los maestros, permitidos tanto por la institución como por los propios padres, así como sacar a los hijos de la escuela y obligarlos a trabajar para ayudar a la subsistencia de la familia. (13).

Tanto el maltrato como el abandono están relacionados con consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud mental y física del niño, en su capacidad de aprendizaje, en su rendimiento académico y en su desarrollo social y de comportamiento. (19)

INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL

Conductuales: ausencias reiteradas a clase, bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración, depresión constantes o conductas auto-agresivas, ideas suicidas, docilidad excesiva, actitud evasiva o defensiva frente a los adultos, la búsqueda intensa de expresiones afectuosas, actitudes o juegos sexualizados para su edad, intrusión, ansiedad, trastornos de sueño, baja autoestima, conductas adictivas, evidencia de "inversión de papeles". (18)

Físicos: alteración de factores normales de crecimiento y desarrollo, falta de higiene y cuidado corporal, marcas de castigos corporales, accidentes frecuentes, embarazo precoz, vestidos inapropiados para la temporada (camisa de manga larga en días calurosos). (18)

Indicadores oro-faciales. Signos y síntomas en la cavidad bucal: presencia de petequias en el paladar, desgarro en el frenillo labial y lingual, retraso para emprender el tratamiento, caries en número abundante, abscesos repetidos, granulomas, ausencia de dientes, enfermedades periodontales (14, 22).

Otras lesiones: áreas de alopecia traumática, traumatismos y hemorragias cráneo-encefálicas, hematomas, desgarros, arañazos, equimosis, mordiscos en la cara, estigmas ungueales en el cuello, quemaduras, laceraciones, y contusiones en la cavidad oral (20).

ACTITUD DEL ODONTÓLOGO ANTE UN NIÑO MALTRATADO.

Entre el 60 y 70% de los casos, las víctimas presentan lesiones de cabeza, cara, cuello y boca (21).

El odontólogo debe estar alerta ante posibles signos y síntomas que pueden verse en la cavidad bucal; el diagnóstico comienza con una buena historia clínica, cuando se examina a un paciente con lesiones potencialmente no accidentales como son quemaduras, lesiones en mucosas, mordeduras, laceraciones, luxaciones y fracturas dentales, rotura de frenillos, eritema, petequias, fracturas radiculares, etc. (22)

Además el odontólogo obtendrá una impresión general de niño: higiene, desarrollo, estatura, vestimenta, relación con los padres, marcas inusuales en la piel, limitación de movimientos; todo esto en busca de un examen completo y sistemático. (22)

MANIFESTACIONES EN MUCOSA BUCAL DE NIÑOS MALTRATADOS

El Odontopediatría como profesional de la salud puede detectar inicialmente signos y síntomas de maltrato físico por las lesiones buco-faciales que presente un niño. En ocasiones estas señales no pueden ser percibidas a causa de la falta de conocimiento sobre maltrato y abandono infantil. Dentro del maltrato infantil se describen manifestaciones bucales entre las cuales no se menciona la candidiasis bucal. (24)

La mayoría de las lesiones se van a centrar en la cara, fundamentalmente contusiones, la cavidad bucal también puede ser lesionada, bien en forma de abrasiones o laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6%. Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores, y de forma violenta, de objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente en laceraciones en la mucosa labial, y luxaciones dentales laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos, o por taponar la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico. Cuando se presentan traumatismos dentarios suelen ocurrir luxaciones, avulsiones o fracturas de los incisivos superiores con una marca en la parte interna de los labios normalmente producidas por un golpe directo producto de un puño del maltratador. (14)

La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura del frenillo lingual o el hallazgo de un eritema o petequias sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación. El examen radiográfico también nos puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo. (14)

En México la legislación que rige sobre maltrato y violencia infantil son: Ley para la protección de niños, niñas y adolescentes, vigente desde 2005; en el estado de México Ley para la prevención y atención la Violencia familiar, Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, vigentes desde 2004. El maltrato infantil deja huellas físicas observables así como secuelas emocionales que provocan un impacto en el desarrollo social, educativo y emocional del niño; con consecuencias a mediano y largo plazo (23).

De acuerdo a un estudio realizado por parte de la UNAM, y en colaboración de referencia de pacientes al Instituto Nacional de Pediatría y al artículo INDICADORES OROFACIALES EN EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO publicado en el año 2003, cuyo objetivo fue señalar los indicadores clínicos en cráneo, cara y cavidad bucal que el estomatólogo pediatra debe identificar en el Síndrome del Niño Maltratado (SNM), para sospechar el diagnóstico y enviarlo al grupo especializado para su atención interdisciplinaria. (2)

Se buscaron los siguientes indicadores orofaciales:

En cráneo: traumatismo craneocefálico (TCE), fracturas, hematomas, exostosis, hundimientos, alopecia traumática, desprendimiento de lóbulos de oreja. (25)

En cara: hematomas, abrasiones, laceraciones, contusiones, equimosis, quemaduras, mordidas, fracturas, cicatrices en diferentes estadios, hemorragias retinianas, eritema en piel, marcas causadas por mano, por hebillas, por cordones eléctricos, por raquetas, por bats, etc. (25)

La región intraoral: se examinó de acuerdo a la clasificación de Andreasen para traumatismos en tejidos blandos del área bucal y traumatismos dentoalveolares. (25)

Perfil del niño con maltratado físico

- Alteración de patrones normales de crecimiento y desarrollo .
- Persistente falta de higiene y cuidado corporal.
- Marcas de lesiones corporales.
- Accidentes frecuentes referidos.

Perfil del niño con maltratado psicológico

- Conducta de apego inapropiada.
- Retraso de desarrollo cognitivo y motor.
- Concepto negativo de los padres de familia.
- Conducta antisocial y consumo de sustancias psicoactivas.

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES.

El síndrome deriva del nombre Freiher Von Münchhausen, un noble alemán que inventaba historias fantásticas e imposibles. Generalmente la madre, que induce enfermedades en su hijo o hija intencionada y deliberadamente, o proporcionan a los médicos información falsa acerca de la salud de su hijo, inventando enfermedades o síntomas que su hijo no padece. (26)

Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto. (26)

Se diferencia de la hipocondría, cuya característica es preocupación por estar enfermo, causada por ansiedad y que, en algunos casos, puede ser síntoma de una depresión endógena. El Síndrome de Münchhausen, bautizado así por el Dr. Richard Asher en 1951, es uno de los "Trastornos Ficticios" en la clasificación psiquiátrica internacional. Esta enfermedad mental es más conocida por una variante, **el Síndrome de Münchhausen Por Poderes**, por el cual un adulto provoca o hace fingir enfermedades en un niño a su cargo, por lo general hijos, aunque pueden ser sobrinos, nietos, o hasta niños bajo cuidado, como en el caso de niñeras que sufren de dicha enfermedad. (26)

Esta psicopatología se caracteriza por una obsesión o deseo irrefrenable y permanente de ser asistido por personal médico. Dicha compulsión lleva a los enfermos a deambular de hospital en hospital, muchas veces con nombre falso, para que se los atienda una y otra vez. (27)

El síndrome de Münchhausen puede definirse como el grado sumo de la hipocondría y está protagonizado en su mayoría por pacientes de sexo masculino, inteligentes y conocedores de las prácticas médicas. Si bien son conscientes del engaño, no así de sus motivaciones inconscientes de obtener la atención de los demás. Madres que enferman y matan a sus hijos. (28)

En las mujeres, el síndrome es menos frecuente (de un 10 a un 25 por ciento), sin embargo, se presenta en su mayoría en madres que manipulan a sus hijos inventándoles enfermedades que no existen, para luego solicitar ayuda. Este es el Síndrome de Münchhausen Por Poderes, en el que adulto desarrolla gran habilidad en convencer al personal médico y a la familia de que su hijo está enfermo. La madre que sufre de este trastorno maltrata a su hijo, pudiendo llegar a envenenarlo o causarle la muerte por asfixia. Su objetivo es obtener una estadía en el hospital, con los cuidados y la atención que estos implican, y sentirse así

protegidas y tomadas en cuenta. Su actitud para con el hijo enfermo es de total abnegación y cooperan activamente con el personal médico. Se trata por lo general de mujeres muy inteligentes, a menudo con estudios superiores y conocimientos médicos fundados. En su afán por obtener cuidados y atención, la madre afectada por el síndrome puede falsificar muestras de orina y de sangre. (26)

Indicadores del síndrome de Münchausen.

- Invención de antecedentes
- Provocación de síntomas.
- Alteración de muestras de laboratorio.
- Alteración de mediciones de temperatura.
- Presentación novedosa y exótica de enfermedades.
- Continúa la farsa aun el niño hospitalizado.
- El cuidador consigue la atención del personal sanitario o de su familia.
- El niño no responde al tratamiento.
- Afecta sobre todo a niños que no han desarrollado la función de hablar.

PROTOCOLO CAMBRA.

¿qué es el protocolo CAMBRA?

El denominado Protocolo CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment), es una guía para profesionales de la salud bucal, tanto para odontólogos como higienistas, que fue creado para prevenir, diagnosticar y tratar la caries teniendo en cuenta el riesgo individual de cada paciente para padecerla. Está basado en un cuestionario escrito, que desde el año 2002 fue propuesto por la Asociación Dental Californiana (*CDA- California Dental Association*). (32)

El modelo original del protocolo CAMBRA establece cuatro niveles de riesgo: bajo, moderado, alto y extremo. (32)

Una vez evaluados los pacientes según su nivel de riesgo de caries se puede ofrecer un protocolo de actuación específico según ha sido clasificado. El Protocolo CAMBRA, además de evaluar el riesgo de caries, analiza el por qué de la enfermedad con el objetivo de prevenir la aparición de futuras lesiones y en caso de que estén presentes, tratarlas de una forma no invasiva o mínimamente invasiva.(32)

El protocolo CAMBRA incorpora conceptos de Odontología Mínimamente Invasiva en el cual se propone prevenir las caries y promover la remineralización de las lesiones tempranas. Tomando en cuenta los factores de riesgo y protectores para conseguir el equilibrio de los mismos durante la mayor cantidad de riesgo posible. Manejo de la caries mediante la evaluación de riesgo (CAMBRA en inglés) representa un enfoque basado en la evidencia para la prevención, la reversión, y el tratamiento de la caries dental el cual incluye una metodología para identificar la causa de la enfermedad a través de la evaluación de los factores de riesgo para cada paciente en particular y luego la gestión de los factores de riesgo a través de productos químicos de conducta, y procedimientos mínimamente invasivos. (31)

La evaluación del riesgo y el énfasis en el proceso de la enfermedad es en general y no sólo la etapa de cavitación de la lesión. Para simplificar este proceso, la Asociación Dental de California - en colaboración con expertos e investigadores - desarrolló formas de evaluación de 0-5 años de edad y para adultos. Los formularios de evaluación publicados de pacientes de 0-5^a fue adoptada por la Academia Americana de Odontología Pediátrica en 2010. La Asociación Dental Americana ha desarrollado formas de evaluación y estas una

vez implementadas ayudarán a los clínicos para determinar si un paciente es de riesgo bajo, moderado, alto o extremo. (31)

Evaluación de riesgo de la caries por CAMBRA

La evaluación de riesgo de caries mide el balance de la caries de un paciente en un punto en el tiempo, y la información recolectada dirige el proceso en un tratamiento clínico. El tratamiento se basa en la evidencia y los pacientes son tratados de acuerdo a su ambiente oral y no tratando a los pacientes de forma similar. El tratamiento involucra estrategias que colocan al paciente en una balanza saludable. (32)

Herramientas de evaluación de CAMBRA

La herramienta de evaluación de la caries se ha desarrollado en los formatos para su uso por proveedores de servicios dentales, para los pacientes de edad 0 a 5 y pacientes de 6 años hasta adultos. Las herramientas de evaluación son con enfoque global para prevenir y tratar la infección de caries, se compone de los siguientes:

- **Indicadores de Caries-** (nivel socioeconómico) con bajo nivel socioeconómico, los problemas de desarrollo, y la presencia de caries, manchas blancas, y las restauraciones colocadas en los últimos 3 años. (31)
- **Factores de riesgo** - el tipo y la cantidad de Estreptococos mutans (MS) y lactobacilos (LB), la placa visible, las raíces expuestas, reducir los factores de la saliva y el flujo de saliva insuficiente, refrigerios frecuentes, fosas y fisuras profundas, y aparatos de ortodoncia. (31)
- **Factores de Protección contra la caries** - fuentes de fluoruro sistémico y tópico, el flujo de saliva adecuada y el uso regular de la clorhexidina, xilitol, y el calcio y el fosfato de pasta. (31)
- **Examen clínico** - presencia de manchas blancas, descalcificación, restauraciones, PDB y un cultivo bacteriano y pruebas de flujo de saliva.

Después de que las herramientas de evaluación del riesgo de caries se ha utilizado para determinar el nivel de riesgo de los pacientes, el siguiente paso es

desarrollar un plan de tratamiento preventivo y terapéutico con las siguientes guías clínicas:

Determine el riesgo de caries en general como:

- **De bajo riesgo** - no hay lesiones dentales, sin PDB visible, fluoruro óptimo con cuidado dental regular. (32)
- **Riesgo moderado** - lesión dental en los últimos 12 meses, PDB visible, fluoruro óptimo, atención odontológica irregular. (32)
- **De alto riesgo** - una o más lesiones cavitadas, placas, fluoruro óptimo, sin cuidado dental, alto desafío bacteriano, discapacidad en el flujo salival , consumo frecuente de bocadillos. (32)
- **Riesgo extremo** - paciente de alto riesgo con necesidades especiales o hipo salivación grave, alto nivel bacteriano. (32)

ESCALA DE FRANKL.

La escala de Frankl es una clasificación que ayuda a evaluar el comportamiento del paciente pediátrico ante la consulta odontológica dependiendo de su manera actuar y aceptar el tratamiento en el sillón dental. (33)

Factores que afectan el comportamiento

Historia medico odontológica.

Condición general.

Dolor.

Condición psicológica.



Edad y desarrollo evolutivo.

Estado emocional. → Adaptativo

Rasgos de personalidad. → Disfuncional



- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- T. de ansiedad por separación.
- T. negativo desafiante.

Factores que influyen en el comportamiento del niño:

-Dimensiones y estilo de crianza infantil.

- Aceptación y sensibilidad paternas.
- Exigencia y control paternos.

-Estilos parentales de crianza.

- Padres con autoridad.
- Permisivos.
- Autoritarios.
- No comprometidos.

-Participación en la consulta.

- Motivados.
- Ansiosos.
- Autoritarios.
- Manipuladores.
- Indiferentes.

Clasificación de conducta según la escala de Frankl.

Tipo 1	Definitivamente negativo. Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
Tipo 2	Negativo. Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (ariscas, lejanas).
Tipo 3	Positivo. Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
Tipo 4	Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta. (BORDONI Y COLS., 2010).

Cuadro 3: clasificación del paciente pediátrico según la escala de Frankl. (33)

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer e identificar los principales factores de riesgo de la patología bucodental asociada a maltrato infantil.
- Determinar la patología bucodental más representativa de maltrato infantil en población pediátrica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar si las variables talla, edad, peso y condición socio económica son determinantes de maltrato infantil.
- Correlacionar el nivel de riesgo a caries con ayuda del protocolo CAMBRA para determinar el estado de salud dental.

TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y analítico.

MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 67 pacientes pediátricos que recibieron tratamiento estomatológico en el LDC Nezahualcóyotl durante el trimestre 18-O.

RESULTADOS

EDAD

La población de estudio estuvo compuesta por 67 pacientes del LDC Nezahualcóyotl con un rango de edad de 0 a 12 años, (Figura 1, Tabla 1).

Medidas de tendencia central de la población de estudio.

	Promedio	Mediana	Moda	IC 95%
Edad (años)	6.38	6	4	5.80 - 6.97

Tabla1: Rango y promedio de edad de los pacientes

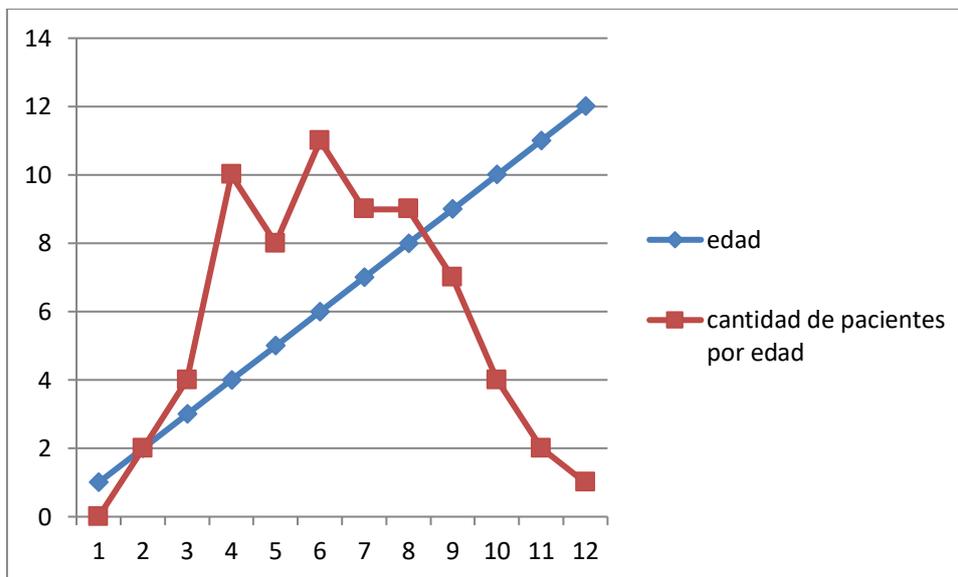


Figura 1. Se observa la relación de cantidad de pacientes, con referencia a la edad de cada uno.

