

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

“PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6-12 AÑOS DE LA PRIMARIA  
FRANCISCO SARABIA Y TINOCO”

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD T-III DR. JUAN DUQUE DE ESTRADA

ALUMNA: JULIETA ANDREA MELGAREJO CARBALLO

MATRÍCULA: 2173029244

PERIODO DE SERVICIO SOCIAL: 1 DE AGOSTO, 2022- 31 DE JULIO, 2023.

FECHA DE ENTREGA: SEPTIEMBRE, 2023

ASESOR INTERNO: C.D. E. O. ANALY RESÉNDIZ LÓPEZ

Yordan Roberto Ramírez Alvarado  
CIRUJANO DENTISTA

CED. PROF. 9660516



*Encargado de la coordinación*

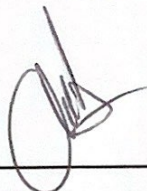
---

**ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL**

Nombre, firma y cargo del asesor externo.

(Odontólogo del Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada)

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



Anahy Reséndiz López

---

**ASESOR INTERNO**  
Nombre y firma



---

**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA**  
Firma de un integrante de la Comisión de Servicio Social

## RESUMEN DEL INFORME

La alta incidencia de caries entre los niños de México se debe a muchos factores, entre los cuales se ha mencionado frecuentemente el alto consumo de golosinas y alimentos chatarras, se agrega la falta de conocimientos de la sociedad sobre los daños que causa a la salud dental el consumo de estos entre comidas, lo cual frecuentemente es ignorado por padres y maestros.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de caries dental en 268 niños de un grupo de edad de 6-12 años de la escuela primaria “Francisco Sarabia y Tinoco”.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo no experimental de tipo transversal. El universo de estudio estuvo formado por 268 niños de 6 a 12 años de edad, inscritos en el período escolar 2022-2023 en la escuela primaria “Francisco Sarabia y Tinoco”. La revisión de los niños fue de manera organizada y se empezó por los grupos de primer grado hasta terminar con los grupos de sexto grado. Se le pidió al director de la escuela el facilitar un salón que contara con luz natural y artificial. A cada niño se le pidió tomar asiento en una silla, se empleó espejo, explorador, cubrebocas y guantes para realizar la revisión. Los resultados fueron vaciados en un formato en Excel para obtener la prevalencia de caries dental en los escolares.

**Resultados:** El universo de estudio constó de 268 niños en total, de ambos sexos con edades entre los 6 y 12 años, 128 de ellos correspondieron al sexo femenino (47.76%) y 45 al masculino (52.24%).

En cuanto a género, de las 128 niñas examinadas, 60 de ellas presentaron caries dental representando un 46.88% de la población femenina, teniendo mayor prevalencia de caries que los niños, debido a que de los 140 revisados, 64 presentaron caries lo que equivale al 45.71%. En las niñas, el grupo de edad de 7 años es el que tuvo mayor prevalencia de caries con un 11.72%, en cambio, en la población varonil estudiada, se aprecia que el grupo de edad con mayor prevalencia de caries fue el de 6 años de edad con un 10.00%.

En total fueron registradas 577 piezas cariadas, lo que indica que cada niño presenta en promedio 4.7 dientes afectados por caries dental. Con los resultados obtenidos, es fácil concluir que las edades de mayor prevalencia de caries dental son entre los 6 y 9 años, y la edad con menor prevalencia es a los 12 años, lo cual, podría ser debido a la exfoliación dental, de igual manera podría deberse a que conforme van creciendo teniendo mejor control motriz, a consecuencia se emplea de mejor manera el cepillado dental.

**Conclusiones:** De acuerdo a los resultados que se observaron en este estudio y estudios previamente realizados en diferentes poblaciones mexicanas, hay aún muchos aspectos en el área preventiva que se deben analizar y mejorar para reducir la prevalencia de caries en estos rangos de edad. En las primeras etapas de la vida la prevención es fundamental, por lo que se recomienda implementar programas de salud oral en las escuelas. Si padres de familia, maestros y odontólogos trabajan en conjunto, podría existir un cambio significativo en la prevalencia de caries dental en los niños.

**Palabras clave:** Caries dental, prevalencia, niños.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL</b> .....	6
<b>CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN</b> .....	7
<b>2.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>2.2 MARCO TEÓRICO</b> .....	8
<b>2.2.1 Salud bucodental</b> .....	8
<b>2.2.2 Caries dental</b> .....	8
<b>2.2.3 Etiología</b> .....	8
<b>2.2.4 Diagnóstico</b> .....	10
<b>2.2.5 Factores de riesgo</b> .....	12
<b>2.2.6 Modelos de evaluación de riesgo a caries</b> .....	15
<b>2.2.7 Factores de protección</b> .....	18
<b>2.2.8 Prevalencia</b> .....	19
<b>2.3 OBJETIVO GENERAL</b> .....	20
<b>2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	20
<b>2.5 MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	20
<b>2.6 RESULTADOS</b> .....	20
<b>2.7 DISCUSIÓN</b> .....	25
<b>2.8 CONCLUSIONES</b> .....	26
<b>2.9 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	27
<b>CAPÍTULO III: ANTECEDENTES</b> .....	29
<b>UBICACIÓN</b> .....	29
<b>ZONA DE INFLUENCIA</b> .....	29
<b>ORGANIZACIÓN</b> .....	29
<b>SERVICIO ESTOMATOLÓGICO</b> .....	30
<b>CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO</b> .....	31
<b>AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE 2022:</b> .....	31
<b>NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2022 Y ENERO 2023:</b> .....	36
<b>FEBRERO, MARZO, ABRIL 2023:</b> .....	40
<b>MAYO, JUNIO, JULIO 2023:</b> .....	45
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b> .....	50
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</b> .....	51
<b>CAPÍTULO VII: ANEXOS</b> .....	52

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL**

El servicio social fue realizado en el CST-III Dr. Juan Duque de Estrada durante el periodo del 1 de agosto del 2022 al 31 de julio del 2023, en este informe se describirá el centro de salud donde el servicio fue efectuado con información acerca de la ubicación, organización del centro de salud, así como recursos y programas del servicio de estomatología.

En el servicio estomatológico se participó en el programa de Salud Escolar, en el cual se realizan actividades de campo, tales como: detección gruesa, detección de placa dentobacteriana, práctica de técnica de cepillado y uso de hilo dental, aplicación de flúor en barniz y pláticas de salud bucal, estas actividades fueron realizadas en 7 escuelas primarias y 1 secundaria, todo lo anterior con la finalidad, de crear una cultura en la que se fortalezca el autocuidado para que se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los escolares y así, mantener la salud bucal.

En el módulo de dental se realizaron actividades odontológicas tales como: historias clínicas, detección de placa dentobacteriana, sesiones sobre técnica de cepillado y el uso del hilo dental, profilaxis, odontoxesis, aplicación de flúor en barniz, eliminación de lesiones cariosas, colocación de resinas, exodoncias y prescripción de farmacoterapia. Asimismo en el centro de salud, fueron realizadas actividades de promoción de la salud bucal, como lo son: pláticas de autocuidado dental y la importancia de la autoexploración oral como medida de detección oportuna de afecciones relacionadas con la cavidad bucal a la población que se encontraba en la sala de espera y a los alrededores del centro de salud, también se repartieron cepillos dentales y folletos donde se explicaba brevemente la técnica de cepillado, se realizaron periódicos murales en los cuales se explicaban diferentes temas relacionados a la cavidad y la importancia de mantenerla en óptimas condiciones.

El estudio que forma parte del presente informe fue efectuado con la finalidad de observar la prevalencia de caries dental en los niños de la escuela primaria “Francisco Sarabia y Tinoco” donde se realizó una exploración bucal a los 268 escolares inscritos en dicha institución para identificar quiénes presentaban tal enfermedad. Aunando a lo anterior se hizo una exhaustiva recopilación de información bibliográfica acerca de caries dental para obtener un mejor entendimiento acerca de su definición, etiología, diagnóstico, factores de riesgo y de protección y la prevalencia que tiene en nuestro país debido a que es una enfermedad que tiene repercusiones de importancia, en especial en el infante debido a la alteración de las funciones del aparato estomatognático e interfiere con el desarrollo general y craneofacial, así como el desarrollo psicológico del niño. Al haber observado la prevalencia de caries dental en la población estudiada, se puede pensar en estrategias que ayuden a promover la prevención mediante diversos medios con el objetivo de disminuir la enfermedad.

## CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

### “PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6-12 AÑOS DE LA ESCUELA PRIMARIA FRANCISCO SARABIA Y TINOCO”

#### 2.1 INTRODUCCIÓN

La salud bucodental es la ausencia de enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad del individuo de morder, masticar, reír, hablar o que comprometan el bienestar psicosocial, en donde, los niños en edades tempranas son altamente vulnerables en salud bucal padeciendo principalmente caries dental. Dicha enfermedad puede progresar de manera significativa que va desde el producir cavitación del esmalte generando daño colateral a la dentina y a la pulpa, generando una destrucción localizada de los tejidos dentales lo cual podría culminar con la pérdida de la pieza dental, teniendo como consecuencia la alteración de las funciones del aparato estomatognático interfiriendo con el desarrollo general y craneofacial del niño, así como con su desarrollo psicológico.<sup>1</sup>

La caries dental es un padecimiento de origen multifactorial, es decir, su progresión depende de las características del huésped, la presencia de bacterias, el sustrato y el tiempo. Esta puede iniciar en edades tempranas con la erupción dentaria, caracterizándose por la desmineralización de las porciones inorgánicas del diente y el deterioro posterior de sus partes orgánicas, se reconoce que afecta la salud general y que altera la calidad de vida.<sup>2</sup>

El diagnóstico de caries dental se cuenta entre las principales tareas del odontólogo, y por regla general el examen inicial de la cavidad oral y puede ser determinante en la posibilidad de identificar precozmente lesiones iniciales, para tener un tratamiento oportuno y evitar que esta progrese. Existen modelos de evaluación de riesgo a caries que involucran una combinación de factores que incluyen la dieta, la exposición al fluoruro, un huésped susceptible y la microflora que interactúan con una variedad de factores sociales, culturales y conductuales.<sup>3,4,5</sup>

Un factor de riesgo es la característica que se puede detectar en el individuo y se asocia con el aumento en la probabilidad de desarrollar o estar especialmente susceptible a enfermarse, puede ser de naturaleza física, química, orgánica o social. Un factor de protección son los aspectos o elementos que reducen el riesgo o que evitan que una enfermedad o accidente pueda hacer daño a la salud.<sup>6,7</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la caries logra afectar entre el 60 % y 90 % de la población escolar, en México, de acuerdo al reporte del SIVEPAB del 2019, el 85.7% de un grupo de edad de 2-19 años presenta caries.<sup>3</sup>

De acuerdo a los resultados que se observaron en este estudio y estudios previamente realizados en diferentes poblaciones mexicanas, hay aún muchos aspectos en el área preventiva que se deben analizar y mejorar para reducir la prevalencia de caries en estos rangos de edad. El presente estudio fue realizado con la finalidad de observar la prevalencia de caries dental en una población de 268 niños inscritos en la escuela primaria “Francisco Sarabia y Tinoco” y con los datos obtenidos, poder crear estrategias que ayuden a disminuir la enfermedad, trabajando en conjunto padres, maestros y odontólogos.

