



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD TII- AJUSCO

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

TITULO: "PREVALENCIA DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y SUS FACTORES DE RIESGO EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DEL JARDÍN DE NIÑOS COYO- HUA- CAN, CDMX."

ALUMNA: REYNA GUADALUPE PÉREZ MORALES

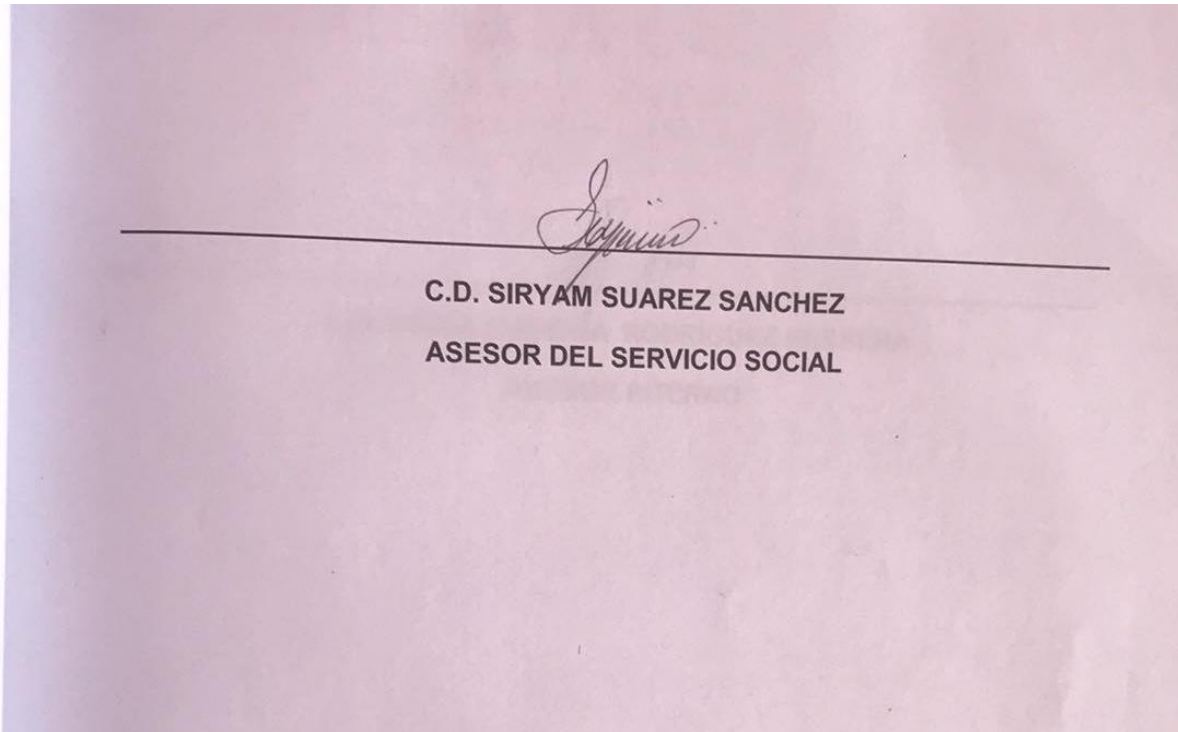
MATRICULA: 2143026324

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: AGOSTO 2018- JULIO 2019

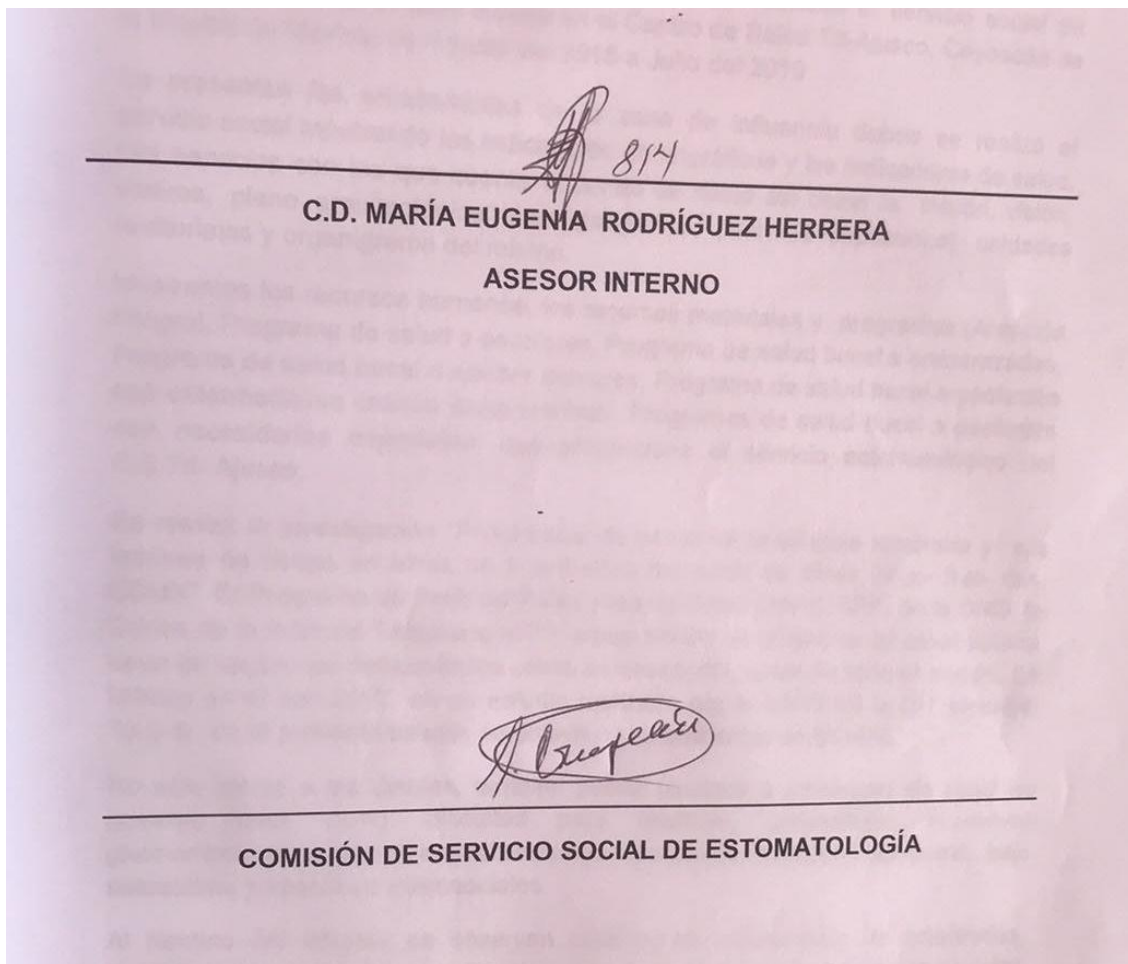
FECHA DE ENTREGA: DICIEMBRE 2019

ASESORA: C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ HERRERA

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL



SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



RESUMEN DEL INFORME.

El informe documenta las actividades realizadas durante el servicio social de odontología, el cual se llevó a cabo en el Centro de Salud TII-Ajusco, Coyoacán de la Ciudad de México; de Agosto del 2018 a Julio del 2019.

Se presentan los antecedentes de la zona de influencia donde se realizó el servicio social mostrando los indicadores demográficos y los indicadores de salud. Los servicios con los que cuenta el centro de salud así como la misión, visión, valores, plano arquitectónico, área geográfica, pirámide poblacional, unidades territoriales y organigrama del mismo.

Mostramos los recursos humanos, los recursos materiales y programas (Atención integral, Programa de salud a escolares, Programa de salud bucal a embarazadas, Programa de salud bucal a adultos mayores, Programa de salud bucal a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, Programas de salud bucal a pacientes con necesidades especiales) que proporciona el servicio estomatológico del C.S.TII-Ajusco.

Se realiza la investigación “Prevalencia de caries de la infancia temprana y sus factores de riesgo en niños de 3 a 6 años del jardín de niños Coyo- hua- can, CDMX”. El Programa de Perfil de País / Área de Salud Oral (CAPP) de la OMS, la Caries de la Infancia Temprana (CIT) sigue siendo un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en desarrollo países de todo el mundo. En México en el año 2017 en un estudio realizado por el SIVEPAB la CIT presento 73.3 %. En el presente estudio se obtuvo una prevalencia de 61.40%.

No sólo afecta a los dientes, también puede conducir a problemas de salud en general, tales como: dificultad para masticar, desnutrición, trastornos gastrointestinales, retraso o un crecimiento insuficiente, fonación inadecuada, baja autoestima y trastornos psicosociales.

Al término del informe se observan cuadros de concentrado de actividades, divididos mensualmente, anualmente y por programas en los cuales se participó durante la estancia del servicio social.

ÍNDICE

1.- Introducción general	7
2.- Investigación	8
2.1. Introducción	8
2.2. Marco teórico	9
2.2.1. Dieta cariogénica	10
2.2.2. Microorganismos	10
2.2.3. Epidemiología	12
2.2.4. Clasificación d los estadios de la Caris de la Infancia Temprana	14
2.2.5 Consecuencias	14
2.2.6. Factores de riesgo relacionados a Caris de la Infancia Temprana	16
2.2.6.1. Factores biológicos	16
2.2.6.2. Factores socioculturales	17
2.2.6.3. Hábitos	18
2.2.7. Acciones preventivas	20
2.3. Objetivos	22
2.3.1. Objetivo general	22
2.3.2. Objetivos específicos	22
2.4. Material y métodos	23
2.5. Resultados	24
2.6. conclusiones	39
2.7. Anexo 1. Encuesta	40
2.8 Referencia bibliográfica	41
3.- Antecedentes	49
3.1. Zona de Influencia	49
3.1.1. Indicadores demográficos	49
3.1.2. Indicadores de salud	55
4.- Centro de salud TII- Ajusco, Coyoacán.	62
4.1. Servicios	63
4.2. Misión, visión y valores.	63
4.3. Plano arquitectónico	64

4.4. Área geográfica	66
4.5. Pirámide poblacional	67
4.6. Unidades territoriales	68
4.7. Organigrama	70
5.- Servicio estomatológico	71
5.1. Organigrama	71
5.2. Recursos humanos	72
5.3. Recursos materiales	72
5.4. Programas	72
6. Referencias bibliográficas	73
7.- Informe numérico narrativo	74
7.1. Cuadros de actividades realizados por programas	74
7.1.1. Atención integral	74
7.1.2. Programa de salud a escolares	74
7.1.3. Programa de salud bucal a embarazadas	75
7.1.4. Programa de salud bucal a adultos mayores	75
7.1.5. Programa de salud bucal a pacientes con enfermedades crónico degenerativas	76
7.1.6. Programa de salud bucal a pacientes con necesidades especiales	76
7.2. Cuadros de actividades realizadas por mes	77
7.3. Concentrado anual de actividades	89
7.4. Cuadro de población atendida	90
8.- Análisis de información	91
9.- Conclusiones	92
10.- Fotografías	93

INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente trabajo describe las actividades realizadas por la Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Estomatología durante su estancia en el Centro de Salud TII-Ajusco, Coyoacán de la Ciudad de México; durante el periodo de Agosto del 2018 a Julio del 2019; compuesto por diez capítulos.

De inicio se presenta la investigación “Prevalencia de caries de la infancia temprana y sus factores de riesgo en niños de 3 a 6 años del jardín de niños coyo- hua- can, CDMX”. La investigación incluye los elementos que marca el formato de la guía para servicio social de la licenciatura de estomatología.

En el capítulo dos se aborda de manera general los antecedentes de la zona donde se realizó el servicio social así como los indicadores demográficos y los indicadores de salud.

Posteriormente, se enuncian los servicios con los que cuenta el centro de salud, misión, visión, valores, plano arquitectónico, área geográfica, pirámide poblacional, unidades territoriales y organigrama.

Consecutivamente se observa el organigrama, recursos humanos, recursos materiales y programas que brinda el servicio estomatológico.

Para finalizar se dan a conocer las actividades realizadas en los programas: Atención Integral, Programa de salud a escolares, Programa de salud bucal a embarazadas, Programa de salud bucal a adultos mayores, Programa de salud bucal a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, Programas de salud bucal a pacientes con necesidades especiales, durante el servicio social mediante cuadros de concentración mensuales y anual.

INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN:

El termino Caries de la Infancia temprana de acuerdo a la Americana de Odontología Pediátrica se define como la presencia de una o más lesiones caries (lesiones no cavitadas o cavitadas), faltantes (por caries) o superficies dentales obturadas en cualquier diente primario en un niño menor de seis años.¹

Se inicia en la superficie del esmalte dentario, con una grave descomposición dental, ocasionada principalmente por la acción de la biopelícula en presencia de microorganismos cariogénicos como *Streptococo mutans*. El cuadro clínico característico inicia en los incisivos superiores, en sus superficies palatinas y distales, seguido por las superficies oclusales de los primeros molares superiores e inferiores.

La exposición prolongada y frecuente de líquidos con alto contenido de azúcares y con la manera como es alimentado el niño a partir del nacimiento en adelante, además de la interacción de otros factores (dita, microorganismos, microbiota oral, factores socioculturales) son la principal causa de esta condición.

La Caries de la Infancia Temprana tiene efectos sobre la salud general del niño: retardo en el crecimiento y el desarrollo, peso corporal más bajo, desarrollo de problemas dentales, hábitos nocivos, secuelas psicológicas, dificultades de fonación y masticación, entre otras.

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el odontopediatra. En México no existen programas eficientes de seguimiento para estos niños.

Por lo que el propósito de esta investigación fue encontrar la prevalencia de Caries de la Infancia Temprana y la relación con sus factores, para posteriormente se apliquen programas preventivos con la finalidad de que la enfermedad no siga progresando en los niños afectados.

MARCO TEÓRICO:

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la Caries de la Infancia Temprana como la presencia de una o más lesiones caries (lesiones no cavitadas o cavitadas), faltantes (por caries) o superficies dentales obturadas en cualquier diente primario en un niño menor de seis años.¹

Conforme ha transcurrido el tiempo, la caries en niños a edad temprana ha ido cambiando de nombre. El término caries de la infancia temprana es actualmente el más aceptado. Sin embargo, ciertos sinónimos aún continúan empleándose:²

- Caries de mamila
- Síndrome de biberón
- Caries de pecho
- Síndrome por alimentación infantil
- Caries rampante infantil ²

A lo largo de los años ha ido recibiendo diferentes nombres: Caries de la primera infancia, caries de aparición temprana (CT), caries circunferencial, caries rampante, caries del maxilar anterior, caries del lactante o síndrome del biberón o de la botella, puesto que éste era el único factor causal. Hoy en día, se le conoce universalmente con el término “Early childhood caries” (ECC) o lo que es lo mismo “Caries de la infancia temprana”. ³

El término “caries del biberón” fue usado por Elías Fass en 1962 para describir el proceso de la caries dental en el infante, sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo. Luego este término se modificó por “caries del lactante” entre otros términos y fue sólo hasta 1994 cuando se utilizó el concepto de “caries de la infancia temprana” propuesto por consenso en la Conferencia del Centro de Control de Enfermedades y Prevención, por ser un término más específico, pues no se vincula con el biberón como único factor etiológico.⁴

La evidencia sugiere que los dientes son susceptibles a desarrollar CTI poco después de su erupción y antes de su maduración final. Este es el momento cuando la mayoría de los niños están siendo amamantados.⁵

El mecanismo de producción de la CTI es similar a los demás tipos de caries. Se inicia a partir de bacterias endógenas (*Streptococcus mutans* y *sobrinus*, y *Lactobacillus* spp) del biofilm productoras de ácidos orgánicos débiles como resultado del metabolismo de los carbohidratos de la dieta. Este ácido causa un descenso de los valores locales del pH, a un nivel bajo el crítico, resultando en la desmineralización de los tejidos dentarios. La desmineralización puede revertirse en sus estados iniciales mediante la recaptación de calcio, fosfato y fluoruro.⁶

Dieta Cariogénica

La dieta o el sustrato es el principal factor causante de esta patología. Desde el nacimiento, mediante el amamantamiento o el uso del biberón como sustituto de éste la alimentación del niño es potencialmente cariogénica, dado el contenido azucarado de estas sustancias, la próxima erupción de los dientes temporales y la ausencia de medidas higiénicas por parte de la madre hacia el niño. A partir de los seis meses, se produce un cambio en la alimentación del niño, pues empieza a probar nuevos alimentos líquidos y semisólidos tales como yogures, jugos, papillas de frutas y verduras, carne o pescado o cereales para bebés, entre otros.⁷

El uso repetido del biberón, con líquidos azucarados, la alimentación materna más allá del periodo requerido de lactancia, el uso del chupón mojado en miel, leche condensada u otras sustancias azucaradas, y sobre todo la repetición progresiva y mantenida de estos factores durante el sueño, son los causantes directos de esta patología. Son actividades cuyo único fin es tratar de calmar al niño, sobre todo en el momento de acostarse, persistiendo la acidez en la boca del niño y causando por tanto, la desmineralización de la estructura dentaria con la consiguiente aparición de estas lesiones, ya que además, el flujo salival por la noche se encuentra disminuido por lo que la saliva no podrá llevar a cabo sus funciones protectoras. ⁸

Microorganismos

El microbioma oral se define como el genoma colectivo de microorganismos que residen en la cavidad oral. Después del intestino, es la segunda comunidad microbiana más grande de los humanos.⁹

El microbioma oral puede mostrar grandes y rápidos cambios en la composición y actividad tanto espacial como temporalmente y son dinámicos en el desarrollo con el huésped. Estas dinámicas multiplex y sin equilibrio son el resultado de muchos factores, como la frecuencia temporal del huésped y la dieta, la respuesta a los cambios en el pH, las interacciones entre las bacterias y, en un marco de tiempo más amplio, las mutaciones genéticas y la transferencia horizontal de genes que se extienden nuevas propiedades a la cepa. ¹⁰

Existe una relación simbiótica entre los microorganismos en nuestra cavidad oral basada en beneficios mutuos. Las poblaciones comensales no causan daño y mantienen un control sobre las especies patógenas al no permitir que se adhieran a la mucosa. Las bacterias se vuelven patógenas solo después de que rompen la barrera de los comensales, causando infección y enfermedad. ¹¹

El microbioma oral generalmente existe en forma de una biopelícula. Desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la homeostasis oral, la protección de la cavidad oral y la prevención del desarrollo de enfermedades. ¹²

La formación de biopelículas puede ocurrir en una amplia variedad de superficies en la cavidad oral. Por lo tanto, las células epiteliales, el esmalte recubierto de

saliva, las superficies dentales, las bacterias colonizadoras primarias y la ortodoncia crean entornos adecuados para el establecimiento de biopelículas de especies mixtas.¹³

Al comienzo de la formación de la biopelícula, los colonizadores primarios se adhieren a la superficie inicial, lo que resulta en el depósito de una monocapa microbiana. Luego, la migración de los primeros colonizadores conduce a la formación de microcolonias multicapa, lo que permite la creación de una matriz multicelular.¹⁴

Los colonizadores primarios en la microbiota oral para las superficies de las mucosas y los dientes suelen ser estreptococos, que constituyen aproximadamente el 80% de las biopelículas tempranas. Las especies de estreptococos de amplio espectro también producen las adhesinas orales mejor estudiadas, como el antígeno I / II, PaG, SspA, proteínas de unión a amilasa y proteína asociada a las fimbrias tipo I.¹⁵

En el caso de la placa, el *S. Mutans* es el principal microorganismo responsable en la aparición de estas lesiones. Si bien es cierto, que antes de la erupción de los primeros dientes temporales, la cavidad oral de un bebé se caracteriza por superficies mucosas lisas y perfectamente limpias gracias a la acción protectora de la saliva y a la fricción de la lengua; es un entorno que en principio no parece favorecer el crecimiento y desarrollo de estos microorganismos.¹⁶

Numerosos estudios realizados, han demostrado que la adquisición de *S. Mutans* en el niño se produce fundamentalmente a través de la madre, ya que es la que más contacto tiene con el niño en estas primeras etapas de la vida. Se produce principalmente al probar la comida con la misma cuchara para ver si su temperatura es la adecuada; y se le conoce como transmisión vertical.¹⁶

Incluso se ha llegado a demostrar cierta asociación con el tipo de parto; encontrándose niveles más elevados de *S. Mutans* en aquellos niños que nacieron por parto natural, que en los que lo hicieron por cesárea. Y esto se comprobó tras la realización de un estudio en Tailandia en 2009, donde mediante distintas pruebas realizadas tanto a las madres como a los niños, se llegó a demostrar que en su paso por el tracto vaginal, no solo iban adquirir *S. Mutans* sino también otros tipos de bacterias presentes en la microflora vaginal.¹⁶

Sin embargo, la transmisión de bacterias también puede realizarse de manera horizontal entre niños pequeños una vez que entran en la guardería; mediante besos o el intercambio del chupete o biberón con otros niños.¹⁷

En un estudio donde se demostró la variación de la microbiota salival en la recurrencia de la caries de la infancia temprana (ECC) con muestras de saliva de

82 niños preescolares sin ECC de 3 años de edad en un jardín de infantes en Beijing que fueron estudiados en mayo del 2014 y septiembre del 2014; se encontró que la estructura de la comunidad microbiana salival podría tener potencial para predecir la recurrencia de ECC en una fase temprana.¹⁸

La abundancia relativa de *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Leptotrichia* y *Capnocytophaga* difirió significativamente entre los grupos ER (grupo de recurrencia de ECC) y NER (grupo sin recurrencia de ECC) al inicio del estudio. La abundancia relativa de *Fusobacterium*, *Prevotella*, y *Capnocytophaga* y su combinación mostraron una precisión satisfactoria en la predicción de recurrencia de ECC, lo que indica que el microbioma salival tenía potencial predictivo para la recurrencia de esta enfermedad.¹⁸