GENERO

Una vez valorados los pacientes se clasificó de acuerdo al género ya sea masculino y femenino siendo 39 niñas (58.2%) y 28 niños (41.8%). (figura 2)

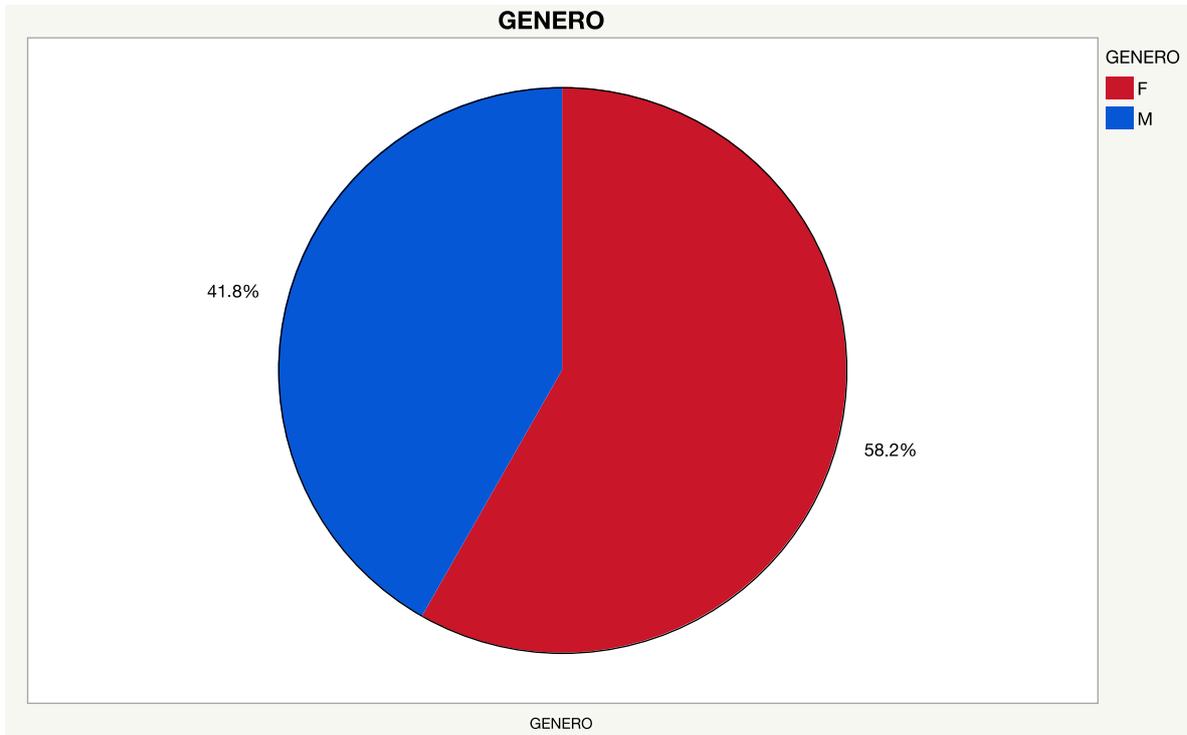


Figura 2. Frecuencia de pacientes pediátricos en relación al género.

Como puede observarse en el grafico la frecuencia de pacientes pediátricos representada en porcentaje a partir de una n=67 fue de Femenino: 39 niñas en el estudio que representan el 58.2%; Masculino: 28 niños en el estudio que representan el 41.8%.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.

Para esta variable se partió de la clasificación socio económica llevada a cabo por INEGI del año 2010.

Del total de los pacientes (n=67), el 25.4 % (17) provenían de la colonia Agua Azul, seguida de las colonias Evolución y Los Pirules con 17.9% (12) y 14.9% (10), respetivamente, lo cual fue consultado con las estadísticas, clasificando de acuerdo a su estrato social como en como tipo E siendo colonias de bajos ingresos las del municipio de Nezahualcóyotl. (Figura 3).

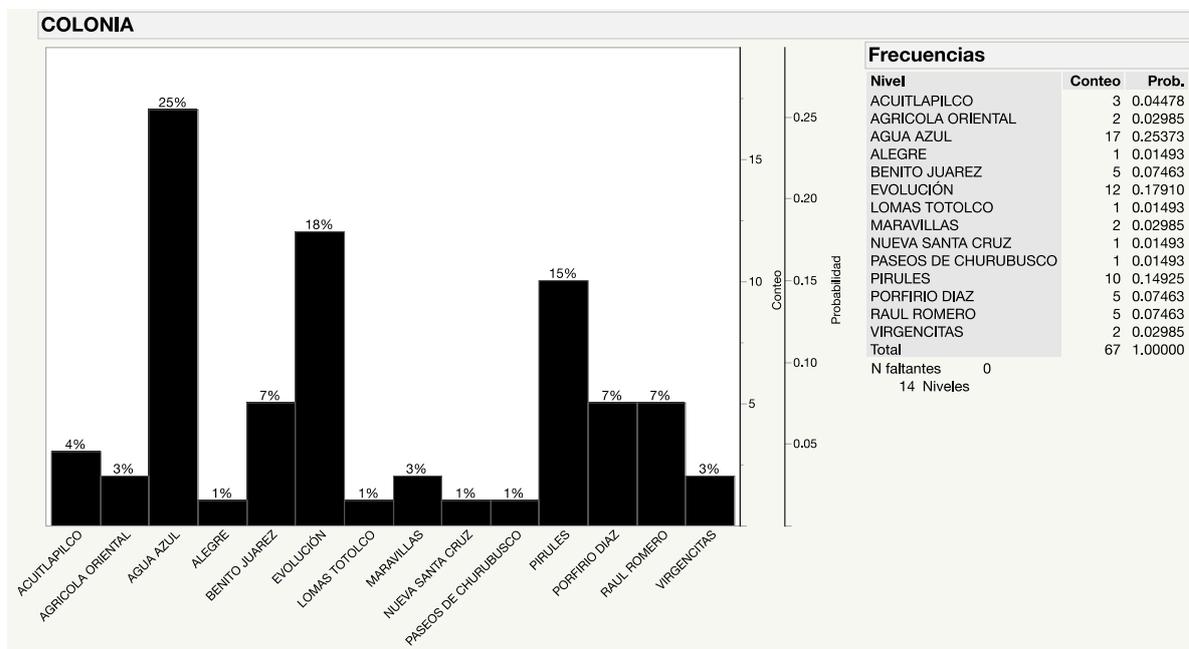


Figura 3. Localidad de residencia de los pacientes. Se muestra el número de pacientes por colonia recibidos al momento del estudio. n=67

ESCOLARIDAD DEL LOS PACIENTES

En cuanto el nivel de estudios de los pacientes, al momento del estudio, 55.2% (37) contaban con nivel Primaria, 38.8% (26) con nivel Preescolar, 3% (2)con nivel Secundaria y 3% (2)sin nivel educativo (Tabla 2).

	n ^a	%
Escolaridad		
No acude	2	3
Preescolar	26	38.8
Primaria	37	55.2
Secundaria	2	3

Tabla 2. Porcentaje de escolaridad de los pacientes

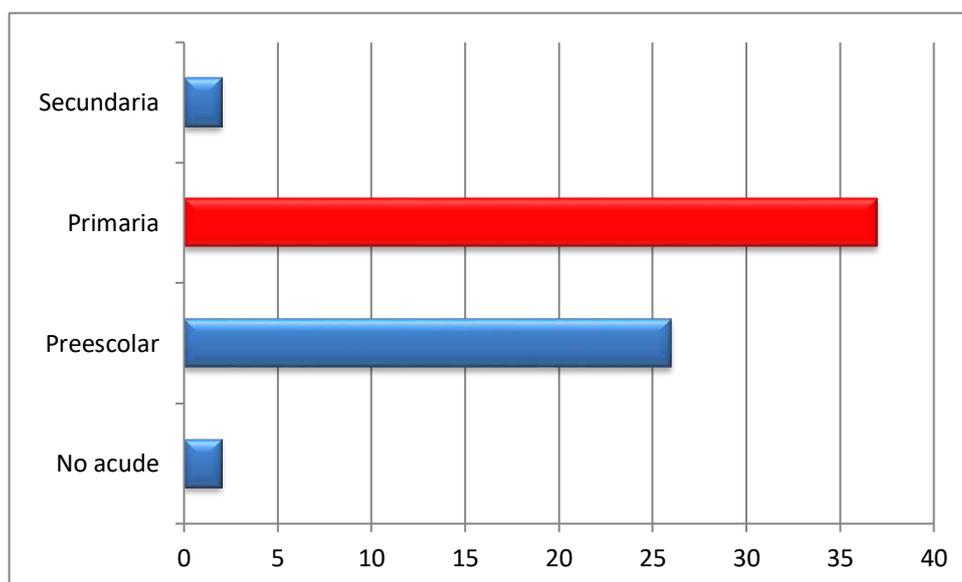


Figura 4. Grafica de referencia con relación al grado de escolaridad de los pacientes valorados.

PESO

La variable ponderal fue considerada determinante para el estudio de maltrato, obteniéndose un rango promedio de 25.31 Kg en la población de estudio, como se muestra en la (Tabla 3).

Medidas de tendencia central de la población de estudio.

	Promedio	Mediana	Moda	IC 95%
Peso (kg)	25.31	21.5	21	22.66 - 27.97

Tabla 3. Medidas de tendencia central de la población de estudio con base en el peso registrados en cada uno de los pacientes.

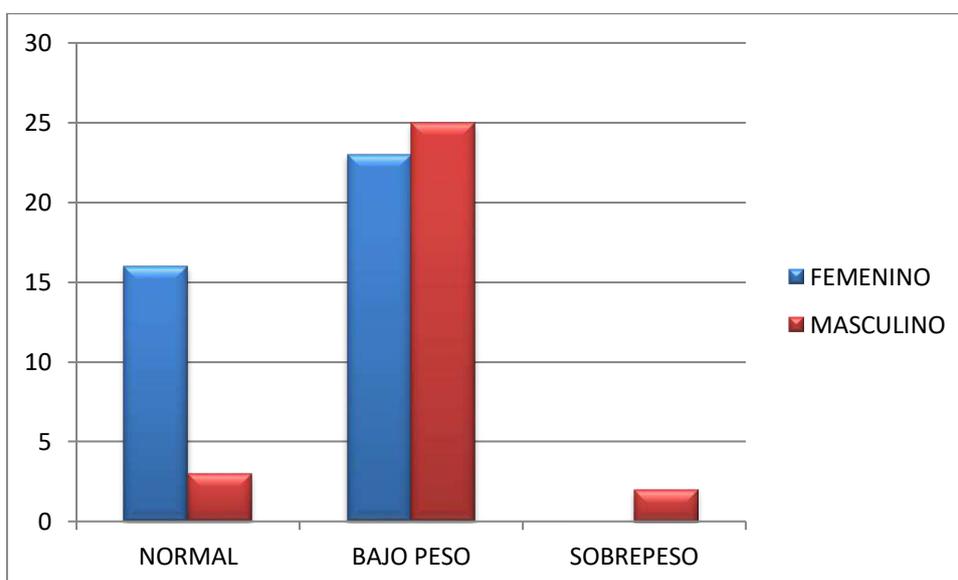


Figura 5. Representación gráfica con relación del peso de los pacientes de acuerdo a su género

TALLA

La talla fue otra de las variables consideradas para la evaluación de maltrato infantil, siendo 1.19 la estatura promedio, de esta manera se representa en la (tabla 4).

Medidas de tendencia central de la población de estudio.

	Promedio	Mediana	Moda	IC 95%
Estatura (m)	1.19	1.16	1.12	1.15 - 1.23

Tabla 4. Medida de tendencia central de la población de estudio con base en la talla registrada en cada uno de los pacientes. n=6

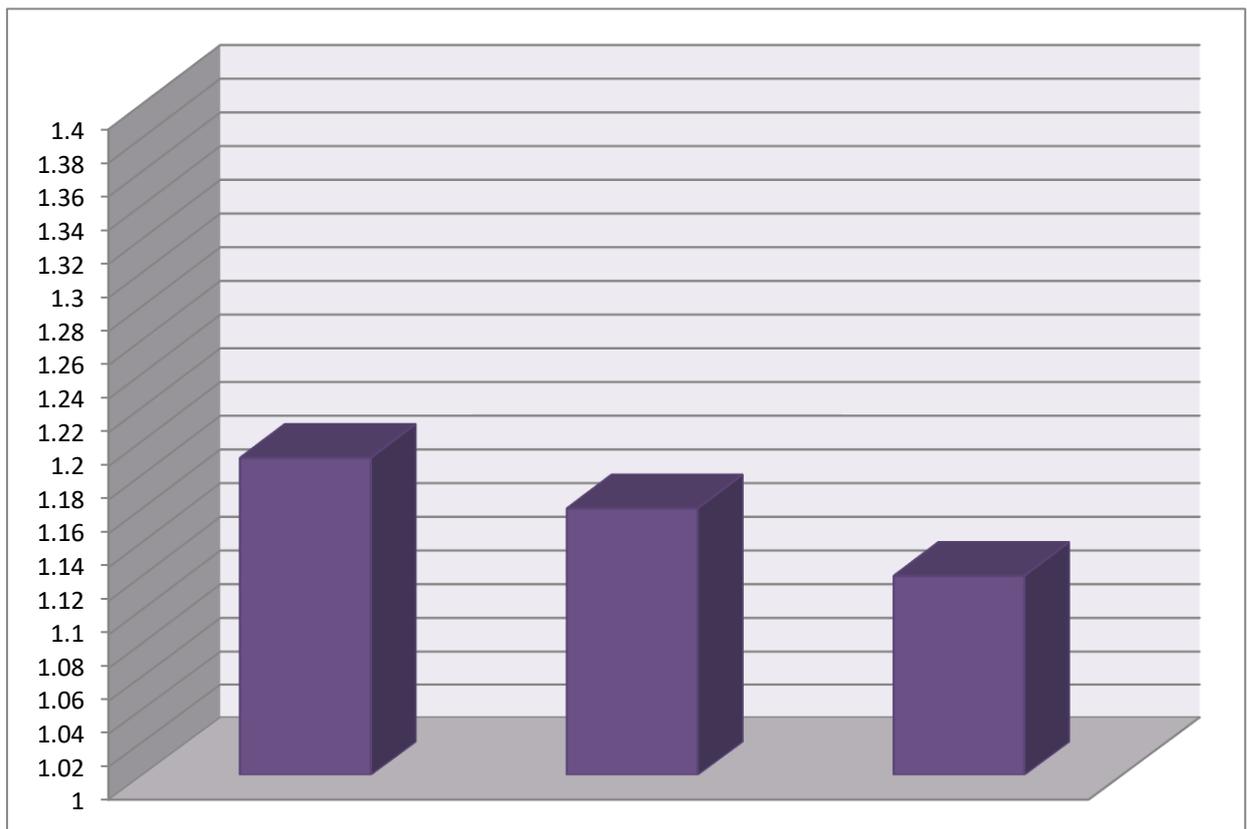


Figura 6. Representación general de la talla de los pacientes evaluados.

IMC

De acuerdo a la información de edad, talla y peso, se correlacionaron los datos para representar gráficamente el índice de masa corporal de acuerdo al género correspondiente, ya sea femenino o masculino.

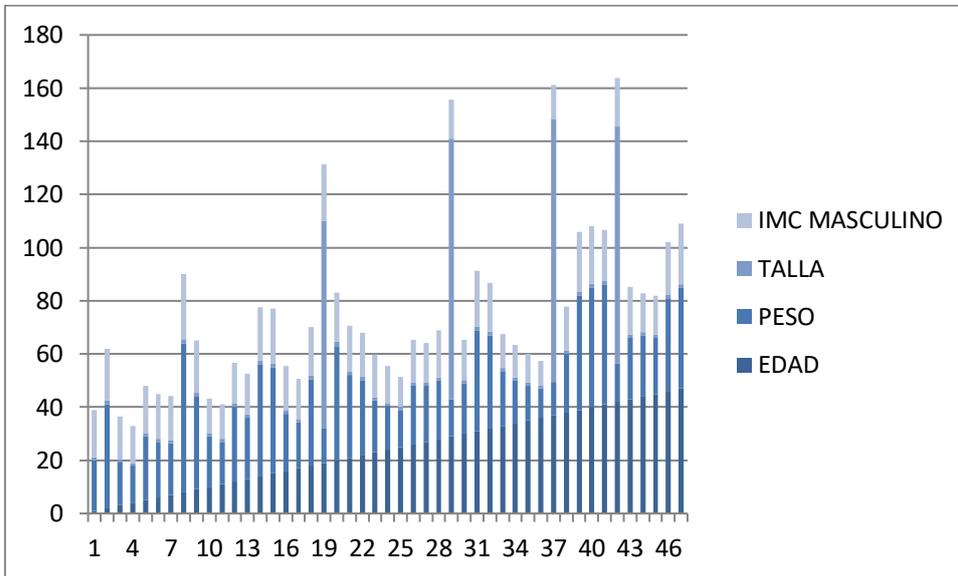


Figura 7. Relación de IMC en pacientes del género masculino, de acuerdo a su peso talla y edad

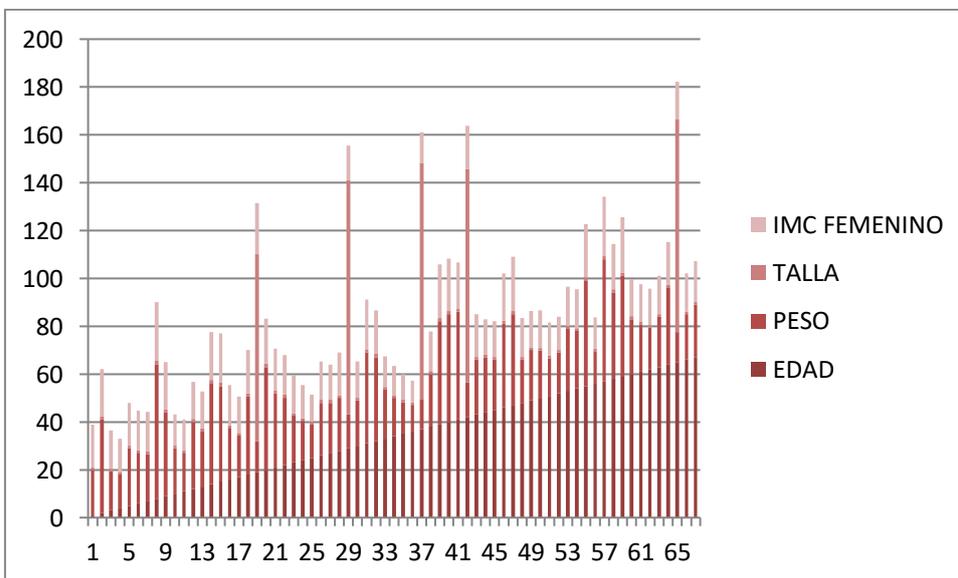


Figura 8. Relación de IMC en pacientes del género femenino, de acuerdo a su peso talla y edad.

CONDUCTA DURANTE EL TRATAMIENTO DE ACUERDO A FLANKL

De acuerdo a la escala de Frankl se valora la conducta de los pacientes durante la revisión bucal.