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### 2.2.1 Salud bucodental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “salud” a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.<sup>1</sup>

De acuerdo a la OMS la salud bucodental es la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades y alteraciones periodontales, caries, pérdida dentaria, así como otras enfermedades y a alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometen el bienestar psicosocial. Un mal estado de salud bucal llega a afectar al paciente tanto física como psicológicamente. Teniendo en cuenta lo anterior, la caries dental es la enfermedad crónica más extendida en el mundo y uno de los padecimientos que afectan a la cavidad bucal.<sup>1,2</sup>

### 2.2.2 Caries dental

La OMS ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Otra definición que se tiene es que la caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la desmineralización de las porciones inorgánicas del diente (esmalte) y el deterioro posterior de sus partes orgánicas (dentina y pulpa).<sup>2,9</sup>

### 2.2.3 Etiología

Estudios recientes refieren que la caries dental es resultado de un desequilibrio/desbalance ecológico del biofilm, al existir una alteración del medio bucal, esto genera un predominio de las bacterias acidogénicas y acidúricas en el ecosistema teniendo como consecuencia la aparición y evolución de la lesión cariosa. El biofilm está constituido por conjuntos de bacterias unidas a la estructura del diente cuando el pH de la saliva es bajo, por lo que debido al consumo frecuente de azúcares se modifican las condiciones medioambientales locales favoreciendo el predominio de las bacterias cariogénicas y la disminución de la saliva. El biofilm es la forma natural de crecimiento de las bacterias en nuestra cavidad oral y este está constituido por conjuntos de bacterias unidas a la estructura del diente; cuando el pH de la saliva es bajo, debido al consumo frecuente de azúcares, se modifican las condiciones medioambientales locales favoreciendo el predominio de las bacterias cariogénicas y la disminución de la saliva.<sup>9,10,11</sup>

Hay que considerar la caries dental como una enfermedad multifactorial condicionada tanto en su localización y extensión, como en su progresión por elementos, como son las características del huésped (diente), la presencia de bacterias (microflora), el sustrato (carbohidratos refinados) y el tiempo.<sup>11,12</sup>

Huésped: Cierta número de factores propios del huésped determinan la predisposición de riesgo y la gravedad de la caries, como son la composición y el flujo de la saliva, los procesos eruptivos, la morfología del diente y la naturaleza físico-química de la superficie dentaria, así como la edad, la genética y los factores sociales, económicos y culturales.<sup>11,13</sup>



Presencia de bacterias: La presencia de microorganismos es necesaria para el desarrollo de la caries, siendo el *Streptococcus* el más implicado en este proceso y especialmente las especies *mutans*, *sanguis* y *salivarius*, y *sobrinus*.<sup>11</sup>

Sustrato: Las características del alimento que pueden influir en el potencial cariogénico de este: concentración de sacarosa, consistencia, aclaramiento oral, combinación de alimentos, secuencia y frecuencia de ingestión y pH de los alimentos.<sup>11,12</sup>

Tiempo: La frecuencia en la ingesta de alimentos cariogénicos, sobre todo entre comidas, tiene una fuerte relación con el riesgo de caries, pues favorece cambios en el pH y alarga el tiempo de aclaramiento oral, lo que incrementa la probabilidad de desmineralización del esmalte, por lo que, cuanto más tiempo se hallen en contacto los nutrientes (azúcares) el biofilm, mayor será la incidencia de caries.<sup>11,12</sup>

### 2.2.3.2 Inicio y progresión de caries

Resumiendo, en la etiología de la caries dental tiene que interactuar con el esmalte, la microbiota y un sustrato bacteriano que permita la producción de ácidos durante un periodo determinado de tiempo, el cual depende de la estructura química del esmalte y por lo tanto de su resistencia a la desmineralización por los ácidos bacterianos.<sup>14</sup>

El esmalte es el tejido del cuerpo más altamente mineralizado, compuesto por 96% de material inorgánico, 1% orgánico y 3% agua. Dicho contenido inorgánico incluye fundamentalmente cristales de hidroxiapatita, estos determinan una composición molecular y una estructura espacial lo que le permiten efectuar importantes reacciones fisicoquímicas con el medio salival.<sup>15</sup>

El esmalte es un tejido microcristalino, microporoso y anisótropo, de alta mineralización y de extrema dureza, que reacciona exclusivamente con pérdida de sustancia frente a todo estímulo ya sea físico, químico o biológico. El pH salival es de 6,2 a 6,8, en tal circunstancia, los cristales de hidroxiapatita (componente principal del esmalte) se encuentran como tales, pero cuando el pH salival baja por acción de los ácidos propios de los alimentos o producidos por el metabolismo bacteriano hasta un nivel de 5.5 los cristales se disocian y tienden a difundirse hacia el medio externo, produciéndose la desmineralización. Este fenómeno no ocurre de manera incesante, ya que por la acción buffer de la saliva el pH se vuelve a estabilizar, logrando incorporarse nuevos cristales en la superficie dentaria, dando como resultado el proceso inverso: la remineralización, la cual requiere aproximadamente un tiempo de 20 minutos para producirse.<sup>15</sup>

Mientras el proceso se mantenga en equilibrio, no habrá pérdida ni ganancia de minerales. Será mejor aún si la remineralización supera la desmineralización, Cuando se rompe el equilibrio entre la pérdida y la ganancia de minerales en el esmalte y se inclina a favor de la desmineralización progresiva, se da la primera manifestación clínica de caries que es la lesión blanca sin cavitar.<sup>14,15</sup>

El proceso comienza como una pequeña lesión con aspecto de mancha blanquecina en la superficie del diente, identificándose como esmalte desmineralizado. Este cambio de color puede apreciarse mejor en el tercio cervical de las caras lisas de los dientes, principalmente en la superficie vestibular y lingual o palatina, aunque también la podemos encontrar en caras proximales y oclusales. Su aspecto se distingue mejor al remover el biofilm de la placa y los depósitos mineralizados, que, junto con la aplicación de aire comprimido por unos segundos, se apreciará el color

blanco tiza. Estas manchas blancas se aprecian ovaladas, extendidas en una línea continua, opacas, sin brillo, con límites definidos y asociadas a la presencia del biofilm microbiano. En esta etapa la caries todavía es reversible.<sup>3,15</sup>

La estructura del esmalte debilitado es el punto inicial para una disolución ácida de los compuestos químicos mineralizados dando lugar a una cavidad, cuando el esmalte presenta una cavidad las bacterias invaden de manera generalizada la dentina (capa del diente que se encuentra por debajo del esmalte), donde la progresión de la lesión resulta mucho más rápida presentando cambios de coloración y de consistencia; finalmente el diente es destruido de forma progresiva hasta alcanzar sus tejidos internos (pulpa dental).<sup>3,16</sup>

Los niños en edades tempranas son altamente vulnerables en salud bucal padeciendo principalmente caries dental. Ésta, puede presentar graves repercusiones como dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como disminución en el desarrollo físico del infante, alto costo de tratamiento y disminución en la calidad de vida. Siguiendo por esta línea, la OMS menciona que, la caries dental no se suele tratar en países de ingresos más bajos, donde su costo excedería todos los recursos financieros disponibles para la atención de la salud infantil.<sup>2, 17</sup>

#### **2.2.4 Diagnóstico**

El proceso diagnóstico de caries involucra dos pasos: detección y evaluación. La detección de la lesión implica un método objetivo para determinar si la caries está o no presente, se trata del reconocimiento (por medios físicos u ópticos) y registro de cambios en el tejido que causados consistentemente por el proceso de caries. En otras palabras, comprende los hallazgos de signos (consecuencias) de la actividad bacteriana. La evaluación de la lesión es la caracterización o el monitoreo una vez que ha sido detectada, es decir, la evaluación de los parámetros ópticos, físicos, químicos o bioquímicos, tales como color, tamaño o integridad superficial. El diagnóstico de la enfermedad de caries es la sumatoria de todos sus signos y síntomas para arribar a la identificación de su incidencia pasada y presente. A continuación, se presenta un método que facilita la detección no invasiva de la caries dental.<sup>3</sup>

##### ICDAS

Además de diferenciar las lesiones cariosas de la su dental sana, otra tarea del diagnóstico de la caries consiste en determinar si una lesión está activa o inactiva, donde un sistema de detección y evaluación visual acreditado es el “Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries” (ICDAS, por sus siglas en inglés), es un sistema visual internacional desarrollado en el 2002, por un grupo consensado de expertos en cariología de Europa, Estados Unidos y América Latina empleado para la evaluación y detección de la caries y, de manera ulterior, para determinar su severidad, mostrando una sensibilidad del 70 al 80% en la detección de caries en dientes temporales y permanentes. Algo más tarde fue presentado en una forma modificada de ICDAS-II.<sup>4,7</sup>

Mediante la codificación ICDAS-I pueden clasificarse visualmente las alteraciones cariosas en las superficies oclusales, proximales y lisas de los dientes. En caso de que un diente esté provisto de una restauración, también pueden aplicarse los criterios pertinentes de “Caries Asociada a Restauraciones y Sellantes” ICDAS-II.