El huésped: los dientes primarios son mucho más vulnerables y menos resistentes a la aparición de caries que los permanentes, principalmente porque tienen menor estructura dentinaria rodeando a la pulpa, amplias cámaras pulpares, la dentina es mucho más permeable y el esmalte está menos mineralizado que en los permanentes. Debido a estas características la entrada de bacterias se produce muy rápidamente hacia la pulpa.¹⁹

En lo que respecta al tiempo, variable introducida por Newbrum, debemos considerar el ritmo de ingesta de alimentos. Es importante establecer un patrón de ingesta de alimentos estructurado, bebiendo exclusivamente agua cuando el niño tenga sed. Así, conseguiremos que los periodos de remineralización del diente sean largos y por tanto, disminuya el riesgo de caries.²⁰

Existirán además, numerosos factores externos asociados a esta triada, introducidos por Fejerskov desde un punto de vista teórico en la etiología de la caries, como son: el ya mencionado nivel socioeconómico familiar o la conducta, actitud y conocimiento de los padres de las medidas básicas de higiene oral.²⁰

Epidemiología

La CIT sigue siendo una enfermedad pandémica en todo el mundo. La prevalencia entre niños de 3 a 5 años varía entre continentes y países. Los datos de los EE.UU muestran una prevalencia más alta que los países europeos; con el 40% de niños que presentan caries antes del jardín de niños, mientras que en el Reino Unido el 12% de los niños de 3 años tenían caries visible.²¹

En Japón, la Encuesta Nacional de Salud Oral de 2011 mostró que el 25% de los niños de 3 años experimentaron caries con una tasa de dientes primarios cariados

de 0.6. Estudios publicados muestran mayor prevalencia de 36-85% en Asia, 38-45% en África y 22-61% en Medio Oriente.²²

Camboya y Indonesia ha reportado una alta prevalencia y severidad de CIT ya que el 90% de los niños de 3-5 años tienen caries con una tasa de dientes cariados, faltantes y llenos mayor que 6.²³

La prevalencia de CIT está en el rango del 50-60% en Irán, Senegal y Tailandia entre el grupo de edad de 3-5 años. Sin embargo, la gravedad ha disminuido en algunos países, como en Tailandia. Los datos han demostrado que la prevalencia de CIT aumenta con la edad y puede comenzar tan pronto como a 12 meses de edad (Nigeria). El informe de la ciudad de Bangalore, India, entre los grupos de edad más jóvenes de 8-48 meses de edad ha demostrado un 27,5% de prevalencia de caries y una media de 0,85. ²³

En algunos países, la CIT no es una pandemia, sino que es endémica en sectores específicos o grupos de población. La prevalencia es alta en muchos países de bajos ingresos, particularmente en el sureste de Asia y África y específicamente entre grupos socioeconómicamente desfavorecidos. La mayoría de lesiones cariosas no se tratan, lo que podría provocar una falta del desarrollo físico y la capacidad de aprendizaje reducida de los niños, y los costos de tratamiento podrían aumentar.²⁴

El Programa de Perfil de País / Área de Salud Oral (CAPP) de la OMS en colaboración con el grupo de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, varios centros colaboradores de la OMS, organizaciones e individuos de todo el mundo; muestran que, a pesar de la disminución de prevalencia de la caries en los países occidentales, la CIT sigue siendo un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en desarrollo países de todo el mundo.²⁵

En el 2011, Ramírez y colaboradores, en un estudio realizado en 659 niños en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, encontraron que el 69.7% de los niños de ambos sexos tenían experiencia de CIT, aumentando desde el primer año hasta los cuatro años, siendo mayor en los niños (71.6%) que en las niñas (67.5 %).²⁶

En México en el año 2017 en un estudio realizado por el SIVEPAB (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles) proveniente de las 452 unidades centinela de las 32 entidades federativas del país, en el cual se examinaron 320,691 pacientes con un rango de edad de 0 a 9 años de edad. Se encontró que en el total de niñas y niños de 3 a 5 años examinados, 73.3 % presentó CIT.²⁷

Clasificación de los estadios de la Caries de la Infancia Temprana.

A) El estadio de lesión blanca: En los estadios más tempranos, la lesión del diente aparece como una mancha blanca con apariencia de "gis" con una superficie intacta

donde la lesión de la sub-superficie es reversible. En niños menores de tres años, estas lesiones incipientes se observan por lo común en la superficie frontal de los dientes anteriores.²⁸

Las manchas blancas resultantes de las lesiones incipientes pueden ser difíciles de distinguir de las hipocalcificaciones del desarrollo, pero cualquier mancha blanca debe ser referida para la evaluación por un dentista. ²⁸

B) El estadio de cavidad: Si continúan perdiéndose los minerales debido a los ataques ácidos, eventualmente la superficie se "cavita" y la lesión no puede ser revertida. Si la lesión sigue progresando, grandes áreas del diente se pueden perder.²⁹

C) Las lesiones activas cavitadas son generalmente de color café dorado, mientras que las que han estado más tiempo en la boca, son más oscuras y en ocasiones casi negras, que pueden estar arrestadas y sin progreso. Manchas en la superficie del esmalte, particularmente en las fisuras, son difíciles de distinguir de las lesiones de caries, por lo que cualquier decoloración o irregularidad en el esmalte debe ser referida al dentista para su evaluación.³⁰

El cuadro clínico característico indica que los primeros dientes afectados son los incisivos superiores, en sus superficies palatinas y distales, seguido por las superficies oclusales de los primeros molares superiores e inferiores. Los caninos superiores así como los segundos molares superiores o inferiores pueden ser afectados pero en menor grado. Es conveniente realizar un diagnóstico diferencial con defectos hipoplásicos por deficiencias nutricionales como la de tipo circular o por enfermedades febriles o infecciosas. ³¹

Consecuencias

Las consecuencias de la Caries de la Infancia Temprana no solo tienen repercusiones de tipo económico, para los padres sino que representan dolor, sufrimiento y riesgo para el estado de salud del niño en general. Se ha determinado que los niños que sufren de caries dental van a tener muchas y serias dificultades.

³²

La CIT no sólo afecta a los dientes, también puede conducir a problemas de salud en general, tales como: dificultad para masticar, desnutrición, trastornos gastrointestinales, retraso o un crecimiento insuficiente (sobre todo en lo que respecta a la altura y/o aumento de peso), fonación inadecuada, baja autoestima y trastornos psicosociales.³³

Sus manifestaciones pueden incluir dolor, abscesos agudos y crónicos, fiebre, inflamación de los labios y/o mejillas, falta de apetito y letargo. También, existe un mayor riesgo de presentar lesiones cariosas en la dentición permanente y maloclusión.³⁴

El dolor dental es la consecuencia inmediata más común de este tipo de caries sin tratar. Los niños con dolor dental ven afectadas sus actividades diarias, como comer, dormir y jugar.³⁵

La pérdida dental de dientes primarios puede causar graves consecuencias a la dentición permanente, como problemas de oclusión por pérdida de espacio, un inadecuado desarrollo y crecimiento de los arcos maxilares, y alteraciones en la función masticatoria. Cuando hay una pérdida temprana en la región anterior superior, puede haber deglución y fonación atípicas, retraso o aceleración de la erupción de los dientes permanentes, dificultad para comer así como desórdenes psicológicos. Otro hallazgo es pérdida de la dimensión vertical, según el estudio de Robke²⁰ se observó en un 63.3% de niños con caries extensas en los incisivos superiores causadas por CIT. ³⁶

Por otra parte, los niños con CIT tienen un peso significativamente menor que los niños libres de caries. Cuando los niños crecen y las lesiones cariosas progresan, la aparición de dolor y la infección puede cambiar sus hábitos alimenticios. La reducción en el consumo de ciertos alimentos debido al dolor puede provocar un patrón de crecimiento anormal.³⁷

La CIT interfiere tanto con la calidad de vida del niño como de la familia. Esta enfermedad tiene un impacto inmediato y tardío, causando disminución de la capacidad de aprendizaje del niño y el ausentismo escolar, así como días fuera del trabajo por parte de los padres. ³⁸

Tal patología también puede tener consecuencias en el comportamiento social de los niños, ya que a menudo son objeto de burlas por sus compañeros. El tratamiento de la CIT, además de ser costoso e invasivo (exodoncia), es estresante para el niño, la familia y el equipo profesional, especialmente si el niño necesita atención de emergencia.³⁹

Factores De Riesgo Asociados A Caries De La Infancia Temprana

Los factores de riesgo son atributos o características que le confieren al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la salud.

40

Son factores asociados a la CIT los hábitos incorrectos y uso prolongado de la lactancia materna o del biberón, sustancias azucaradas en las fórmulas lácteas, líquidos o alimentos como jugos de frutas, papillas y refrescos, relacionados a la implantación temprana de los microorganismos cariogénicos, a la inmadurez del sistema de defensa del huésped, así como a los patrones del comportamiento asociados a la alimentación y la deficiente higiene oral en los infantes. 40

➤ Factores Biológicos:

Saliva

La secreción salival es un factor esencial en el balance del pH de la placa dentobacteriana. Las bacterias acidogénicas presentes en la placa dentobacteriana segregan ácidos lácticos como producto final de su metabolismo de carbohidratos lo que ocasiona una disminución del pH y de esta forma contribuyendo al desarrollo de la enfermedad. Se ha encontrado en diferentes estudios que el pH ácido presenta una mayor predisposición a la prevalencia de caries, en comparación con el pH alcalino, demostrando que el pH crítico 5.2, sí influye en la actividad cariogénica. Así el valor menor al pH de 6, tiene mayor nivel cariogénico por su proximidad al pH crítico.⁴¹

Los recuentos de *S.mutans* en saliva de lactantes y preescolares con caries, son más elevados que en niños sanos sin embargo, no tan altos en niños mayores con alto riesgo de caries. Por otra parte, se ha observado una mayor diversidad genética en *S.mutans* en niños con Caries Temprana de la Infancia.⁴²

Los niños con CIT muestran altas cantidades de *S. mutans* en la cavidad oral, su sistema inmunitario responde a la alta carga antigénica que conduce a una alta producción de inmunoglobulinas.

Por lo tanto, parece que sIgA está en la primera línea de defensa. Sin embargo, cuando la carga de los microorganismos son altos, una mayor producción de sIgA no puede prevenir la enfermedad.⁴³

Algunos estudios tienen demostrado que los niños sin caries o resistentes a la caries tenían niveles más altos de inmunoglobulinas en su saliva que se correlacionó con un bajo riesgo de caries dental.⁴⁴

El estudio de Camling et al, encontraron más altos niveles de IgA en la saliva de niños recientemente colonizados (<6 meses) con *S. mutans* que aquellos que

habían albergado a *S. mutans* durante un período de tiempo más largo (24 meses).

45

Sexo

En diferentes estudios la incidencia de caries es mayor en niñas que en niños de la misma edad, ya que generalmente erupcionan más tempranamente los dientes en niñas, así que los dientes están mayor tiempo expuestos a los azúcares.⁴⁶

➤ Factores Socioculturales

Los factores socioculturales presentan una marcada influencia en la instauración, progresión y severidad de la enfermedad; adicionalmente, ciertos condicionantes externos, como la conducta del niño, el nivel de conocimiento y actitud de los padres, malnutrición y la presencia de enfermedades crónicas o procesos infecciosos específicos como la otitis, se han relacionado con un mayor riesgo de caries dental en infantes.⁴⁷

Visita al Odontólogo

La Academia Americana de Odontopediatría AAPD establece que la salud bucal infantil, junto con la salud bucal perinatal, deben ser las bases sobre las cuales, la educación preventiva.⁴⁸

Pareciera que el menor de 5 años ha sido excluido de los servicios de atención odontológica, por lo cual reporta una alta incidencia de CIT en niños que nunca han ido a una visita dental. Una visita dental temprana antes de cumplir los 12 meses de edad, ayudará al dentista a detectar lesiones tempranas, evaluar el desarrollo craneofacial y dental; facilitar orientación previa, asesoramiento a los padres consejería dietética; motivar a los padres hacia intervenciones orientadas hacia la prevención.⁴⁸

Instructor de higiene bucal

Los niños menores no han desarrollado suficientes habilidades y destrezas motoras para la aplicación de las técnicas de cepillado, de ahí la importancia de que el padre/tutor sea el responsable del aseo bucal.⁴⁸

Sin embargo, muchos de ellos desconocen las técnicas de cepillado, por lo que es importante que se les brinde una instrucción sobre las mismas.⁴⁸

Esta educación para la salud puede estar a cargo de Médico General, Odontólogo o Profesores del pre-escolar.⁴⁸

Conocimiento de etiología de la enfermedad

Una madre con un bajo nivel educativo y falta de conocimiento de salud dental muestra patrones de comportamiento que ponen su propia dentadura y la de su hijo en riesgo de mala salud, tales como: la negligencia y la mala higiene bucal, la ingesta de bocadillos en forma frecuente, ingesta de alimentos que contienen azúcar y la inapropiada alimentación con biberón azucarado. Estos comportamientos son propensos a resultar en altas cargas de bacterias cariogénicas que conducen a incrementar el riesgo del niño a desarrollar CIT.⁴⁸

Escolaridad de madre o tutor

El nivel de educación del padre y de la madre también está asociado con caries dental, pues a mayor nivel educacional mayor cambio y aceptación de conductas higiénico-sanitarias.⁴⁹

➤ Hábitos

Higiene bucal deficiente

Cuando existe una higiene bucal deficiente, permanecen sustancias acidogénicas sobre las superficies dentarias que brindan un ambiente altamente cariogénico y son un excelente medio de cultivo para los microorganismos patógenos en la cavidad bucal, como el *Streptococo mutans*, lactobacilos y *Streptococo sobrinus*.⁵⁰

Uso de biberón

El contenido actúa como sustrato para las bacterias. Se sabe que el *Streptococo mutans*, tiene requerimientos muy particulares y que la alimentación frecuente es requisito indispensable para su colonización.⁵¹

Se ha demostrado que niños alimentados con biberón tuvieron un riesgo tres veces mayor de presentar caries que los niños alimentados a seno materno.⁵¹

Siesta con biberón

Los biberones predisponen a la CIT porque su chupón bloquea el acceso de la saliva a los incisivos superiores, mientras que los incisivos inferiores están cerca de la glándula salival principal y están protegidos del líquido contenido en el biberón por la lengua. El uso del biberón durante la noche está asociado con la reducción del flujo salival y la capacidad de neutralización de la saliva, lo que causa el estancamiento de la comida en los dientes y la exposición prolongada a carbohidratos fermentables. Así mismo, se ha demostrado que los niños con CIT duermen menos en la noche, se despiertan más frecuentemente y reciben más alimentación con biberón como un método de manejo de los problemas de sueño durante la noche.⁵¹

Las prácticas de dormir al niño con el biberón o utilizarlo como pacificador durante el día, son factores ampliamente estudiados, no sólo por la alta correlación que han mostrado con los índices de caries (principalmente CIT), sino porque están fuertemente ligados a conductas culturales y emocionales de la relación entre la madre y su hijo, que no son fáciles de cambiar.⁵¹

Alimentación nocturna sin restricción

Proveer alimentación a los niños a libre demanda, y dejar la mamila o el seno materno en la boca del pequeño durante toda la noche genera destrucción de matriz orgánica del diente, así como la pronta colonización de microorganismos destructores del tejido dental.⁵²

La leche puede fomentar la desmineralización y causar desmineralización, sobre todo a los lactantes a quienes se les alimenta a libre demanda y piden leche hasta 10 veces en un lapso de 24 horas.⁵³

Líquido azucarado en el biberón

Se ha demostrado que existe asociación entre la CITI y las prácticas de alimentación por medio de biberón usando fórmulas lácteas, jugos, bebidas endulzadas. ⁵⁴

Las fórmulas lácteas son extremadamente dulces y en muchas ocasiones los niños llegan a los 2 o 3 años utilizando éstas; las cuales son recomendables para los primeros años de vida.⁵⁵

El uso de leche sucedánea (leche de fórmula) genera una disminución significativa del pH salival, alcanzando un pH de hasta 4.4, lo cual contribuye a la desmineralización del esmalte de los dientes y favorece la elevada colonización de *S. mutans*.⁵⁶

Lactancia a seno materno

Se ha demostrado que los niños alimentados a seno materno durante sus 6 primeros meses de vida, tienen menos riesgo de padecer caries, a diferencia de los que nunca recibieron alimentación materna o bien fue en exceso.⁵⁷

A pesar de que aparentemente la alimentación a seno materno es benéfica, debemos tomar en cuenta que una alimentación por lactancia materna prolongada constituye un factor de riesgo para desarrollar caries dental en edades tempranas. Se ha comprobado que los niños alimentados por lactancia materna prolongada, se establecen hábitos alimentarios no adecuados. ⁵⁷

Acciones preventivas

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el estomatólogo pediatra.⁵⁸

La CIT debe tener la importancia de un problema de salud pública por lo que se debe hacer énfasis en programas de prevención, a base de higiene dental desde el nacimiento; asesorar adecuadamente la alimentación tanto al seno materno como con biberón; dar una guía de bebidas permitidas en el biberón y hasta qué edad se autoriza cada una de estas opciones de alimentación. Hacer conscientes a los padres de responsabilizarse de la higiene bucal de los niños ya que es frecuente que pacientes con caries temprana de la infancia que requirieron tratamiento tengan caries 2 años después. ⁵⁹

Sería ideal que desde el nacimiento se realizaran consultas periódicas al estomatólogo pediatra. Es una obligación de los padres que al año de edad el niño cuente con un odontólogo de cabecera como lo sugieren la Academia Americana de Odontología Pediátrica y la Academia Americana de Pediatría ¹⁴ para reforzar buenos hábitos higiénicos y alimentación adecuada; realizar tratamientos preventivos como la aplicación de barniz de flúor. Debido a que raramente se acude al dentista antes que el paciente cumpla el año de edad, el pediatra debe indicar a los padres que acudan con un estomatólogo pediatra o en su defecto, sea quien comience a asesorar la alimentación e higiene a los padres de los niños y de ese modo comenzar a prevenir esta enfermedad. Incluso el ginecólogo pudiera informar a los futuros padres sobre el riesgo de que sus niños puedan padecer caries.⁶⁰

Para disminuir el riesgo de desarrollar ECC, la AAPD fomenta medidas preventivas profesionales y deportivas que incluyen:

1. Evitar el consumo frecuente de líquidos y / o alimentos sólidos que contengan azúcar, en particular:

- bebidas azucaradas (p. ej., jugos, refrescos, bebidas deportivas, té azucarado) en biberones o en una taza de entrenamiento sin derrames.
- lactancia ad libitum después de que el primer diente primario comienza a erupcionar y se introducen otros carbohidratos en la dieta.
- uso de biberones después de 12-18 meses.⁶¹

2. Implementar medidas de higiene oral a más tardar en el momento de la erupción del primer diente primario. Un padre debe realizar el cepillado dental en niños dos veces al día, utilizando un cepillo de dientes suave del tamaño apropiado para su edad. En niños menores de tres años, se debe usar una cantidad de pasta dental

fluorada del tamaño de un frotis o arroz. En niños de tres a seis años, se debe usar una cantidad de pasta dental fluorada del tamaño de un guisante.⁶¹

3. Proporcionar tratamientos de barniz de fluoruro aplicados profesionalmente para niños en riesgo de CIT.⁶¹

4. Establecer un hogar dental dentro de los seis meses posteriores a la erupción del primer diente y antes de los 12 meses de edad para realizar una evaluación del riesgo de caries y proporcionar educación a los padres, incluida la orientación anticipada para la prevención de enfermedades orales.⁶¹

5. Trabajar con proveedores médicos para garantizar que todos los bebés y niños pequeños tengan acceso a exámenes dentales, asesoramiento y procedimientos preventivos.⁶¹

6. Educar a los legisladores y los encargados de formular políticas sobre las consecuencias y las estrategias preventivas para la CIT.⁶¹

OBJETIVOS

- General

Determinar la prevalencia de Caries de la infancia Temprana en una población de niños de 3 a 6 años que acuden al Jardín de niños Coyo- hua- can, de la Ciudad de México y la relación con sus factores de riesgo, durante el periodo comprendido del mes de enero a agosto del año 2019.

➤ Específicos

- 1.- Identificar edad y sexo de los infantes que participaron en el estudio.
- 2.- Conocer los factores de riesgo biológicos y socioeconómicos de acuerdo al modelo de evaluación de riesgo de la AAPD (2019).
- 3.- Determinar los factores de riesgo preventivos de acuerdo al modelo de evaluación de riesgo de la AAPD (2019).
- 4.-Identificar clínicamente: las superficies cariadas, perdidas y obturadas que el niño presenta en boca, las lesiones de mancha blanca activas, la presencia de biopelícula abundante en los dientes de los infantes; utilizando el modelo de evaluación de riesgo de la AAPD (2019).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y de corte transversal; con un universo de 228 niños de 3-6 años del Jardín de niños Coyoacán, ubicado en la delegación Coyoacán de la Ciudad de México utilizando el formulario de evaluación de riesgo a caries para niños de 0-5 años (2019) de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), durante el periodo comprendido del mes de enero a agosto del año 2019.

Los criterios de inclusión fueron:

- ❖ Infantes matriculados de ambos géneros entre 3 a 6 años de edad.
- ❖ Niños/ niñas que asistieron el día que se realizó el examen clínico.
- ❖ Padres o tutores que aceptaron con el consentimiento informado su participación.

Los criterios de exclusión fueron:

- ❖ Niños no matriculados.
- ❖ Infantes que superaran los 6 años de edad.
- ❖ Niños/ niñas que no asistieron el día que se realizó el examen clínico.
- ❖ Niños que los padres o tutores no aceptaron mediante su firma en el consentimiento informado su participación.
- ❖ Padres o tutores que no aceptaron con el consentimiento informado su participación.