Desde la forma en que llegan y su actitud frente al odontólogo.

	n ^a	%
Conducta		
Dócil	10	14.9
Cooperadora	49	73.1
Agresiva	8	11.9

Tabla 5. Registro de acuerdo a la actitud del paciente en sillón dental.

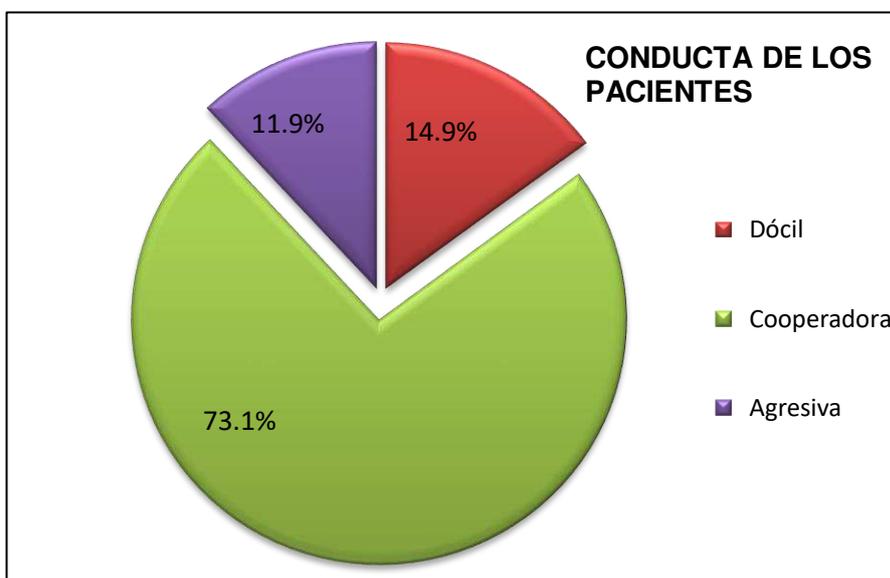


Figura 9. Grafica representativa del tipo de comportamiento de los pacientes según la escala de Frankl.

ASEO GENERAL Y BUCAL

En cuanto al aseo personal se valoraron las condiciones del paciente la forma de vestir y su higiene general fueron una de las características principales a considerar en este rubro.

Al momento de la consulta, se observó que el 89.6 % (n=60) se presentó aseado, mientras que el 10.4% (7) se presentó con poco aseo, además que el 68.7% (46) refirió tomar un baño diario y el resto de los pacientes 31.3 % (21) refirió tomar un baño cada tercer día. En cuanto al cepillado dental, el 49.3% (33) de los pacientes refirió cepillarse los dientes con una frecuencia de 2 veces al día, 31.3% (21) refirió cepillarse los dientes 3 veces por día mientras que el 19.4% (13) refirió cepillarse los dientes una sola vez al día (Tabla 6).

	n ^a	%
Aseo		
Aseo personal		
Aseado	60	89.6
Poco aseado	7	10.4
Baño corporal		
Diario	46	68.7
Cada 3er día	21	31.3
Cepillado dental (veces por día)		
1 vez	13	19.4
2 veces	33	49.3
3 veces	21	31.1

Tabla 6. Evaluación exploratoria de los pacientes pediátricos con base en su Conducta, Escolaridad y Aseo. n=67.

RIESGO A CARIES

Para la revisión exploratoria, la salud bucal de los pacientes fue relacionada con el riesgo de desarrollar caries, por lo que el riesgo de desarrollar caries fue clasificado en 4 categorías: i) Riesgo moderado, ii) Riesgo Medio iii) Riesgo Alto iv) Riesgo extremo. Al momento de la consulta, se lograron identificar al 57% de los pacientes (n=38) con riesgo alto de desarrollar caries, 30% de los pacientes (n=20) con riesgo medio de desarrollar caries y 13% de los pacientes (n=9) con riesgo extremo y 10% de los pacientes (n=7) riesgo moderado de desarrollar caries (Tabla 7, Figura 9).

Número de pacientes.	Porcentaje %	Riesgo a caries.
38	57%	Alto
13	20%	Medio
9	13%	Extremo
7	10%	Moderado

Tabla 7. Siendo un total de 67 pacientes lo que nos da un 100%, se calculó porcentaje de los pacientes que corresponden a cada uno de los riesgos según CAMBRA.

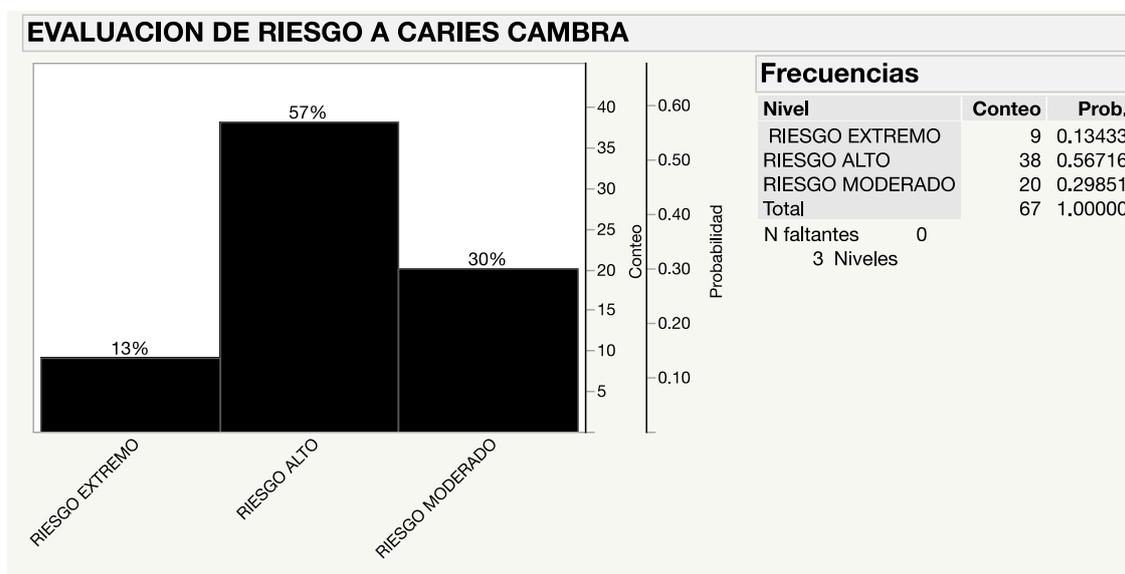


Figura 10. Evaluación de riesgo a caries. Se muestra el número de pacientes evaluados y asignados en cada una de las categorías de riesgo a caries. n=67

CPOD y ceod.

Para la evaluación del riesgo a caries se utilizaron índices epidemiológicos CPOD y ceod, con el fin de identificar a la exploración bucal la cantidad de lesiones cariosas por cada uno de los pacientes y dividir de acuerdo al tipo de dentición ya fuera de la primera, segunda o mixta, según el rango de edades de los pacientes evaluados (Tabla 8)

Tipo de dentición	n ^a	%
Primaria	39	58.2%
Secundaria	24	35.8%
Mixta	4	5.9%

Tabla 8. Comparativa de porcentajes de los pacientes evaluados de acuerdo a su tipo de dentición.

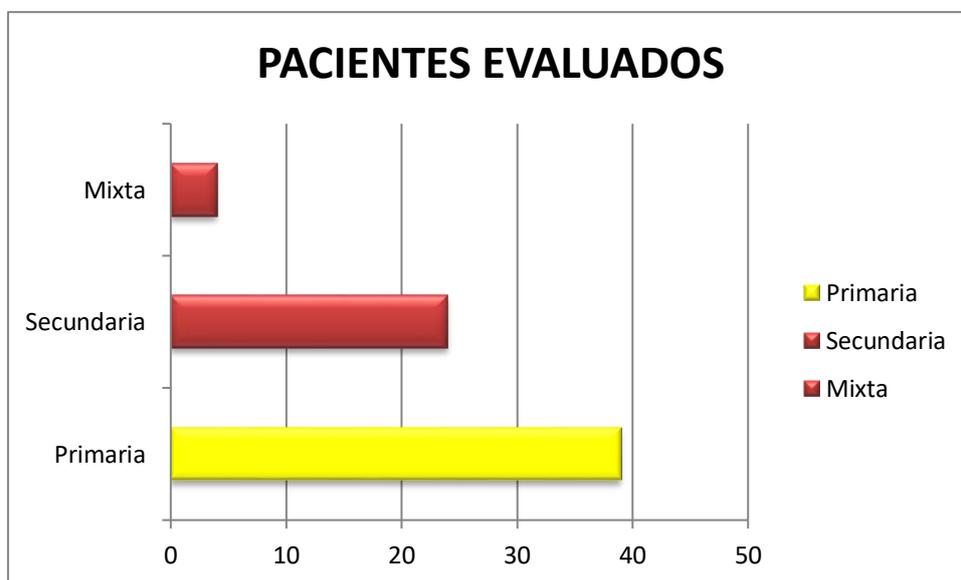


Figura 11. Gráfico que representa la frecuencia de tipo de dentición de los pacientes pediátricos

TUTOR DEL PACIENTE.

En cuanto a los resultados en la evaluación de los padres o tutores que acompañaban a los pacientes al momento de la consulta se obtuvo que el 43% de los pacientes (29) fueron acompañados con su madre, el 25% de los pacientes (17) fueron acompañados por su abuela, el 16% de los pacientes (11) fueron acompañados por su padre, el 7% de los pacientes (5) fueron acompañados por su abuelo y el 7% de los pacientes (5) fueron acompañados por su tía. (figura 12)

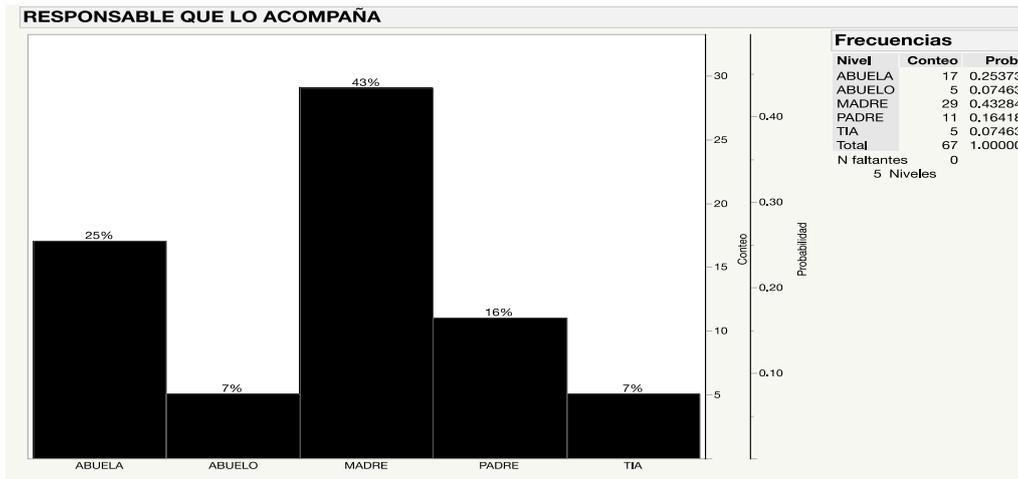


Figura 12. Acompañantes de los pacientes. Se muestra el número de pacientes que fueron acompañados por alguno de sus familiares al momento de la consulta. n=67

OCUPACIÓN

En cuanto a la ocupación de los acompañantes de los pacientes, se registró que 47.8% (32) se dedica al comercio, el 34.2% de los acompañantes (23) se dedica al hogar, el 4.5% de los acompañantes (3) es estudiante, el 4.5% de los acompañantes (3) es pensionado, mientras que el 9% restante (6) se dedica a alguna profesión en particular (Tabla 9).

	n ^a	%
Ocupación		
Hogar	23	34.2
Comerciante	32	47.8
Estudiante	3	4.5
Pensionado	3	4.5
Otro	6	9
Estilista	1	1.5
Maestra	2	3
Psicóloga	1	1.5
Arquitecto	1	1.5
Educadora	1	1.5

Tabla 9. Porcenta de las ocupación que ejercen los padres de familia.

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE LOS PADRES

De acuerdo a lo referido por los acompañantes de los pacientes, se obtuvo que el promedio general en cuanto al ingreso económico familiar mensual fue de \$3,377.61 MXN, con una mediana de \$3,000.00 MXN y una moda de \$3,500.00 MXN (Tabla 10).

Ingreso económico mensual (\$ MXN) ^b

Promedio	3,377.61
Mediana	3,000
Moda	3,500
IC 95%	2,965.85 - 3,789.36

Tabla 10. Datos económicos de ingreso mensual.

^b Pesos mexicanos

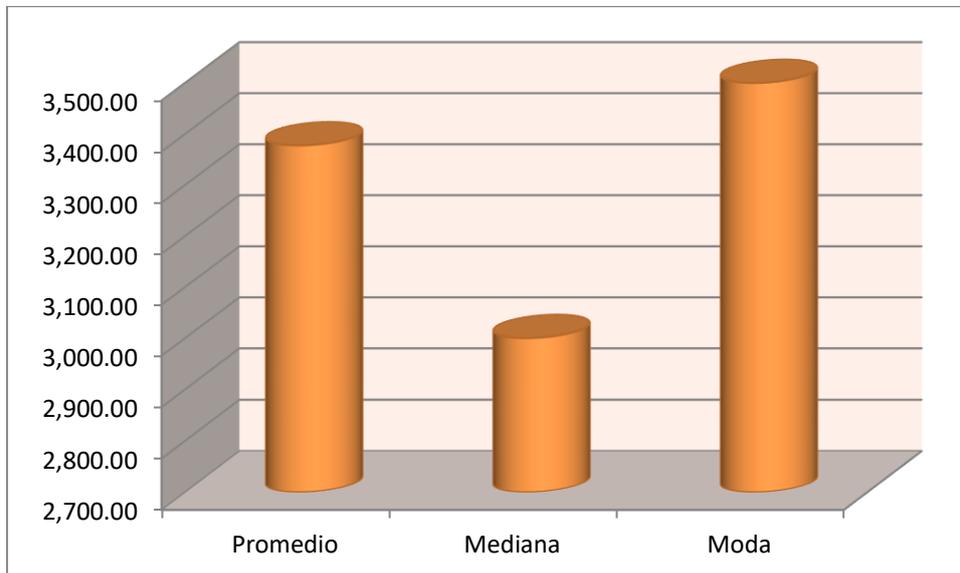


Figura13. Promedio, mediana y moda, representados gráficamente.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

De acuerdo a la encuesta realizada se valoró el grado de estudios máximo alcanzado por los padres de familia. El 41.8% (28) concluyeron la secundaria siendo mayoría el 32.8% (22) nivel medio superior, el 14.9% (10) únicamente finalizaron estudios a nivel primaria y únicamente el 10% (7) cuentan con estudios de nivel superior (Tabla 11).

Escolaridad	n ^a	%
Primaria	10	14.9
Secundaria	28	41.8
Bachillerato	22	32.8
Licenciatura	7	10.4

Tabla 11. Cantidad y porcentaje del grado de escolaridad de los padres de familia.

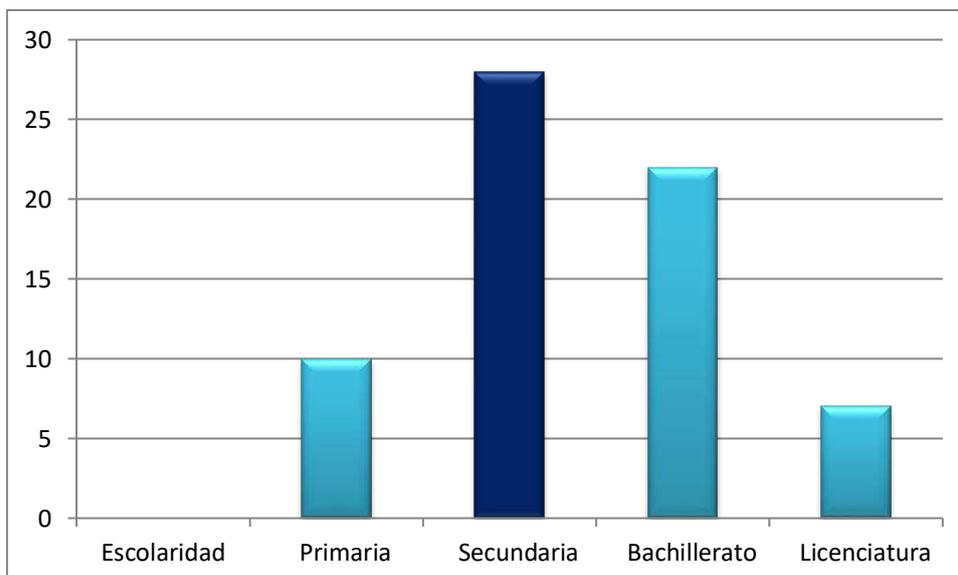


Figura 14. Se representa el grado de escolaridad de los padres o tutores encargados del paciente evaluado. La mayoría con únicamente grado de secundaria concluida.

ESTADO CIVIL PADRES DE FAMILIA

En cuanto al estado civil, se registró que el 41.8% de los acompañantes (28) estaba casada, el 22.4% de los acompañantes (15) estaba soltera, el 20,9% de los acompañantes (14) se encontraba en unión libre, el 10.4% de los acompañantes (7) se encontraba divorciada y el 4.5% de los acompañantes (n=3) eran viudos (Tabla 12).

	n ^a	%
Estado civil		
Soltero/a	15	22.4
Casado/a	28	41.8
Divorciado/a	7	10.4
Unión libre	14	20.9
Viudo/a	3	4.5

Tabla 12. Porcentaje y cantidad de padres de familia de acuerdo a su estado civil.