Para el llenado de los códigos quedaría de la siguiente forma: primer dígito=código de la restauración o sellante y el segundo dígito=código de caries de superficies oclusales, proximales y lisas. Como instrumento auxiliar para el examen de lesiones en el esmalte y cavidades se utiliza una sonda redondeada.<sup>4, 18</sup>

<b>Código</b>	<b>Descripción de los criterios para superficies oclusales, proximales y lisas</b>
Código 0	Superficie dental sana tras el secado mediante chorro de aire (aproximadamente 5 s), también en caso de hipoplasia del esmalte, fluorosis, desgaste, tinción.
Código 1	Primeras alteraciones visuales en la superficie del esmalte, las cuales no se hacen visibles hasta después de secar el diente. Las alteraciones pueden ser opacidades y tinciones blanquecinas o parduzcas
Código 2	Alteraciones visuales evidentes en la superficie del esmalte ya en el diente húmedo, y que pueden manifestarse en las siguientes formas: opacidades del tipo lesión de punto blanco y/o tinciones cariosas parduzcas en las fisuras/fosas. Las alteraciones deben ser aún visibles también en el diente seco.
Código 3	Desmineralización y pérdida de la estructura del esmalte sin dentina visible. Las opacidades y/o las alteraciones cariosas parduzcas o negras se extienden más allá del límite de las fisuras/fosas y son visibles también tras el secado del diente.
Código 4	Formación de sombras partiendo de la dentina cariosa, con o sin afectación del esmalte. La formación de sombras puede ser grisácea, azulada o parduzca.
Código 5	Formación de cavidades manifiesta con dentina visible. La pérdida de esmalte es claramente visible en el diente seco.
Código 6	Formación de cavidades de gran superficie, con la dentina claramente visible en el ancho y la profundidad del diente. Por lo menos la mitad de la superficie del diente está destruida por la caries, y la pulpa puede estar afectada.

*Tabla 1. Criterios ICDAS para el diagnóstico de superficies oclusales, proximales y lisas.<sup>4</sup>*

<b>Código</b>	<b>Descripción de los criterios para restauración o sellante</b>
Código 0	No obturado ni sellado.
Código 1	Sellador parcial.
Código 2	Sellador completo.
Código 3	Restauración de color del diente.
Código 4	Amalgama.
Código 5	Corona inoxidable.
Código 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corona de metal y porcelana.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrustación metálica y porcelana.</li> </ul>
Código 7	Obturación perdida o fracturada.
Código 8	Obturación temporal.
Código 90	Implante realizado por pérdida dentaria por otras causas.
Código 91	Implante realizado por pérdida dentaria por caries.
Código 92	Puente realizado por pérdida dentaria por otras causas.
Código 93	Puente realizado por pérdida dentaria por caries.
Código 96	Superficie dental que no puede ser examinada.
Código 97	Diente ausente, extraído por caries.
Código 98	Diente ausente por otras razones.
Código 99	No erupcionado.

*Tabla 2. Criterios ICDAS para restauraciones y sellantes.<sup>18</sup>*

Desde la introducción del ICDAS se han llevado a cabo algunos estudios clínicos utilizando este sistema, poniendo de manifiesto que la inclusión de lesiones cariosas incipientes facilita en gran medida la determinación de las diferencias en la afectación cariosa y que la limpieza de las superficies dentales constituye un importante requisito para una evaluación detallada.<sup>4</sup>

### **2.2.5 Factores de riesgo**

En el paciente infantil, las repercusiones de caries dental tienen una gran importancia debido a que alteran las funciones del aparato estomatognático e interfieren con el desarrollo general y craneofacial, así como con su desarrollo psicológico. En los niños, la acumulación de biofilm y las conductas de higiene bucal han demostrado consistentemente ser factores de riesgo asociados con la prevalencia y severidad de caries en ambas denticiones. Este desequilibrio se manifiesta en un cierto plazo como desmineralización acumulativa del diente que, si es desenfrenada, tiene el potencial de producir cavitación del esmalte y daño colateral a la dentina y a la pulpa, culminando con la destrucción localizada de los tejidos dentales, consecuencia de ese deterioro, pueden desencadenarse complicaciones locales serias, como abscesos y celulitis faciales. Por lo tanto, es de importancia la identificación del riesgo de caries la cual, es individual y está basada en la historia clínica del paciente donde se recopila información sobre el grado en el que están presentes los factores causales, el estado del sistema inmune del huésped y las secuelas causadas por la enfermedad hasta el presente, así como el tipo y calidad del tratamiento recibido.<sup>6,7</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta conveniente definir “factor de riesgo”; se define como riesgo a la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad, por lo tanto, un factor de riesgo es la característica que se puede detectar en el individuo y se asocia con el aumento en la probabilidad de desarrollar o estar especialmente susceptible a enfermar. El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o ausencia se

relaciona con la enfermedad investigada, o puede ser la causa que contribuye a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.<sup>14,16,19</sup>

Como ya fue mencionado anteriormente la caries dental involucra la interacción en el tiempo de una superficie dental susceptible, las bacterias cariogénicas, y la disponibilidad de una fuente de carbohidratos fermentables, por lo que, la infección bacteriana es necesaria, pero no es suficiente para el desarrollo de la enfermedad y deben estar presente una serie de factores (factores de riesgo), para que se desarrolle la misma. Algunos de estos factores de riesgo son: alto grado de infección por *Streptococcus mutans*, experiencia de caries anterior, resistencia del esmalte, dieta, mala higiene bucal, capacidad amortiguadora de la saliva, flujo salival escaso, apiñamiento dentario y factores sociodemográficos.<sup>14,20</sup>

*Alto grado de infección por Streptococcus mutans:* Se ha demostrado que existe relación entre el *Streptococcus mutans* y el riesgo de caries y, sobre todo, la relación entre ausencia de caries y bajos niveles de *Streptococcus mutans*. Por tanto, el primer paso de prevención de la enfermedad debe ser controlar la infección producida por estos patógenos.<sup>7,14</sup>

*Experiencia de caries:* La experiencia previa de caries en dentición temporal, dentición permanente o ambas denticiones, donde los niños con experiencia anterior de caries tienen una mayor predisposición a padecer la enfermedad en años posteriores que aquellos que están libres de ellas, y requieren una terapia preventiva mayor para evitar el desarrollo de futuras lesiones.<sup>14</sup>

*Resistencia del esmalte:* Los detalles de este proceso son complejos, por lo que se hace necesario tener un conocimiento básico de la estructura del esmalte, constituido por cristales de varios tipos (hidroxiapatita, fluorapatita o fluorhidroxiapatita), que están envueltos por iones de calcio, fosfato, magnesio y otros. Se plantea en diversos estudios que la resistencia del esmalte dental a la desmineralización ácida está condicionada por la velocidad de difusión de los ácidos (permeabilidad) y la velocidad de disolución de los cristales que conforman los prismas. En resumen, la capacidad de remineralización de las áreas desmineralizadas es uno de los factores que intervienen en los procesos que conducen a la caries dental.<sup>14,20</sup>

*Flujo salival escaso:* Este es una de las complicaciones más comunes es la caries dental. Ya que la salivación no se produce al ritmo y cantidad que normalmente lo haría, por lo que no puede realizarse el aclaramiento salival y el equilibrio del pH salival. El aclaramiento salival es la capacidad para eliminar una sustancia en un tiempo determinado y este está estrechamente relacionado con la secreción salival, si este último es escaso, los restos de comida quedan durante más tiempo dentro de la boca permitiendo a las bacterias producir ácidos durante más tiempo.<sup>1,7</sup>

*Capacidad amortiguadora de la saliva:* Es la capacidad de una solución para mantener constante un pH determinado, es decir, es la posibilidad de amortiguación que permite neutralizar los ácidos de la cavidad oral producidos por la microbiota cariogénica o los ingeridos a través de una dieta de carga ácida, siendo fundamental para controlar las disminuciones del pH salival.<sup>14</sup>

*Dieta:* La relación entre la ingesta de azúcares y caries dental está ampliamente demostrada, tanto por evidencias históricas y observacionales, cómo por estudios clínicos de experimentación, de laboratorio o in vitro. La concentración de

remanentes de carbohidratos en la boca durante las comidas, la velocidad con la que se eliminan y la cantidad de ácidos que los forman, definen el potencial cariogénico de los alimentos, es decir, la capacidad de los alimentos para promover la caries en condiciones predisponentes a la misma. La frecuencia en la ingesta de alimentos cariogénicos, sobre todo entre comidas, tiene una fuerte relación con el riesgo de caries, pues favorece cambios en el pH y alarga el tiempo de aclaramiento oral, lo que incrementa la probabilidad de desmineralización del esmalte.<sup>7,11,16</sup>

Los factores en la dieta que influyen en la aparición de caries son los siguientes:

- *Consistencia de los alimentos:* Los alimentos viscosos o pegajosos son más cariogénicos debido a que son más difíciles de eliminar mediante el aclaramiento de la saliva y la acción de los músculos masticatorios, por lo que quedan retenidos y favorecen el desarrollo de la placa.<sup>12</sup>
- *Textura de los alimentos:* Un alimento duro requiere una masticación más vigorosa, lo que estimula la salivación. El aumento del volumen de saliva favorece el aclaramiento salival. Son, por lo tanto, alimentos de menor poder cariogénico que los blandos.<sup>12</sup>
- *Frecuencia de la ingesta:* Cuanto mayor sea la frecuencia con la que se ingieren alimentos, mayor será el riesgo de caries. Esto se debe a que cada vez que comemos se produce una bajada del Ph y es difícil de neutralizar, lo que hace que ocurra una desmineralización del esmalte, lo que aumenta la probabilidad de que una lesión cariosa se desarrolle.<sup>12</sup>
- *Momento de la ingesta:* Los alimentos azucarados son mucho más peligrosos si son consumidos entre las comidas que durante ellas, por ejemplo, un trozo de pastel es más cariogénico si se consume entre horas que si se consume después de un plato principal, esto tiene que ver con los mecanismos de defensa que posee la saliva debido a que los alimentos son más cariogénicos si se come durante los periodos de reposo salivar. También, antes de ir a dormir es el peor momento para ingerir un alimento cariogénico, ya que la secreción salivar es mínima durante el sueño y los ácidos liberados por las bacterias estarán toda la noche actuando sobre el esmalte.<sup>12</sup>

*Desórdenes alimenticios:* Es frecuente observar patologías dentales derivadas de enfermedades como la anorexia o la bulimia, del subtipo purgativo, o hábitos como el consumo continuo de refrescos o zumos comerciales desde edades tempranas. En ambos casos se producen erosiones de la superficie dental causadas por el contacto frecuente con los ácidos digestivos o los ácidos presentes en dichas bebidas, respectivamente. Inicialmente, las lesiones no están asociadas a bacterias, pero estas superficies rugosas pronto son colonizadas.<sup>7</sup>