Para el proceso de recolección de datos, se reunió a los padres de familia por aulas, previa con una convocatoria realizada por la dirección, a través de una invitación anexada a la agenda del menor. Se les explicó los objetivos y procedimientos del estudio y se les presentó el consentimiento informado, haciendo mención que la participación es voluntaria y los datos recopilados serán anónimos; solicitando que firmen este documento. Posteriormente, se procedió a realizarles la evaluación de riesgo a caries para niños de 0-5 años (2019) de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) modificada para fines de dicha investigación.

El instrumento de obtención de datos se llevó a cabo mediante el cuestionario que contestaron los padres de familia. La información fue organizada en el programa SPSS última versión 2019.

RESULTADOS

De los 228 alumnos que están matriculados en el Jardín de niños “Coyo-hua-can” todos fueron incluidos en el estudio en el estudio, La información fue organizada en

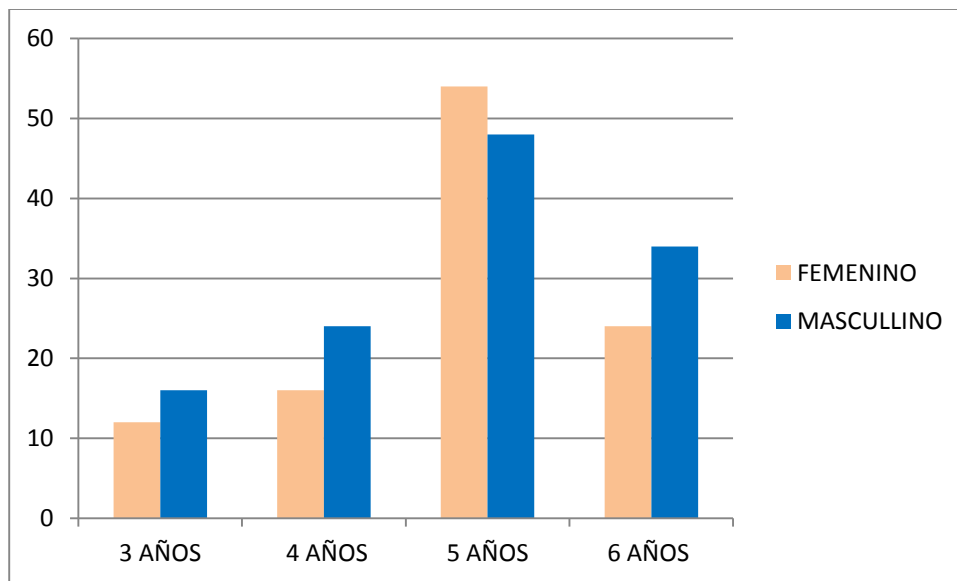
el programa SPSS última versión 2019. 106 alumnos fueron del género femenino y 122 fueron del género masculino.

Tabla 1: Distribución por edad y género de la población estudio.

	FEMENINO	%	MASCULINO	%
3 AÑOS	12	5.26%	16	7.02%
4 AÑOS	16	7.02%	24	10.53%
5 AÑOS	54	23.68%	48	21.05%
6 AÑOS	24	10.53%	34	14.91%
TOTAL	106	46.49%	122	53.51%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019)

Gráfica 1: Distribución por edad y género de la población de estudio.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019)

Análisis gráfico: Se puede observar que en la población estudiada se presenta un mayor número de hombres (122 infantes) en comparativa con mujeres (106 niñas); sin embargo el mayor porcentaje 23.68% (54 mujeres) es para las niñas de 5 años y el menor porcentaje 5.26% (24 mujeres) es de las niñas de 3 años.

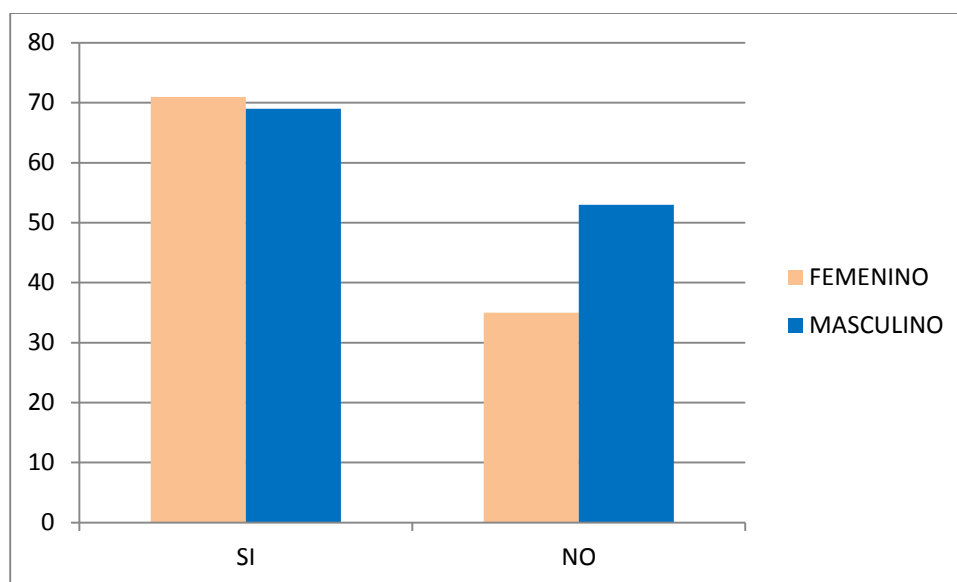
Tabla 2. Distribución de Caries de la Infancia Temprana.

FEMENINO	%	MASCULINO	%
----------	---	-----------	---

SI	71	31.14%	69	30.26%
NO	35	15.35%	53	23.25%
TOTAL	106	46.49%	122	53.51%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019)

Gráfica 2. Distribución de Caries de la Infancia Temprana.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019)

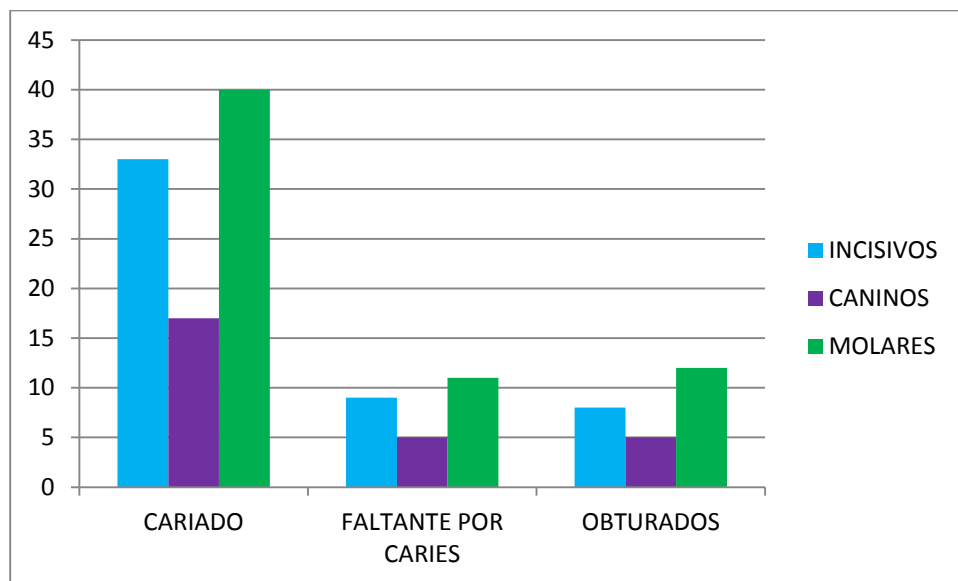
Análisis gráfico: 140 infantes de la población estudiada (61.40%) presenta una o más lesiones de caries (lesiones no cavitadas o cavitadas), faltantes (por caries) o superficies dentales obturadas. Encontrando que el mayor porcentaje 31.14% (71 individuos) de la población que presentan esta condición son mujeres y el menor porcentaje es de 30.26% (69 individuos) representado por los hombres.

Tabla 3. Distribución por dientes afectados.

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

	CARIADOS	%	FALTANTES POR CARIES	%	OBTURADOS	%
INCISIVOS	40	28.57%	9	6.43%	8	5.71%
CANINOS	17	12.14%	5	3.57%	5	3.57%
MOLARES	33	23.57%	11	7.86%	12	8.57%
TOTAL	90	64.29%	25	17.86%	25	17.86%

Gráfica 3. Distribución por dientes afectados.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

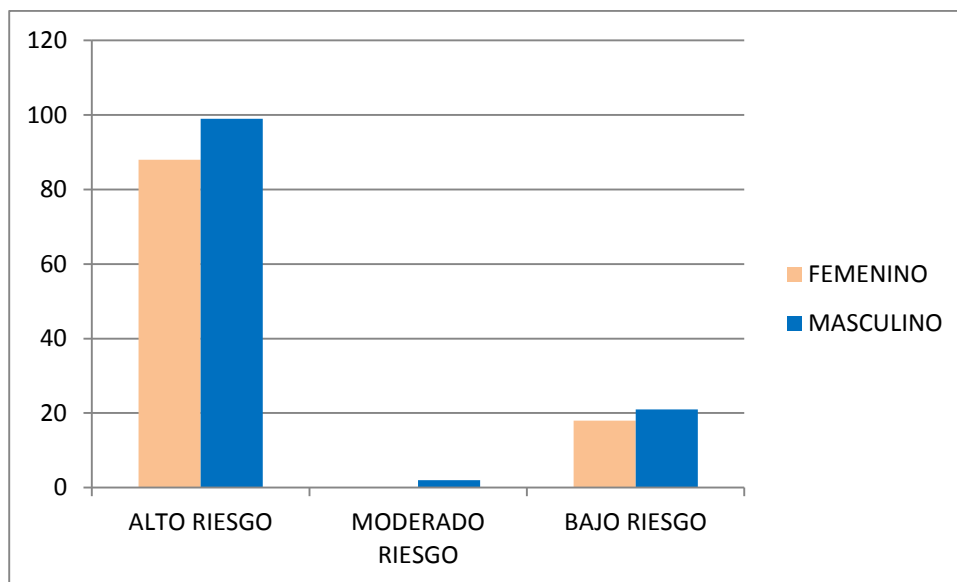
Análisis gráfico: Los dientes más afectados con caries son los incisivos presentando un 28.57% debido a que en esta enfermedad los dientes que presentan mayor afectación son los incisivos centrales. Respecto a los dientes faltantes por caries los menos afectados son los caninos con un 3.57%, posteriormente los incisivos con un 6.43% y los más afectados son los molares con un 7.86%. Los dientes obturados más afectados son los molares con un 8.57% y los menos afectados son los caninos con un 3.57%.

Tabla4 .Prevalencia de factores de riesgo para Caries de la Infancia Temprana.

	FEMENINO	%	MASCULINO	%
ALTO RIESGO	88	38.60%	99	43.42%
MODERADO RIESGO	0	0.00%	2	0.88%
BAJO RIESGO	18	7.89%	21	9.21%
TOTAL	106	46.49%	122	53.51%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Gráfica 4 .Prevalencia de factores de riesgo para Caries de la Infancia Temprana.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

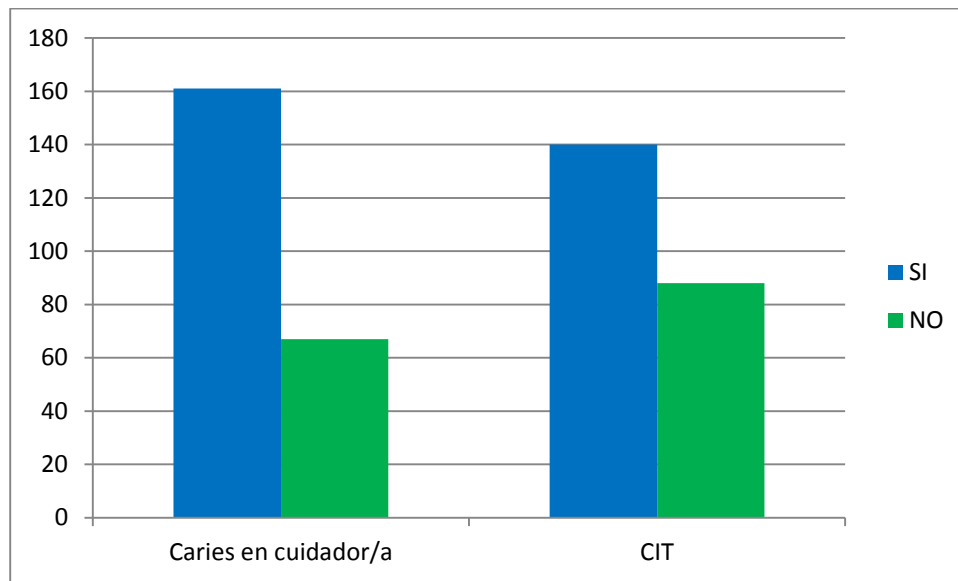
Análisis gráfico: De las 228 personas estudiadas observamos un 82.02% en el rango de ALTO RIESGO, 43.42% son del género masculino y 38.60% son del género femenino. El rango con menor porcentaje es RIESGO MODERADO (0.88%) observando tan solo dos personas del género masculino. Dentro del rango BAJO RIESGO se presenta un porcentaje de 17.11%, de los cuales 7.89% son del género femenino y 9.21 son del género masculino.

Tabla 5. Porcentaje de caries en la madre o cuidador/a de acuerdo a la AAPD.

	Caries en cuidador/a	%	CIT	%
SI	161	70.61%	140	61.40%
NO	67	29.39%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Gráfica 5. Porcentaje de caries en la madre o cuidador/a de acuerdo a la AAPD.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

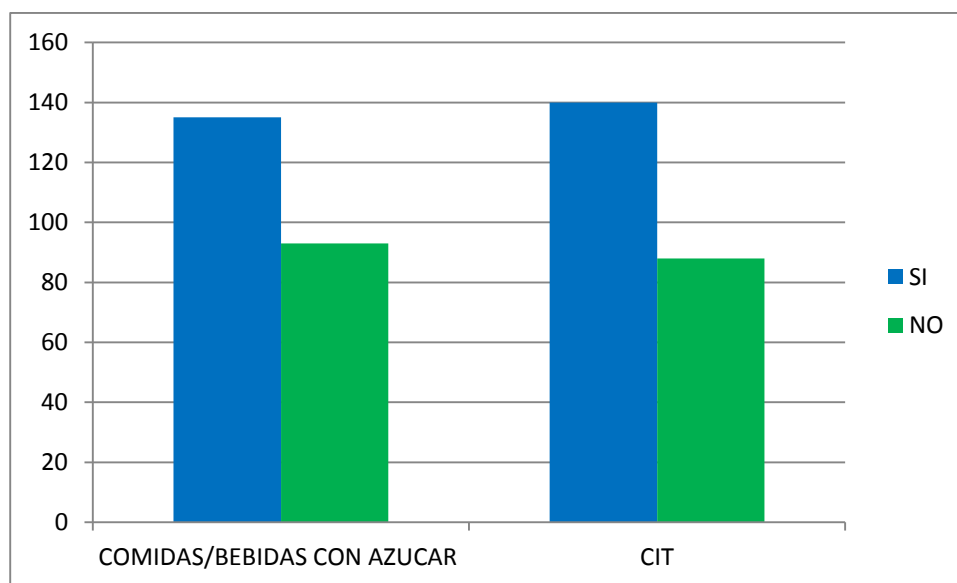
Análisis gráfico: Los cuidadores que presentaron Caries son un 70.61% y el 29.39% lo representan los cuidadores que no presentan Caries. Se observa un incremento en el número de cuidadores con Caries en relación a los que no presentan Caries; al igual que un incremento en los niños que presentan CIT y los que no presentan. Considerando la presencia de Caries en los cuidadores como factor de riesgo para CIT.

Tabla 6. Porcentaje de niños que consumen alimentos (sólidos y líquidos) con carbohidratos fermentables.

COMIDAS/BEBIDAS CON AZUCAR		%	CIT		%
SI	135	59.21%	140	61.40%	
NO	93	40.79%	88	38.60%	
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%	

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Gráfica 6. Porcentaje de niños que consumen alimentos (sólidos y líquidos) con carbohidratos fermentables.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

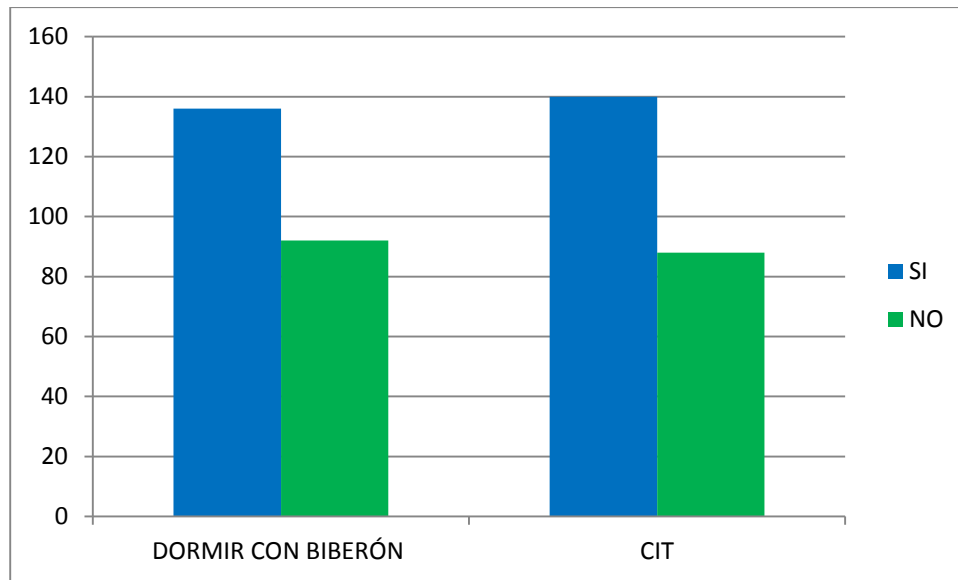
Análisis gráfico: Los niños que consumen sus tres alimentos con carbohidratos fermentables al día se muestran con un porcentaje más elevado de 59.21% en comparación de los que no consumen sus alimentos con azúcares (40.79%). Los niños que presentan CIT presentan un porcentaje más alto que los infantes que no presentan la enfermedad. Por lo que podemos definir los alimentos con azúcares como factor de riesgo para CIT.

Tabla 7. Consumo nocturno de bebidas endulzadas en el biberón.

	DORMIR CON BIBERÓN	%	CIT	%
SI	136	59.65%	140	61.40%
NO	92	40.35%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

Gráfica 7. Consumo nocturno de bebidas endulzadas en el biberón.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

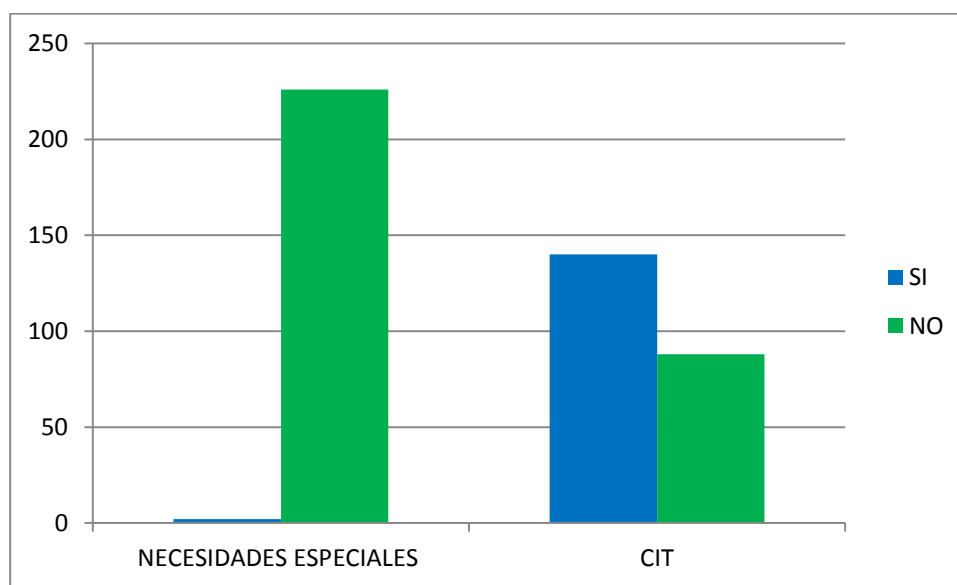
Análisis gráfico: El porcentaje de las personas que presentan CIT es elevado con un 61.40% en comparativa de los infantes que no presentan CIT con un 38.60%. Los niños que consumen nocturnamente bebidas endulzadas en el biberón presentan un porcentaje de 59.65%, mientras que los niños que no lo hacen son un 40.35%. Debido a lo anterior dormir con el biberón se considera un factor de riesgo para Caries de la Infancia Temprana.

Tabla 8. Porcentaje de niños con necesidades especiales (Síndrome de Down).

	NECESIDADES ESPECIALES	%	CIT	%
SI	2	0.88%	140	61.40%
NO	226	99.12%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Gráfica 8. Porcentaje de niños con necesidades especiales (Síndrome de Down).



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Análisis gráfico: Se observa un 99.12% de niños que no presentan una necesidad especial y un 0.88% de personas que presentaron alguna necesidad especial, esto debido a que solo dos personas presentan Síndrome de Down. Por lo tanto en esta población no se puede considerar como factor de riesgo para CIT. Sin dejar de lado que el objetivo de la investigación no se basó en estudiar específicamente una población con necesidades específicas.