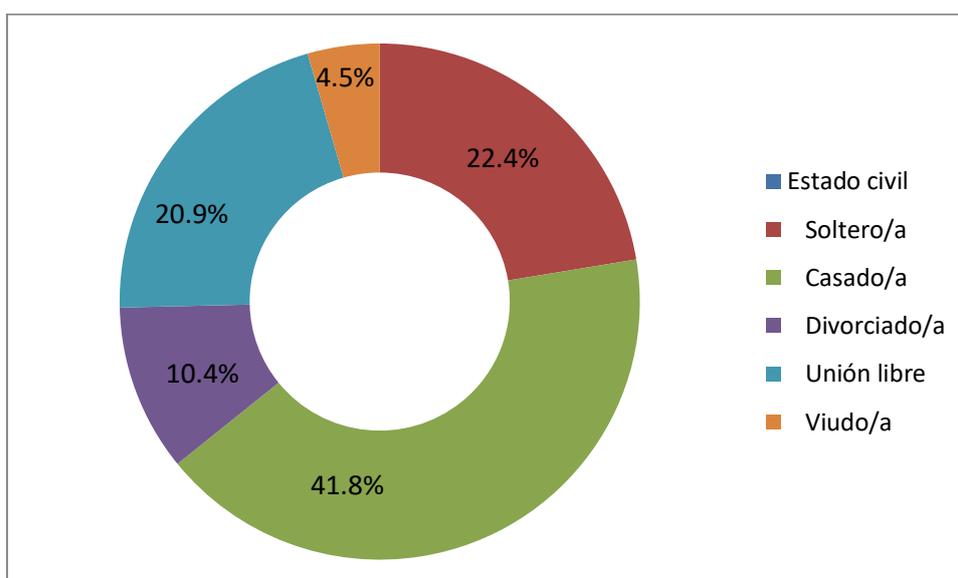


Figura 15. Grafica representativa en porcentaje del estado civil de los padres de familia.

VIVIENDA

Se registró que el 53.7% (36) vive en casa propia, mientras que el resto de los acompañantes, el 46.3% (31) vive en casa rentada (Tabla 13).

	n ^a	%
Vivienda		
Casa propia	36	53.7
Casa rentada	31	46.3

Tabla 13. Porcentaje total del tipo de vivienda habitada ya sea rentada o propia.

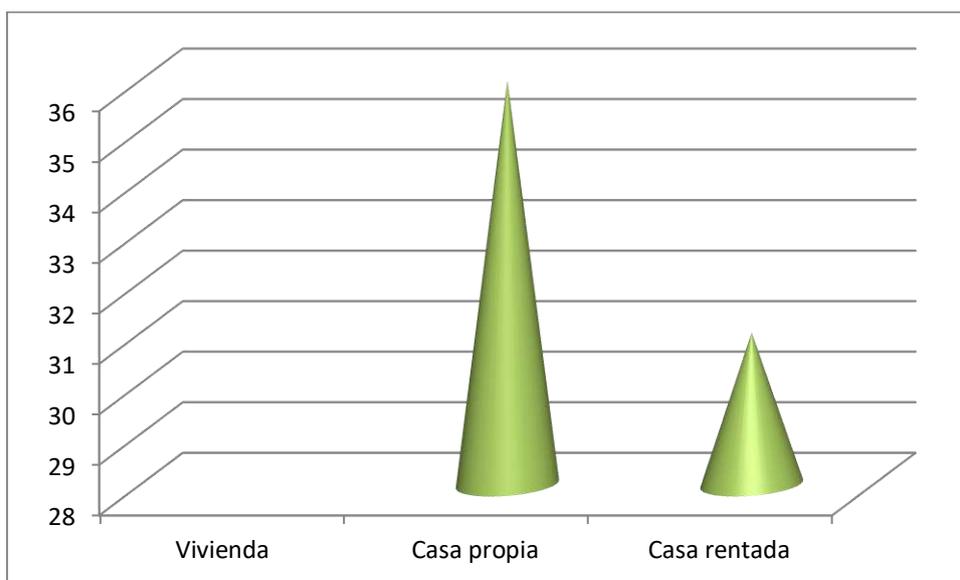


Figura 16. Representación gráfica del tipo de vivienda habitada.

GRAFICAS BIVARIANTES CON RELACION AL RIESGO A CARIES.

El riesgo de desarrollo de caries está determinado por una plétora de variables, que van desde aspectos fisiológicos del pacientes como hábitos del mismo paciente, además de otros variables socio-económicos no propios del paciente. Para ello, se realizó una correlación entre diferentes variables y el riesgo de caries en el paciente.

Se realizaron modelos bivariantes entre cada uno de los factores con el riesgo de desarrollar caries categorizado como: 1= riesgo moderado, 2= riesgo medio, 3= riesgo alto y 4= extremo. Los modelos bivariantes fueron realizados tomando en cuenta únicamente variables cuantitativas incluyendo: edad, estatura, peso y cepillado dental en el paciente, así como el ingreso económico promedio registrado en los hogares de cada paciente.¡

De acuerdo con los resultados obtenidos, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables edad ($p=0.7358$), estatura ($p=0.2802$), peso ($p=0.3310$), cepillado dental ($p=0.8540$) e ingreso económico mensual ($p=0.1084$) con el riesgo de desarrollar caries en los pacientes (Figura 17 A-E, Tabla 14).

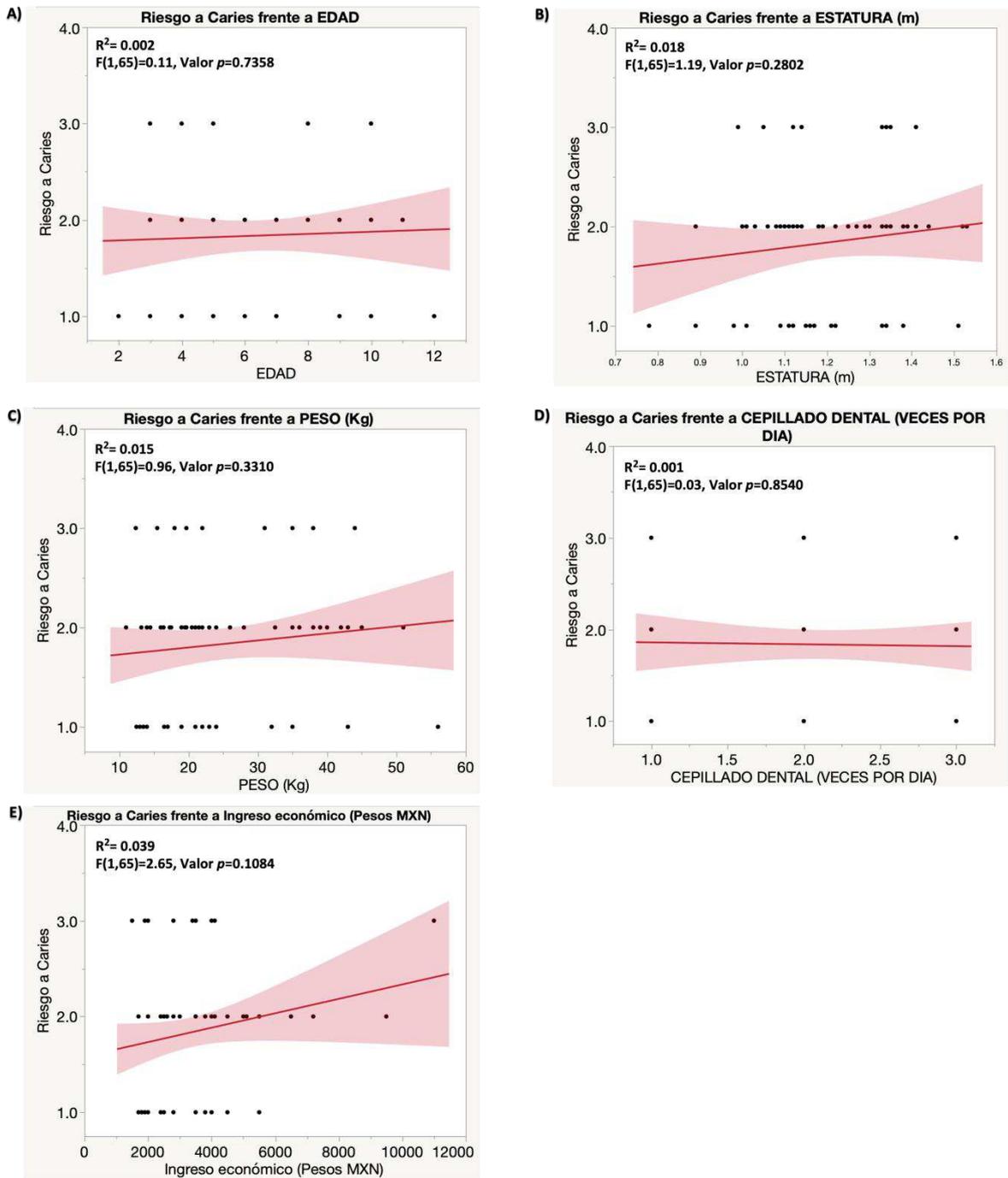


Figura 17. Análisis bivalente del riesgo a caries. Se realizaron análisis de correlaciones entre el riesgo a caries (1= riesgo moderado, 2= riesgo alto y 3= riesgo extremo) con diferentes variables, incluyendo la edad del paciente (A), estatura del paciente (B), peso del paciente (C) y cepillado dental en el paciente (D), así como el ingreso económico promedio registrado en la familia de cada paciente (E). Los puntos graficados representan cada uno de los registros obtenidos a partir de un n=67. Valor de p fue calculado con un IC=95% y un $\alpha=0.05$. No se registró significancia estadística en ninguna variable.

Variable	Correlación (r) ^a	IC 95% ^b	R ² ^c	Valor P
Edad	0.0419	-0.2002 - 0.2793	0.002	0.7358
Estatura (m)	0.1338	-0.1098 - 0.3624	0.018	0.2802
Peso (Kg)	0.1205	-0.1231 - 0.3506	0.015	0.3310
Cepillado dental (veces por día)	-0.0229	-0.2616 - 0.2185	0.001	0.8540
Ingreso económico (Pesos MXN)	0.1979	-0.0444 - 0.4182	0.039	0.1084

Tabla 14. Estimación de las correlaciones entre diferentes variables cuantitativas con el riesgo de caries en los pacientes a partir de una n=67. Valores $p \leq 0.05$ considerados estadísticamente significativos.

^a Correlación de Pearson (r).

^b Intervalo de Confianza al 95% para la Correlación de Pearson (r).

^c Coeficiente de determinación.

^d Valor de p determinado con un $\alpha=0.05$.

Finalmente, para las variables de carácter de tipo nominal (no numéricas) se realizaron pruebas de independencia para determinar si el riesgo a caries era independiente de la zona geográfica y del rango IMC. Además se estableció la prevalencia del riesgo a caries de en relación al rango IMC mediante análisis de contingencia.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de independencia (χ^2), no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la colonia y el rango IMC en el paciente con respecto al riesgo a caries; es decir, que el riesgo a caries en los pacientes no es dependiente de la colonia ($p=0.1895$), así como del rango IMC ($p=0.5964$) del paciente (Tabla 14).

Prueba de independencia χ^2 para Riesgo a

Caries	
Variable	Valor <i>P</i>
Colonia	0.1895
Rango IMC	0.5964

Tabla 15. Prueba de independencia entre diferentes variables de carácter tipo nominal con el riesgo a caries en los pacientes a partir de una $n=67$. Valores $p \leq 0.05$ considerados estadísticamente significativos.

Además, mediante un análisis de contingencia entre el riesgo a caries y la colonia, se pudo determinar que, para las tres colonias (Agua Azul, Evolución y Pirules) dónde reside el 58% de los pacientes ($n=39$) evaluados al momento del estudio, el nivel de riesgo con mayor prevalencia fue el “riesgo alto” (Figura 18).

Con respecto al rango IMC, en los pacientes categorizados en el rango “Bajo Peso”, se registró que el 54.2% ($n=26$) de los pacientes presentaron un “riesgo alto” de desarrollar caries, seguido de un 33.3% ($n=16$) de los pacientes con un “riesgo moderado” y el 12.5% ($n=6$) de los pacientes presentaron un “riesgo extremo” (Figura 7). Finalmente en los pacientes categorizados en el rango “normal”, se registró que el 63.2% ($n=12$) de los pacientes presentaron un “riesgo alto” de desarrollar caries, seguido del 21.1% ($n=4$) de los pacientes con un “riesgo moderado” y el 15.8% ($n=3$) de los pacientes presentaron un “riesgo extremo” (Figura 19).

CORRELACIÓN

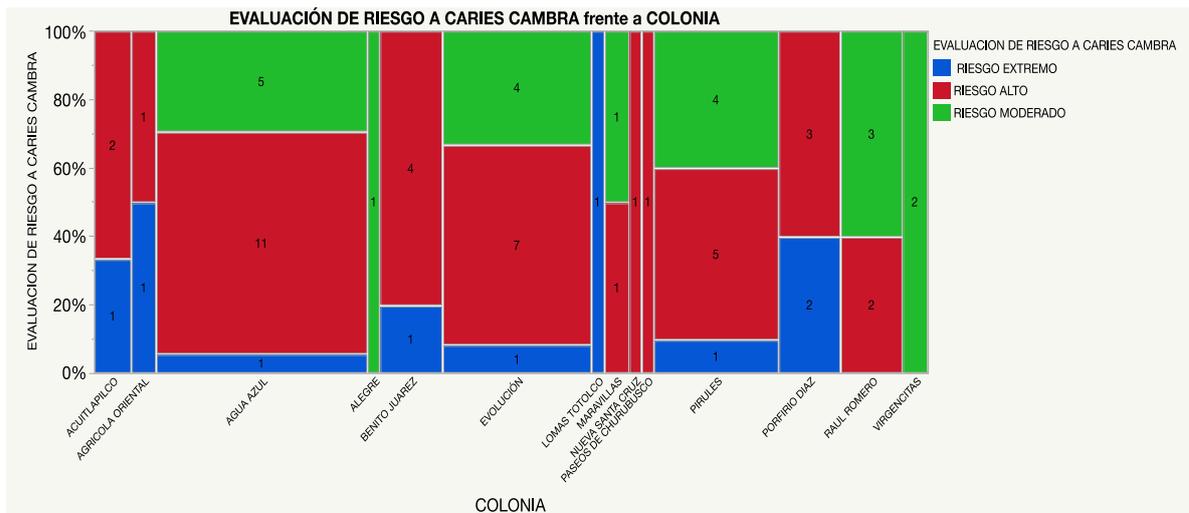


Figura 18. Análisis de contingencia entre el riesgo a caries y colonia. Se realizó un análisis de contingencia para determinar la prevalencia del riesgo a caries de acuerdo con la colonia de residencia de cada uno de los pacientes. Los números dentro del gráfico de contingencia indican el número de pacientes registrados en cada nivel de riesgo a caries por colonia. n=67.

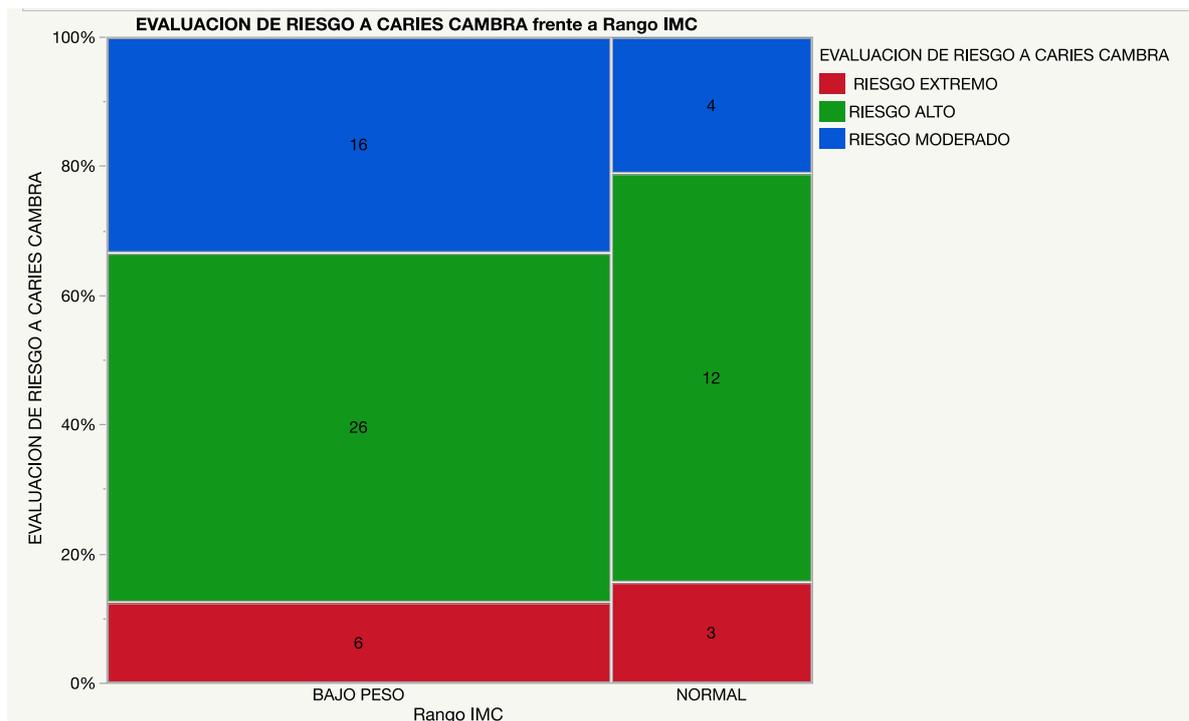


Figura 19. Análisis de contingencia entre el riesgo a caries y rango IMC. Se realizó un análisis de contingencia para determinar la prevalencia del riesgo a caries de acuerdo con el rango IMC de cada uno de los pacientes. Los números dentro del gráfico de contingencia indican el número de pacientes registrados en cada nivel de riesgo a caries por rango IMC. n=67.