*Mala higiene bucodental:* La eficacia en el cepillado dental es considerada relevante para la evaluación del riesgo de caries. Las dificultades en el cepillado dental en niños se vinculan con falta de desarrollo psicomotriz asociado con la edad, poca motivación y supervisión. Sería recomendable que un niño tenga el apoyo de un adulto que le brinde instrucciones de cómo cepillarse los dientes, hasta que lo incorpore en su rutina diaria. También influye la edad de la placa dentobacteriana, pues esta tiene un efecto significativo sobre la producción ácida. Las placas viejas tienen una mayor habilidad para disminuir el PH a partir de soluciones de azúcar, que las placas recientemente formadas.<sup>14,21</sup>

Factores sociodemográficos este se divide en dos:

- Edad: los dientes recientemente erupcionados presentan un esmalte más susceptible a la caries que el esmalte maduro. La primera etapa de riesgo se produce entre el primer y segundo año de vida, cuando se establece la microflora oral y se definen muchos comportamientos relacionados con la higiene oral y la dieta. Algunos autores han comprobado que el riesgo de padecer caries aumenta con la edad, probablemente debido a la falta de supervisión en la higiene bucal por parte de los progenitores.<sup>7,19</sup>
- Nivel socioeconómico: se ha demostrado el impacto de la pobreza en la salud oral de los niños debido a dificultades económicas. La mejor educación sanitaria de los padres favorece el acceso a los programas preventivos y a las revisiones periódicas, y en las familias desestructuradas y separadas socialmente todas estas actitudes están poco presentes presentando mayor riesgo a presentar patología.<sup>19</sup>

### **2.2.6 Modelos de evaluación de riesgo a caries**

Desde hace tiempo se reconoció que las enfermedades bucales como la caries dental, afectan a algunos individuos más que a otros y por ello se han hecho esfuerzos para identificar a los que tienen alto nivel de riesgo de caries. Los modelos iniciales de evaluación de caries usualmente involucraron la asociación de una variable con el desarrollo de caries, posteriormente múltiples factores se incluyeron en los modelos, reflejando así la etiología multicausal de la enfermedad, observándose un aumento en la sensibilidad de estas pruebas. Actualmente estos involucran una combinación de factores que incluyen la dieta, la exposición al fluoruro, un huésped susceptible y la microflora que interactúan con una variedad de factores sociales, culturales y conductuales. Un buen modelo para evaluar caries dental debería de tener las siguientes características:<sup>4</sup>

- Un sistema de recolección de datos rápida, económica y simple (requiriendo equipo limitado).
- Ser aceptado por aquellos a ser aplicado.
- Tener un nivel de sensibilidad y de especificidad de mínimo el 80%.

La evaluación del riesgo a caries es parte de un enfoque de plan de tratamiento integral basado en la edad del niño, comenzando con la visita de un año. Esta evaluación de riesgo a caries es la determinación de la probabilidad de una mayor incidencia de caries (es decir, nuevas lesiones cavitadas o incipientes) durante un cierto período de tiempo o la probabilidad de que haya un cambio en el tamaño o la actividad de las lesiones ya presentes. Los factores de riesgo son variables que se cree que causan caries dental directamente o que se ha demostrado que son útiles en su predicción e incluir aquellas variables que pueden considerarse factores protectores. Dos herramientas de evaluación del riesgo a caries que han sido validadas clínicamente son Cariogram y CAMBRA.<sup>22</sup>

El sistema de valoración CAMBRA es un enfoque basado en la evidencia para prevenir, revertir y tratar; este parte del entendimiento de que la caries dental es una enfermedad iniciada por una biopelícula compleja (en lugar de un patógeno), que cambia dinámicamente con su entorno (diente, saliva y biopelícula). Así, en lugar de centrarse en la eliminación de un patógeno, CAMBRA busca determinar cuál de los muchos factores está causando la expresión de la enfermedad e indica medidas

correctivas. Este modelo ilustra la interacción dinámica de la biopelícula con el medio oral, por lo que el entorno determina cómo se comportará la biopelícula y si la enfermedad es lo suficientemente grave como para desmineralizar los dientes y causar cambios visibles. El formato está dividido en tres sectores: indicadores de enfermedad, factores de riesgo y factores protectores. Las tablas 2 y 3 incorporan la evidencia disponible en este sistema de valoración de riesgo de caries dental (CAMBRA) prácticas para ayudar a los odontólogos, médicos y otros profesionales de la salud no dentales a evaluar los niveles de riesgo de desarrollo de caries en bebés, niños y adolescentes.<sup>5,22</sup>

El modelo Cariogram es un programa informático que ha sido desarrollado con el propósito principal de predecir el riesgo de desarrollar caries, expresado como la oportunidad de evitar nuevas caries en un futuro próximo. Ilustra gráficamente los factores y el porcentaje en que interviene cada uno; otro propósito de este programa es fomentar las medidas de prevención antes de desarrollar nuevas cavidades. Este se puede utilizar en la clínica dental o para fines educativos, para una mejor comprensión de los factores multicausales del desarrollo de la caries dental.<sup>5</sup>

Objetivos de la aplicación del Cariogram:

- Ilustra la interacción de los factores relacionados con la caries.
- Ilustra la oportunidad de evitar la caries.
- Expresa gráficamente los riesgos de la caries.
- Recomienda acciones dirigidas a la prevención.
- Puede ser utilizado en la clínica.
- Se puede utilizar como un programa educativo.

Este programa no puede sustituir el juicio personal y profesional hecho por el examinador respecto al riesgo de la caries. En otras palabras, no es necesario el juicio del examinador, pero puede servir como una herramienta valiosa en la toma de decisiones clínicas, sin embargo, la recolección de algunos factores requiere un elevado costo lo es el conteo de los microorganismos, lo que hace difícil el acceso de la mayoría de los pacientes a este tipo de instrumento. Los elementos que conforman el Cariogram y que reciben un valor son los siguientes: enfermedades relacionadas con el desarrollo de caries, contenido de la dieta, frecuencia de dieta, cantidad de placa dentobacteriana, *Streptococcus mutans*, programa a base de flúor, secreción salival, capacidad buffer y la experiencia de caries.<sup>5</sup>

Factores	Riesgo alto	Riesgo Moderado	Riesgo bajo
<b>Factores de riesgo sociales/conductuales/médicos</b>			
Madre/cuidador principal tiene caries dental activa	Sí		
El padre/cuidador tiene toda una vida de pobreza, baja alfabetización en salud	Sí		
El niño tiene exposición frecuente (>3 veces/día) a bocadillos o bebidas azucarados entre comidas.	Sí		
El niño usa biberón o taza antiderrame que contenga bebidas con azúcares añadidos frecuentemente, entre comidas y/o antes de acostarse.	Sí		
El niño es un inmigrante reciente.		Sí	
El niño tiene necesidades médicas.		Sí	
<b>Factores de riesgo clínicos</b>			
El niño tiene placa visible en los dientes.	Sí		
El niño presenta defectos en el esmalte dental.	Sí		
<b>Factores protectores</b>			



El niño recibe agua óptimamente fluorada o suplementos de fluoruro.			Sí
El niño se cepilla diariamente con pasta dental fluorada.			Sí
El niño recibe flúor tópico por un odontólogo.			Sí
El niño tiene un cuidado dental regular.			Sí
<b>Indicadores de enfermedad</b>			
El niño tiene lesiones cariosas no cavitadas (incipientes/manchas blancas).	Sí		
El niño tiene lesiones cariosas visibles.	Sí		
El niño tiene restauraciones recientes o tiene pérdida dental a causa de caries dental.	Sí		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales pueden elegir un nivel de riesgo diferente según el diagnóstico médico específico y las circunstancias únicas, especialmente si las condiciones que afectan la coordinación o cooperación motora.</li> <li>Si bien estos no causan caries directa o indirectamente, indican la presencia de factores que sí lo hacen.</li> </ul> <p>Instrucciones: Encierre en un círculo según corresponda con las condiciones que se aplican a un paciente específico. Utilice las respuestas encerradas en un círculo para visualizar el equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores e indicadores de enfermedad. Utilice este equilibrio o desequilibrio, junto con el juicio clínico, para asignar un nivel de riesgo a caries de bajo, moderado o alto basado en la preponderancia de factores para el individuo. El juicio clínico puede justificar la ponderación de un factor (p. ej., gran cantidad de placa en los dientes) más que otros.</p>			
Evaluación general de riesgo a caries del niño:	Alto	Moderado	Bajo

Tabla 3. Formulario de evaluación del riesgo de caries para niños de 0 a 5 años.<sup>22</sup>

Factores	Riesgo alto	Riesgo Moderado	Riesgo bajo
<b>Factores de riesgo sociales/conductuales/médicos</b>			
El paciente tiene toda una vida de pobreza, baja alfabetización en salud	Sí		
El paciente tiene exposición frecuente (>3 veces/día) a bocadillos o bebidas azucaradas entre comidas.	Sí		
El niño es un inmigrante reciente.		Sí	
El paciente usa medicamentos hiposalivadores.		Sí	
El paciente tiene necesidades médicas especiales.		Sí	
<b>Factores de riesgo clínicos</b>			
El paciente tiene flujo salival bajo.			
El paciente tiene placa visible en los dientes.	Sí		
El paciente presenta defectos en el esmalte dental.	Sí		
El paciente lleva un aparato intraoral.		Sí	
El paciente tiene restauraciones defectuosas.		Sí	
<b>Factores protectores</b>			
El paciente recibe agua óptimamente fluorada.			Sí
El paciente se cepilla diariamente con pasta dental fluorada.			Sí
El paciente recibe flúor tópico por un odontólogo.			Sí
El paciente tiene un cuidado dental regular.			Sí
<b>Indicadores de enfermedad</b>			
El paciente tiene lesiones cariosas en áreas interproximales.			
El paciente tiene nuevas lesiones cariosas no cavitadas (incipientes/manchas blancas).	Sí		
El paciente tiene lesiones cariosas cavitadas o lesiones en la dentina visibles radiográficamente.	Sí		
El paciente tiene restauraciones que se le colocaron en los últimos 3 años (paciente nuevo) o en los últimos 12 meses (paciente registrado).	Sí		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales pueden elegir un nivel de riesgo diferente según el diagnóstico médico específico y las circunstancias únicas, especialmente si las condiciones que afectan la coordinación o cooperación motora.</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si bien estos no causan caries directa o indirectamente, indican la presencia de factores que sí lo hacen.</li> </ul> <p>Instrucciones: Encierre en un círculo según corresponda con las condiciones que se aplican a un paciente específico. Utilice las respuestas encerradas en un círculo para visualizar el equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores e indicadores de enfermedad. Utilice este equilibrio o desequilibrio, junto con el juicio clínico, para asignar un nivel de riesgo a caries de bajo, moderado o alto basado en la preponderancia de factores para el individuo. El juicio clínico puede justificar la ponderación de un factor (p. ej., gran cantidad de placa en los dientes) más que otros.</p>			
<b>Evaluación general de riesgo a caries del niño:</b>	<b>Alto</b>	<b>Moderado</b>	<b>Bajo</b>