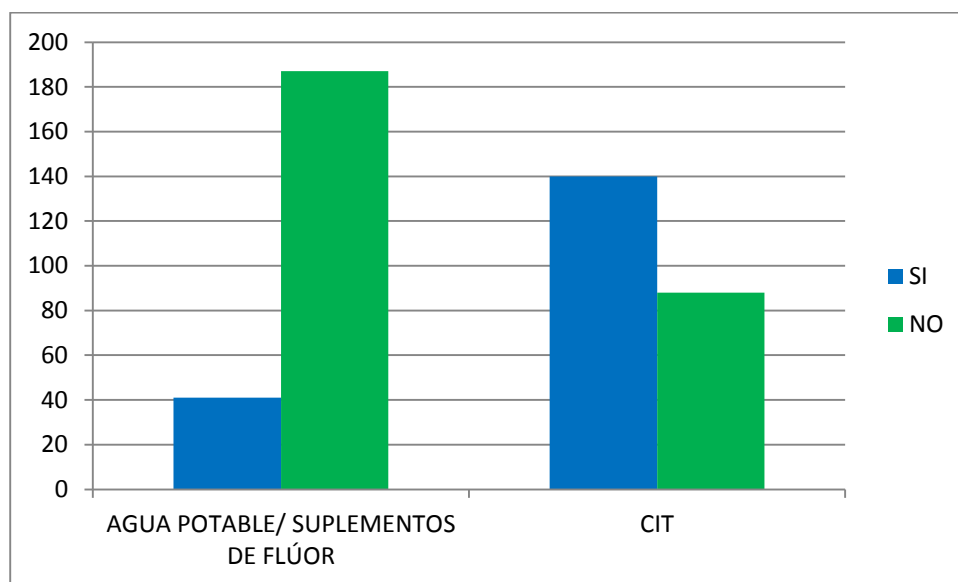
FACTORES PREVENTIVOS

Tabla 9. Porcentaje de niños que reciben agua potable o suplementos de flúor.

	AGUA POTABLE/ SUPLEMENTOS DE FLÚOR	%	CIT	%
SI	41	17.98%	140	61.40%
NO	187	82.02%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

Gráfica 9. Porcentaje de niños que reciben agua potable suplementos de flúor.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

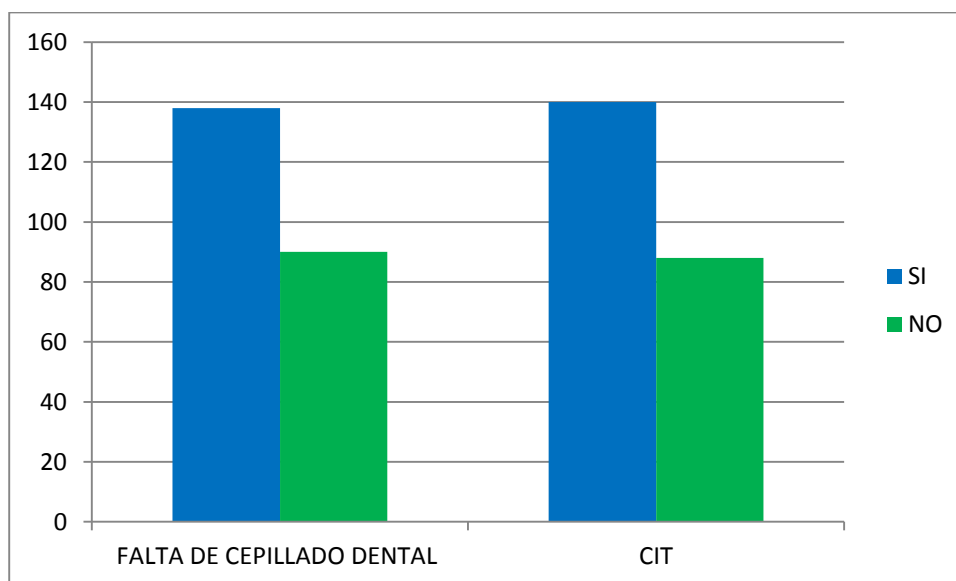
Análisis gráfico: El total de la población (228 niños) reciben agua potable pero la zona donde viven no cuenta con agua potable fluorada. Del total de la población 17.98% de las personas estudiadas reciben suplementos de flúor y el 82.02% no recibe suplementos de flúor por lo que es considerado un Factor de Riesgo para CIT.

Tabla 10. Falta de cepillado dental diario como factor de riesgo para Caries de la Infancia Temprana.

	FALTA DE CEPILLADO DENTAL	%	CIT	%
SI	138	60.53%	140	61.40%
NO	90	39.47%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Gráfica 10. Falta de cepillado dental diario como factor de riesgo para Caries de la Infancia Temprana.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Análisis gráfico: Se presenta 60.53% de niños que si cepillan sus dientes y tan solo un 39.47% de los niños que no cepillan sus dientes. Teniendo en cuenta lo anterior la falta de cepillado en esta población no se ve reflejado como un factor de riesgo para CIT.

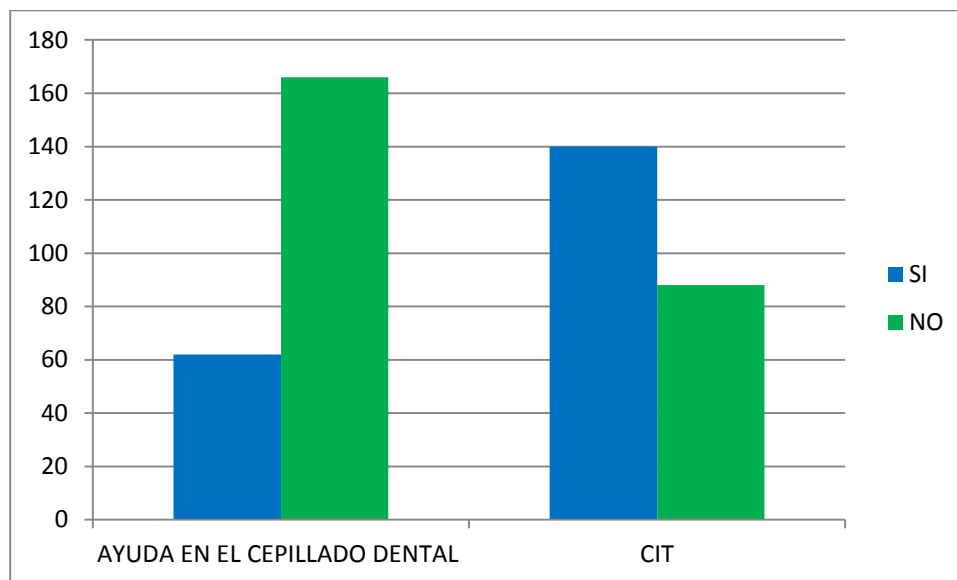
Tabla 11. Cepillado dental con supervisión del cuidador

	AYUDA EN EL	%	CIT	%
--	----------------	---	-----	---

CEPILLADO DENTAL				
SI	62	27.19%	140	61.40%
NO	166	72.81%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

Gráfica 11. Cepillado dental con supervisión del cuidador



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

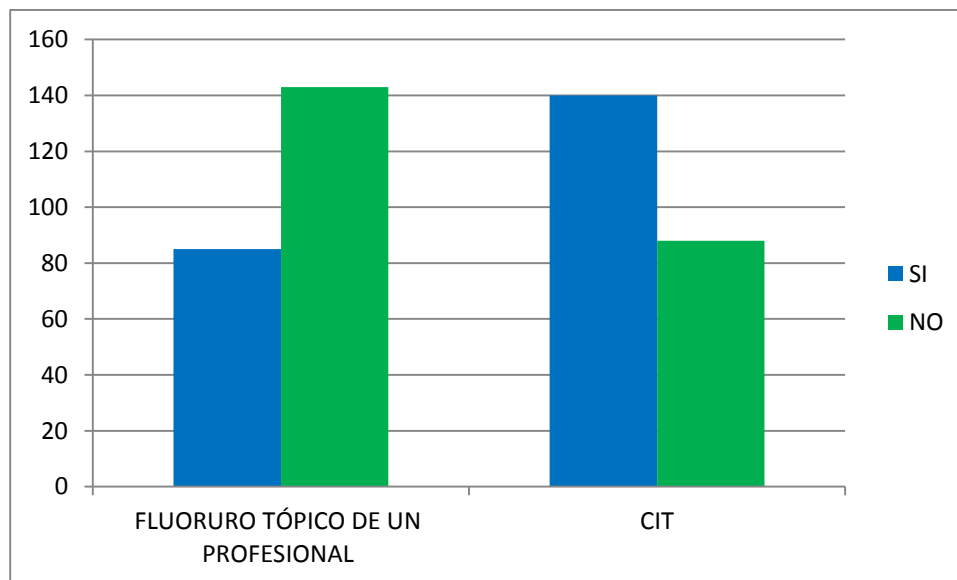
Análisis gráfico: Los niños que reciben ayuda durante el momento del cepillado dental presentan un 27.19% y los niños que no reciben supervisión durante el cepillado dental son el 72.81%, por lo tanto el no recibir ayuda durante el cepillado dental se considera un Factor de Riesgo a Caries.

Tabla 12. Porcentaje de niños que se les aplica fluoruro tópico de un profesional.

	FLUORURO TÓPICO DE UN PROFESIONAL	%	CIT	%
SI	85	37.28%	140	61.40%
NO	143	62.72%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

Gráfica 12. Porcentaje de niños que se les aplica fluoruro tópico de un profesional.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

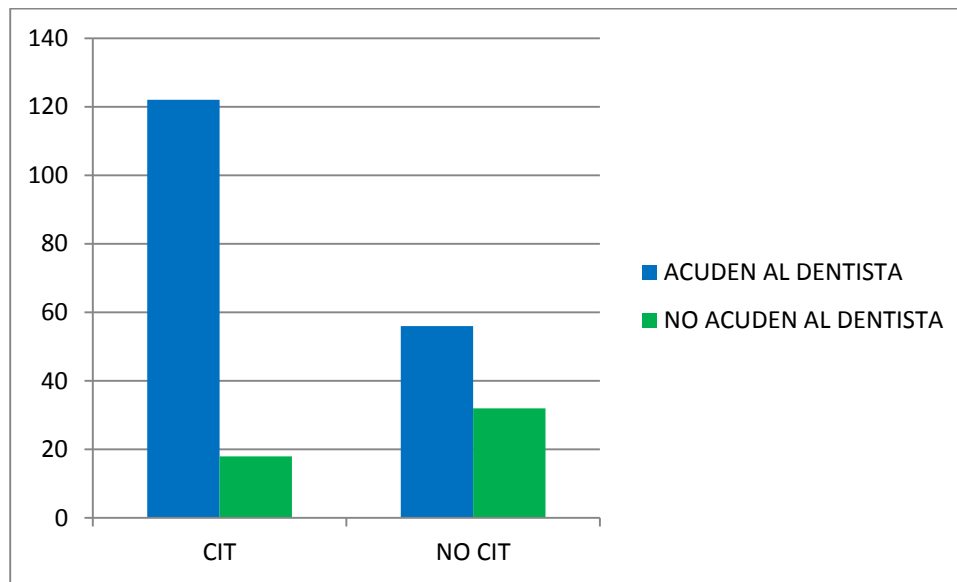
Análisis gráfico: Los niños que no reciben fluoruro tópico de un profesional muestran un 62.72% del total de la población a comparación de los niños que si lo reciben con un 37.28%. Mostrando lo anterior este rango se considera como Factor de Riesgo para Caries de la Infancia Temprana.

Tabla 13. Porcentaje de niños que tienen un cuidado dental regular.

	CIT	%	NO CIT	%
ACUDEN AL DENTISTA	122	53.51%	56	24.56%
NO ACUDEN AL DENTISTA	18	7.89%	32	14.04%
TOTAL	140	61.40%	88	38.60%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Grafica 13. Porcentaje de niños que tienen un cuidado dental regular.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Análisis gráfico: Del 61.40% de los niños que presentan CIT, un 53.51% refieren acudir al dentista regularmente y tan solo el 7.89% refieren no acudir al dentista. De los niños que no presentan CIT, el refieren que un 24.56% acude al dentista y un 14.04% no acuden al dentista. En nuestra población de estudio acudir al dentista no es considerado como Factor de Riesgo ya que presenta los porcentajes más bajos.

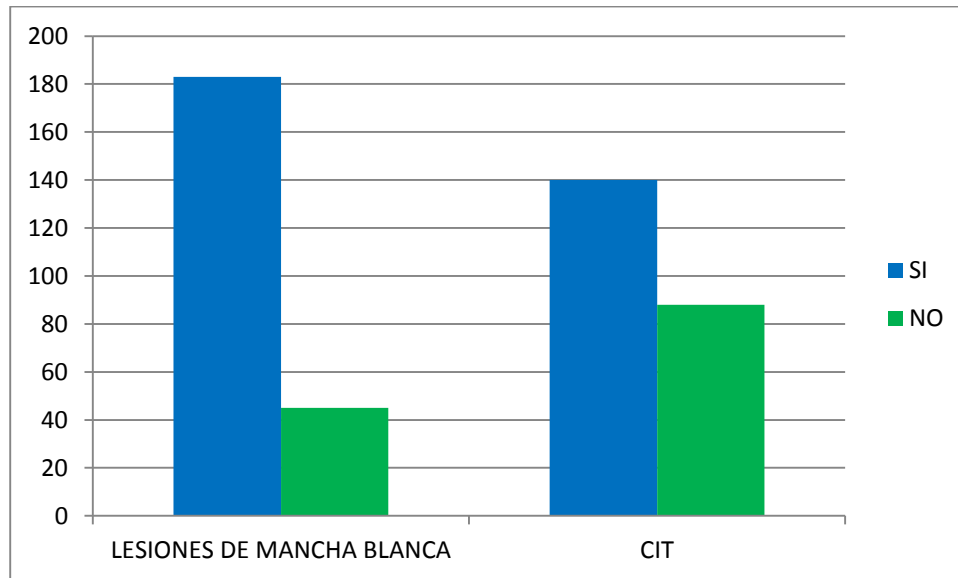
Tabla 14. Presencia de lesiones de mancha blanca activas.

LESIONES DE MANCHA BLANCA	%	CIT	%

SI	183	80.26%	140	61.40%
NO	45	19.74%	88	38.60%
TOTAL	228	100.00%	228	100.00%

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

Gráfica 14. Presencia de lesiones de mancha blanca activas.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños "Coyo-hua-can" (2019).

Análisis gráfico: Observamos que los niños que presentan Lesiones de mancha blanca tienen un porcentaje de 80.26% y los niños que no presentan esta afectación son un 19.74%. Presentar lesiones de mancha blanca se considera como Factor de Riesgo para CIT.

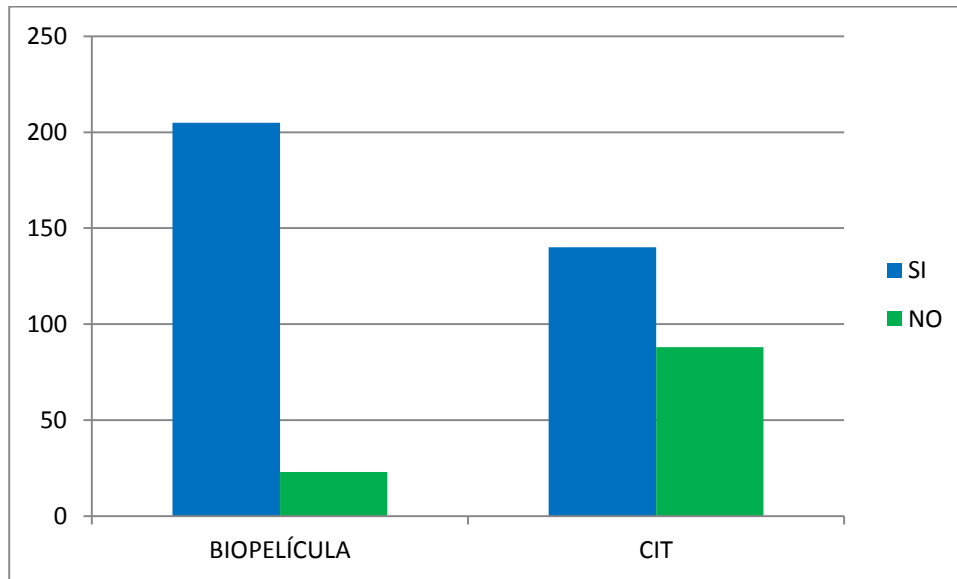
Tabla 15. Biopelícula visible

	BIOPELÍCULA	%	CIT	%
SI	205	89.91%	140	61.40%
NO	23	10.09%	88	38.60%

TOTAL	228	100.00%	228	100.00%
-------	-----	---------	-----	---------

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Gráfica 15. Biopelícula visible



Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Jardín de niños “Coyo-hua-can” (2019).

Análisis gráfico: Existe un porcentaje significativo de 89.91% entre los niños que presentaron biopelícula, mientras que los niños que no la presentan son un 10.09%. La Biopelícula es considerada un factor de riesgo predisponente para presentar CIT.

CONCLUSIONES

La prevalencia de CIT en este estudio fue elevada con un 61.40%. Los factores de riesgo analizados muestran que hay un alto riesgo de que los niños lleguen a presentar Caries de la Infancia Temprana.

Se encontró que existe una relación significativa entre el consumo de azúcar y la CIT, así como el consumo nocturno de bebidas azucaradas.

También se pudo observar una relación de caries en las madres y/o los cuidadores, y los niños que presentan CIT.

Todos los niños que participaron en el estudio cuentan con agua potable pero no se encuentra fluorada. La mayoría de niños no reciben suplementos de flúor ni fluoruro tópico de un profesional. Los cuidadores refieren que los niños acuden a consulta dental regularmente, esto no se ve reflejado en los niños que reciben medidas preventivas profesionales.

Los padres y/o los cuidadores reportan que los niños sí cepillan sus dientes, lo cual no tiene relación con las lesiones de mancha blanca activas, ya que el mayor porcentaje no tiene supervisión en el cepillado dental.

ANEXO 1

Tabla 1. Formulario de evaluación de riesgo de caries para niños de 3 a 6 años

Tomado de la AAPD.

Edad: _____ Genero: _____ Grupo: _____

FACTORES	ALTO RIESGO	MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO
BIOLÓGICO			
1) La madre / cuidador@ principal tiene caries activas	SI		
2) Padre / cuidador@ tiene bajo estatus socioeconómico	SI		
3) El niño tiene > 3 comidas, bocadillos o bebidas que contienen azúcar por día	SI		
4) El niño se acuesta con un biberón que contiene azúcar natural o agregado.	SI		
5) El niño tiene necesidades especiales de salud		SI	
PREVENTIVO			
6) El niño recibe agua potable o suplementos de flúor con fluoruro óptimo			SI
7) El niño cepilla sus dientes diariamente con pasta dental fluorada			SI
8) Ayuda en el cepillado dental del niño			SI
9) El niño recibe fluoruro tópico de un profesional de la salud			SI
10) El niño tiene un cuidado dental regular			SI
HALLAZGOS CLÍNICOS			
11) El niño tiene > 1 superficies cariadas / perdidas / obturadas	SI		
12) El niño tiene lesiones de manchas blancas activas o relacionadas a caries dental.	SI		
13) El niño tiene biopelícula abundante en los dientes.		SI	

* Evaluación de factores de riesgo a caries para niños de 0 a 5 años tomado de la AAPD (2019), modificada por autora del proyecto. Modificación del punto 12) El niño tiene lesiones de manchas blancas activas o biopelícula.

Evaluación general del riesgo de caries dental del niño: Alto Moderado Bajo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Early Childhood Caries (ECC). Revised 2016 [Consultado 25 Sep 2019] P 60. Disponible en: https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf

2.- Delia Montero Canseco, Patricia López Morales, Roberto Carlos Castrejón Pérez. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev. Odont. Mex vol.15 no.2 México abr./jun. 2011.[Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en

3.- Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. . 1ª Edición. Madrid; 2011. 315-23

4.- Cristina Arango M, Patricia Baena G. Caries de la Infancia Temprana y Factores de Riesgo. Revisión de la literatura". Rev. Estoma. Herediana volumen 12 nº 1 2004. [Consultado 4 Agos 2019] Disponible en: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/5561-Article%20Text-14918-1-10-20170926.pdf>

5.-Zhang S., Liu J., Lo E., Chu C. Dental caries status of Dai preschool children in Yunnan province, China. *BMC Oral Health* vol 13, no 68 2013 [Consultado 8 Sep 2019] Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-13-68>

6.- Villena R., Pachas F., Sánchez Y., Carrasco M. Prevalence Of Early Childhood Caries In Children Under 6 Years Old, Living In Marginal Communities In The North Of Lima. Rev. Estomatol. Herediana V.21 N.2 Lima Abr./Jun. 2011. [Consultado 21 Sep 2019] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605385&indexSearch=ID>

7.- Pacorel C. Salud oral de niños pequeños: conocimiento y prácticas de profesionales de la salud perinatal. Universidad de Lorena Facultad de odontología; 2015.[Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61093/Gloria_Bay%C3%B3n_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8.- Nakayama Y, Mori M. Association between nocturnal breastfeeding and snacking habits and the risk of early childhood caries in 18- to 23-month-old Japanese children. *J Epidemiol.* 2015;25:142–7. [Consultado 18 Sep 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310875/>

9.-Zaura E, Nicu EA, Krom BP, Keijser BJ. Adquisición y mantenimiento de un microbioma oral normal: perspectiva actual. *Front Cell Infect Microbiol.* 2014; 4 4: 85. [Consultado 21 Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071637/>

10.- McLean JS. Avances hacia una comprensión a nivel de sistemas del microbioma oral humano. *Front Cell Infect Microbiol.* 2014; 4 : 98. [Consultado 21 Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114298/>

11.- Avila M, Ojcius DM, Yilmaz O. La microbiota oral: Vivir con un invitado permanente. *DNA Cell Biol.* 2009; 28 : 405-11. [Consultado 21 Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768665/>

12.- 29. Jia G, Zhi A, Lai PF, Wang G, Xia Y, Xiong Z, et al. La microbiota oral: un papel mecanicista para las enfermedades sistémicas. *Br Dent J.* 2018; 224: 447–55. [Consultado 21 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29569607>

13.- Jenkinson HF Lamont RJ Comunidades microbianas orales en enfermedad y salud. *Tendencias Microbiol.* 2005; 13 : 589-595. [Consultado 21 Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16214341>

14.- Lemon KP Earl AM Vlamakis HC Aguilar C. Kolter R. Desarrollo de biofilm con énfasis en *Bacillus subtilis*. En: Romero T., editor. *Biopelículas bacterianas*. Capítulo 1. Springer; Heidelberg: 2008. pp. 1-16. [Consultado 21 Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/>

15.- Wilson M. *Microbial Inhabitants of Humans: Their Ecology and Role in Health and Disease*. Cambridge University Press; Cambridge: 2005 [Consultado 21 Oct 2019] Disponible en: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=q9Q9oRKO_kC&oi=fnd&pg=PR17&ots=cJLVL99O5M&sig=IWAMGPeGJWaGLMhK1iCFkbWIM4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

16.- Pattanaporn K, Saraithong P, Khongkhunthian S, Aleksejuniene J, Laohapensang P, Chhun N, et al. Mode of delivery, mutans streptococci colonization, and early childhood caries in three- to five-year-old Thai children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Jun; 41(3): 212–223 [Consultado 25 Sep 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418184/>

17.- Milgrom P, Huebner CE, Mancl L, Garson G, Grembowski D. Counseling on Early Childhood Caries transmission by dentists. *J Public Health Dent.* 2013;73:151–7 [Consultado 21 Sep 2019] Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61093/Gloria_Bay%C3%B3n_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18.-Ce Zhu, Chao Yuan ,Shuang Ao ,Xiangru Shi ,Feng Chen ,Xiangyu Sun ,y Shuguo Zheng. La potencialidad predictiva del microbioma salival para la

recurrencia de la caries en la primera infancia. *Front Cell Infect Microbiol*, v.8; 2018. [Consultado 21 Sep 2019]

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6302014/>

19.- Pacorel C. Salud oral de niños pequeños: conocimiento y prácticas de profesionales de la salud perinatal. [Trabajo fin de grado] Universidad de Lorena Facultad de odontología; 2015. [Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61093/Gloria_Bay%C3%B3n_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20.- Castaño A; Ribas D. Retos de la salud pública oral. La caries y las enfermedades periodontales. En: Castaño A; Ribas D, editor. *Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social: Un deber, una necesidad, un reto.* 1 a Edición. Sevilla; 2012.