DISCUSIÓN

Con relación al IMC lo que predominó es el bajo peso en un 71.64% seguido de los pacientes con peso normal con un 25.37% y con un 2.98% pacientes con sobrepeso; datos que coinciden con lo reportado por Loredó y colaboradores, en donde el bajo peso, el sobrepeso y la talla baja, se consideran expresiones clínicas invisibles que son consideradas patológicas, afirmando que estas manifestaciones clínicas deben ser un foco de alerta para el odontólogo para la detección de abuso físico, psicológico, emocional o negligencia. (13)

En relación a los hallazgos obtenidos durante la exploración bucodental destaca el alto riesgo a padecer caries a consecuencia de hábitos higiénico dietético deficientes, falta de atención con el facultativo, economía y bajo nivel cultural, datos que de acuerdo con el estudio realizado por Medrano y colaboradores coinciden totalmente. (14)

De acuerdo con los resultados de la investigación se identificó al 57% de los pacientes con riesgo alto de desarrollar caries, el 30% de los pacientes con riesgo medio de desarrollar caries, 13% de los pacientes con riesgo extremo y 10% de los pacientes riesgo moderado de desarrollar caries dato que coincide con el estudio de Medrano, quien menciona que de acuerdo a CAMBRA los pacientes evaluados obtuvieron un 49% para riesgo alto, 24% para riesgo medio, 16% para riesgo moderado y 11% para riesgo extremo, lo cual indica que los pacientes clasificados como alto riesgo predominan como factor importante. (14)

Al analizar como indicador de maltrato infantil la conducta del menor de acuerdo a Del Bosque, encontramos que el 14.9% demostraron una conducta dócil, mientras que el 11.9% se comportó agresivamente de acuerdo a la escala de Frankl. Y se concluye que para este estudio la conducta no es representativa. (19)

Acorde con los resultados de la investigación se reconoció que el ingreso económico mensual que es catalogado como salario mínimo, si es de carácter determinante para la relación de maltrato infantil, misma que le permitirá a la población acceder a alimentación de calidad, salud, bienestar social entre otros, de acuerdo a Flores y colaboradores quienes refieren que la afluencia económica familiar si va relacionada con la garantía y calidad de atención a la salud bucodental de los menores ya que garantiza mayores posibilidades de atención que en el caso de familias de escasos recursos. (21)

Finalmente se concluye que los resultados de esta investigación se cubrieron de manera parcial, por lo que se sugiere seguir esta línea de investigación en otro tipo de poblaciones aunados a una muestra mayor.

CONCLUSIÓN

En esta investigación se demuestra que maltrato infantil va más allá que golpes físicos, o maltrato verbal.

La falta de responsabilidad y/o desconocimiento de los padres o tutores, desencadena ciertos factores que se vuelven de alto riesgo para los pacientes pediátricos debido a que no se consideran ciertas características específicas en relación a la integridad de los menores como: los hábitos higiénico dietéticos, el cuidado bucodental, el conocer las funciones de la boca y los dientes como parte importante del desarrollo infantil entre otros.

Geográficamente el municipio de Nezahualcóyotl se considera como zona marginal, por lo cual los escasos recursos de sus habitantes son determinantes de bajo nivel educativo, cultural, el acceso limitado a servicios de salud y por ende la falta de atención de los menores lo cual se considera **maltrato infantil**.

El alto índice de madres solteras, o familias disfuncionales con divorcios de por medio son factores predominantemente característicos en esta población y son parte importante de la problemática, siendo éste un determinante psicológico para los pacientes reflejándose en el descuido del aseo personal y la conducta durante la consulta odontológica.

Las familias son disfuncionales por la falta de una o ambas figuras debido a que en el caso de familias con un ingreso económico familiar deficiente ambas partes deben salir a buscar la fuente de ingreso condicionando que los cuidadores de los menores sean en el mejor de los casos los abuelos o personas totalmente desconocidas a quien se hace responsable de los menores.

Se consideró el IMC como un indicador de maltrato, una vez registrados y cuantificados los datos se identificó como problemática en cierta población de pacientes pediátricos valorada la diferenciación entre una y otra, por ejemplo pacientes que presentaron bajo peso de acuerdo a talla. Así mismo pacientes de baja talla de acuerdo a su edad, con ayuda de tablas de percentiles de la OMS se consideró como factor de riesgo que arroja información de los pacientes para llamarlo maltrato infantil debido al déficit o exceso de nutrientes alimenticios que de tal manera afectan la integridad física de paciente.

El riesgo a caries de acuerdo a la evaluación bucal realizada con la finalidad de identificar la frecuencia, demostró que existe alto riesgo de manera generalizada en la población de estudio, destacando que la alimentación, los hábitos higiénicos y el descontrol social son factores de riesgo a considerar dentro de la problemática

Una vez analizados los resultados de la presente investigación podemos destacar la figura del odontólogo como un facultativo con un papel importante en la temprana identificación de los factores de riesgo que caracterizan a los pacientes como víctimas de maltrato infantil.

ANEXOS



LA INFORMACION RECABADA EN ESTE CUESTIONARIO SERA TOTALMENTE CONFIDENCIAL, CON FINES DE INVESTIGACION PARA EL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACION NEZAHUALCOYOTL PERTENECIENTE A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO.

DATOS DEL PACIENTE:

DIRECCION:

EDAD: -----

GENERO: Femenino___ Masculino___

ESTATURA: -----

PESO: -----

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PACIENTE:

CONDUCTA:

Agresiva___ Dócil___ Cooperadora___

CUIDADO PERSONAL:

Cuántas veces a la semana realiza baño corporal

Diario___ De 3 a 4 veces por semana___ De 1 a 5 veces por semana___

Cuántas veces al día realiza cepillado dental:

3 veces al día___ 2 veces al día___ 1 vez al día___

Aseado___ Poco aseado___

INFORMACIÓN DEL PADRE MADRE O TUTOR:

RESPONSABLE QUE LE ACOMPAÑA:

Madre___ Padre___ Tutor (mencione) _____

EDAD: -----

ESCOLARIDAD:

Primaria___ Secundaria___ Preparatoria___ Licenciatura___

OCUPACION: -----

ESTADO CIVIL:

Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Unión libre ____ Divorciado(a) ____

VIVIENDA:

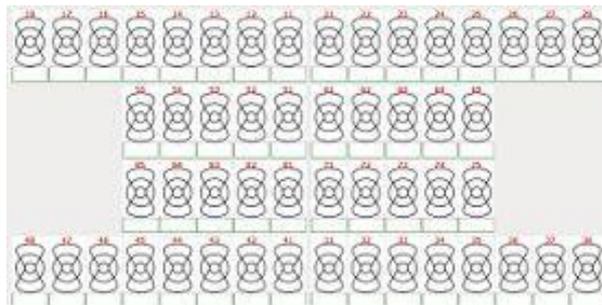
Casa propia ____ Casa rentada ____ Casa prestada ____

NUMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA: -----

INGRESO ECONOMICO MENSUAL: \$

OBSERVACIONES GENERALES:

ODONTOGRAMA:



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De la Malle M.Dureau, Historia de Cartago, edición 2009.
- 2.- Pijoan José, Artis Summa, Historia “general del arte . Vol. II , Arte de Asia occidental”, edición 14. Editorial Espasa Calpe. Madrid 2003.
- 3.- Rollin Charles,” The ancient history of the egyptians. Carthaginians, assyrians, babylonians, medes and the persians, macedonians and persians”.
- 4.- Talavera González, Jorge Arturo; Juan Martín Rojas Chávez (2003). “Evidencias de sacrificio humano en restos óseos” Arqueología mexicana.
- 5.- Children During the Holocaust www.childrenduringtheholocaust 2018
- 6.- Hazan, Martín. *Un día más de vida: Rodas-Auschwitz-Buenos Aires: La odisea de David Galante*. Buenos Aires: Lumiere, 2007.
- 7.- Executive Committee UNICEF.
- 8.- UNICEF http://www.unicef.org/spanish/people/people_47895.html 2018
- 9.- UNICEF <https://www.unicef.org/mexico/> 2018
- 10.- Orden jurídico www.ordenjuridico.gob.mx 2017
- 11.- Goscilo Antonieta, “revista bienes jurídicos tutelados penalmente protegidos.” 2016.
- 12.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos www.cndh.org.mx 2019
- 13.- Loredó Abdala Arturo. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes Acta Pediatr Mex 2008.
- 14.- Medrano García Giannina, Perona Miguel de Priego, “Maltrato infantil: una realidad muy cercana ¿Cómo debemos actuar los odontólogos?” 2010
- 15.- Organización Mundial de la Salud www.oms.org 2019
- 16.- Guerrero- Cazares MF, Delgado Guerrero F. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Rev Hospital Juárez de México 2012.
- 17.- Lopez NG. Manifestaciones visibles en invisibles dl maltrato infantil. XIV. Congreso de trabajo social; México, 2006.
- 18.- Herrera-Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud pública de México 1999.

- 19.-Del Bosque Garza. Historia de la agresión a los niños. 2003
- 20.- Gonzalvo Oliván. Niños gitanos maltratados: factores de riesgo sociosanitarios y necesidades sanitarias prioritarias, 2002.
- 21.- Flores-Ríos, J. D. & Monter García, M. A. Indicadores de Maltrato infantil: reporte de un caso. Rev. Acad. Mex. Odont. Ped
- 22.- Ferro, T. M. J.; Maldonado, A.; Montiel, Y. & Rivas, M. A. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010.
- 23.- López-Orozco, E. Maltrato infantil. En: González Hernández, E. Revista del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal. México D.F., Tribunal superior de justicia del Distrito Federal, 2010.
- 24.- Loredó AA. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En:Loredó AA. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
- 25.- Loredó Abdalá y colaboradores. Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado. 2003
- 26.- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet 1977
- 27.- Santana TR, Irigoyen CA, Herrera BE, Sánchez AR, Mazón JR, Fernández OM. Síndrome de Kempe: Pautas de diagnóstico para el médico general y familiar . Rev Fac Med UNAM 1997.
- 28.- Pierre Pichot, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson 2007.
- 29.- Fontana M, Zero t. Assessing patients caries risk. JADA 2006.
- 30.- Orellana N, Akram Ali.. Manejo del riesgo a caries. Rev Oper Dent Endod 2009.
- 31.- American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries: Classifications, consequences, and preventive strategies. Pediatr Dent 2011.
- 32.- American Dental Association, ADA statement on early childhood caries, 2004.
- 33.- Sachio Sh y cols, Journal of Oral Science, Vol 47 No. 2 2005.
- 34.- Instituto Nacional de Geografía e Informática www.inegi.org.mx 2010.

CAPÍTULO III

1. ZONA DE INFLUENCIA

Demografía.

De acuerdo a los resultados preliminares del *Censo de Población y Vivienda 2010*, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, su población es de aproximadamente 1,110,565 habitantes y una densidad de 17,539.6 hab/km².

Nezahualcóyotl es el segundo municipio más poblado del Estado de México, siendo Ciudad Nezahualcóyotl la localidad más habitada de este municipio con una población 104,585 habitantes de acuerdo con el INEGI. En resumen es el Décimo Municipio más poblado del país. La relación mujeres/hombres es de 1.069. El ratio de fecundidad de la población femenina es de 2.21 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es del 2.29% (1.32% en los hombres y 3.19% en las mujeres) y el grado de escolaridad es de 9.14 (9.43 en hombres y 8.87 en mujeres). El 1.14% de los adultos habla alguna lengua indígena. En la localidad se encuentran 275041 viviendas, de las cuales el 5.84% disponen de una computadora. (34)

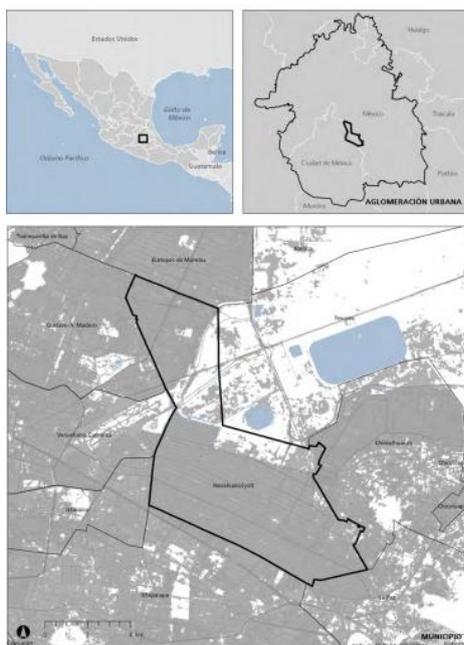


Imagen () mapa geográfico del municipio de Nezahualcóyotl.

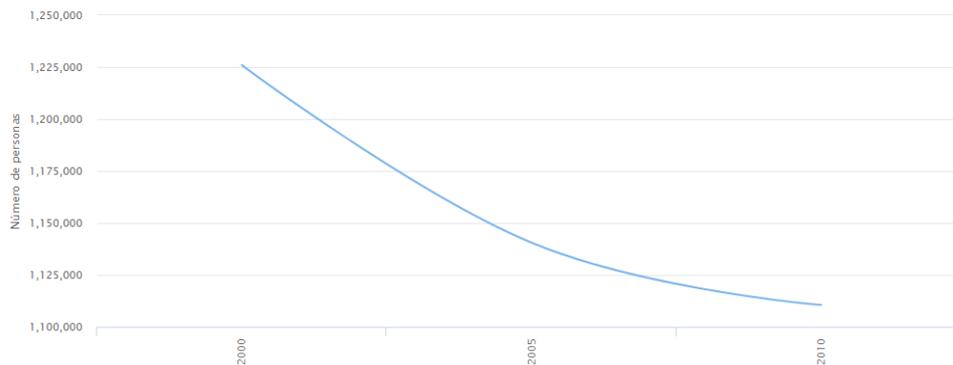
EXTENSIÓN

El municipio se conforma con un territorio de 63.74 kilómetros cuadrados de ellos mismos 50.57 son de uso urbano (81%) en donde se ubican 86 colonias; 11.87 kilómetros cuadrados corresponden a la zona federal del Ex-vaso de Texcoco. (34)

CONDICIONES DE LA POBLACIÓN

La población general del municipio de Nezahualcóyotl de acuerdo con los datos del último censo realizado en el 2010 de INEGI es de 1,110,565 de personas, lo cual representó el 7.3% de la población en el estado. (34)

POBLACION GENERAL



Grafica (1) de la población general del municipio de Nezahualcóyotl de 1995 a 2010 , INEGI 2010

Comparación de datos, del 1995 al 2010 donde se muestra disminución de la población un 9.99% (34)

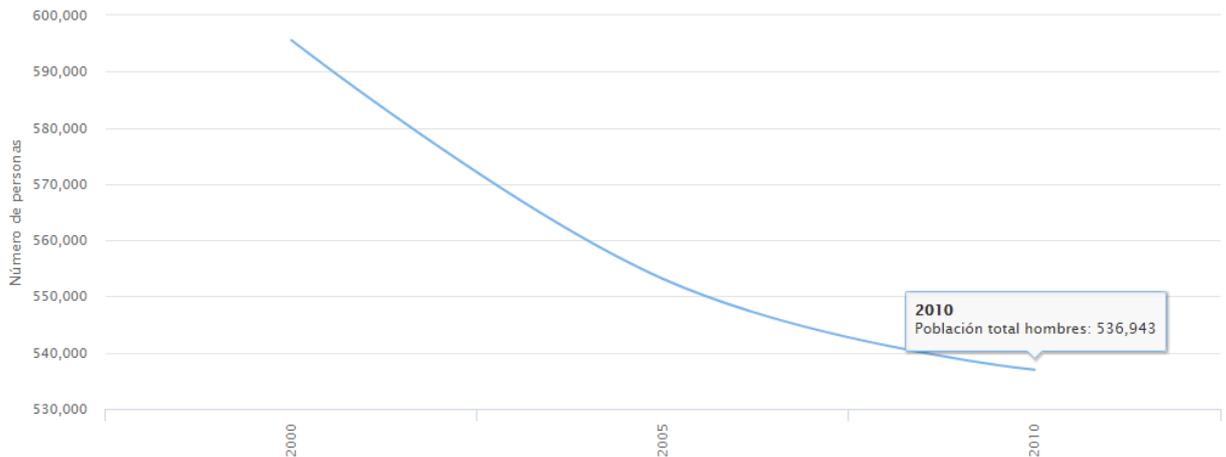
Periodo	Valor
2010	1,110,565
2005	1,140,528
2000	1,225,972
1995	1,233,868

Cuadro 1 comparación disminución de la población.

POBLACION POR GÉNERO

HOMBRES

De acuerdo a las estadísticas el municipio de Nezahualcóyotl cuenta con una población masculina de 536,943 individuos (34)



Grafica 2 de la población masculina de Nezahualcóyotl de 1995 al 2010, INEGI 2010

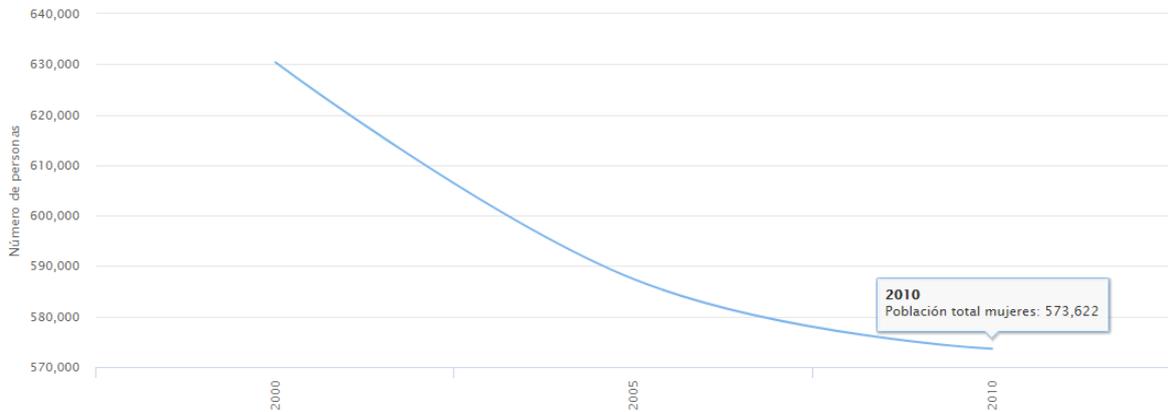
En relación a esto, la población masculina en el municipio ha disminuido un 12.65% de 1995 a 2010. (34)

Periodo	Valor
2010	536,943
2005	553,113
2000	595,585
1995	604,881

Cuadro 2 disminución de población masculina.

MUJERES

En el caso de la población femenina del municipio Nezahualcóyotl cuenta con 573,622 mujeres de acuerdo al último censo realizado en el 2010. (34)



Graficav3 de la población femenina del municipio de Nezahualcóyotl de 1995 al 2010, INEGI 2010

Por lo que en relación con los anteriores censo desde 1995 al 2010 ha reducido un 9.65% de mujeres. (34)

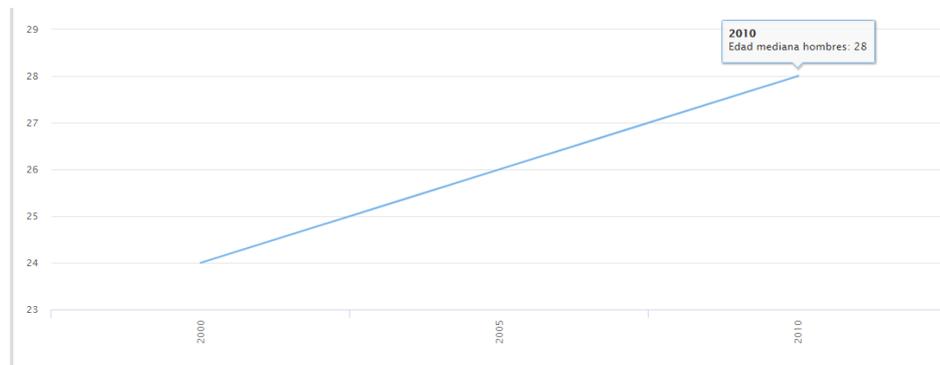
Periodo	Valor
2010	573,622
2005	587,415
2000	630,387
1995	628,987

Cuadro 3 disminución de población femenina.