*Tabla 4. Formulario de evaluación del riesgo de caries para ≥ 6 a 25 años.<sup>22</sup>*

**2.2.7 Factores de protección**

Un factor de protección son los aspectos o elementos que reducen el riesgo o que evitan que una enfermedad o accidente pueda hacer daño a la salud. Los factores protectores más estudiados frente a la caries dental son el uso sistémico y tópico de flúor y el cepillado dental con pastas dentífricas fluoradas. Esta medida combina dos elementos importantes en la prevención de la caries dental: por un lado, la reducción de depósitos de placa bacteriana y, por otro, la aplicación de flúor.<sup>7</sup>

Como prevención primaria, la filosofía actual es el promover una cultura de salud bucal en el hogar que asegure cuidados apropiados y constantes desde los primeros meses de vida, centrados en la alimentación e higiene general y bucal adecuadas del bebé, y una valoración óptima de la situación oral del niño durante el primer año de vida. La enseñanza en higiene bucal debe brindarse de acuerdo a los diferentes ciclos de vida, en donde los padres juegan un rol importante para este, los papás deben limpiar los dientes del niño desde su aparición al menos 2 veces al día una de ellas por la noche antes de acostarlo y esta responsabilidad se debe mantener mientras el niño crece y va adquiriendo habilidad para realizar por sí mismo la higiene. El cepillado dental con pasta fluorada es la medida de prevención de la caries más efectiva que existe debido a que es accesible, está extendida y aceptada universalmente en todas las culturas y conduce a establecer un hábito de higiene en el niño desde muy temprano.<sup>11</sup>

Actualmente, la medida preventiva sistémica por excelencia, es la utilización de fluoruros a través de diversas formas de administración. Como es bien sabido el flúor llega al diente por diferentes vías: sistémica y tópica. La principal acción del flúor sistémico (agua, sal o leche) es aumentar la resistencia del esmalte a la desmineralización, esto ocurre durante el periodo de formación del diente, en las fases preeruptivas y posteruptivas. La aplicación de fluoruros de forma tópica previene la aparición de caries dental, permitiendo tener un control y detención de la enfermedad en procesos agudos, pues este facilita la incorporación de calcio a los tejidos duros del diente y a su remineralización.<sup>6,14</sup>

Los selladores son una maniobra de prevención de la enfermedad para el paciente que presenta fosas y fisuras pronunciadas en el elemento dental, esta es una técnica que modifica las áreas anatómicas más retentivas de la cara masticatoria de los dientes, mediante la utilización de diversos materiales.<sup>5</sup>

La prevención secundaria se centraría en favorecer el equilibrio entre los factores que colocan al individuo en situación de riesgo de desarrollar lesiones y aquellos que le protegen de hacerlo según el enfoque actual de manejo del proceso de caries a partir del riesgo.<sup>11</sup>

### 2.2.8 Prevalencia

La OMS define como prevalencia medida de la frecuencia de ocurrencia de casos nuevos de una enfermedad dentro de una población definida durante un período específico de tiempo. Con lo anteriormente mencionado, la caries dental es la enfermedad crónica más prevalente en niños y constituye un problema de salud pública, teniendo un impacto negativo en la calidad de vida y el alto costo de su tratamiento, según la OMS la caries logra afectar entre el 60 % y 90 % de la población escolar y su aparición se asocia con factores socioculturales, económicos, ambientales y del comportamiento, así como las barreras para recibir el tratamiento dental adecuado, teniendo una elevación en países no industrializados, a diferencia de los países del primer mundo. Así, la prevalencia de caries a nivel mundial presenta parámetros discordantes: mientras que en los países desarrollados se ha reducido considerablemente gracias a adecuados programas de control y prevención a nivel masivo, en países como México la caries afecta a alrededor del 95% de los niños menores de ocho años de edad y al 99% de los adultos.<sup>8,9</sup>

La salud y enfermedad están relacionados con la concepción del mundo que un grupo o un individuo tienen de acuerdo con su inserción social y sus prácticas cotidianas, en donde, la percepción de la enfermedad depende de la cultura de cada grupo social, en México las diferencias sociales se ven reflejadas en el perfil epidemiológico de la población, donde es común la superposición de enfermedades infectocontagiosas a las cuales se suman las crónico-degenerativas. Los problemas bucodentales se encuentran dentro de dichas enfermedades, su incidencia se ve agravada por condiciones de vida precarias y por la falta de acceso a una atención oportuna.<sup>23</sup>

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB) proporciona información importante acerca de la tendencia de la salud bucal, en la población que usa los servicios de salud. En los reportes del SIVEPAB del 2014 la prevalencia de caries dental en un grupo de edad de 2-19 años fue del 78% de la población estudiada.<sup>3</sup>

En la comunidad de La Curva, Nayarit, en el año del 2016 fue realizado un estudio de prevalencia de caries en donde, de una población total de 82 niños revisados, el 74.4% presentó caries dental, el grupo de edad que tuvo mayor porcentaje de niños que presentaron caries dental fue de 6 años con un 87.5%. En el mismo año en la Clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la Universidad de Guadalajara, de 3,320 pacientes de 0-12 años que acudieron a la clínica, el 90.78% tenía presencia de caries dental.<sup>2,24</sup>

En el reporte del SIVEPAB del 2019 la prevalencia de caries dental por grupo de edad de 6-12 años fue el siguiente: 6 años el 75.9%, de 7 años el 77.8%, de 8 años el 79.4%, de 9 años el 77.7%, 10 años el 70.3%, 11 años el 63.7% y de 12 años el 64.2% de la población estudiada por cada grupo de edad. En resumen, su reporte de prevalencia de caries dental en un grupo de edad de 2-19 años fue del 85.7%.<sup>25</sup>

En el año 2020 en la colonia Ignacio Romero Vargas en el estado de Puebla, México, se realizó un estudio acerca de prevalencia y severidad de caries dental en dos escuelas públicas, aquí la población total de escolares estudiados fue de 683 con un rango de edad de 6-12 años donde el 79.9% fue la prevalencia total de caries dental.<sup>1</sup>

La presente investigación se realizó con la finalidad de observar la prevalencia de la caries dental en los niños de la primaria estudiada, debido a que estos valores apoyan para el control de la salud de los escolares, promoviendo así la prevención mediante pláticas con los padres de familia, niños y maestros para que exista una disminución de la enfermedad.

### 2.3 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de caries dental en 268 niños de un grupo de edad de 6-12 años de la escuela primaria “Francisco Sarabia y Tinoco”.

### 2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bucal en el universo de alumnos a estudiar con ayuda de un espejo y un explorador.
- Registrar los resultados de la exploración oral en un formato Excel.
- Realizar una investigación bibliográfica acerca del concepto de caries dental, su etiología, los modelos de predicción a caries, así como sus factores de riesgo y factores protectores para tener un mejor conocimiento de la enfermedad.
- Promover estrategias de educación y prevención sobre salud bucal a través de los resultados obtenidos y la bibliografía consultada.

### 2.5 MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo no experimental de tipo transversal. El universo de estudio estuvo formado por 268 niños de 6 a 12 años de edad, inscritos en el período escolar 2022-2023 en la escuela primaria “Francisco Sarabia y Tinoco” ubicada en la alcaldía Venustiano Carranza, Ciudad de México.

La revisión de los niños fue de manera organizada y se empezó por los grupos de primer grado hasta terminar con los grupos de sexto grado. Se le pidió al director de la escuela el facilitar un salón que contara con luz natural y artificial. A cada niño se le pidió tomar asiento en una silla, se empleó espejo, explorador, cubrebocas y guantes para realizar la revisión. En un impreso de las listas de alumnos de cada salón se registraron los resultados de las variables clínicas, posterior a esto toda la información fue vaciada en un formato en Excel para obtener la prevalencia de caries dental en los escolares.

### 2.6 RESULTADOS

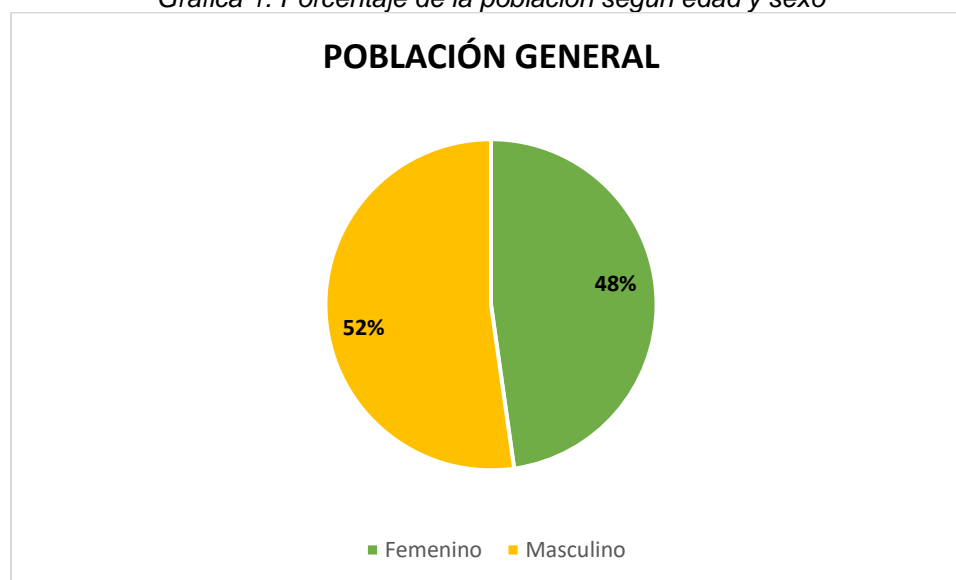
El universo de estudio constó de 268 niños en total, de ambos sexos con edades entre los 6 y 12 años, 128 de ellos correspondieron al sexo femenino (47.76%) y 45 al masculino (52.24%), en el cuadro 1 y gráfica 1 la distribución se muestra por años cumplidos y sexo, a la población a estudiar se les inspeccionó individualmente para conocer la prevalencia de caries en esta comunidad escolar, obteniendo los siguientes resultados.