21.- National Oral Health Survey UK, 2013. . [Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: <https://bda.org/news-centre/blog/Documents/CDHS2013-Northern-Ireland-Report.pdf>.

22.-Colak H, Dulgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med.* 2013;4(1):29–38. [Consultado 25 de Sep 2019]

Disponible en: <http://www.jnsbm.org/article.asp?issn=0976-9668;year=2013;volume=4;issue=1;spage=29;epage=38;aulast=%C7olak>

23.- Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: a cross-sectional study. *Eur J Dent.* 2012;6(2):141–52. [Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3327493/>

24.- WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries report of a meeting. Bangkok, Thailand, 26–28 January 2016. [Consultado 25 de Sep 2019]

Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255627/WHO-NMH-PND-17.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25.- Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: a cross-sectional study. *Eur J Dent.* 2012;6(2):141–52. [Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3327493/>

26.- Saldarriaga A, Aragon CM, Cossio M, Arenas A, Mejía E et al. Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Rev CES Oodnt 2009; 22(2): 27-34. [Consultado 21 de Sep 2019] Disponible en:<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/942/0>

27.-Secretaría de Salud (2017). Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles 2016- 2017 Ciudad de México: Secretaría de Salud. [Consultado 10 de Sep 2019] Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucles>

28.- American Academy of Pediatric Dentistry. "Guideline on infant oral health care.Pediatric Dent". 2016; REFERENCE MANUAL V 40 / NO 6 18 / 19. [Consultado 27 de Sep 2019] Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_perinataloralhealthcare.pdf

29.- American Academy of Pediatric Dentistry. "Guideline on infant oral health care.Pediatric Dent". 2016; REFERENCE MANUAL V 40 / NO 6 18 / 19. [Consultado 27 de Sep 2019] Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_perinataloralhealthcare.pdf

30.- American Academy of Pediatric Dentistry. "Guideline on infant oral health care.Pediatric Dent". 2016; REFERENCE MANUAL V 40 / NO 6 18 / 19. [Consultado 27 de Sep 2019] Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_perinataloralhealthcare.pdf

31.- Lilia AJL, Ernesto OC. Síndrome del biberón: Frecuencia y grado de severidad en una zona de Iztapalapa. Panorama Estomatológico 5(3):5-11. [Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=28211&id_seccion=103&id_ejemplar=2888&id_revista=17

32.-Fuentes E, Xiloj I. Caries de la Temprana Infancia (CTI) Caries de la Temprana Severa (CTIS), Caries Oclusal y proximal. [Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista] Guatemala: Universidad De San Carlos de Guatemala: 2012. [Consultado 25 de Sep 2019] Disponible en:

https://es.slideshare.net/Estomatologia_Cientifica_del_Sur/caries-de-la-infancia-temprana-65313082

33.- American Academy of pediatric Dentistry, Originating Group and Review Council: Policy on ECC: Classification, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent* 2008;25:24-28. [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en:https://www.aapd.org/assets/1/7/P_ECCClassifications.pdf.

34.- Feldens C. Giugliani E. Vigo Á. Vitolo M. Early Feeding Practices and Severe Early Childhood Caries in Four-Year-Old Children from Southern Brazil: A Birth Cohort Study. *Caries Res* 2010;44(5):445-52. [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20838043>

35.- Edelstein B, Vargas C, Candelaria D, Vemuri M. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent* 2006;28(5):431-37. [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17036709>

36.- - Robke F. Effects of nursing bottle misuse on oral health. Prevalence of caries, tooth malalignments and malocclusions in North-German preschool children. *J Orofac Orthop* 2008;69(1):5-19 [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18213457>

37.- Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros G. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent* 1992;14(5):302-5. [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1303533>

38.- - Berkowitz R. Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries: A Microbiologic Perspective. *J Can Dent Assoc* 2003;69(5):304-7. [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12734024>

39.- Filstrup S, Briskie D, Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Rohr IM. Early Childhood Caries and Quality of Life: Child and Parent Perspectives. *Pediatr Dent* 2003;25(5):431-44. . [Consultado 21 de Oct 2019]

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649606>

40.- Rodríguez-Llanes R, Traviesas-Herrera E, Lavandera-Carballido E, Duque-Hernández M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Revista Cubana de Estomatología. 2009;46(2):1-9. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <http://www.odontología-online.com.htm>.

41.- Palma C, Cahuana A. Pautas para la salud bucal en los primeros años de vida, Odontol Pediatr 2010;9 (2):179-189. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v9n2/a7.pdf>

42.-Krzysciak W, Jurczak A, Koscielniak D, Bystrowska B, Skalniak A. The virulence of *Streptococcus mutans* and the ability to form biofilm. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases 2013 Oct;24. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24154653>

43.- Iran.J. Comparison of the Salivary Immunoglobulin Concentration Levels between Children with Early Childhood Caries and Caries-Free Children. Immunol. VOL.5 NO.4 December 2008. [Consultado 21 de Oct 2019]
Disponible en: http://iji.sums.ac.ir/article_17171_d67d133dc09e94a028db11cdd2b7d547.pdf

44.- Cogulu D, Sabah E, Kutukculer N, Ozkinay F. Evaluation of the relationship between caries indices and salivary secretory IgA, salivary pH, buffering capacity and flow rate in children with Down's syndrome. Arch Oral Biol. 2006; 51:23-8. [Consultado 21 de Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16039983>

45.-Camling E, Köhler B. Infection with the bacterium streptococcus muntans and salivary IgA antibodies in mothers and their children. Arch Oral Biol. 1987; 32:817-23. [Consultado 21 de Oct 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3482351>

46.- Palma C, Cahuana A. Pautas para la salud bucal en los primeros años de vida, Odontol Pediatr 2010;9 (2):179-189. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v9n2/a7.pdf>.

47.- Achahui A, Albinagorta M, Arauzo S, Cadenillas A, Céspedes G, Cigüeñas P, et al. Early Childhood Caries: diagnosis and identification of risk factors. Odontol Pediatr. 2014; 13(2): 119-137. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-7325.2003.tb03497.x>

48.- Meera R, et al. First dental visit of a child. J Indian Soc Pododontic prevent dental 2008; 26 (6): 68-71.[Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: www.jisppd.com/article.asp?issn=09704388;year=2008;volume=26;issue=6;spage=68;epage=71;aulast=Meera

49.- Gudiño S. La caries de temprana infancia y caries por amamantamiento prolongado. ¿Negligencia o ignorancia?. Academia Mexicana de odontología pediátrica 2015;17 (2): 14-21. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <http://www.revistaodontologiapediatrica.com/index.php/spo/article/download/175/139/>

50.- Juárez- Razo E, Arizona-Navarro A, Delgado-Manzano R, López-Colombo A, Gil- Orduña N, Gallardo-Montoya I. Caries y alimentación con biberón Oral 2013; 4(14):209-212. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30512&id_seccion=2029&id_ejemplar=3127&id_revista=124

51.- Figueredo W, Ferelle A, et al. Odontología para el bebé. Caracas, Venezuela: Actualidades medico odontológicas latinoamericana; 2010. p. 75-95, 100-114. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/34310/articulo_15.pdf?sequence=2&isAllowed=y

52.- Juárez- Razo E, Arizona-Navarro A, Delgado-Manzano R, López-Colombo A, Gil- Orduña N, Gallardo-Montoya I. Caries y alimentación con biberón Oral 2013; 4(14):209-212. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30512&id_seccion=2029&id_ejemplar=3127&id_revista=124

53.- Aguilar-Ayala F, Duarte-Escobedo CE, et al. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Acta PediatrMex2014;35:259- 266. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400002

54.- Trena L, SutcliffeMS, et al. Iron depletion is associated with daytime bottle-feeding in the second and third years of life. Arch PediatrAdolesc Med 2006;169: 1114 -1120. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/205737>

55.- Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. . 1ª Edición. Madrid;2011. 315-23

56- Lingstron P, Holm K. Dietary factors in the prevention of dental caries: a systematic review. ActaOdontológicaScand 2013; 61: 331 - 337. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14960004>

57.- Thomson ME, Thomson CW. In vitro and intra-oral investigation into the cariogenic potential of human milk. Caries research 2006 30: 434-438.[Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8946100>

58- Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. J Paediatr Child Health 2006;42(1-2):37-43. [Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16487388>

59.- Dr. Alberto García-Suárez, Dr. Eduardo De La Teja-Ángeles. “Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso” Acta Pediatr Mex 2008;29(2):69-72 Artículo original.[Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm082d.pdf>

60.- Dr. Alberto García-Suárez, Dr. Eduardo De La Teja-Ángeles. “Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso” Acta Pediatr Mex 2008;29(2):69-72 Artículo original.[Consultado 25 de Sep 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm082d.pdf>

61.- American Academy of Pediatric Dentistry. Política sobre caries en la primera infancia (ECC): clasificaciones, consecuencias y estrategias preventivas. Revised 2016. V40 / NO 6 / 18-19 / P. 60-62. [Consultado 21 Oct 2019] P 60. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/early-childhood-caries-classifications-consequences-and-preventive-strategies/#section-policy-statement>

ANTECEDENTES

ZONA DE INFLUENCIA

Indicadores Demográficos

Estructura y Dinámica Poblacional

En el análisis de los indicadores demográficos se observa que 8 918 653 habitantes reside en la Ciudad de México y 608 479 personas en la Delegación Coyoacán, siendo el 6.8% del total de la Ciudad de México.(Cuadro 1.1)

Cuadro 1.1. Población general por sexo en 2015

Volumen poblacional y sexo	Delegación Coyoacán	Ciudad de México	Nacional
Total de habitantes	608 479	8 918 653	119 530 753
Total de población masculina	283 782	4 231 650	58 056 133
% de la población masculina	46.6	47.4	48.6
Total de población femenina	324 697	4 687 003	61 474 620
% de población femenina	53.4	52.6	51.4

Fuentes:

INEGI. **Encuesta Intercensal 2015**. Tabulados Ciudad de México. Población. México. 2016.
INEGI. **Encuesta Intercensal 2015**. Tabulados Nacional. Población. México. 2016.

Es de resaltar que es mayor el porcentaje de población femenina 324 697 (53.4%), respecto a los hombres 283 782 (46.6%), un tanto similar a la población a nivel nacional. Llama la atención que la edad mediana de la población es más elevada en la delegación en relación con la Ciudad de México, así como a la nacional (37 años en la primera, en comparación con los 33 años que es la mediana de la delegación y 27 años la correspondiente al nivel nacional). Este dato refleja que hay una población adulta significativa en esta demarcación.

Cuadro 1.2. Edad mediana* poblacional en 2015

	Delegación Coyoacán	Ciudad de México	Nacional
Edad mediana de la población	37	33	27

* Edad que divide a la población en dos grupos iguales de personas, expresada en años.

Fuentes:

INEGI. **Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2015**. México. 2016.
INEGI. **Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015**. Estados Unidos Mexicanos. México. 2015.

Los gru 24 años (8.0%). Este dato contrasta con el análisis del Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO) anterior, en el que los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años fueron los más elevados. Al hacer el comparativo con los datos de la Ciudad de México y a nivel nacional, coincide en ese sentido, que el grupo de edad de 20 a 24 años es la categoría con mayor población en la Ciudad de México, al igual que a nivel nacional (Cuadro 1.3.1).

Cuadro 1.3.1. Población por grupos quinquenales de edad en 2015

Edad (años)	Delegación Coyoacán		Ciudad de México		Nacional	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
0 – 4	28 667	4.7	542 977	6.1	10 526 139	8.8
5 – 9	33 493	5.5	605 859	6.8	10 997 189	9.2
10 – 14	35 768	5.9	631 136	7.1	11 228 232	9.4
15 – 19	41 581	6.8	650 509	7.3	10 772 297	9.0
20 – 24	48 816	8.0	746 606	8.4	10 665 816	8.9
25 – 29	46 701	7.7	715 250	8.0	9 252 596	7.7
30 – 34	46 797	7.7	721 733	8.1	8 930 752	7.5
35 – 39	44 804	7.4	688 260	7.7	8 609 437	7.2
40 – 44	49 501	8.1	691 609	7.8	8 208 994	6.9
45 – 49	41 468	6.8	590 653	6.6	6 814 143	5.7
50 – 54	42 370	7.0	577 945	6.5	6 155 306	5.1
55 – 59	35 193	5.8	469 819	5.3	4 846 762	4.1
60 – 64	33 373	5.5	406 296	4.6	3 889 755	3.3
65 – 69	26 709	4.4	304 944	3.4	2 987 316	2.5
70 – 74	19 117	3.1	227 396	2.5	2 207 466	1.8
75 y más	30 019	4.9	337 816	3.8	3 351 784	2.8
No especificado	4 102	0.7	9 845	0.1	86 769	0.1
Total	608 479	100.0	8 918 653	100.0	119 530 753	100.0

Fuentes:INEGI. **Encuesta Intercensal 2015**. Tabulados Ciudad de México. Población. México. 2016.INEGI. **Encuesta Intercensal 2015**. Tabulados Nacional. Población. México. 2016.

El (Cuadro 1.3.2) presenta la población por grupos quinquenales por edad y sexo de la delegación, y se observa que los grupos de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años, son más elevados en hombres que en mujeres. De hecho, en el grupo de 20 a 24 años hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres (1.7% mayor en la población masculina). Esta es una diferencia importante respecto al EBCO anterior, en el cual se apreciaban diferencias relevantes entre la cantidad de hombres y mujeres a partir de los 20 a 24 años, siendo mayor la cantidad de mujeres que de hombres (4.12% y 3.97%, respectivamente). Prevalece aún en los grupos de edad de 35 a 39 y de 40 a 45 más mujeres que hombres.

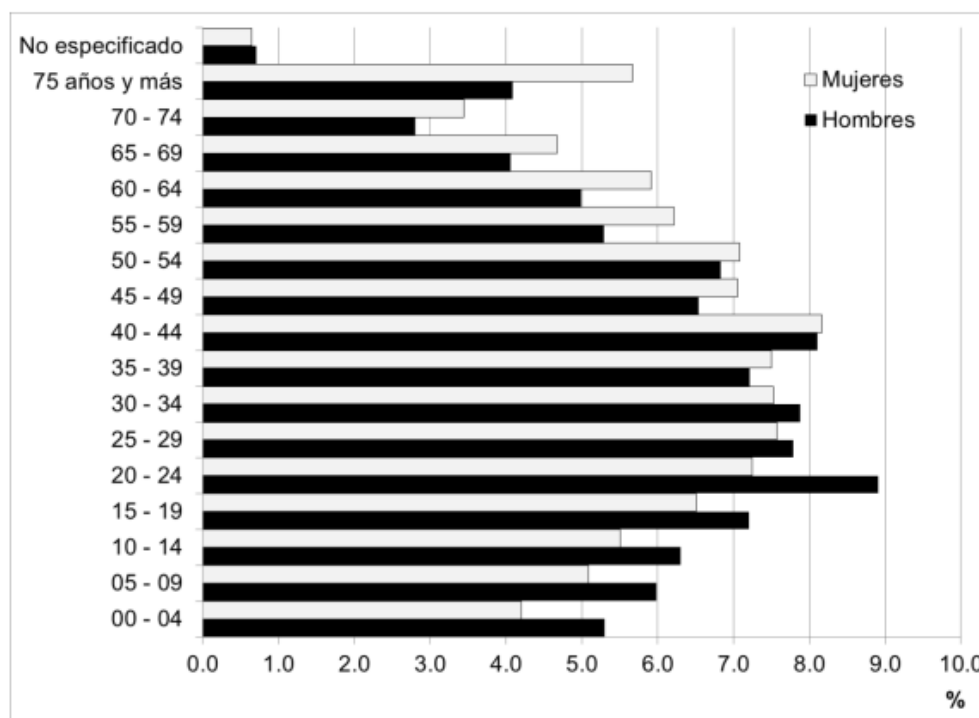
Cuadro 1.3.2. Población por grupos quinquenales de edad y sexo
Delegación Coyoacán en 2015

Edad (años)	Hombres		Mujeres	
	Abs.	%	Abs.	%
0 – 4	15 029	5.3	13 638	4.2
5 – 9	16 970	6.0	16 523	5.1
10 – 14	17 894	6.3	17 874	5.5
15 – 19	20 442	7.2	21 139	6.5
20 – 24	25 283	8.9	23 533	7.2
25 – 29	22 109	7.8	24 592	7.6
30 – 34	22 356	7.9	24 441	7.5
35 – 39	20 461	7.2	24 343	7.5
40 – 44	23 005	8.1	26 496	8.2
45 – 49	18 563	6.5	22 905	7.1
50 – 54	19 394	6.8	22 976	7.1
55 – 59	15 020	5.3	20 173	6.2
60 – 64	14 165	5.0	19 208	5.9
65 – 69	11 525	4.1	15 184	4.7
70 – 74	7 945	2.8	11 172	3.4
75 y más	11 611	4.1	18 408	5.7
No especificado	2 010	0.7	2 092	0.6
Total	283 782	100.0	324 697	100.0

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Población. México. 2016.

El cuadro muestra que en la delegación la mayor parte de la población se concentra entre los 15 y los 44 años, lo cual significa que predomina una población joven y adulta, destacando el grupo de edad de 20 a 24 años y en segundo lugar de 40 a 44 años (Gráfica 1) resultando reducidos los grupos de edad de 0 a 9 años.

Gráfica 1. Pirámide poblacional de la Delegación Coyoacán en 2015



Fuente: Elaborada con base en información de INEGI. **Encuesta Intercensal 2015.** Tabulados Ciudad de México. Población. México. 2016.

Dinámica Poblacional

Hogares

En la delegación Coyoacán el porcentaje de hogares familiares es de 82.91% y de no familiares es de 15.82%. Respecto a los primeros, el 65.58% son hogares nucleares, 29.55% ampliados y 2.98% compuestos. El porcentaje de hogares ampliados y compuestos (32.53%) representa un dato relevante, pues da cuenta de la modificación y diversificación en la composición de los hogares. En particular es conveniente reflexionar en las implicaciones de estas estructuras en la dinámica familiar, sobre todo comprender aquellas que se vinculan con situaciones sociales problemáticas, que de forma directa o indirecta posibiliten el consumo de drogas (Cuadro 2.1.1). Estos datos son similares a los que presenta la Ciudad de México, en general, ligeramente menor el porcentaje en hogares nucleares que el que se presenta a nivel nacional (65.58% y 69.71% respectivamente).

Es importante destacar que el porcentaje de hogares no familiares en la Delegación resulta más elevado que el de la Ciudad de México y significativamente más alto que a nivel nacional (15.82%,14.59% y 10.82%, respectivamente).

Del total de hogares con jefatura femenina que equivale al 37.24% (66 391 hogares de una población de 207 389) y el 77.36% corresponde a hogares familiares. De estos, más de la mitad corresponden a hogares nucleares (54.82%), seguidos de los hogares ampliados (39.48%). En este punto hay que señalar que 207 389 habitantes, es decir, una tercera parte de la población, son “dirigidos” tienen jefatura femenina (Cuadro 2.1.2).

Educación

En relación con la población que asiste a la escuela, en la Delegación la población de 3 a 14 años es el que mayormente asiste a la misma, lo que equivale a un 94.31% y la que se encuentra entre los 15 a 17 años asiste un 85.17% (23 236 jóvenes), cabe mencionar que aproximadamente casi tres mil de jóvenes no asisten a la escuela (Cuadro 2.2.1).