EDAD MEDIA DE LA POBLACION

HOMBRES

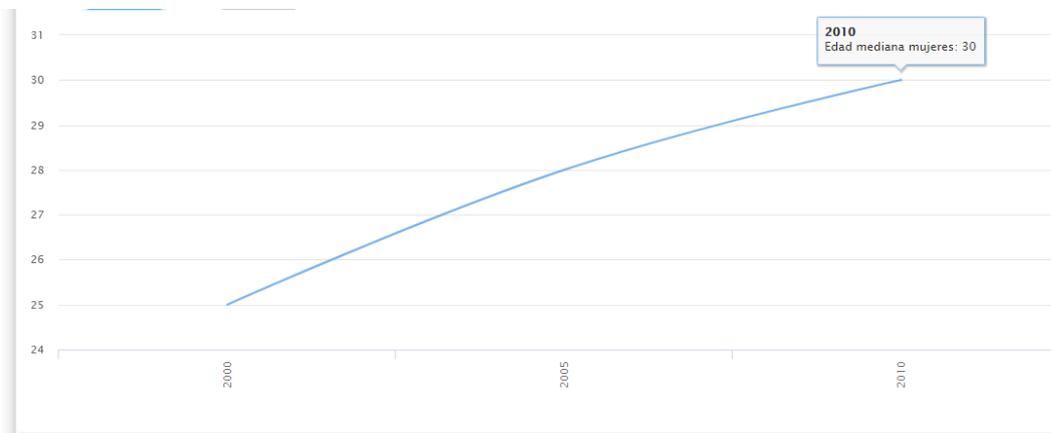
Según INEGI la edad media de los hombres en este municipio es de 28 años hasta el 2010. (34)



Grafica 4 de edad media de hombres en el municipio de Nezahualcóyotl de 2000 al 2010, INEGI 2010

MUJERES

De acuerdo con INEGI la edad media en el 2010 de las mujeres del municipio es de 30 años. (34)

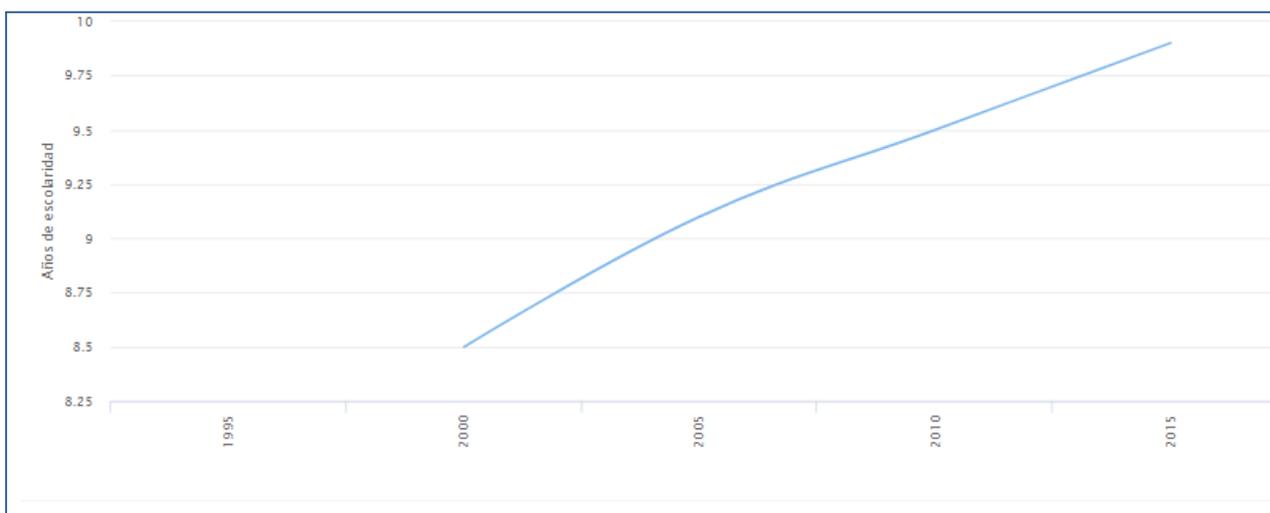


Grafica 5 de edad media de mujeres en el municipio de Nezahualcóyotl de 2000 al 2010, INEGI 2010

ESCOLARIDAD

Grado promedio de escolaridad de la población en general.. (Años en escolaridad 2015)

En la siguiente grafica se muestra el incremento y el grado de escolaridad durante el periodo del 2000 al 2015 de los habitantes escolares del municipio de nezahualcoyotl. (34)



Grafica 6 Número total de maestros, alumnos y escuelas en general localizadas en el municipio de Nezahualcóyotl

	CANTIDAD
TOTAL	
ESCUELAS	1269
MAESTROS	14954
ALUMNOS	276253

Cuadro 4, total de campus y personal educativo.

Tabla general de alumnos, maestros y campus por grado académico de todos los campus que prestan servicio de educación en el municipio de Nezahualcóyotl.. (Preescolar, primaria, secundaria, media superior, superior y otros.)

Concepto	Año	Cantidad	Unidad de Medida
Escuelas		462	(Escuela)
Maestros		1 466	(Maestro)
Alumnos		30 310	(Alumno)
Primaria			
Escuelas		424	(Escuela)
Maestros		4 809	(Maestro)
Alumnos		111 378	(Alumno)
Secundaria			
Escuelas		142	(Escuela)
Maestros		2 478	(Maestro)
Alumnos		43 764	(Alumno)
Media superior			
Escuelas		82	(Escuela)
Maestros		2 427	(Maestro)
Alumnos		33 184	(Alumno)
Superior			
Escuelas		21	(Escuela)
Maestros		2 606	(Maestro)
Alumnos		25 778	(Alumno)
Otros			
Escuelas		138	(Escuela)
Maestros		1 168	(Maestro)
Alumnos		31 839	(Alumno)

Cuadro 5. Registro general de escolaridad del municipio.

- El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en el municipio era en 2010 de 9.5, frente al grado promedio de escolaridad de 9.1 en la entidad.
- En 2010, el municipio contaba con 491 escuelas preescolares (5.9% del total estatal), 436 primarias (5.6% del total) y 145 secundarias (4%). Además, el municipio contaba con 71 bachilleratos (5.5%), nueve escuelas de profesional técnico (9%) y 31 escuelas de formación para el trabajo (9.2%). El municipio no contaba con ninguna primaria indígena.
- Las unidades médicas en el municipio eran 45 (2.5% del total de unidades médicas del estado).
- El personal médico era de 1,092 personas (6.1% del total de médicos en la entidad) y la razón de médicos por unidad médica era de 24.3, frente a la razón de 10.1 en todo el estado.

ASPECTOS ECONÓMICOS

ESTATUS ECONOMICO



Grafica 7 porcentual de indicadores de pobreza y vulnerabilidad en el municipio de Nezahualcóyotl, INEGI 2010

En 2010, 462,405 individuos (38.8% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 405,752 (34%) presentaban pobreza moderada y 56,653 (4.7%) estaban en pobreza extrema. (34)



Grafica 8 porcentual de indicadores de carencia sociales en el municipio de Nezahualcóyotl, INEGI 2010

En 2010, 462,405 individuos (38.8% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 405,752 (34%) presentaban pobreza moderada y 56,653 (4.7%) estaban en pobreza extrema. la condición de rezago educativo afectó a 16.8% de la población, lo que significa que 200,657 individuos presentaron esta carencia social. En el mismo año, el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 37.4%, equivalente a 445,934 personas.

La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 56.8% de la población, es decir 677,070 personas se encontraban bajo esta condición. El porcentaje de individuos que reportó habitar en viviendas con mala calidad de materiales y espacio insuficiente fue de 10.2% (121,803 personas). El porcentaje de personas que reportó habitar en viviendas sin disponibilidad de servicios básicos fue de 1.4%, lo que significa que las condiciones de vivienda no son las adecuadas para 16,336 personas. La incidencia de la carencia por acceso a la alimentación fue de 26.1%, es decir una población de 311,761 personas.

DISTRIBUCION POR SALARIO DE LA POBLACIÓN

La distribución de ingresos de la PEA ocupada al mes en el municipio de Nezahualcóyotl (2010)

7.74% menos de un salario mínimo (incluye a los que no perciben).

27.54% más de 1 a 2 salarios mínimos.

54.05% más de 2 salarios mínimos.

10.67% no especifica sus ingresos.

Cuadro 6 de aspectos socioeconómicos respecto a ingreso económico respecto a salario mínimos, , INEGI 2010.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN

Un alto porcentaje de la actividad económica en el municipio se concentra en el comercio de bienes y servicios, en mercados, tianguis o mercados sobre ruedas, plazas y centros comerciales. Esto se debe a que un alto porcentaje de la población trabaja en la Ciudad de México, pero consume y adquiere productos dentro del municipio.

El Municipio no cuenta con actividades económicas primarias y secundarias, más que terciarias, cuenta con 45 tianguis y 68 mercados públicos. Aunque colindando con el municipio de Chimalhuacán existen diversas fábricas que generan parte de la actividad económica de Nezahualcóyotl. (34)

DERECHOHABIENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN	PERIODO	PORCENTAJE
IMSS	2015	41.3%
ISSSTE	2015	12.9%
SEGURO POPULAR	2015	40.9%
PEMEX	2015	0.8%

Cuadro 7 generales con porcentaje de acuerdo a la población que es derechohabiente a los diversos servicios de salud.

Las incidencias en otros indicadores de rezago social son:

- Población sin derechohabiente a servicios de salud (45.3% del total), población de 15 años y más con educación básica incompleta (31.1%), viviendas que no disponen de lavadora (26.4%), viviendas que no disponen de refrigerador (13.2%), población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela (3.4%), población de 15 años o más analfabeta (2.7%) y viviendas sin excusado/sanitario (0.5%) (34)

VIVIENDA Y SERVICIOS

TOTAL DE VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2010, 280,391 son particulares. Por lo que comparado con el año 1995 que fue el primer censo del que se conocen estos datos, hubo un incremento del 3.16%. (34)

Periodo	Valor
2015	280,391
2010	285,027
2005	275,139
2000	282,191
1995	271,788
Cuadro 8 registro viviendas habitadas INEGI 2010.	

VIVIENDAS PARTICULARES QUE DISPONEN DE ENERGIA ELECTRICA

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2010, 279,376 disponen de energía eléctrica. Por lo que comparado con el año 1995 que fue el primer censo del que se conocen estos datos, hubo un incremento del 3.11%. (34)

Periodo	Valor
2010	279,376
2005	264,864
2000	273,319
1995	270,945

Cuadro 9 registro de hogares INEGI 2010.

TAMAÑO DE LOCALIDAD	VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE ENERGÍA ELÉCTRICA, 2010	
	Polígonos	157
Menor a 2,500 habitantes	Nezahualcóyotl	
	Segundo [Relleno Sanitario]	7
	Ciudad Jardín	2
	17 de Junio	0
15,000 habitantes o más	Ciudad	
	Nezahualcóyotl	127

Cuadro 10 Indicadores de viviendas que no disponen de energía eléctrica, basados en la colonia más habitada del municipio de Nezahualcóyotl, INEGI 2010

VIVIENDAS QUE DISPONEN DE AGUA DE LA RED PUBLICA

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2010, 276,877 disponen de agua potable. Por lo que comparado con el año 1995 que fue el primer censo del que se conocen estos datos, hubo un incremento del 2.65%. (34)

Periodo	Valor
2010	276,877
2005	265,012
2000	269,957
1995	269,712

cuadro 11 registro de viviendas que disponen agua potable INEGI 2010.

TAMAÑO DE LOCALIDAD	VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE AGUA ENTUBADA DE LA RED PÚBLICA, 2010	
Menor a 2,500 habitantes	Polígonos	735
	Ciudad Jardín	20
	Nezahualcóyotl Segundo [Relleno Sanitario]	13
	17 de Junio	8
15,000 habitantes o más	Ciudad Nezahualcóyotl	1,567

Cuadro 12 Indicadores de viviendas que no disponen de agua publica, basados en la colonia mas habitada del municipio de Nezahualcóyotl, INEGI 2010

VIVIENDAS QUE DISPONEN DE DRENAJE

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2010, 278,378 disponen de drenaje. Por lo que comparado con el año 1995 que fue el primer censo del que se conocen estos datos, hubo un incremento del 3.20%. (34)

Periodo	Valor
2010	278,378
2005	265,732
2000	272,228
1995	269,735

cuadro 13 registro viviendas con servicio de drenaje INEGI 2010

TAMAÑO DE LOCALIDAD	VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE DRENAJE, 2010	
Menor a 2,500 habitantes	Polígonos	411
	Nezahualcóyotl	
	Segundo [Relleno Sanitario]	12
	Ciudad Jardín	7
15,000 habitantes o más	17 de Junio	2
	Ciudad	
	Nezahualcóyotl	251

Cuadro 14 Indicadores de viviendas que no disponen de drenaje, basados en la colonia más habitada del municipio de Nezahualcóyotl, INEGI 2010

VIVIENDAS QUE DISPONEN DE EXCUSADO O SANITARIO

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2010, 278,972 disponen de excusados o sanitario. Por lo que comparado con el año 2000 que fue el primer censo del que se conocen estos datos, hubo un incremento del 3.57%. (34)

Periodo	Valor
2010	278,972
2005	263,516
2000	269,340
1995	ND

cuadro 15 registro viviendas con servicio de excusado. INEGI 2010

TAMAÑO DE LOCALIDAD	VIVIENDAS QUE NO DISPONEN DE EXCUSADO O SANITARIO, 2010	
Menor a 2,500 habitantes	Polígonos	80
	Nezahualcóyotl Segundo [Relleno Sanitario]	10
	Ciudad Jardín	1
	17 de Junio	0
15,000 habitantes o más	Ciudad Nezahualcóyotl	1,448

Cuadro 16 Indicadores de viviendas que no disponen de sanitario, basados en la colonia más habitada del municipio de Nezahualcóyotl, INEGI 2010

VIVIENDAS QUE DISPONEN DE COMPUTADORA

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2010, 98,818 disponen de computadora. Por lo que comparado con el año 1995 que fue el primer censo del que se conocen estos datos, hubo un incremento del 226.59%. (34)

Periodo	Valor
2010	98,818
2005	66,309
2000	30,257
1995	ND

Cuadro 17 viviendas que disponen de computadoras INEGI 2010

PROMEDIO DE VIVENDAS QUE DISPONEN DE INTERNET

De los 280,513 hogares registrados en el último censo realizado en el 2015, el 42.2% disponen de internet, por lo que nos referimos a 118,327 hogares que disponen del servicio.

Periodo	Porcentaje
2015	44.2

Cuadro 18 viviendas que cuentan con servicio de internet INEGI 2010.

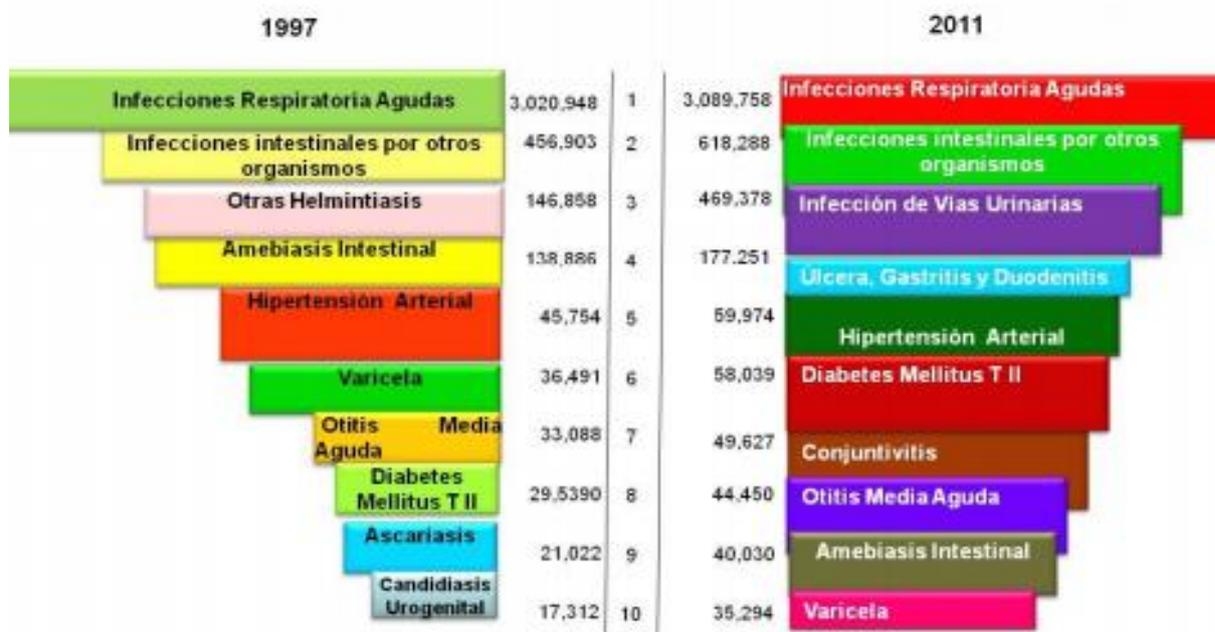
MORBILIDAD

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE NEZAHUALCOYOTL

La Transición Epidemiológica ha sido un proceso en el cual la salud se ha visto involucrada al 100%; sin embargo, en los últimos quince años se ha observado una evolución en los patrones de salud y enfermedad.