*Cuadro 1. Porcentaje de la población según edad y sexo.*

	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	

Edad en años	n	%	n	%	n	%
6	6	2.24%	22	8.21%	28	10.45%
7	25	9.33%	28	10.45%	53	19.78%
8	26	9.70%	16	5.97%	42	15.67%
9	18	6.72%	22	8.21%	40	14.93%
10	26	9.70%	23	8.58%	49	18.28%
11	21	7.84%	24	8.96%	45	16.79%
12	6	2.24%	5	1.87%	11	4.10%
Total	128	47.76%	140	52.24%	268	100%

Gráfica 1. Porcentaje de la población según edad y sexo

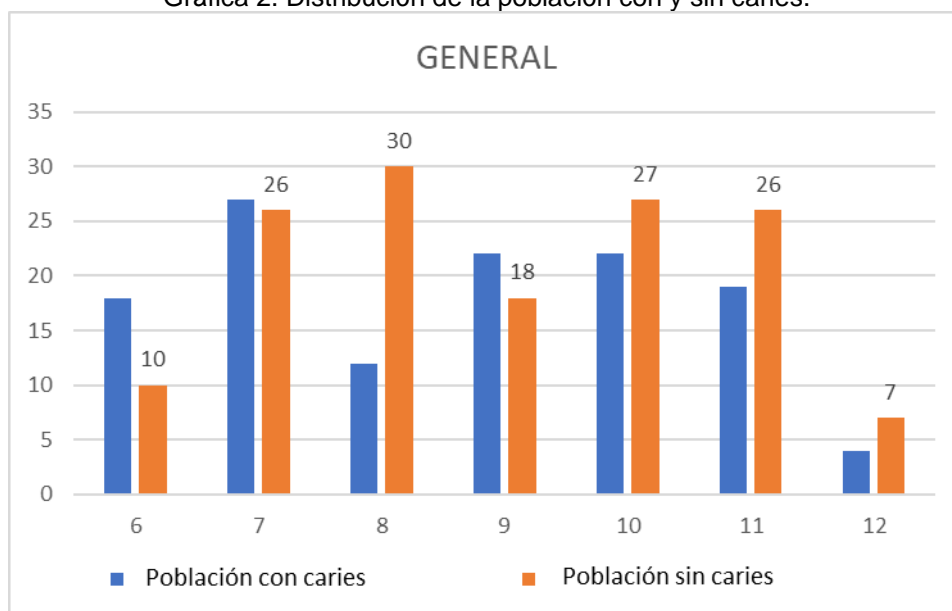


Como se puede observar en el cuadro 2, de los 268 niños revisados, 124 presentaron caries representando el 46% de la población y, 144 estuvieron libres de la enfermedad, lo cual representa al 54% de la población para mejor comprensión ver gráfica 2. En cuanto a género como se observa en el cuadro 3 y 4, de las 128 niñas examinadas, 60 de ellas presentaron caries dental representando un 46.88% de la población femenina, teniendo mayor prevalencia de caries que los niños, debido a que de los 140 revisados, 64 presentaron caries lo que equivale al 45.71%. En las niñas, observando el cuadro y en la gráfica 3, el grupo de edad de 7 años es el que tuvo mayor prevalencia de caries con un 11.72% y el grupo de edad con mayor número de individuos libre de caries fue el de 8 años, con un 14.06% de la población femenil estudiada. En cambio, en la población varonil estudiada, en el cuadro y la gráfica 4 se aprecia que el grupo de edad con mayor prevalencia de caries fue el de 6 años de edad con un 10.00% mientras que, el mayor número de niños libre de caries dental fue el de 7 años con 11.43%.

Cuadro 2. Distribución de la población con y sin caries.

Edad en años	GENERAL				
	Población total	Población con caries	%	Población sin caries	%
6	28	18	7%	10	4%
7	53	27	10%	26	10%
8	42	12	4%	30	11%
9	40	22	8%	18	7%
10	49	22	8%	27	10%
11	45	19	7%	26	10%
12	11	4	1%	7	3%
Total	268	124	46%	144	54%

Gráfica 2. Distribución de la población con y sin caries.

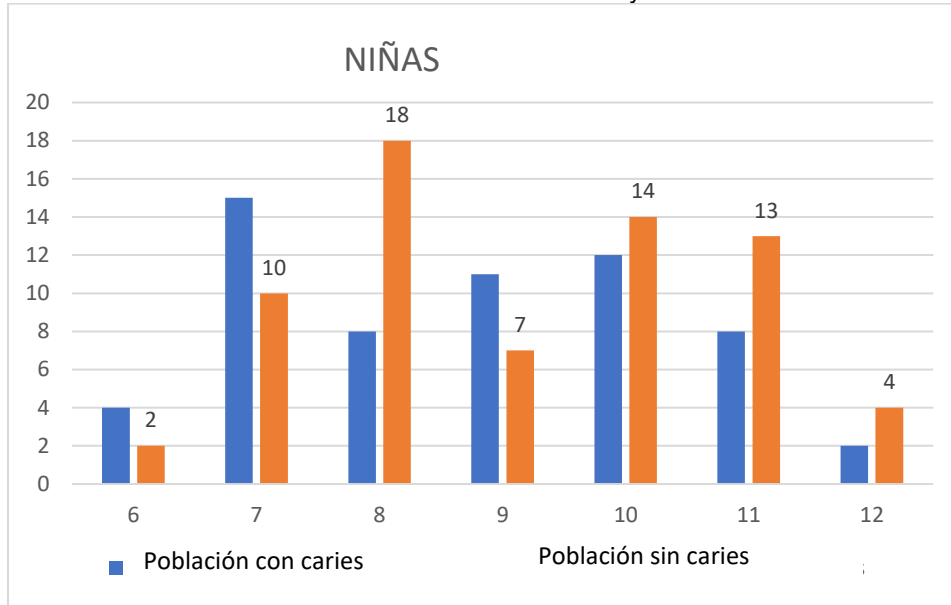


Cuadro 3. Distribución de niñas con y sin caries.

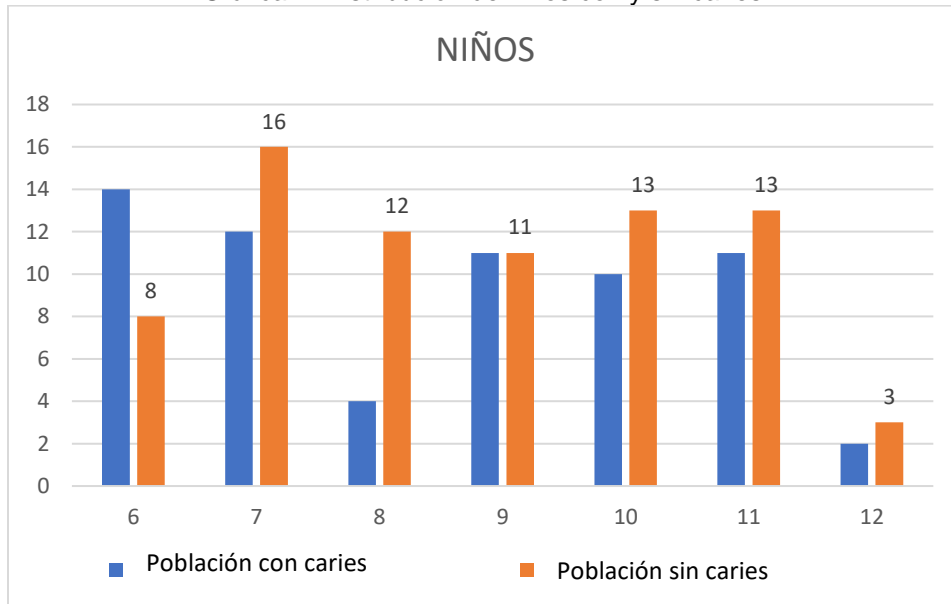
Edad en años	NIÑAS				
	Población total	Población con caries	%	Población sin caries	%
6	6	4	3.13%	2	1.56%
7	25	15	11.72%	10	7.81%
8	26	8	6.25%	18	14.06%
9	18	11	8.59%	7	5.47%
10	26	12	9.38%	14	10.94%
11	21	8	6.25%	13	10.16%

12	6	2	1.56%	4	3.13%
Total	128	60	46.88%	68	53.13%

Gráfica 3. Distribución de niñas con y sin caries.



Gráfica 4. Distribución de niños con y sin caries.

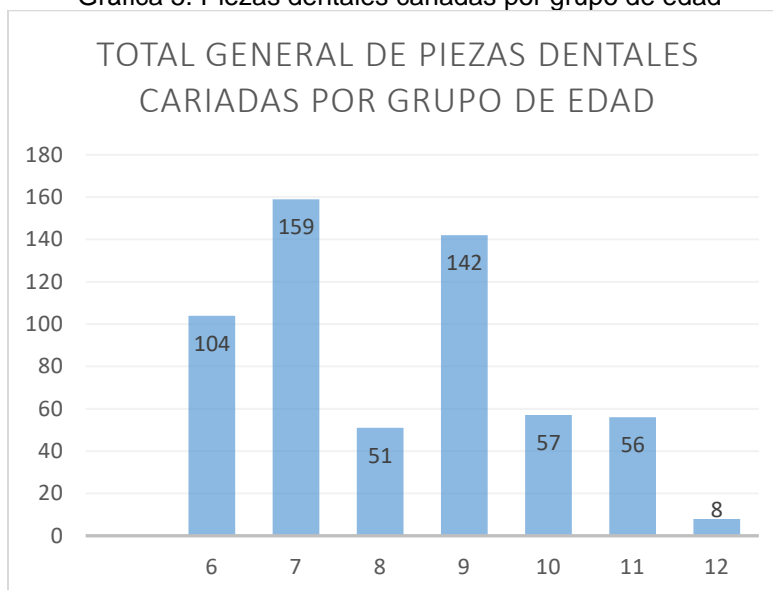


Cuadro 4. Distribución de niños con y sin caries.