Educación

**Cuadro 2.2.1. Población de 3 años y más, por condición de asistencia escolar.
Delegación Coyoacán en 2015**

Grupos de edad	Población de 3 años y más	Condición de asistencia escolar (%)		
		Asiste	No asiste	No especificado
3 a 14	81 225	94.31	4.46	1.23
15 a 17	23 236	85.17	13.97	0.86
18 a 29	113 862	42.19	56.87	0.95
30 y más	369 351	2.86	95.66	1.48
Total	587 674	26.37	72.31	1.32

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Educación. México. 2016.

Sin embargo, hay un porcentaje importante de este grupo de edad (56.87%) que no asiste a la escuela.

al
Sin

En cuanto a las cifras obtenidas en la Ciudad de México en los grupos de edad referidos, llama la atención que es más elevada la asistencia escolar en la delegación con respecto a la Ciudad de México en todos los grupos de edad (Cuadro 2.2.2). Se concluye en este punto que si tomamos en cuenta al total de personas de los tres primeros grupos de edad, de la Delegación es decir de 3 a 14, 15 a 17 y 18 a 29 años, de un total de 218 323 no asisten a la escuela 71 621, lo cual equivale a un 32.80%. Cabe indicar que se observa que conforme aumenta el grupo de edad disminuye la asistencia a la escuela.

**Cuadro 2.2.2. Población de 3 años y más, por condición de asistencia escolar.
Ciudad de México en 2015**

Grupos de edad	Población de 3 años y más	Condición de asistencia escolar (%)		
		Asiste	No asiste	No especificado
3 a 14	1 464 709	91.22	8.27	0.51
15 a 17	373 399	82.99	16.75	0.25
18 a 29	1 738 966	33.55	66.06	0.39
30 y más	5 016 471	2.31	97.09	0.60
Total	8 593 545	27.29	72.18	0.53

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Educación. México. 2016.

En la Delegación Coyoacán llama la atención el mayor porcentaje de población entre 15 años o más que cuenta con algún grado de educación media o superior (24.53%), menor que el de la Ciudad de México (26.62%), pero mayor que a nivel nacional (21.67%). Es importante señalar que la población que cuenta con estudios superiores resulta ser la más elevada de todos los niveles educativos con un 44.27% en la delegación, 32.14% para la Ciudad de México y 18.63% a nivel nacional.

La población que estudia el nivel básico en la delegación corresponde al 28.54%, cifra que se encuentra por debajo de lo reportado en la Ciudad de México (38.89%) y en el país (53.46%), lo que indica que la tendencia en la delegación es a tener una población adulta joven. Además, es de llamar la atención que el grado promedio de escolaridad en la delegación alcanza los 12.25 años, más elevado que en la Ciudad de México que es de 11.12 años y en el país que equivale a 9.16 años. Lo anterior significa que en la delegación la población tiene un promedio de escolaridad de nivel medio superior concluido, el cual no es alcanzado en la Ciudad de México. El nacional es apenas de terminación de Secundaria (Cuadro 2.3.1).

Cuadro 2.3.1. Población de 15 años y más por nivel de escolaridad en 2015 (%)

Nivel de escolaridad	Delegación Coyoacán	Ciudad de México	Nacional
Sin escolaridad	1.45	2.02	5.83
Educación básica*	28.54	38.89	53.46
Educación media superior**	24.53	26.62	21.67
Educación superior***	44.27	32.14	18.63
No especificado	1.20	0.33	0.41
Grado promedio de escolaridad	12.25	11.12	9.16
Población	506 449	7 128 836	86 692 424

* Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con primaria terminada.

** Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria o bachillerato (general o tecnológico) o normal básica.

*** Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada, profesional (licenciatura, normal superior o equivalente), especialidad, maestría o doctorado.

Fuentes:

INEGI. **Encuesta Intercensal 2015**. Tabulados Ciudad de México. Educación. México. 2016.

INEGI. **Encuesta Intercensal 2015**. Tabulados Nacional. Educación. México. 2016.

Indicadores de Salud

Esperanza de Vida y Mortalidad

En relación con los resultados en materia de salud, la esperanza de vida en la Ciudad de México es mayor que a nivel nacional con una diferencia de 12 meses en el rango total. En el caso de los hombres es de un año un mes mayor y en las mujeres es de ocho meses mayor la esperanza de vida con respecto al nacional (Cuadro 2.4).

Indicadores de Salud

Cuadro 2.4. Esperanza de vida al nacer* en 2016

	Ciudad de México	Nacional
Total	76.2	75.2
Hombres	73.9	72.6
Mujeres	78.6	77.8

* Se refiere al número de años que en promedio se espera que viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto al mismo patrón de mortalidad observado para la población en su conjunto en cierto período.

Fuente: INEGI. **Población, hogares y vivienda**. Mortalidad / Esperanza de vida al nacimiento. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

En el mismo cuadro se advierte que en la Ciudad de México la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres, con una diferencia de 4.7 años, lo que significa que las mujeres viven más que los hombres, y que es congruente con los indicadores nacionales.

Son similares las tres principales causas de muerte tanto en la Ciudad de México como a nivel nacional e incluso en el mismo orden: enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos. Por su parte, para la Ciudad de México, el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares y en la quinta posición se ubican las enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado), lo cual tiene relevancia en términos de intervención (Cuadro 2.5).

Cuadro 2.6. Principales causas de mortalidad por grupos de edad y sexo.

Ciudad de México en 2015

Rango de edad	Total	Hombres	Mujeres
15 a 24 años	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Tumores malignos (leucemias) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Tumores malignos (leucemias) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (leucemias) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Agresiones - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón)
25 a 34 años	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (leucemias, del testículo y del cuello del útero) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana - Tumores malignos (leucemias, del testículo) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (del cuello del útero y de la mama) - Accidentes (de tráfico de vehículo de motor) - Agresiones - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus
35 a 44 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (de la mama, del estómago y leucemias) - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus - Agresiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades del hígado* (enfermedad alcohólica del hígado) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Agresiones - Diabetes mellitus - Tumores malignos (del estómago, leucemias y del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (de la mama y del cuello del útero) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado)

* Excluye paro cardíaco

Fuente: INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. México, 2016. Recuperado de <http://www.ineqi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>

En cuanto a las principales causas de muerte por grupo de edad en la Ciudad de México, en los grupos de edad de 15 a 24 y 25 a 34 años las dos principales causas son: agresiones y accidentes. En el grupo de 15 a 24 años, en los hombres, las tres principales causas de muerte son agresiones, accidentes y lesiones autoinfligidas. Mientras que para las mujeres son accidentes, tumores malignos (leucemia) y lesiones autoinfligidas (Cuadro 2.6).

Cuadro 2.6. Principales causas de mortalidad por grupos de edad y sexo.

Ciudad de México en 2015

Rango de edad	Total	Hombres	Mujeres
15 a 24 años	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Tumores malignos (leucemias) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Tumores malignos (leucemias) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (leucemias) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Agresiones - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón)
25 a 34 años	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (leucemias, del testículo y del cuello del útero) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana - Tumores malignos (leucemias, del testículo) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (del cuello del útero y de la mama) - Accidentes (de tráfico de vehículo de motor) - Agresiones - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus
35 a 44 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (de la mama, del estómago y leucemias) - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus - Agresiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades del hígado* (enfermedad alcohólica del hígado) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Agresiones - Diabetes mellitus - Tumores malignos (del estómago, leucemias y del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (de la mama y del cuello del útero) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado)

* Excluye paro cardíaco

Fuente: INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. México. 2016. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>

El mismo cuadro muestra que en el grupo de edad de 25 a 34 años en los hombres, las tres principales causas de muerte son agresiones, accidentes, y enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana. En el caso de las mujeres las principales causas son tumores malignos, accidentes y agresiones.

En el grupo de edad de 35 a 44 años, en los hombres las tres principales causas de mortalidad fueron enfermedad del hígado, enfermedades del corazón y agresiones. Mientras que en las mujeres fueron los tumores malignos, enfermedades del corazón y diabetes. Llama la atención que en los tres grupos de edad llegan a ser similares las principales causas de muerte, teniendo relevancia los accidentes, así como las agresiones. Conforme transcurre la edad hacen su aparición como causas de muerte enfermedades del hígado y corazón en el caso de los hombres, y la diabetes y tumores malignos en las mujeres.

Estos datos coinciden con los que se presentan a nivel nacional, en donde se observan para el grupo de edad de 15 a 24 años accidentes, agresiones y lesiones autoinfligidas como las principales causas de muerte en los hombres, y accidentes, tumores malignos y agresiones en el caso de las mujeres (Cuadro 2.6.1).

En dicho cuadro en el grupo de 25 a 34 años en los hombres son las agresiones, accidentes y enfermedades del corazón. Y para las mujeres son los tumores malignos y agresiones. Por su parte, para los hombres del grupo de 35 a 44 años se reportan accidentes, las agresiones y las enfermedades del hígado; y en el caso de las mujeres tumores malignos, diabetes y enfermedades del corazón (Cuadro 2.6.1).

**Cuadro 2.6.1. Principales causas de mortalidad por grupos de edad y sexo.
Nacional en 2015**

Rango de edad	Total	Hombres	Mujeres
15 a 24 años	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Agresiones - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Tumores malignos (leucemias) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Agresiones - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Tumores malignos (leucemias) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (leucemias) - Agresiones - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Embarazo, parto y puerperio**
25 a 34 años	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (leucemias, del cuello del útero y de la mama) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresiones - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Lesiones autoinfligidas intencionalmente - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (del cuello del útero y de la mama) - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Agresiones - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus
35 a 44 años	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Tumores malignos (de la mama y del cuello del útero) - Agresiones - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Agresiones - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado) - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Diabetes mellitus 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores malignos (de la mama y del cuello del útero) - Diabetes mellitus - Enfermedades del corazón* (enfermedades isquémicas del corazón) - Accidentes (de tráfico de vehículos de motor) - Enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado)

* Excluye paro cardíaco

** Incluye tétanos obstétrico, trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio y osteomalacia puerperal

Fuente: INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. México, 2018. Recuperado de

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/principales_registros/vital/mortalidad/tabulados/PC.asp?l=14&c=11817

Coyoacán son derechohabientes (77.81%). En el caso de la Ciudad de México, esta proporción es de 78.49% y a nivel nacional se eleva a 82.18% (Cuadro 2.7). Cabe señalar que en la Ciudad de México y en la delegación son más elevados el total de derechohabientes del IMSS (48.24%) que cualquier otra modalidad de seguridad social (Cuadro 2.7). Un 19.69% es derechohabiente del ISSSTE y 19.33% cuentan con Seguro Popular. Esto nos muestra que un porcentaje importante de la población cuenta con acceso a servicios de salud de carácter públicos o privados.

Cuadro 2.7. Población por condición de derechohabiencia a servicios de salud* en 2015 (%)

	Delegación Coyoacán	Ciudad de México	Nacional
Derechohabientes**	77.81	78.49	82.18
En IMSS	48.24	46.19	39.18
En ISSSTE estatal	19.69	15.66	7.71
En PEMEX, Defensa o Marina	1.52	1.46	1.15
Con Seguro Popular	19.33	28.70	49.90
En instituciones privadas	13.25	8.64	3.27
En otras instituciones***	2.47	2.18	1.55
No derechohabientes	19.87	20.78	17.25
No especificado	2.32	0.73	0.57

* Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.

** La suma de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

*** Incluye instituciones de salud pública o privada.

Fuentes:

INEGI. **Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Servicios de salud. México. 2016.**

INEGI. **Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Nacional. Servicios de salud. México. 2016.**

El **CENTRO DE SALUD T II AJUSCO** Tipo II Ajusco, levantado en 1984 de acuerdo a los convenios establecidos para la creación de una unidad de **Atención Primaria de Salud (APS)**; actualmente cuenta con servicios de atención médica, consulta dental, trabajo social, enfermería y vacunación, además de los servicios de apoyo como archivo, farmacia, almacén y administración; dirigidos principalmente a la prevención, detección y seguimiento de programas prioritarios como son los de vacunación universal, tamiz neonatal, planificación familiar, entre otros.

Ubicado entre las calles Mixtecas y Chichimecas, con la avenida Ixtlixochitl a espaldas y la calle frente al **CENTRO DE SALUD T II AJUSCO** y única vía de acceso Tepalcatzin.

Sus límites son al oriente con: Centro Atención Integral al Adulto (CAIA) que pertenece a los servicios de atención al adulto mayor. Al sur con: Avenida Rey Tepalcatzin que es la principal y única vía de acceso al **CENTRO DE SALUD T II AJUSCO**; Al poniente con: Centro Comunitario Ajusco y al norte con la Escuela primaria de la Secretaría de Educación Pública Secundaria 130 Tlamachtlicali y el jardín de niños Coyo-Hua-Can.

El territorio dentro del área de responsabilidad es urbanizado cuenta con calles pavimentadas que van desde zonas planas hasta pendientes pronunciadas cuenta con buenas vías de comunicación y todos los servicios, es una zona con densidad de población elevada y con población en tránsito durante todo el año.

En el área de responsabilidad encontramos 26 Centros Jardín de niños, 9 Primarias 8 secundarias y 3 preparatorias; a su vez colinda con el Campus Universitario de UNAM.

El área de responsabilidad cuenta con centros religiosos como iglesias católicas 2 y otras.

Servicios

Servicio	Área	Responsable
Consulta General	Médica	Dirección
Consulta Odontológica	Médica	Dirección
Medicina Preventiva (incluye vacunas y curaciones)	Epidemiología	Epidemiólogo
Enfermería de Consultorio	Médica	Jefa de Enfermeras
Farmacia	Médica	Administración
Epidemiología	Epidemiología	Epidemiólogo

MISIÓN

Brindar atención médica de primer nivel de acuerdo a los programas institucionales establecidos para hacer realidad el derecho a la protección en salud universal de la comunidad.

VISIÓN

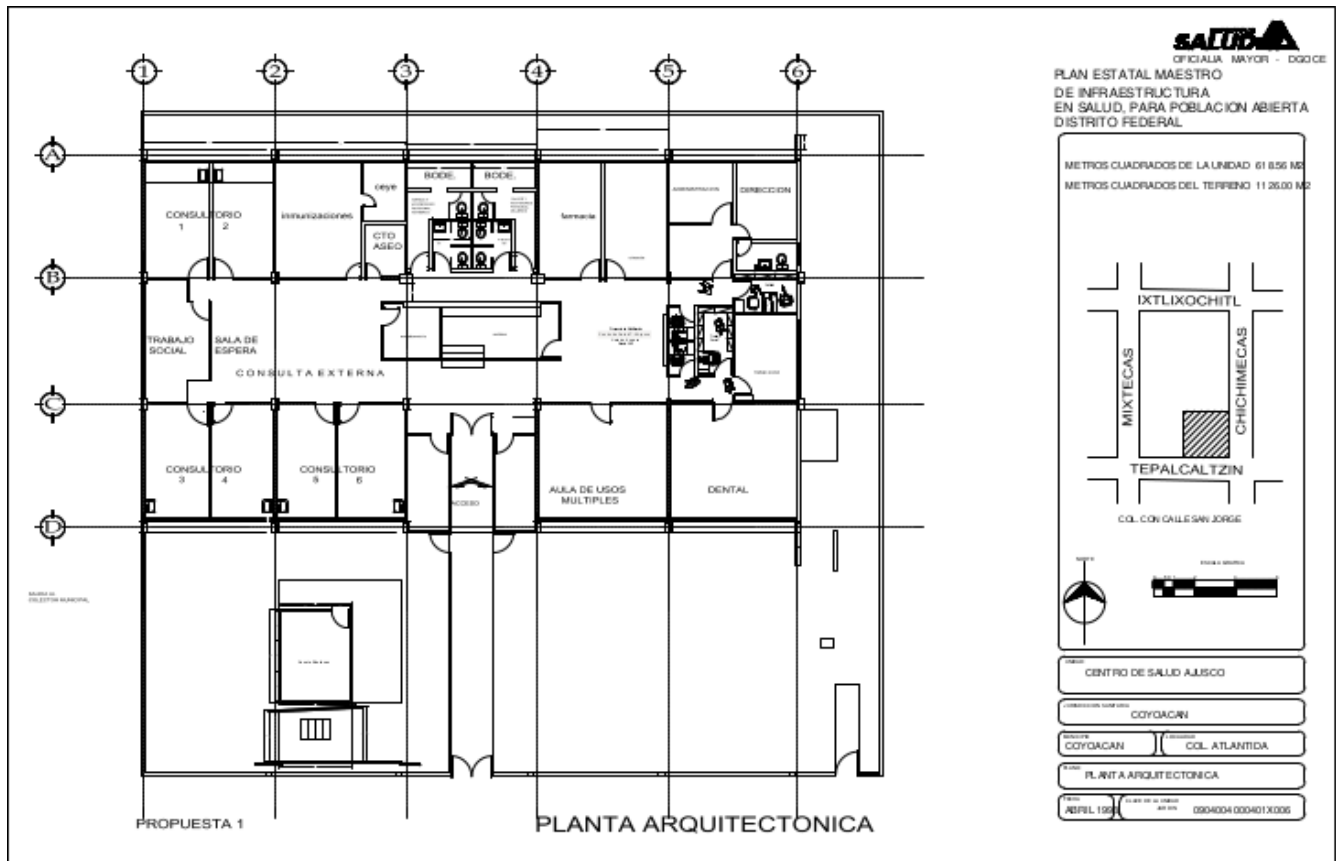
Ser la primera opción de atención en salud para la comunidad; ofreciendo y gestionando atención oportuna, amigable y eficiente. Con acciones y estrategias para incorporar a la cultura del usuario en los procesos de atención de salud de forma respetuosa, favoreciendo la integración y la interculturalidad.

VALORES

ÉTICA EFICIENCIA RESPETO RESPONSABILIDAD INTEGRACIÓN
COMPROMISO HONESTIDAD EMPATÍA PARTICIPACIÓN

PLANO ARQUITETÓNICO

La infraestructura del **CENTRO DE SALUD T II AJUSCO** Coyoacán tiene características acordes con lo desarrollado por el plan maestro para establecimientos que ofrecen servicios de salud para la población abierta del departamento de salubridad del Distrito Federal desde 1952.



Actualmente conserva gran parte de su infraestructura original diseñada para una población menor con aspectos socioculturales y demográficos que han cambiado.

Cuenta con un área de gobierno distribuida en dirección, administración, recursos humanos y dos secretarías, cuenta con un área pequeña distribuida en almacén y activo fijo el cual se encuentra en la parte de la azotea del establecimiento con

hacinamiento de personal por los dos recursos que lo ocupan y falta de espacio para almacenamiento.

El área contigua al almacén está destinada a la farmacia en su totalidad y seguido los baños de personal, los baños de uso público ambos separados para mujeres y hombres; con el área de sépticos al otro lado.

El área de inmunizaciones se encuentra junto a los refrigeradores de biológico y enfrente él área de esterilización confinado a un espacio al fondo el área de central de enfermería y equipos (C.E.Y.E.).

Dos módulos de atención adjuntos (1 y 2) y al lado izquierdo de la unidad un área de educadoras promotoras de salud los otros cuatro consultorios quedan al frente de la unidad y ocupan hasta la entrada antes del módulo asignado para jefatura de enfermería y supervisión.

Frente a la entrada encontramos el módulo destinado para archivo clínico y con una pequeña división para medico en tu casa.

Desde la entrada a la unidad hacia la derecha encontramos el espacio ocupado por epidemiología y estadística, seguido del aula de usos múltiples y el área de dental la cual consta de tres unidades dentales completas y en funcionamiento; con un espacio de mesa de trabajo a lo largo del módulo.

Al fondo en la derecha del CENTRO DE SALUD T II AJUSCO se encuentra el área de trabajo social y el módulo de entrevistas, además de 2 pequeñas divisiones una para el módulo de Seguro Popular y la otra para la caja.

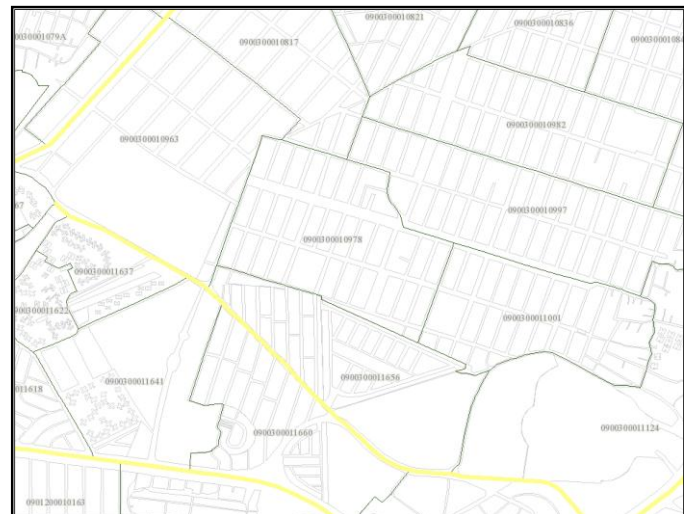
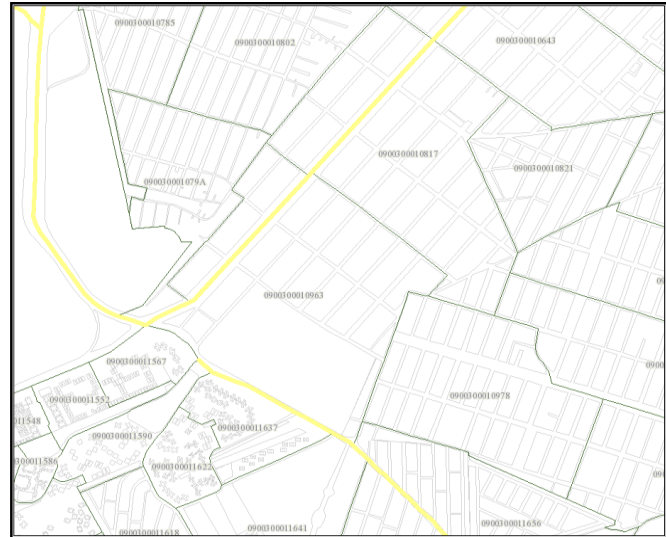
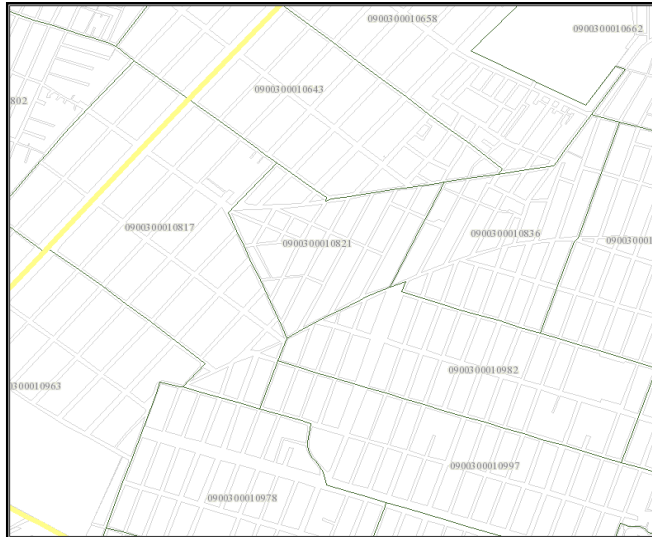
En la parte externa de la unidad de la zona uno posterior encontramos el cuarto de la planta de energía suplementaria, en la parte lateral derecha encontramos el cuarto de almacenamiento temporal de R.P.B.I.; en el muro contiguo están los medidores de consumo eléctrico y líneas de entrada.