De acuerdo con los datos arrojados, un estudio comparativo realizado en 1997, que evalúa la morbilidad en el municipio comparando con los resultados del 2011 las INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS son la principal enfermedad desarrollada por la población. (34)

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD



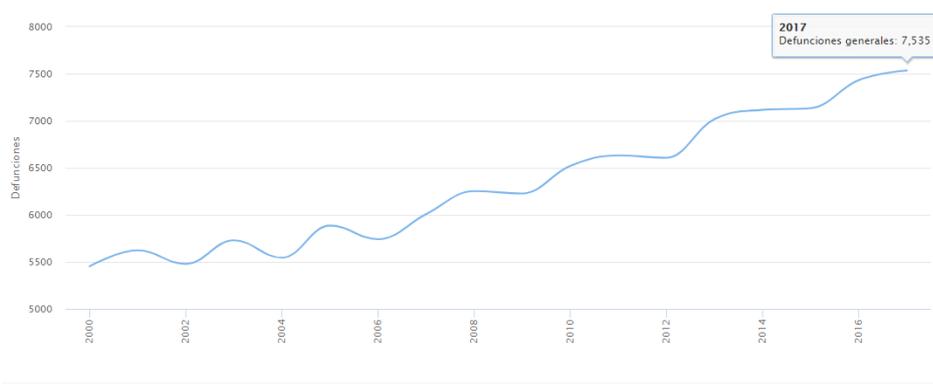
Cuadro 19 descriptivo de las principales 10 causas principales de morbilidad en el municipio de Nezahualcóyotl INEGI 2010.

MORTALIDAD

DEFUNCIONES GENERALES

En el municipio de Nezahualcóyotl en el 2017 se registraron 7,535 defunciones de manera general. (34)

I



Grafica 9 anual de defunciones generales en el municipio de Nezahualcóyotl del 2000 al 2017. INEGI 2017

De acuerdo a INEGI a partir de año 2000 ha habido un incremento de defunciones en el municipio, por lo que del 2000 al 2017 ha aumentado los fallecimientos un 38.18%. (34)

Periodo	Valor
2017	7,535
2016	7,433
2015	7,134
2014	7,117
2013	7,018
2012	6,607
2011	6,632
2010	6,521

2009	6,227
2008	6,252
2007	6,007
2006	5,741
2005	5,885
2004	5,544
2003	5,729
2002	5,478
2001	5,622
2000	5,453

Cuadro 20 Incremento de defunciones del 2000 al 2017, INEGI 2017

CAUSA DE MORTALIDAD EN GENERAL

La causa principal de defunciones en el municipio es por accidente, seguido de homicidio, suicidio, causas desconocidas y enfrentamientos respectivamente. (34)

Tipo de defunción	- Total				Accidente. Incluye secuelas.				Homicidio. Incluye secuelas.				Suicidio. Incluye secuelas.				Se ignora. Incluye secuelas.				Int. legales y guerra. Incluye secuelas.			
	↑	↓	↔	⊥	↑	↓	↔	⊥	↑	↓	↔	⊥	↑	↓	↔	⊥	↑	↓	↔	⊥	↑	↓	↔	⊥
Año de registro																								
1990				58,904				39,400				14,520				1,941				3,043				
1991				59,353				39,020				15,143				2,120				3,070				
1992				60,136				38,246				16,605				2,247				3,038				
1993				58,237				37,024				16,056				2,359				2,798				
1994				58,600				37,234				15,844				2,603				2,919				
1995				56,919				35,567				15,625				2,894				2,833				
1996				55,837				35,073				14,508				3,020				3,236				
1997				56,032				35,876				13,562				3,370				3,224				
1998				56,022				35,523				13,716				3,342				3,441				
1999				54,559				35,699				12,287				3,340				3,233				
2000				52,129				35,329				10,788				3,475				2,537				
2001				51,972				35,477				10,324				3,811				2,360				
2002				52,463				35,648				10,143				3,871				2,801				
2003				52,325				35,416				10,139				4,104				2,666				
2004				51,323				34,880				9,330				4,117				2,957				39
2005				53,110				35,865				9,926				4,315				2,932				72
2006				53,854				36,282				10,454				4,277				2,793				48
2007				55,029				39,343				8,868				4,395				2,376				47
2008				60,174				38,880				14,007				4,681				2,567				39
2009				67,409				39,461				19,804				5,190				2,920				34
2010				72,520				38,120				25,757				5,012				3,594				37
2011				75,320				36,694				27,213				5,718				5,630				65
2012				73,736				37,729				25,967				5,550				4,375				115
2013				69,585				36,295				23,063				5,909				4,198				120
2014				66,640				35,817				20,013				6,337				4,376				97
2015				68,577				37,190				20,763				6,425				4,122				77
2016				72,821				37,429				24,560				6,370				4,393				69
2017				80,400				36,220				32,082				6,559				5,427				112

Cuadro 21 comparativo por año del 2000 al 2017 de las causas de defunciones tales como Accidentes, Homicidios, Suicidios, Causas desconocidas y de Interés Legal y Guerra. INEGI 2017

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN

Las clínicas estomatológicas de la Universidad Autónoma Metropolitana fueron inauguradas en 1976, dichos espacios fueron diseñados para complementar el desarrollo y aprendizaje de los alumnos matriculados en la licenciatura en Estomatología.

Dichos espacios son situados en zonas marginales, con la finalidad de poder ayudar a la población que más lo necesita y que no tiene acceso directo al servicio de atención bucodental. Siendo así Tepepan, San Lorenzo Atemoaya, Tláhuac y Nezahualcóyotl dichas comunidades.

Los alumnos de nivel licenciatura con ayuda de los docentes son los encargados de brindar un tratamiento integral a los pacientes de los laboratorios de diseño y comprobación. Gracias al sistema modular empleado en la Universidad Autónoma Metropolitana y al sistema de enseñanza aprendizaje, se lleva hasta las clínicas tales conocimientos adquiridos por los alumnos y de esta manera complementar sus habilidades prácticas.

Actualmente el servicio brindado en las 4 instalaciones abarca un aproximado de 1600 pacientes por trimestre según los datos contabilizados por cada informe trimestral y anual.

La coordinación de los Idc es dirigida por la doctora Patricia Enzaldo, quien es la encargada de dirigir y supervisar las 4 instalaciones.

Cada centro cuenta con 19 unidades dentales, dos de ellas destinadas a procedimientos quirúrgicos y un aparato para radiografías extraorales, mejor conocido como ortopantomógrafo, una tecnología digital de impresión de imágenes.

Las clínicas disponen de dos dispositivos para radiografía intraoral de uso rutinario y necesarios para el diagnóstico, la planeación de tratamientos así como equipos digitales para el procesamiento de las radiografías intraorales.

Dos autoclaves permiten la esterilización del instrumental y materiales utilizados, computadoras y otro tipo de aditamentos administrativos que posibilitan la atención clínica, además disposición de áreas para el manejo de modelos de estudio y la elaboración de aparatos protésicos y de ortodoncia preventiva o interoceptiva.

LDC NEZAHUALCOYOTL

El laboratorio de diseño y comprobación Nezahualcóyotl, se encuentra ubicado en Avenida 4, colonia Pirules código postal 57510 la cual está situada a sus alrededores por varias escuelas de formación básica en las cuales se realizan prácticas informativas sobre prevención bucal y se les da información para el fácil ingreso y obtención del servicio. También a los alrededores se localiza un mercado municipal y una iglesia. Gracias a la excelente ubicación que tiene el LDC Nezahualcóyotl cuenta con un alta demanda de pacientes tanto en el área pediátrica como la atención de adulto y adulto mayor.

Únicamente se labora en turno matutino con un horario de 8:00 am a 2:00pm.

La doctora Angélica Cuapio Ortiz quien es encargada de la dirección de dicha clínica es quien lleva acabo el control y adecuado manejo de tal, con ayuda de su extenso equipo de trabajo. De acuerdo al informe anual registrado durante el periodo de pasantía 2017-2018 el Ldc Nezahualcóyotl alberga aproximadamente 83 alumnos inscritos a la UEA Y 4 pasantes.

CAPÍTULO IV

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

CUADROS DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROGRAM AS PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL (PAI)

MES	NIÑO	% NIÑO	ADULTO	% ADULTO	TOTAL	%TOTAL
Agosto	0	0	0	0	0	100
Septiembre	0	0	0	0	0	100
Octubre	1	50	1	50	2	100
Noviembre	2	100	1	50	2	100
Diciembre	2	66.66	1	33.33	3	100
Enero	2	66.66	2	66.66	3	100
Febrero	2	50	5	83.33	6	100
Marzo	2	28.57	5	71.42	7	100
Abril	2	28.57	5	71.42	7	100
Mayo	2	25	6	75	8	100
Junio	2	28.57	5	71.42	7	100
Julio	2	28.57	5	71.42	7	100
TOTAL	19	36.56	31	59.61	52	100

TABLA 1: Registro de actividades de los expedientes de LDC Nezahualcóyotl durante la pasantía de los trimestres 17-O/18-P

PROGRAMA DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS (PAE)

MES	No.	%
Agosto	0	0
Septiembre	0	0
Octubre	0	0
Noviembre	0	0
Diciembre	0	0
Enero	0	0
Febrero	0	0
Marzo	0	0
Abril	0	0
Mayo	0	0
Junio	0	0
Julio	0	0
TOTAL	0	0

TABLA 2: No se realizó atención a pacientes embarazadas

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO MENSUAL
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2017

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	0	0
○ Cepillado	0	0
• Intramuros	0	0
○ Flúor en enjuagues	0	0
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
INTERMEDIAS		
• Asistencia	0	0
• Dique de hule	0	0
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	144	33.33
• Manejo de pacientes	144	33.33
• Registro y manejo de pacientes	144	33.33
<i>SUBTOTAL</i>	432	100
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
TOTAL	432	100

TABLA 3: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de agosto 2017.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2017

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	0	0
SUBTOTAL	0	0
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal		
SUBTOTAL	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	0	0
○ Cepillado	0	0
• Intramuros	0	0
○ Flúor en enjuagues	0	0
○ Limpieza dental		
SUBTOTAL	0	0
INTERMEDIAS		
• Asistencia	0	0
• Dique de hule	0	0
• Preparación para corona.	0	0
SUBTOTAL	0	0
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	0	0
SUBTOTAL	0	0
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
SUBTOTAL	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	52	33.33
• Manejo de pacientes	52	33.33
• Registro y manejo de pacientes	52	33.33
SUBTOTAL	156	1000
OTRAS	0	
• Selladores		
• Resinas		
	0	
SUBTOTAL	0	
TOTAL	156	100

TABLA 4: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de septiembre 2017.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2017

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	2	2.6
<i>SUBTOTAL</i>	2	2.6
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	3	4
<i>SUBTOTAL</i>	3	4
PREVENTIVAS		
• Extramuros	1	1.33
○ Control de placa dentobacteriana		
○ Cepillado	1	1.33
• Intramuros	5	6.6
○ Flúor en enjuagues	5	6.6
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	12	16
INTERMEDIAS	36	48
• Asistencia		
• Dique de hule	7	9.33
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	43	57.33
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	2	2.6
<i>SUBTOTAL</i>	2	2.6
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	0	0
• Manejo de pacientes	3	4
• Registro y manejo de pacientes	3	4
<i>SUBTOTAL</i>	6	8
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	7	9.3
<i>SUBTOTAL</i>	7	9.3
TOTAL	75	100

TABLA 5: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de octubre 2017.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2017

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	1	1.25
<i>SUBTOTAL</i>	1	1.25
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol	0	0
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	2	2.5
<i>SUBTOTAL</i>	2	2.5
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	6	7.5
○ Cepillado	3	3.75
• Intramuros	0	0
○ Flúor en enjuagues	0	0
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	9	11.25
INTERMEDIAS		
• Asistencia	44	55
• Dique de hule	8	10
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	52	65
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	2	2.5
• Amalgamas	1	1.25
• Exodoncia	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	3	3.75
REHABILITACIÓN		
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	0	0
• Manejo de pacientes	3	3.75
• Registro y manejo de pacientes	3	3.75
<i>SUBTOTAL</i>	6	7.5
OTRAS	2	2.5
• Selladores		
• Resinas		
	5	6.25
<i>SUBTOTAL</i>	7	8.75
TOTAL	80	100

TABLA 6: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de noviembre 2017.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2017

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol	0	0
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	7	19.44
<i>SUBTOTAL</i>	7	19.44
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	0	0
○ Cepillado	3	8.33
• Intramuros	0	0
○ Flúor en enjuagues	0	0
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	3	8.33
INTERMEDIAS		
• Asistencia	18	50
• Dique de hule	0	0
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	18	50
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	0	0
• Manejo de pacientes	4	11.11
• Registro y manejo de pacientes	4	11.11
<i>SUBTOTAL</i>	8	22.22
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
TOTAL	36	100

TABLA 7: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de diciembre 2017.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	1	0.24
• Historia clínica	4	0.98
SUBTOTAL	5	1.23
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros	5	1.23
○ Pláticas de salud bucal		1.23
SUBTOTAL	5	
PREVENTIVAS		
• Extramuros	4	0.98
○ Control de placa dentobacteriana		
○ Cepillado	5	1.23
• Intramuros	3	6.52
○ Flúor en enjuagues	4	0.98
○ Limpieza dental		
SUBTOTAL	16	3.95
INTERMEDIAS		
• Asistencia	29	7.16
• Dique de hule	9	2.22
• Preparación para corona.	0	0
SUBTOTAL	38	9.38
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	2	0.49
• Exodoncia	0	0
SUBTOTAL	2	0.49
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
SUBTOTAL	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	161	39.75
• Manejo de pacientes	5	1.23
• Registro y manejo de pacientes	166	40.98
SUBTOTAL	332	81.97
OTRAS		0
• Selladores		
• Resinas	0	
	7	1.72
SUBTOTAL	7	1.72
TOTAL	405	100

TABLA 8: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de enero 2018.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	2	1.72
• Historia clínica	3	2.58
<i>SUBTOTAL</i>	5	4.31
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	3	2.58
<i>SUBTOTAL</i>	3	2.58
PREVENTIVAS		
• Extramuros	1	0.86
○ Control de placa dentobacteriana		
○ Cepillado	5	4.31
• Intramuros	2	1.72
○ Flúor en enjuagues	3	2.58
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	12	10.34
INTERMEDIAS		
• Asistencia	48	41.37
• Dique de hule	15	12.93
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	63	54.31
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	1	0.86
• Exodoncia	1	0.86
<i>SUBTOTAL</i>	2	1.72
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	5	4.31
• Manejo de pacientes	5	4.31
• Registro y manejo de pacientes	5	4.31
<i>SUBTOTAL</i>	15	12.93
OTRAS	2	1.72
• Selladores		
• Resianas		
	13	11.20
<i>SUBTOTAL</i>	15	12.93
TOTAL	116	100

TABLA 9: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de febrero 2018.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	1	0.95
• Historia clínica	4	3.80
<i>SUBTOTAL</i>	5	4.76
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros	8	7.61
○ Control de placa dentobacteriana	5	4.76
○ Cepillado	4	3.80
• Intramuros		
○ Flúor en enjuagues	4	3.80
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	21	20
INTERMEDIAS		
• Asistencia	54	51.42
• Dique de hule	4	3.80
• Preparación para corona.	2	1.90
<i>SUBTOTAL</i>	60	57.14
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	2	1.90
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	2	1.90
REHABILITACIÓN	2	1.90
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	5	4.76
• Manejo de pacientes	5	4.76
• Registro y manejo de pacientes	5	4.76
<i>SUBTOTAL</i>	15	14.28
OTRAS	2	1.90
• Selladores		
• Resinas		
	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	2	1.90
TOTAL	105	100

TABLA 10: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de marzo 2018.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol	0	0
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros	0	0
○ Control de placa dentobacteriana		
○ Cepillado	6	10
• Intramuros	0	0
○ Flúor en enjuagues	0	0
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	6	10
INTERMEDIAS		
• Asistencia	37	61.66
• Dique de hule	0	0
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	37	61.66
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	5	8.33
• Manejo de pacientes	7	11.66
• Registro y manejo de pacientes	5	8.33
<i>SUBTOTAL</i>	17	28.33
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
TOTAL	60	100

TABLA 11: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de abril 2018.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	2	0.41
• Historia clínica	2	0.41
SUBTOTAL	4	0.83
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol	0	0
• Intramuros		
○ Pláticas de salud bucal	0	0
SUBTOTAL	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros	2	0.41
○ Control de placa dentobacteriana	6	1.25
○ Cepillado	2	0.41
• Intramuros	2	0.41
○ Flúor en enjuagues		
○ Limpieza dental		
SUBTOTAL	12	2.50
INTERMEDIAS		
• Asistencia	64	13.36
• Dique de hule	2	0.41
• Preparación para corona.	0	0
SUBTOTAL	66	13.77
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	1	0.20
SUBTOTAL	1	0.20
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
SUBTOTAL	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	189	39.45
• Manejo de pacientes	8	1.67
• Registro y manejo de pacientes	197	41.12
SUBTOTAL	394	82.25
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	2	0.41
SUBTOTAL	2	0.41
TOTAL	479	100

TABLA 12: se Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de mayo 2018

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	2	1.26
• Historia clínica	1	0.63
<i>SUBTOTAL</i>	3	1.89
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros	20	12.65
○ Control de placa dentobacteriana	12	7.59
○ Cepillado	2	1.26
• Intramuros		
○ Flúor en enjuagues	2	1.26
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	26	16.45
INTERMEDIAS		
• Asistencia	51	32.27
• Dique de hule	24	15.18
• Preparación para corona.	0	0
<i>SUBTOTAL</i>	75	47.46
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	1	0.63
<i>SUBTOTAL</i>	1	0.63
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	2	1.26
• Cirugía	0	0
• Placa total	3	1.89
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	5	3.16
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	8	5.06
• Manejo de pacientes	8	5.06
• Registro y manejo de pacientes	8	5.06
<i>SUBTOTAL</i>	24	15.18
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	24	15.18
<i>SUBTOTAL</i>	24	15.18
TOTAL	158	100

TABLA 13: Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de junio 2018

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2018

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	0	0
SUBTOTAL	0	0
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal		
SUBTOTAL	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros	9	7.08
○ Control de placa dentobacteriana	9	7.08
○ Cepillado		
• Intramuros	5	3.93
○ Flúor en enjuagues	5	3.93
○ Limpieza dental		
SUBTOTAL	28	22.04
INTERMEDIAS		
• Asistencia	70	55.11
• Dique de hule	3	2.36
• Preparación para corona.	1	0.78
SUBTOTAL	74	58.28
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	0	0
SUBTOTAL	0	0
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	1	0.78
• Cirugía	2	1.57
• Placa total	1	0.78
• Prótesis removible		
SUBTOTAL	4	3.14
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	6	4.72
• Manejo de pacientes	6	4.72
• Registro y manejo de pacientes	6	4.72
SUBTOTAL	18	14.17
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	3	2.36
SUBTOTAL	3	2.36
TOTAL	127	100

TABLA14 : Expedientes de pacientes atendidos durante el mes de julio 2018.