Edad en años	NIÑOS				
	Población total	Población con caries	%	Población sin caries	%
6	22	14	10.00%	8	5.71%
7	28	12	8.57%	16	11.43%
8	16	4	2.86%	12	8.57%
9	22	11	7.86%	11	7.86%
10	23	10	7.14%	13	9.29%
11	24	11	7.86%	13	9.29%
12	5	2	1.43%	3	2.14%
Total	140	64	45.71%	76	54.29%

En el cuadro 5, se contempla que, en total fueron registradas 577 piezas cariadas, lo que indica que cada niño presenta en promedio 4.7 dientes afectados por caries dental. Los resultados fueron divididos por edades. Si observamos la gráfica 5 se puede apreciar el total de piezas dentales cariadas registradas por grupo de edad.

Gráfica 5. Piezas dentales cariadas por grupo de edad



Asimismo, se observa que de los 18 niños de 6 años de edad que presentaron caries, se registró un total de 104 piezas dentales cariadas, dando un promedio de 5.8 dientes afectados por niño. De los 27 individuos con caries de 7 años de edad, se registró un promedio de 5.9 piezas cariadas por niño. La población total con caries de 8 años tuvo en promedio 4.3 dientes con caries por cada individuo. De la edad de 9 años como promedio por sujeto se obtuvo 6.5 piezas cariadas.

En el mismo cuadro, dentro de la edad de 10 años, se registraron 57 dientes con caries, teniendo así 2.6 dientes cariados en promedio por persona. De las 56 piezas



afectadas registradas en la edad de 11 años el promedio fue de 2.9 dientes con caries por niño. Por último, el promedio de piezas dentales cariadas por individuo de 12 años fue de 2.0 dientes.

Cuadro 5. Promedio de piezas dentales cariadas por niño.

EDAD	NIÑAS		NIÑOS		PIEZAS DENTALES CARIADAS EN TOTAL	POBLACIÓN CON CARIES EN TOTAL	PROMEDIO DE PIEZAS DENTALES CARIADAS POR NIÑO
	POBLACIÓN CON CARIES	PIEZAS DENTALES CARIADAS	POBLACIÓN CON CARIES	PIEZAS DENTALES CARIADAS			
6	4	17	14	87	104	18	5.8
7	15	78	12	81	159	27	5.9
8	8	33	4	18	51	12	4.3
9	11	65	11	77	142	22	6.5
10	12	31	10	26	57	22	2.6
11	8	25	11	31	56	19	2.9
12	2	3	2	5	8	4	2.0
TOTAL	60	252	64	325	577	124	4.7

Con estos resultados es fácil concluir que las edades de mayor prevalencia de caries dental son entre los 6 y 9 años, y la edad con menor prevalencia es a los 12 años, lo cual, podría ser debido a la exfoliación dental, es decir, al cambio de dentición, también podría deberse a que conforme van creciendo teniendo mejor control motriz, a consecuencia se emplea de mejor manera el cepillado dental.

## 2.7 DISCUSIÓN

La caries dental es la enfermedad crónica más prevalente en niños, constituyendo un problema de salud pública, y esta, logra afectar entre el 60 % y 90 % de la población escolar y adulta. En México dicho padecimiento afecta alrededor del 95% de los niños menores de ocho años de edad y al 99% de los adultos.<sup>9</sup>

En la infancia, la dentición primaria o temporal comienza a aparecer en los niños entre los 6 a 8 meses de edad y finaliza entre los 30 a 36 meses. Esta dentición permanecerá en boca de forma exclusiva hasta los 6 años de edad, momento en que empieza el periodo de erupción de la dentición permanente, esta suele terminar alrededor de los 12 a 13 años de edad (28 dientes), quedando únicamente los terceros molares aún en formación. Dentro de los indicadores epidemiológicos de riesgo se ha empleado la experiencia de caries dental en dientes temporales, lo que ha demostrado ser el más poderoso predictor de caries para la dentición permanente joven, por lo que, en el caso de las niñas, niños y adolescentes se

revisa la experiencia de caries dental tanto en dentición temporal como permanente.<sup>25</sup>

Analizando diversos estudios de prevalencia de caries en escolares, en Puebla se realizó un análisis en dos escuelas primarias, donde fueron estudiados 683 niños de 6-12 años, de estos, 545 resultaron afectados por caries teniendo una prevalencia global del 79.9%, por otro lado, los datos reportados en la clínica de la Especialidad de Odontopediatría de la Universidad de Guadalajara, de las 3320 historias clínicas evaluadas la prevalencia de caries en los niños de 0 a 12 años fue de un 90.78%, en los niños de 0-6 años fue de un 93.62%. Siguiendo la misma línea en Nayarit su universo de estudio constó de 82 niños de 6 a 12 años, donde 61 presentaron caries representando a un 74.4% de la población.<sup>1,2,24</sup>

En contraste con este estudio de la Ciudad de México la prevalencia de caries en el grupo etario de 6 a 12 años de edad es de 46%, donde el porcentaje es menor que en los estudios ya mencionados, a lo cual se puede inferir que el posible factor que está causando ese resultado es el número de niños estudiados en el presente estudio en comparación de los otros.

El estudio de Nayarit muestra que, 234 piezas dentales cariadas fueron registradas, dando un promedio de 3.8 dientes por niño están afectados. En cambio, en esta investigación se registraron 577 dientes con caries, lo que da en promedio 4.7 dientes afectados por individuo, estando ligeramente mayor al resultado del estudio de Nayarit.

Analizando este estudio y los realizados en otros estados se puede confirmar el requerimiento de reforzar medidas preventivas y campañas de prevención de las instituciones de salud, debido a que es notable la afectación por esta enfermedad a las comunidades escolares.

## **2.8 CONCLUSIONES**

De acuerdo a los resultados que se observaron en este estudio y estudios previamente realizados en diferentes poblaciones mexicanas, hay aún muchos aspectos en el área preventiva que se deben analizar y mejorar para reducir la prevalencia de caries en estos rangos de edad.

La caries dental es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la infancia, extendida por todo el mundo sin distinción de raza o género, es multifactorial y está muy relacionada con estilos de vida. En diversos estudios, la alta incidencia de caries entre los niños de México se debe a muchos factores, entre los cuales se ha mencionado frecuentemente el alto consumo de golosinas y alimentos chatarras, se agrega la falta de conocimientos de la sociedad sobre los daños que causa a la salud dental el consumo de golosinas entre comidas, lo cual frecuentemente es ignorado por padres y maestros.<sup>9,11</sup>

La mejor manera para la eliminación de la placa dentobacteriana es cepillando y limpiar entre los dientes, donde los primeros seis años de vida los niños deben de ser ayudados por sus padres, quienes pueden ser asesorados para que puedan ayudar correctamente a sus hijos. El cepillado dental en niños es un método de excelencia para la prevención de la caries dental, por lo que resulta necesario la motivación y guía para que los infantes adquieran el hábito del cepillado, indicando la limpieza dental al menos 3 veces al día, una de ellas por la noche.<sup>26</sup>

Asimismo, establecer progresivamente una dieta variada, equilibrada, sin excesivos contenidos en dulces y grasas, acostumbrar al niño a seguir las pautas horarias que progresivamente han de confluir en las 5 comidas diarias, para que los factores protectores actúen y no se agoten, educarle a beber agua para satisfacer la sed en vez de consumir bebidas azucaradas limitando el consumo de otros alimentos no esenciales para la nutrición.<sup>9,11</sup>

Después de haber realizado la detección de caries dental en los escolares que participaron en el estudio, se logró promover estrategias de educación y prevención sobre dieta e higiene bucal mediante charlas dictadas a los niños, padres de familia y docentes; las cuales estuvieron divididas por edad con la finalidad de entregar las pautas en un lenguaje comprensible y con prácticas que lograran dejar integrados los conocimientos a largo plazo. Con esto se logró fortalecer el tipo de alimentación que deben incluir o reemplazar en su dieta, además de reforzar los hábitos de higiene oral, tales como: técnica de cepillado, uso de hilo dental y aplicación de flúor en barniz.

En las primeras etapas de la vida la prevención es fundamental, por lo que se recomienda implementar programas de salud oral en las escuelas, que incluyan técnica de cepillado, control y remoción de la placa dentobacteriana, y accesibilidad a servicios odontológicos que brinden programas preventivos y realicen actividades curativas cada que sea necesario. Si padres de familia, maestros y odontólogos trabajan en conjunto, podría existir un cambio significativo en la prevalencia de caries dental en los niños.

## 2.9 BIBLIOGRAFÍA

1. Montoya Marroquín A, Castillo Ornelas A, Pacheco Paredes YT. Prevalencia y severidad de caries dental en escolares de 6 a 12 años en dos escuelas públicas de la colonia Ignacio Romero Vargas en el estado de Puebla, México. Rev Tamé 2020; 9 (25): 1012-1016.
2. Ramírez V, Casillas G, Tello L. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad de la comunidad de La Curva, Nayarit. Rev Tamé 2016; 5 (13): 463-465.
3. Basso ML. Conceptos actualizados en cariología. Rev Asoc Odontol Argent 2019; 107 (1):25-32.
4. Jablonski-Momeni A. Diagnóstico clínico de la caries: una visión de conjunto. Med Sci 2014; 25 (8): 441-448.
5. Andrade Páez M, De la Cruz Cardoso D. Indicadores de prevalencia y de predicción de riesgo de caries dental. Vertientes Rev Esp Cien de la Salud 2014; 17 (1): 61-72.
6. Romero Vázquez MI, Romero Urrea HE. Factores de protección de caries dental y su efectividad de aplicación, en los menores de 6 a 9 años: Resultados de estudio piloto. Cie Dig 2018; 3 (2): 1-16.
7. Mateos-Moreno MV, Garcillán-Izquierdo R, Bratos-Calvo E, Salgado-Peralvo AO. Valoración del riesgo de caries en el paciente infantil. Identificación de sus componentes mediante la historia clínica. Revisión bibliográfica. Odontol Pediátr 2018; 26 (3): 193-203.