En la parte del frente lado derecho encontramos el cuarto de compresoras y la cisterna aproximadamente de 2500litros, así como el equipo de bombas de agua. de lado izquierdo encontramos el cobertizo de trabajo de campo ocupado por el equipo de campo de enfermería.

Actualmente la unidad no cuenta con espacios ni áreas para funcionamiento de Radio Diagnóstico, ultrasonido, ni. de Laboratorios Clínico.

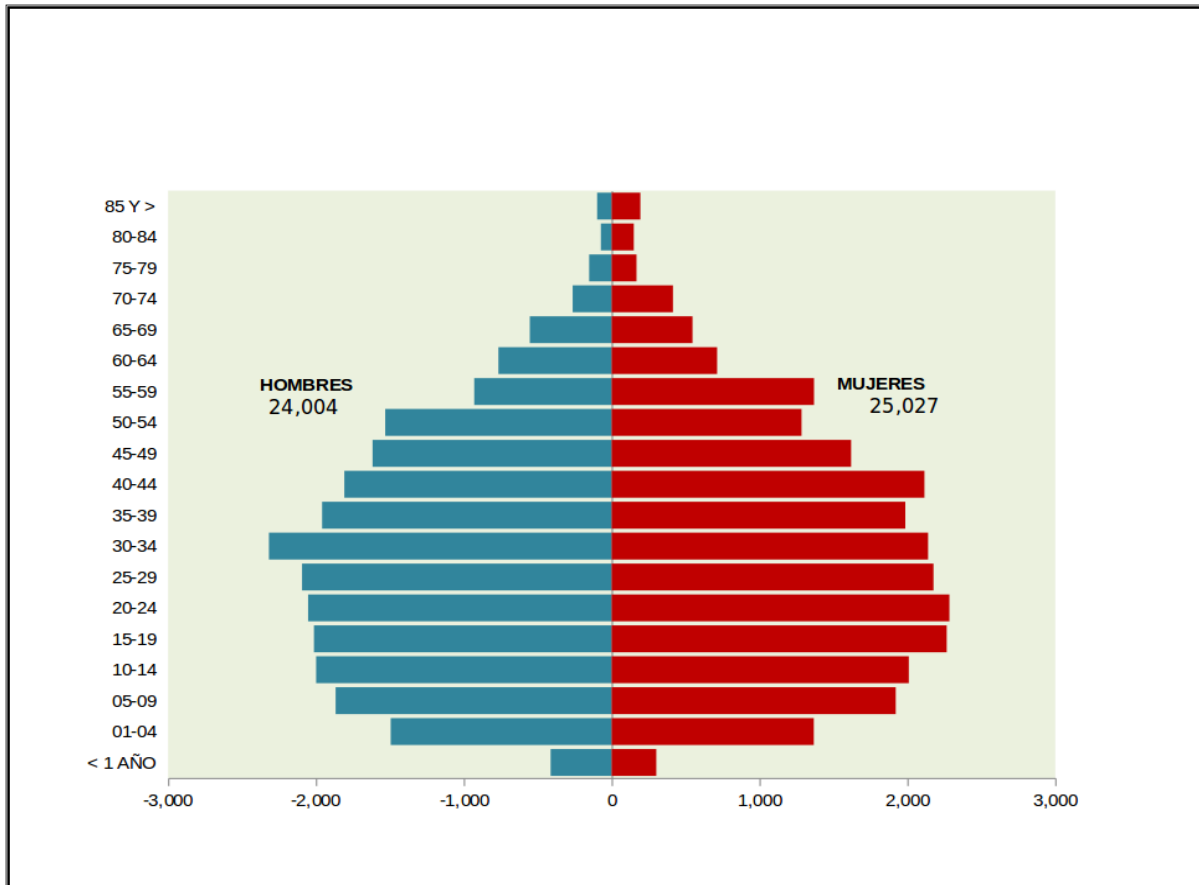
ÁREA GEOGRÁFICA

Ubicado geográficamente en la colonia Ajusco código postal 04300 de la delegación Coyoacán, comprende cuatro Áreas Geográficas Estadística Básica (AGEB) que son 0821, 0963, 0817-7, 0970.



PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

La población proyectada para las actividades de atención médica y de vigilancia epidemiológica del área de responsabilidad de la unidad es de 49330 por lo que la población no derecho habiente es de aproximadamente 19217 habitantes de los cuales 9413 son hombres y 9804 son mujeres.



La pirámide de la población de responsabilidad tiene una distribución similar a la pirámide de población nacional, estatal y delegacional que corresponde a una disminución en el número de menores de un año y aumento mucho menor y continuo de los mayores de 80 o 90 años.

UNIDADES TERRITORIALES

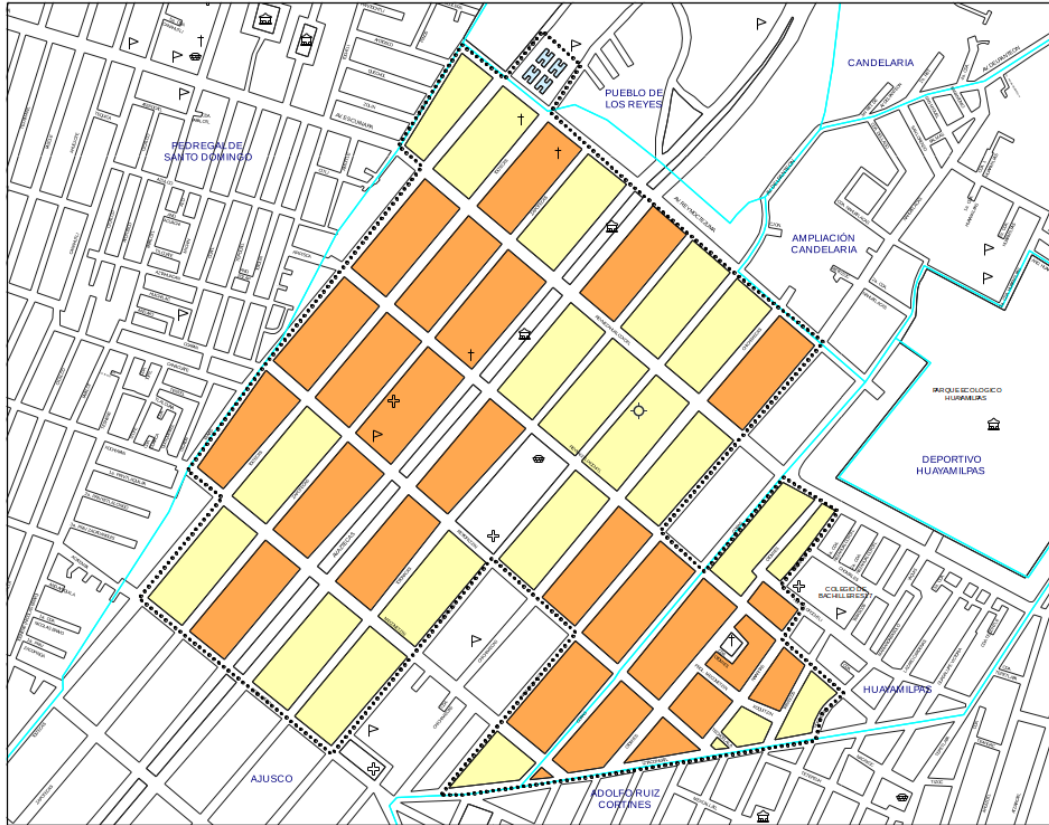
Los mapas de distribución demográfica por unidades territoriales comprende las características sociodemográficas de la población dentro del área de responsabilidad, la cual clasifica el desarrollo social en niveles o grados de marginación identificados en un mapa en particular por colores para las manzanas y colonias, siendo utilizado el color rojo para identificar las zonas de “MUY ALTA” marginación, naranja para los de “ALTA” marginación, amarillo para grado de marginación “MEDIO”; color verde claro para grado de marginación “BAJO” y celeste para grado “MUY BAJO”; el color gris se utiliza en los casos en que se considera “NO DISPONIBLE” el grado de marginación.


Los mapas utilizado-publicados por INEGI, a través del SEDUVI también presentan el número de habitantes para cada unidad territorial y para fines del presente trabajo utilizamos tres de los mapas que corresponden a las colonias Ajusco norte, Ajusco sur y parte de la colonia Santo Domingo Poniente y Centro.

Las unidades territoriales se encuentran marcadas por colores que representan los grados de marginalidad de acuerdo a lo publicado en el diario oficial para la definición del grado de marginalidad lo cual le permite a la población beneficiarse de los programas de desarrollo sociales que determina la ley, tales como apoyo a los adultos mayores, apoyo a personas con capacidades diferentes, apoyo a niños y niñas en situación de pobreza, apoyos para niños, niñas y mujeres en situación de vulnerabilidad, ampliación y rehabilitación de la vivienda, entre otros.

Así como los beneficios que ofrece la protección en salud que involucran acceso a los servicios gratuitos de salud de primer nivel, a los estudios de laboratorios y gabinete gratuitos y al otorgamiento de medicamentos gratuitos.

Los tres mapas que engloban la población del área de responsabilidad del **CENTRO DE SALUD T II AJUSCO** se presentan impresos a continuación para su consulta.

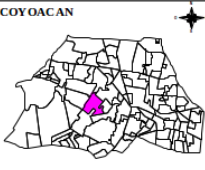


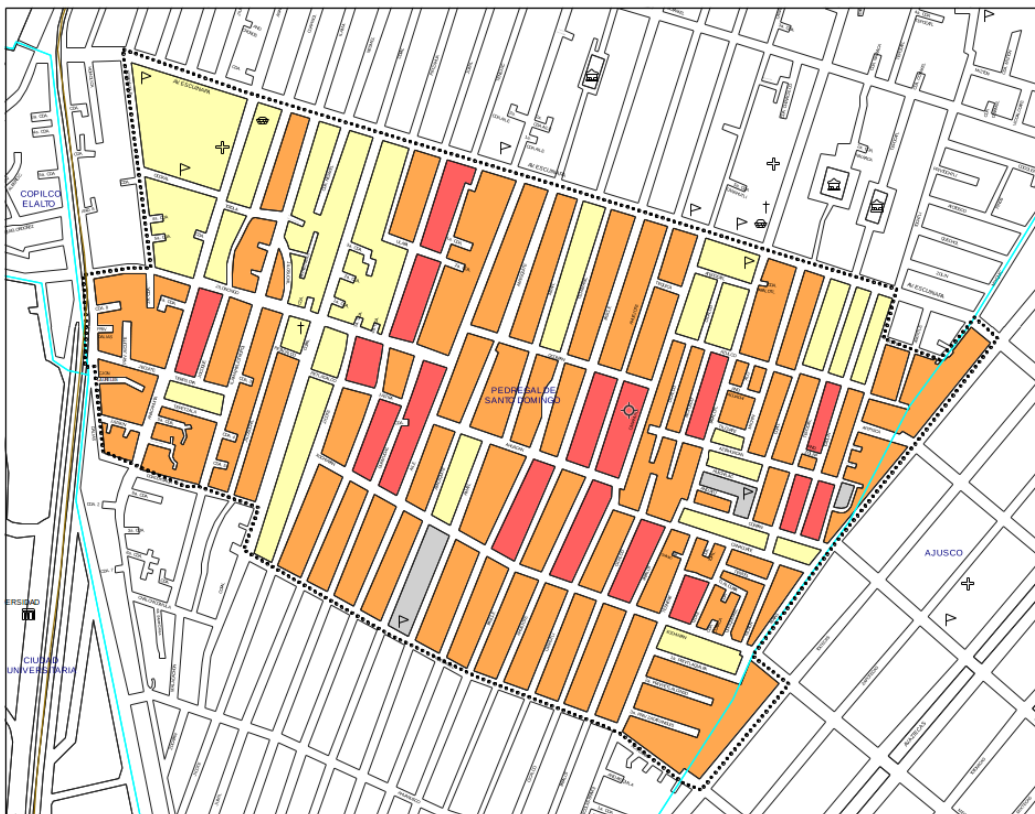

FEJERVA DE GOBIERNO DEL ESTADO FEDERAL
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL
PROGRAMA INTEGRADO TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL
 Unidad Territorial: **03-002-1**
"AJUSCO NORTE"
 Población: **16,727 habs.**
 Grado de Marginalización: **Alto**
 Grado de Marginalización:


Red	Muy Alto
Naranja	Alto
Amarillo	Medio
Verde claro	Bajo
Verde oscuro	Muy Bajo
Grigio	No Disponible

Simbología
 Iglesia (I), Escuela (E), Plaza o Jardín (P), Asistencia Médica (M), Menudo (Me), Sede Delegacional (S), Panatorio (Pa), Estación Metro y Tren Ligero (E-TL)

COLOMIA
 Nombre de Colonia (---), Límite de Colonia (---), Límite de la Unidad Territorial (---), Límite Distrito Federal (---), Límite Delegacional (---), Líneas de Metro y Tren Ligero (---)

COYOACAN

 Escala gráfica aproximada: 200 Metros
 Fuente: Elaboración propia con base en cartografía de INEGI, SEDUE, SEDUE y SEDUE.

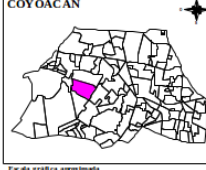



FEJERVA DE GOBIERNO DEL ESTADO FEDERAL
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL
PROGRAMA INTEGRADO TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL
 Unidad Territorial: **03-059-1**
"PEDREGAL DE SANTO DOMINGO CENTRO"
 Población: **33,472 habs.**
 Grado de Marginalización: **Muy Alto**
 Grado de Marginalización:

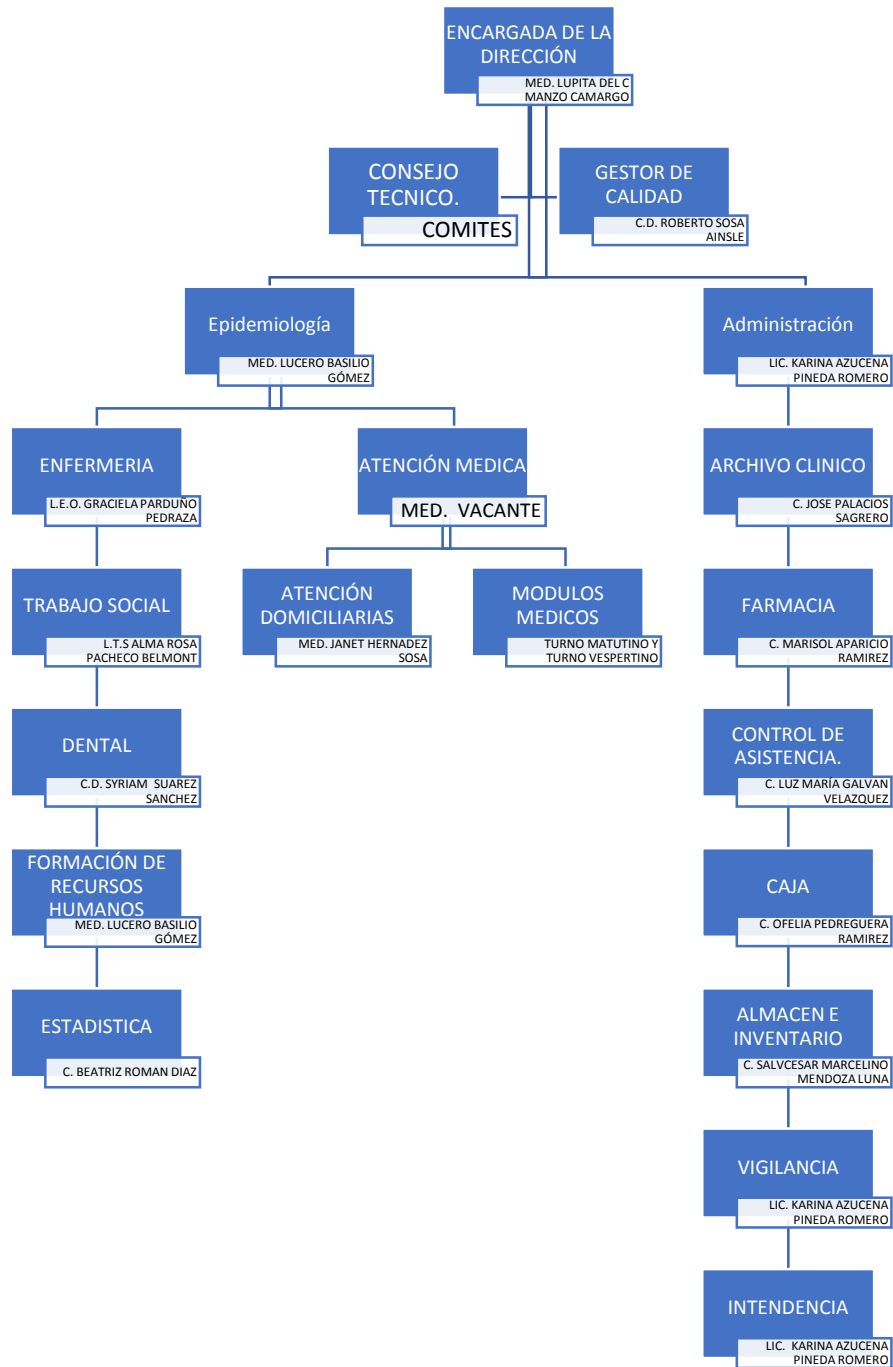
Red	Muy Alto
Naranja	Alto
Amarillo	Medio
Verde claro	Bajo
Verde oscuro	Muy Bajo
Grigio	No Disponible

Simbología
 Iglesia (I), Escuela (E), Plaza o Jardín (P), Asistencia Médica (M), Menudo (Me), Sede Delegacional (S), Panatorio (Pa), Estación Metro y Tren Ligero (E-TL)

COLOMIA
 Nombre de Colonia (---), Límite de Colonia (---), Límite de la Unidad Territorial (---), Límite Distrito Federal (---), Límite Delegacional (---), Líneas de Metro y Tren Ligero (---)

COYOACAN

 Escala gráfica aproximada: 200 Metros
 Fuente: Elaboración propia con base en cartografía de INEGI, SEDUE, SEDUE y SEDUE.

ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD

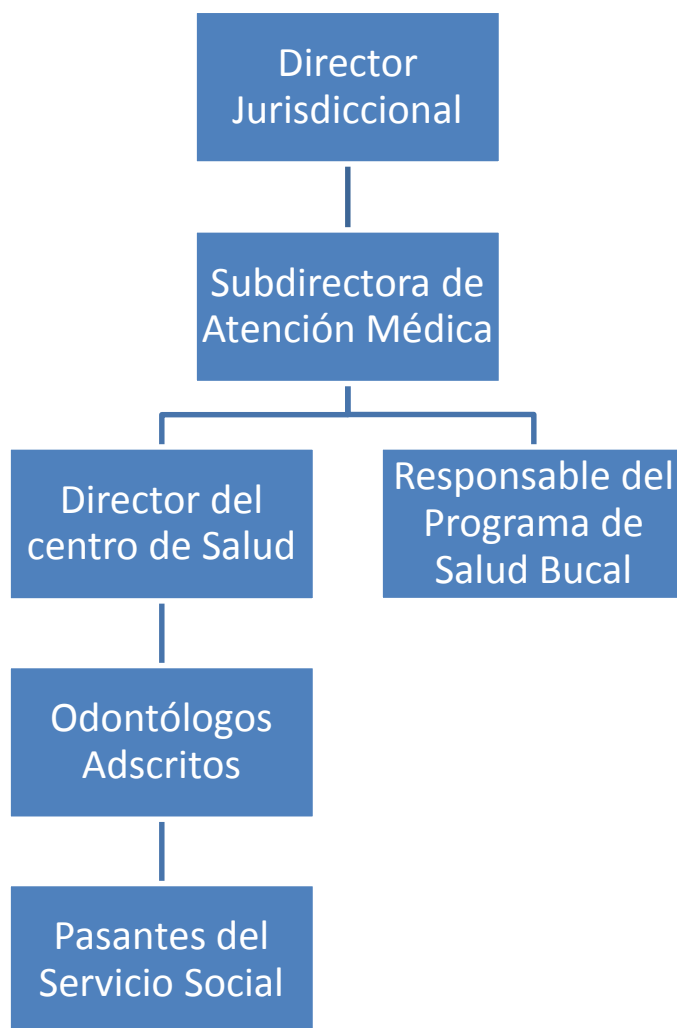


SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

Misión: Disminuir la morbilidad bucal en la población sin seguridad social de la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán, estableciendo acciones de promoción, prevención, limitación de daño y restauración del daño y restauración con calidad, calidez y eficiencia.