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO TRIMESTRAL
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL TRIMESTRE 17-O

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	0	0
• Historia clínica	3	0.38
SUBTOTAL	3	0.38
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros	12	1.54
○ Pláticas de salud bucal		
SUBTOTAL	12	1.54
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	7	0.90
○ Cepillado	7	0.90
• Intramuros	5	0.64
○ Flúor en enjuagues	5	0.64
○ Limpieza dental		
SUBTOTAL	24	3.08
INTERMEDIAS		
• Asistencia	98	12.61
• Dique de hule	15	1.93
• Preparación para corona.	0	0
SUBTOTAL	113	14.54
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	2	0.25
• Amalgamas	1	0.12
• Exodoncia	0	0
SUBTOTAL	3	0.38
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
SUBTOTAL	0	0
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	196	25.22
• Manejo de pacientes	206	26.51
• Registro y manejo de pacientes	206	26.51
SUBTOTAL	608	78.24
OTRAS	2	0.25
• Selladores		
• Resinas		
	12	1.54
SUBTOTAL	14	1.80
TOTAL	777	100

Tabla 16. Expedientes de pacientes atendidos durante el trimestre 17-O

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO TRIMESTRAL
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL TRIMES 18-I

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	4	0.60
• Historia clínica	11	1.66
SUBTOTAL	15	2.26
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros		1
○ Pláticas de salud bucal	8	1.20
SUBTOTAL	8	1.20
PREVENTIVAS		
• Extramuros	13	1.96
○ Control de placa dentobacteriana	21	3.17
○ Cepillado		
• Intramuros	9	1.35
○ Flúor en enjuagues	11	1.66
○ Limpieza dental		
SUBTOTAL	54	8.15
INTERMEDIAS		
• Asistencia	168	25.37
• Dique de hule	15	2.26
• Preparación para corona.	0	0
SUBTOTAL	183	27.64
CURATIVAS		0
• Pulpotomía	0	
• No. de conductos obturados	2	0.30
• Amalgamas	3	0.45
• Exodoncia	1	0.15
SUBTOTAL	6	0.90
REHABILITACIÓN	2	0.30
• Incrustación	0	0
• Cirugía	0	0
• Placa total	0	0
• Prótesis removible		
SUBTOTAL	2	0.30
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	176	26.66
• Manejo de pacientes	22	3.32
• Registro y manejo de pacientes	181	27.34
SUBTOTAL	379	57.25
OTRAS	4	0.50
• Selladores		
• Resinas		
	13	1.96
SUBTOTAL	17	2.56
TOTAL	662	100

TABLA 16: Expedientes de pacientes atendidos durante el trimestre 18-I

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO TRIMESTRAL
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL TRIMESTRE 18-P

Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	4	0.53
• Historia clínica	3	0.40
<i>SUBTOTAL</i>	7	0.93
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal		
<i>SUBTOTAL</i>	0	0
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	31	4.14
○ Cepillado	27	3.61
• Intramuros	9	1.20
○ Flúor en enjuagues	9	1.20
○ Limpieza dental		
<i>SUBTOTAL</i>	76	10.17
INTERMEDIAS		
• Asistencia	185	24.76
• Dique de hule	3	0.40
• Preparación para corona.	1	0.13
<i>SUBTOTAL</i>	189	25.30
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	0	0
• Amalgamas	0	0
• Exodoncia	1	0.13
<i>SUBTOTAL</i>	1	0.13
REHABILITACIÓN	0	0
• Incrustación	3	0.40
• Cirugía	2	0.26
• Placa total	4	0.53
• Prótesis removible		
<i>SUBTOTAL</i>	9	1.20
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	203	27.17
• Manejo de pacientes	22	2.94
• Registro y manejo de pacientes	211	28.24
<i>SUBTOTAL</i>	436	58.26
OTRAS	0	0
• Selladores		
• Resinas		
	29	3.88
<i>SUBTOTAL</i>	29	3.88
TOTAL	747	100

Tabla 17. Expedientes de pacientes atendidos durante el trimestre 18-P

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO ANUAL

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES PERIODO AGOSTO 2017 - JULIO 2018

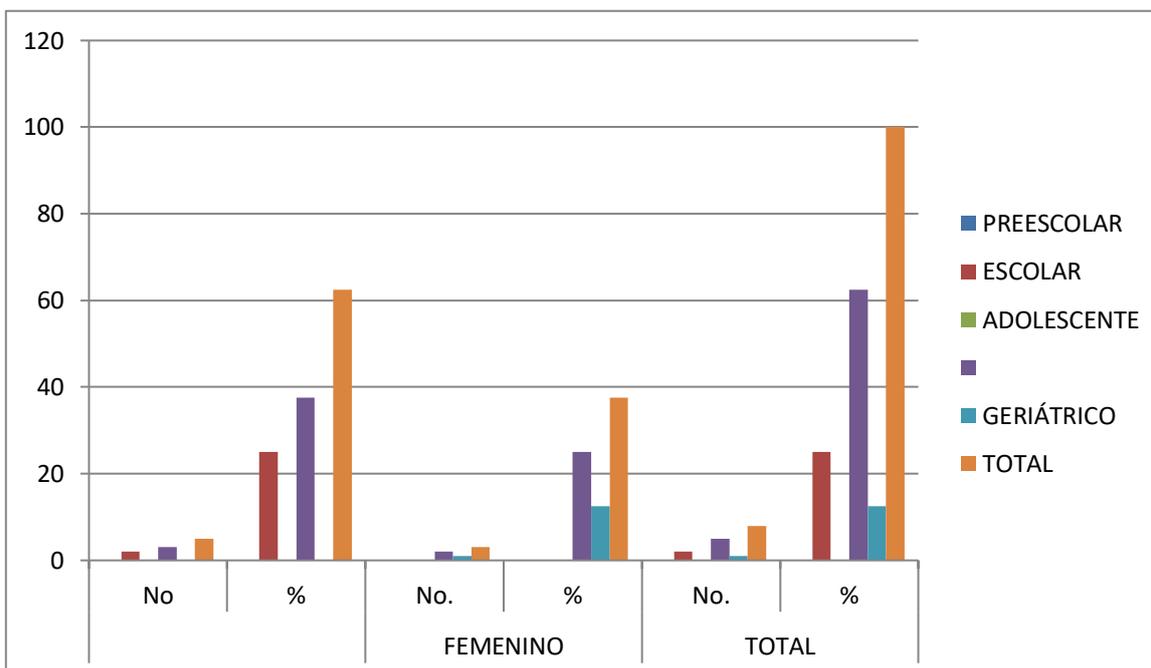
Actividades	No	%
DIAGNÓSTICO		
• Análisis de modelos	8	0.35
• Historia clínica	17	0.79
SUBTOTAL	25	1.12
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros	0	0
○ Pláticas de salud bucal	0	0
○ Teatro guiñol		
• Intramuros		
○	20	0.89
○ Pláticas de salud bucal		
SUBTOTAL	20	0.89
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
○ Control de placa dentobacteriana	51	2.28
○ Cepillado	55	2.46
• Intramuros	23	1.03
○ Flúor en enjuagues	25	1.12
○ Limpieza		
SUBTOTAL	154	6.89
INTERMEDIAS		
• Asistencia	451	20.20
• Dique de hule	72	3.22
• Preparación para corona.	3	0.13
SUBTOTAL	526	23.56
CURATIVAS		
• Pulpotomía	0	0
• No. de conductos obturados	4	0.17
• Amalgamas	4	0.17
• Exodoncia	4	0.17
SUBTOTAL	12	0.53
REHABILITACIÓN		
• Incrustación	2	0.08
• Cirugía	3	0.13
• Cirugía	2	0.08
• Placa total	4	0.17
SUBTOTAL	11	0.49
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	575	25.76
• Manejo de pacientes	244	10.93
• Registro y manejo de pacientes	598	26.79
SUBTOTAL	1417	63.48
OTRAS		
• Selladores	6	0.26
• Resinas	61	2.73
SUBTOTAL	67	3
TOTAL	2232	100

TABLA 18: expedientes LDC Nezahualcóyotl, recopilación anual del periodo agosto 2017 a jul 2018.

CUADROS DE POBLACIÓN ATENDIDA

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA						
ACTIVIDADES INTRAMUROS						
DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2017 - JULIO 2018						
NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No	%	No.	%	No.	%
PREESCOLAR	0	0	0	0	0	0
ESCOLAR	2	25	0	0	2	25
ADOLESCENTE	0	0	0	0	0	0
ADULTO	3	37.5	2	25	5	62.5
GERIÁTRICO	0	0	1	12.5	1	12.5
TOTAL	5	62.5	3	37.5	8	100

TABLA19 : Expedientes de los pacientes LDC Nezahualcóyotl agosto 2017 julio 2018.

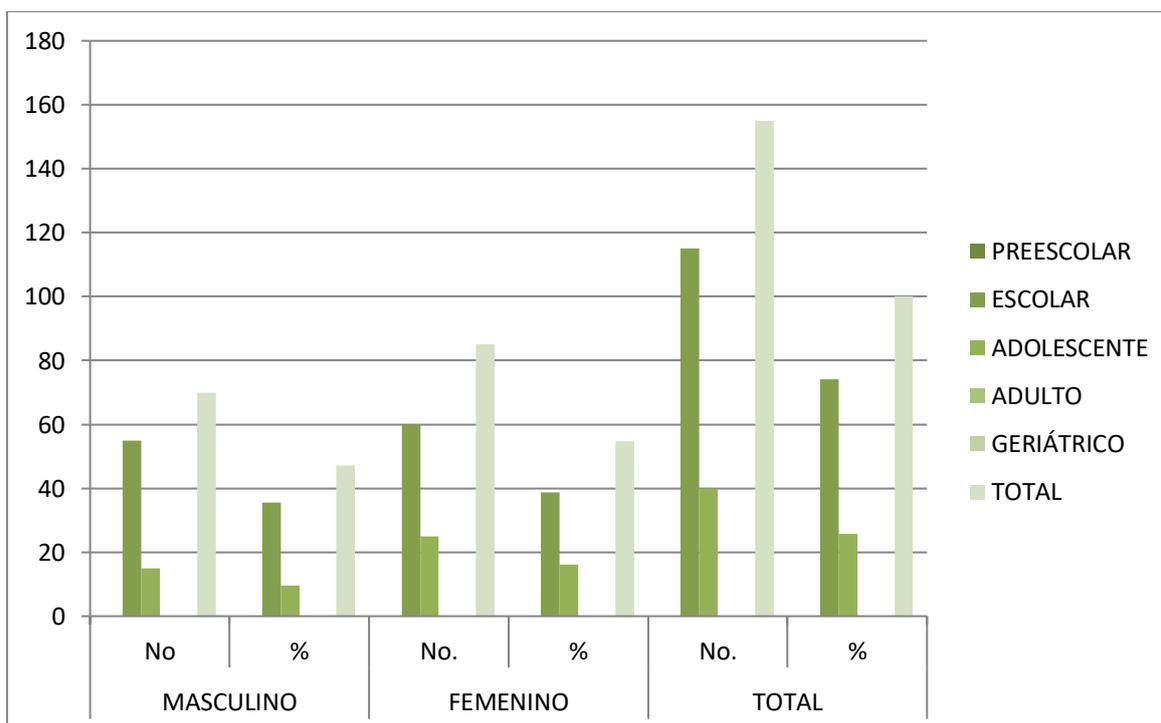


Grafica (1) representación gráfica del total de actividades intramuros realizada durante el servicio social durante el periodo 17-O, 18-P

CUADROS DE POBLACIÓN ATENDIDA

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA						
ACTIVIDADES EXTRAMUROS						
DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2017 - JULIO 2018						
NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No	%	No.	%	No.	%
PREESCOLAR	0	0	0	0	0	0
ESCOLAR	55	35.48	60	38.70	115	74.19
ADOLESCENTE	15	9.67	25	16.12	40	25.80
ADULTO	0	0	0	0	0	0
GERIÁTRICO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	70	47.17	85	54.82	155	100

Fuente: Expedientes de los pacientes LDC Nezahualcóyotl agosto 2017 julio 2018.

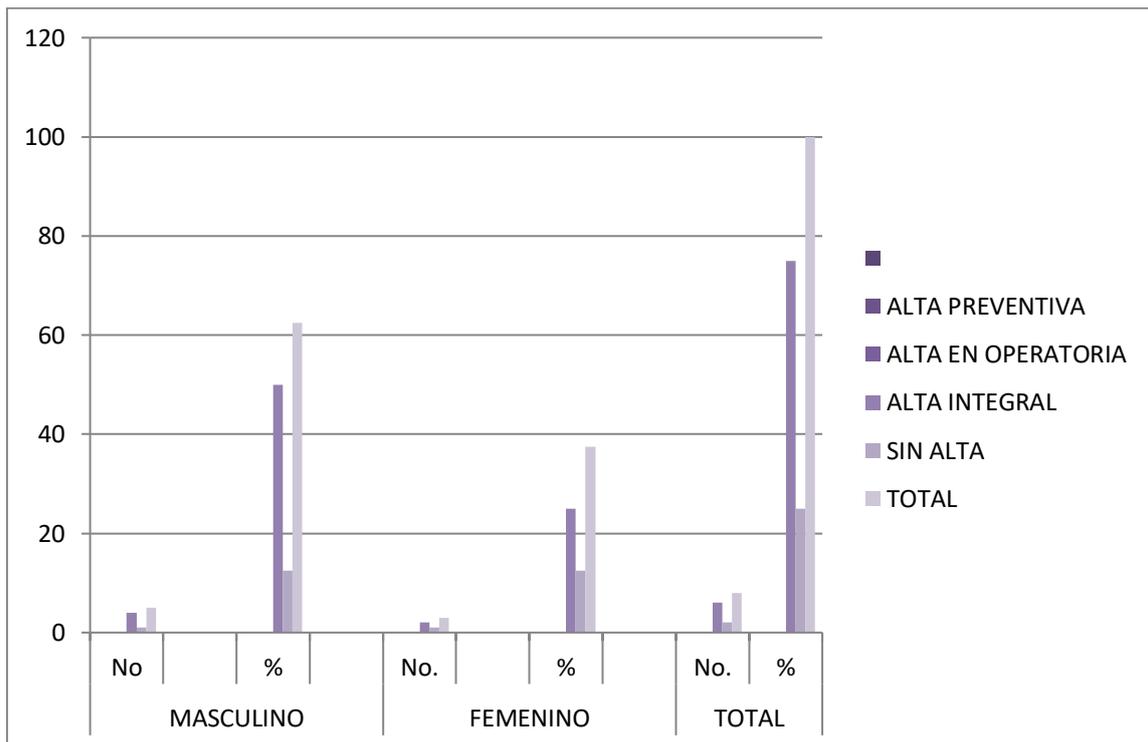


Grafica (2) representación gráfica del total de actividades extramuros realizada durante el servicio social durante el periodo 17-O, 18-P.

CUADRO DE PACIENTES DADOS DE ALTA

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA. DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2017 - JULIO 2018										
NOMBRE	MASCULINO				FEMENINO				TOTAL	
	No		%		No.		%		No.	%
	INTRA	EXTRA	INTRA	EXTRA	INTRA	EXTRA	INTRA	EXTRA		
ALTA PREVENTIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTA OPERATORIA EN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTA INTEGRAL	4	0	50	0	2	0	25	0	6	75
SIN ALTA	1	0	12.5	0	1	0	12.5	0	2	25
TOTAL	5	0	62.5	0	3	0	37.5	0	8	100

Fuente: Expedientes de los pacientes LDC Nezahualcóyotl agosto 2017 julio 2018.



Grafica (3) representación gráfica del total de pacientes dados de alta durante el servicio social durante el periodo 17-O, 18-P

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo al registro del informe narrativo que se presentó posteriormente se puede dar a conocer las actividades que se realizaron durante la pasantía del servicio social en el laboratorio de diseño y comprobación Nezahualcóyotl.

Estas actividades fueron tanto clínicas como de apoyo administrativo. La asignación de pacientes, el manejo del ortopantomógrafo, la digitalización de radiografías, así como la integración de las nuevas generaciones a clínica al inicio de cada trimestre dando pláticas de integración y apoyando con algunas prácticas durante el curso de inducción de los alumnos.

En cuanto a la parte clínica se inició con la fase preventiva, iniciando con promoción a la salud donde se impartieron pláticas de información y motivación a los pacientes sobre temas de salud e higiene bucal. En cuanto a la protección específica se desarrollaron tratamientos como, limpiezas profilácticas, selladores de fosetas y fisuras, eliminación de sarro.

Las actividades curativas que se desempeñaron con la finalidad de limitación del daño fueron las operatorias donde se colocaron resinas, amalgamas, restauraciones con ionómero de vidrio, tratamiento de conductos, exodoncias y cirugías.

Finalmente en la fase de rehabilitación se trabajó de la mano con el laboratorio dental para la realización y colocación de prótesis individuales como coronas e incrustaciones, prótesis parcial removible o fija y prótesis totales.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

En cuanto a mi personal punto de vista me pareció increíble pertenecer al equipo de pasantes que conformo el periodo 17-O al trimestre 18-P por diversas razones, la principal por que el equipo de trabajo y ambiente era agradable tanto los docentes como mis compañeras de trabajo, en especial mi compañera de cubículo con quien tuve una experiencia muy grata ya que el trabajo que desempeñamos en equipo fue super armónico.

Una de las razones por las cuales decidí quedarme a desarrollar la pasantía en LDC Neza fue la cercanía que tiene con mi domicilio, ya que la distancia me quedaba a no mas de 15 minutos.

La gran demanda que tiene la clínica en cuanto a sus pacientes fue otra de las características por las cuales me sentí muy contenta con el servicio social ya que al haber gran cantidad de pacientes yo sabía que mi aprendizaje se vería favorecido, al poder desarrollar la mayor cantidad de tratamientos y conocimientos adquiridos durante la licenciatura, además de que fue la clínica que me formo durante mi desarrollo como futura estomatologa egresada de la UAM Xochimilco.

CAPÍTULO VII

FOTOGRAFÍAS



Fotografía (1) en actividad clínica durante la pasantía .



Fotografía (2) del exterior de LDC NEZA.