Visión: Garantizar la Salud Bucal en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán basado en una cultura d prevención dando prioridad a los grupos vulnerables, y así contribuir a una mejor calidad de vida.

Organigrama



La organización es de tipo lineal y en ella existe autoridad normativa y supervisión técnica a través de las instancias correspondientes.

Recursos Humanos

Total de odontólogos de base y regularizados	26
Total d odontólogos por contrato (internos, eventuales y de honorarios)	7
Total de odontólogos contratados por 8 horas.	30
Total de odontólogos contratados por 7 horas.	1
Total de odontólogos contratados por 6 horas.	2
Total de odontólogos en turno matutino.	26
Total de odontólogos en turno vespertino.	7

Recursos materiales

a) Equipo:

26 Unidades dentales

9 Aparatos de Rx

2 Radiovisiógrafos

b) Instrumental y combustibles

Los establecidos por el nivel central, en el cuadro básico de materiales, accesorios y suministros de salud bucal, y solicitados a través del Programa Operativo Anual Jurisdiccional 2018.

Programas

- 1.- Programa de Salud Bucal a escolares
- 2.- Programa de Salud Bucal a embarazadas
- 3.- Programa de Salud Bucal a Adultos mayores
- 4.- Programa de Salud Bucal a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas
- 5.- Programa de Salud Bucal a pacientes con capacidades diferentes.

- 6.- Programa de Salud Bucal de Nivel Central 2018.
- 7.- Programa de Salud Bucal Jurisdiccional 2017.
- 8.-Manual de Contenidos Educativos en Salud Bucal.
- 9.- Manual de Guía de Consulta para el Médico y el Odontólogo de primer nivel de atención.
- 10.- Manual de Salud Bucal de Preescolar y Escolar.

Actividades internas	Actividades extramuros
Profilaxis Aplicaciones de flúor en gel Eliminación de sarro Resinas Amalgamas Obturaciones provisionales Extracciones	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria y secundaria 14 colutorios de fluoruro de sodio al 2% 4 detecciones de placa dentobacteriana 4 instrucciones de técnica de cepillado 4 instrucciones de uso de hilo dental 4 platicas educativas 2 detección d caries al inicio del ciclo escolar 1 referencia al centro de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • Preescolar 4 detecciones de placa dentobacteriana 4 instrucciones de técnica de cepillado 4 platicas educativas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Estúdio Básico de Comunidad Objetivo 2018 Diagnóstico Del Contexto Socio-Demográfico Del Área De Influencia Del Cij Coyoacán. Centro de Integración Juvenil, a.c. 2018. [Consultado 25 Sep 2019] Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9440/9440CSD.html>
- 2.- Resumen Ejecutivo: “Perfil Del Sistema De Servicios De Salud México (1ra Edición, Octubre 1998) (2da Edición, Abril 2002) * Programa De Organización Y Gestión De Sistemas Y Servicios De Salud División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud Organización Panamericana De La Salud”

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

CUADROS DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROGRAMAS

ATENCIÓN INTEGRAL

Mes	Niños	%	Adulto	%	TOTAL	%TOTAL
Agosto	5	35.71	9	64.29	14	100
Septiembre	9	37.50	15	62.50	24	100
Octubre	10	35.71	18	64.29	28	100
Noviembre	12	34.29	23	65.71	35	100
Diciembre	15	34.09	29	65.91	44	100
Enero	13	41.94	18	58.06	31	100
Febrero	14	40.00	21	60.00	35	100
Marzo	11	28.95	27	71.05	38	100
Abril	11	47.83	12	52.17	23	100
Mayo	10	38.46	16	61.54	26	100
Junio	9	32.14	19	67.86	28	100
Julio	10	30.30	23	69.70	33	100
TOTAL	129	35.93	230	64.07	359	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Socia de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

1.- PROGRAMA DE SALUD BUCAL A ESCOLARES

Mes	Niños	%
Agosto	5	35.71
Septiembre	9	37.50
Octubre	10	35.71
Noviembre	12	34.29
Diciembre	15	34.09
Enero	13	41.94
Febrero	14	40.00
Marzo	11	28.95
Abril	11	47.83
Mayo	10	38.46
Junio	9	32.14
Julio	10	30.30
TOTAL	129	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Socia de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

2.- PROGRAMA DE SALUD BUCAL A EMBARAZADAS

Mes	Embarazadas	%
Agosto	1	3.03030303

Septiembre	3	9.09090909
Octubre	2	6.06060606
Noviembre	2	6.06060606
Diciembre	4	12.1212121
Enero	2	6.06060606
Febrero	2	6.06060606
Marzo	4	12.1212121
Abril	3	9.09090909
Mayo	5	15.1515152
Junio	3	9.09090909
Julio	2	6.06060606
TOTAL	33	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

3.- PROGRAMA DE SALUD BUCAL A ADULTOS MAYORES

Mes	Adultos mayores	%
Agosto	3	4.48
Septiembre	5	7.46
Octubre	5	7.46
Noviembre	6	8.96
Diciembre	8	11.94
Enero	7	10.45
Febrero	4	5.97
Marzo	9	13.43
Abril	3	4.48
Mayo	6	8.96
Junio	9	13.43
Julio	2	2.99
TOTAL	67	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

4.- PROGRAMA DE SALUD BUCAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

Mes	Enfermedades crónico-degenerativas	%
Agosto	2	5
Septiembre	3	7.5
Octubre	4	10
Noviembre	3	7.5
Diciembre	2	5
Enero	4	10
Febrero	3	7.5
Marzo	5	12.5
Abril	4	10
Mayo	5	12.5
Junio	3	7.5
Julio	2	5
TOTAL	40	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Socia de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

5.- PROGRAMA DE SALUD BUCAL A PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES.

Mes	Capacidades diferentes	%
Agosto	1	12.5
Septiembre	2	25
Octubre	0	0
Noviembre	1	12.5
Diciembre	1	12.5
Enero	0	0
Febrero	0	0
Marzo	1	12.5
Abril	1	12.5
Mayo	0	0
Junio	1	12.5
Julio	0	0
TOTAL	8	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Socia de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	0.36%
SUBTOTAL	3	0.36%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	1.44%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	3.36%
SUBTOTAL	40	4.8%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	282	33.89%
Cepillado	282	33.89%
Flúor en enjuagues	206	24.75%
• Intramuros		
Flúor en gel	5	0.60%
Selladores de foseas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	775	93.13%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	2	0.24%
• Resinas	5	0.60%
• Amalgamas	4	0.48%
• Exodoncia	3	0.36%
SUBTOTAL	14	1.68%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	832	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	0.36%
SUBTOTAL	3	0.36%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	1.44%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	3.36%
SUBTOTAL	40	4.8%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	282	33.89%
Cepillado	282	33.89%
Flúor en enjuagues	206	24.75%
• Intramuros		
Flúor en gel	5	0.60%
Selladores de foseas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	775	93.13%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	2	0.24%
• Resinas	5	0.60%
• Amalgamas	4	0.48%
• Exodoncia	3	0.36%
SUBTOTAL	14	1.68%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	832	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2018

Actividades	No.	%
-------------	-----	---

DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	0.36%
SUBTOTAL	3	0.36%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	1.44%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	3.36%
SUBTOTAL	40	4.8%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	282	33.89%
Cepillado	282	33.89%
Flúor en enjuagues	206	24.75%
• Intramuros		
Flúor en gel	5	0.60%
Selladores de foseas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	775	93.13%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	2	0.24%
• Resinas	5	0.60%
• Amalgamas	4	0.48%
• Exodoncia	3	0.36%
SUBTOTAL	14	1.68%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	832	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	0.19%
SUBTOTAL	3	0.19%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.77%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	1.80%
SUBTOTAL	40	2.57%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	576	37.04%
Cepillado	576	37.04%
Flúor en enjuagues	331	21.28%
• Intramuros		
Flúor en gel	7	0.45%
Selladores de foseas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	1490	95.81%
CURATIVAS		
• Eliminación d sarro	3	0.19%
•Resinas	8	0.51%
• Amalgamas	9	0.57%
• Exodoncia	2	0.12%
SUBTOTAL	22	1.39%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	1555	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Socia de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	0.19%
SUBTOTAL	3	0.19%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.77%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	1.80%
SUBTOTAL	40	2.57%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	576	37.04%
Cepillado	576	37.04%
Flúor en enjuagues	331	21.28%
• Intramuros		
Flúor en gel	7	0.45%
Selladores de fosetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	1490	95.81%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	3	0.19%
• Resinas	8	0.51%
• Amalgamas	9	0.57%
• Exodoncia	2	0.12%
SUBTOTAL	22	1.39%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	1555	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	0.19%
SUBTOTAL	3	0.19%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.77%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	1.80%
SUBTOTAL	40	2.57%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	576	37.04%
Cepillado	576	37.04%
Flúor en enjuagues	331	21.28%
• Intramuros		
Flúor en gel	7	0.45%
Selladores de fosetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	1490	95.81%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	3	0.19%
• Resinas	8	0.51%
• Amalgamas	9	0.57%
• Exodoncia	2	0.12%
SUBTOTAL	22	1.39%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	1555	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	10	0.37%
SUBTOTAL	10	0.37%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.44%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	1.04%
SUBTOTAL	40	1.48%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	971	36.09%
Cepillado	971	36.09%
Flúor en enjuagues	667	24.79%
• Intramuros		
Flúor en gel	15	0.55%
Selladores de fosetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	2624	97.52%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	3	0.11%
• Resinas	5	0.18%
• Amalgamas	2	0.07%
• Exodoncia	6	0.22%
SUBTOTAL	16	0.58%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	2690	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	10	0.37%
SUBTOTAL	10	0.37%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.44%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	1.04%
SUBTOTAL	40	1.48%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	971	36.09%
Cepillado	971	36.09%
Flúor en enjuagues	667	24.79%
• Intramuros		
Flúor en gel	15	0.55%
Selladores de foseetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	2624	97.52%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	3	0.11%
• Resinas	5	0.18%
• Amalgamas	2	0.07%
• Exodoncia	6	0.22%
SUBTOTAL	16	0.58%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	2690	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	10	0.37%
SUBTOTAL	10	0.37%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.44%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	1.04%
SUBTOTAL	40	1.48%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	971	36.09%
Cepillado	971	36.09%
Flúor en enjuagues	667	24.79%
• Intramuros		
Flúor en gel	15	0.55%
Selladores de foseetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	2624	97.52%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	3	0.11%
• Resinas	5	0.18%
• Amalgamas	2	0.07%
• Exodoncia	6	0.22%
SUBTOTAL	16	0.58%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	2690	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	4	0.13%
SUBTOTAL	4	0.13%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.41%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	0.95%
SUBTOTAL	40	1.36%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	1049	35.85%
Cepillado	1049	35.85%
Flúor en enjuagues	745	25.46%
• Intramuros		
Flúor en gel	14	0.47%
Selladores de fosetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	2857	97.63%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	5	0.170%
• Resinas	9	0.30%
• Amalgamas	8	0.27%
• Exodoncia	3	0.10%
SUBTOTAL	25	0.85%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	2926	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	4	0.13%
SUBTOTAL	4	0.13%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.41%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	0.95%
SUBTOTAL	40	1.36%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	1049	35.85%
Cepillado	1049	35.85%
Flúor en enjuagues	745	25.46%
• Intramuros		
Flúor en gel	14	0.47%
Selladores de foseetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	2857	97.63%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	5	0.170%
• Resinas	9	0.30%
• Amalgamas	8	0.27%
• Exodoncia	3	0.10%
SUBTOTAL	25	0.85%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	2926	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2019

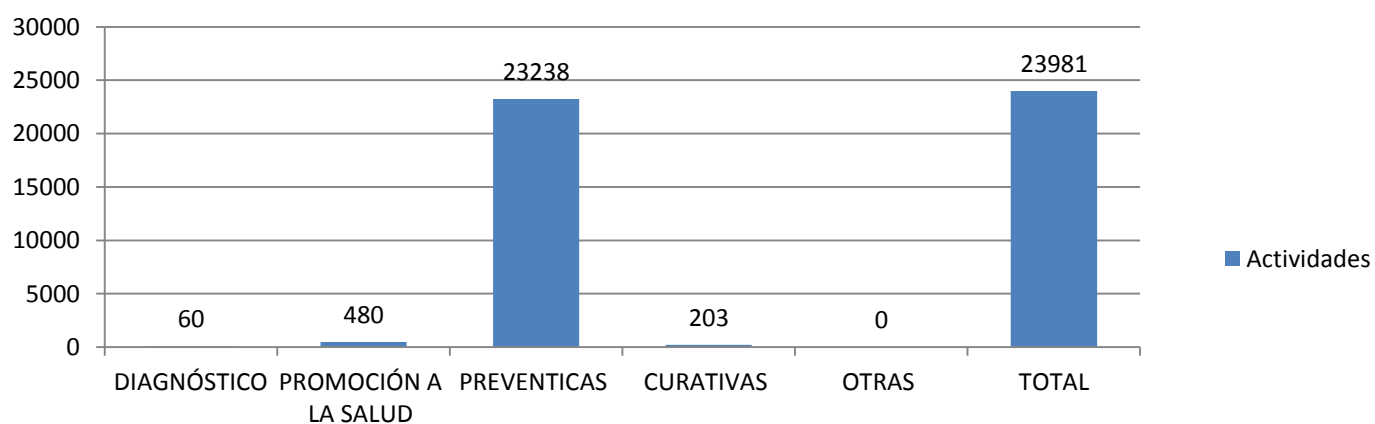
Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	4	0.13%
SUBTOTAL	4	0.13%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	12	0.41%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	28	0.95%
SUBTOTAL	40	1.36%
PREVENTIVAS		
• Extramuros		
Control de placa dentobacteriana	1049	35.85%
Cepillado	1049	35.85%
Flúor en enjuagues	745	25.46%
• Intramuros		
Flúor en gel	14	0.47%
Selladores de foseas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	2857	97.63%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	5	0.170%
• Resinas	9	0.30%
• Amalgamas	8	0.27%
• Exodoncia	3	0.10%
SUBTOTAL	25	0.85%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	2926	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES PERIODO AGOSTO 2018 - JULIO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	60	0.25%
SUBTOTAL	60	0.25%
PROMOCIÓN A LA SALUD		
• Extramuros		
Pláticas de salud bucal	144	0.60%
• Intramuros		
Pláticas de salud bucal	336	1.40%
SUBTOTAL	480	2.00%
PREVENTIVAS		
• Extramuros	8634	
Control de placa dentobacteriana	8634	36.00%
Cepillado	5847	36.00%
Flúor en enjuagues		24.38%
• Intramuros		
Flúor en gel	123	0.51%
Selladores de fosetas y fisuras	0	0%
SUBTOTAL	23238	96.89%
CURATIVAS		
• Eliminación de sarro	39	0.16%
• Resinas	81	0.33%
• Amalgamas	69	0.28%
• Exodoncia	42	0.17%
SUBTOTAL	203	0.84%
OTRAS	0	0
SUBTOTAL	0	0
TOTAL	23981	100%

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).



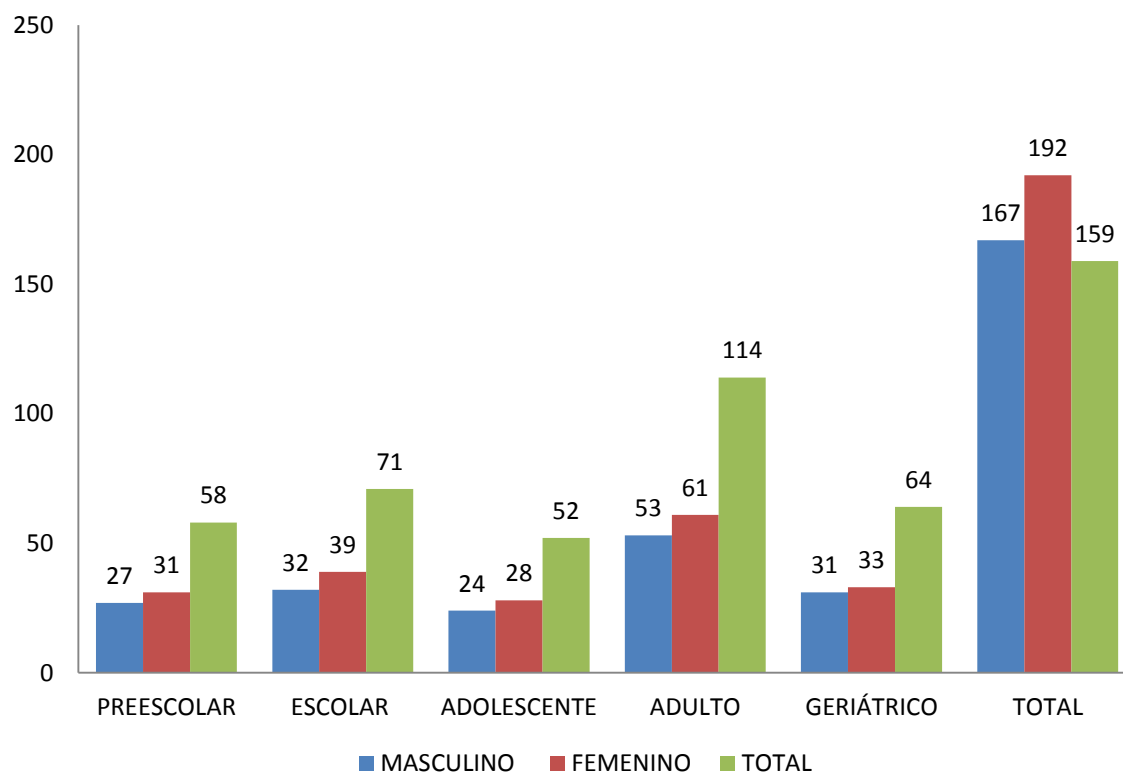
Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

CUADROS DE POBLACIÓN ATENDIDA

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS I DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018 - JULIO 2019 POBLACIÓN

NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
PREESCOLAR	27	46.55	31	53.45	58	100
ESCOLAR	32	45.07	39	54.93	71	100
ADOLESCENTE	24	46.15	28	53.85	52	100
ADULTO	53	46.49	61	53.51	114	100
GERIÁTRICO	31	48.44	33	51.56	64	100
TOTAL	167	46.52	192	53.48	359	100

Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).



Fuente: Actividades realizadas en el Servicio Social de Estomatología, C.S. TII-Ajusco (1/08/18- 31/07/19).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente reporte se da a conocer todas aquellas actividades realizadas durante el periodo de presentación de servicio social en el Centro de Salud TII-Ajusco, el periodo en el cual se estuvo prestando el servicio social fue entre los meses Agosto 2018- Julio 2019, meses en los cuales se llevaron a cabo el desarrollo de distintas actividades con el fin de consolidar los conocimientos obtenidos durante la carrera de estomatología.

1) Sesiones académicas

14 capacitaciones al personal dentro de la unidad de salud (Centro de salud TII-Ajusco).

2) Actividades de promoción de salud

Primera semana Nacional de Salud (Febrero del 2019)

Segunda semana Nacional de Salud (Mayo del 2019)

Tercera semana Nacional de Salud (Octubre del 2018)

Semana Nacional de Salud Bucal (Abril 2019, Noviembre 2018)

Material Educativo (Periódico mural en relación a la Semana Nacional de Salud y a la Semana Nacional de Salud Bucal).

Pláticas educativas, colutorios y reforzamiento de técnica de cepillado: 1 vez a la semana

Lunes- Esc. Secundaria No. 130 Guadalupe Ceniceros de Zavaleta

Martes- Jardín de Niños Coyo-hua-can

Miércoles- Esc. Primaria Tlamachticalli

3) Actividades en Módulo

Actividades preventivas	Actividades curativas
Control de Placa Dentobacteriana	Odontoxesis
Técnica de cepillado	Historias clínicas
Uso de hilo dental	Amalgamas
Aplicación tópica de flúor	Resinas
Sellador de foseas y fisuras	Obturaciones semipermanentes
Profilaxis	Terapia pulpar
Pláticas	Endodoncias
	Placas de rayos X
	Farmacoterapia
	Certificados médicos

CONCLUSIONES

Durante los doce meses que se llevó a cabo el servicio social de Odontología dentro del Centro de Salud TII-Ajusco, se realizaron actividades preventivas y curativas. Dentro de actividades preventivas encontramos: control de Placa Dentobacteriana, técnica de cepillado, uso de hilo dental, aplicación tópica de flúor, selladores de foseas y fisuras, profilaxis, pláticas educativas, colutorios y reforzamiento de técnica de cepillado: 1 vez a la semana en la Esc. Secundaria No. 130 Guadalupe Ceniceros de Zavaleta, en el Jardín de Niños Coyo-hua-can y en la Esc. Primaria Tlamachticalli. Las actividades curativas que se realizaron fueron: odontoxesis, historias clínicas, amalgamas, resinas, obturaciones semipermanentes, terapia pulpar, endodoncias, placas de rayos X, farmacoterapia y certificados médicos.

Así mismo se acudió a 14 capacitaciones dentro de la unidad de salud, a la primera, segunda y tercera semana Nacional de Salud y a la Semana Nacional de Salud Bucal. Se realizaron 2 periódicos murales y se regalaron cepillos dentales y pastas

dentales en una bolsa de fieltro en forma de muela a los alumnos del Jardín de niños Coyo-hua-can al término del Servicio Social.

FOTOGRAFÍAS