8. Espinoza-Espinoza G, Pineda P, Atala-Acevedo C, Muñoz-Millán P, Muñoz S, Weits A, Hernández B, Castillo J, Zaror C. Prevalencia y severidad de caries dental en los niños beneficiarios del programa de salud oral asociados a escuelas de Chile. *Int J Odontostomat* 2021, 15(1):166-174.
9. Molina-Frechero N, Durán-Merino D, Castañeda-Castanei E, Juárez-López MLA. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. *Gac Med Mex* 2015;151 (1):485-90.
10. Calle-Sánchez MJ, Baldeon-Gutiérrez RE, Curto-Manrique J, Céspedes-Martínez DI, Góngora-León IA, Molina- Arredondo KE, Perona-Miguel de Priego GA. Teorías de caries dental y su evolución a través del tiempo: Revisión de literatura. *Rev Cient Odontol.* 2018; 6 (1): 98-105.
11. Catalá Pizarro M, Cortés Lillo O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. *An Pediatr Contin* 2014;12(3):147-51.
12. Aliaga Muñoz B. La dieta cariogénica. *Pub Did* 2016; 2 (74): 444-451.
13. González Sanz AM, González Nieto BA, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr Hosp* 2013; 28 (4): 64-71.
14. Sánchez-Pérez L, Sáenz Martínez LP, Molina-Frechero N, et al. Riesgo a caries. Diagnóstico y sugerencias de tratamiento. *Rev ADM* 2018; 75 (6): 340-349.
15. Mas López J. Inicio y progresión de la lesión cariosa en esmalte, dentina y cemento. En: Henostroza Haro G. Diagnóstico de caries dental. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005. 29-39.
16. Paneque Escalona T, Castillo Ortiz HR, Piquera Palomino Y, Infante Tamayo M, Ramírez Rodríguez MI. Relación entre factores de riesgo y caries dental. *Multimed* 2015; 19(4): 1-13.
17. Aguilar-Ayala FJ, Duarte-Escobedo CG, Rejón-Peraza ME, Serrano-Piña R, Pinzón-Te AL. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediat Mex* 2014; 35:259-266.
18. Askar H, Krois J, Göstemeyer G, Bottenberg P, Zero D, Banerjee A, et al. Secondary caries: what is it, and how it can be controlled, detected, and managed?. *Clin Oral Investig* 2020;24(5):1869–76.
19. Carvajal Roca E, Chofré Llorente M, Senent Vicente G, Robledo Díaz L. Factores de riesgos en la génesis de la caries dental en edad temprana y efectos de la lactancia materna. *Rev Cubana Estomatol* 2020;57(2):e1416.
20. Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones JA. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Rev Cubana Estomatol* 2008; 57 (2): 1-12.
21. Hermida Bruno ML, Blanco Barbieri J, Larrique Ibarra ML, Puig Abbate MF, Volfovicz León R. Relación entre edad, cepillado dental y experiencia de caries en niños. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2022; 12: e-202522.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:266-72.

23. Santos Madrigal NO, Moreno-Altamirano A, Lara Flores NL. Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. Revista de Odontopediatría Latinoamericana 2021; 11(2): e-219151.
24. Vázquez Rodríguez SB, Bayardo González RA, Alcalá Sánchez JA, Maldonado MA. Prevalencia y severidad de caries dental en niños de 0 a 12 años. Rev Tamé 2016; 5 (13): 459-462.
25. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Resultados Del Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Patologías Bucales. SIVEPAB 2019: 21-66.
26. Morata Alba J, Morata Alba L. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Aten Primaria 2019; 21: e173-e178.

### **CAPÍTULO III: ANTECEDENTES**

#### **UBICACIÓN**

El Centro de Salud T-III “Dr. Juan Duque de Estrada” se encuentra en la calle Oriente 170 No. 154, esquina Cuarta Cerrada Oriente 168, colonia Moctezuma 2º sección, código postal 15530.

#### **ZONA DE INFLUENCIA**

Para la atención ciudadana de las colonias de responsabilidad que Moctezuma 1ª sección, Moctezuma 2ª sección, Santa Cruz Aviación, Federal, 4 Árboles, Ampliación Aviación, en la alcaldía Venustiano Carranza en la Ciudad de México.

#### **ORGANIZACIÓN**

En dicho centro de salud la organización es la siguiente:

- Encargado del despacho de la dirección: Dr. Alan Ulises Vázquez González.
- Gestor de Calidad: Dra. Erika Yasmin Rojo Victoria.
- Administrador: Ing. Olivia del R. Bustamante Huitrón.
- Epidemiólogo: Dra. Ana Karen Pérez Castillo.
- Coordinadora de Enfermería: Lic. Lucía Patricia Pérez Mejía.
- Coordinadora de Trabajo Social: Lic. Nancy Nava Sarmiento.
- Coordinadora de Odontología: C.D.E.O. María Eugenia Cisneros Baltazar.
- Coordinadora de laboratorio: Q. F. B. Monserrat Cervantes Piña.
- Coordinador de rayos X: Rx. Jorge Alberto Arredondo Torres.
- ILE: Dra. Xochiquétzal Rocha Ramón.
- Módulo de zoonosis: MVZ. Luis Rey González.

Asimismo, cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta general: (lunes a domingo de 8:00 a 20:00).
- Laboratorio: (lunes a viernes de 7:30 a 15:30).
- Odontología: (lunes a domingo de 8:00 a 20:00).
- Inmunizaciones: (lunes a domingo de 8:00 a 20:00).
- Médico en tu casa: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Rayos X: (lunes a viernes de 7:00 a 13:00).
- Clínica de Interrupción Legal del Embarazo (ILE): (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Farmacia: (lunes a domingo de 8:00 a 20:00).

- Vasectomía: (viernes de 8:00 a 16:00).
- Nutrición: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Psicología: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Optometría: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Clínica MAO: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Enfermería: (lunes a domingo de 8:00 a 20:00).
- Módulo de enfermedades crónicas: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Trabajo social: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00, sábados y domingos de 8:00 a 20:00).
- Epidemiología: (lunes a viernes de 8:00 a 16:00).
- Archivo clínico: (lunes a domingo de 8:00 a 20:00).
- Ortopedia: (lunes a viernes de 14:00 a 21:00).
- Detecciones:
  - Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
  - Detección rápida de VIH- SIFILIS.
  - Detección cáncer de mama.
  - Detección de cáncer cérvico-uterino.
  - Detección de violencia de género.

### **SERVICIO ESTOMATOLÓGICO**

El servicio estomatológico cuenta con el siguiente mobiliario:

- Asiento para odontólogo.
- Asiento para pacientes y acompañantes.
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico infecciosos, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes.
- Muebles para guardar los materiales y el instrumental.
- Tarja con escurridor.
- Escritorios con cajoneras.
- Autoclave.
- Compresora de aire para unidad dental.
- Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable, la unidad dental con charola porta instrumentos, lámpara y sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y la jeringa triple.
- Instrumental para actividades preventivas, operatoria y exodoncias.

El servicio cuenta con programas tales como: salud bucal preescolar y escolar, salud bucal en la adolescencia, atención odontológica en el paciente diabético, atención odontológica a la mujer embarazada.

El módulo de salud bucal es encargado de participar en jornadas de salud, en donde, se acude a escuelas desde preescolar hasta secundaria, donde se realizan detecciones de caries dental, pláticas sobre salud bucal, se enseñó técnica de cepillado la cual posteriormente la ponían en práctica utilizando la tableta reveladora de placa dentobacteriana para que visualizaran si la técnica se estaba llevando a cabo correctamente, también, se realizó la aplicación de flúor en barniz. Asimismo, se participa en ferias de salud donde se le dan sesiones de salud bucal a la población en general,

repartiendo cepillos dentales y tabletas reveladoras e invitando a las personas a acudir a consulta dental para prevenir futuras afecciones o bien mejorar el estado de salud bucal. A la escuela que formó parte de la investigación se le estuvo realizando un seguimiento en donde se acudían a brindar pláticas de la salud bucal, realizándoles referencias a los niños que tenían presentaron caries dental para poder tratar la afección e igualmente a los alumnos que no tuvieron lesiones cariosas se referenciaban al centro de salud para que se les realizara tratamientos preventivos con la finalidad de evitar la aparición de futuros problemas bucales. Asimismo, a los maestros se les realizó una plática acerca de caries dental para que tuvieran una idea de lo que es esta enfermedad y así ver la manera en la que se puede solucionar dicha problemática.

#### **CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO**

##### **AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE 2022:**

<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA SALUD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD (OCTUBRE)	<b>X</b>		Se participó en la jornada nacional de salud, donde el lema para el área de dental fue “Mucho más que dientes sanos” durante las dos semanas que duró la jornada de salud se realizaron aplicaciones de flúor en barniz, se enseñó la técnica correcta del cepillado dental, se repartieron tabletas reveladoras de placa dentobacteriana y se les explicó el uso de estas con la finalidad de complementar el cepillado dental todo esto fue dirigido a toda la población en general enfatizando con los escolares.
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA	<b>X</b>		Se participó en la campaña de vacunación canina como promotora de esta, donde, se realizaba la invitación a la población para que vacunaran a sus mascotas contra la rabia (perros y gatos).
MATERIAL EDUCATIVO	<b>X</b>		Se realizaron 4 periódicos murales acerca de la jornada de salud, también se elaboraron 3 tipodontos didácticos para enseñar la técnica de cepillado, asimismo se repartieron folletos con información de los pasos de la técnica de cepillado.

PLÁTICAS EDUCATIVAS	<b>4</b>	Se les ha dado pláticas sobre la técnica de cepillado, técnica de uso de hilo dental y exploración intraoral.  Se registra 1 platica por cada 20 asistentes
OTRAS	<b>X</b>	Se participó en ferias de salud, donde se repartieron cepillos dentales y pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

### ACTIVIDADES EN MÓDULO DE ODONTOLOGÍA

CONSULTAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
PACIENTES DE PRIMERA VEZ	<b>5</b>	
PACIENTES SUBSECUENTES	<b>0</b>	
TOTAL	<b>5</b>	

CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
NIÑOS (0 A 15 AÑOS)	<b>2</b>	
ADULTOS (15 A 59 AÑOS)	<b>3</b>	
ADULTOS MAYORES (60 AÑOS Y MÁS)	<b>0</b>	
TOTAL	<b>5</b>	Se atendieron a los pacientes que acudieron al centro de salud, atendiendo las necesidades de los pacientes en donde se les realizó una historia clínica detallada, en donde se les preguntó el motivo de su consulta para poder iniciar con la exploración intraoral y poder realizar el plan de tratamiento a seguir, añadiendo el que se les brindó orientación sobre la importancia de realizar una autoexploración oral



		para poder detectar posibles padecimientos de la cavidad bucal.
--	--	---

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	<b>10</b>	Con base a los pacientes atendidos se observa mayor índice de enfermedad periodontal, así como también gingivitis, por lo que, se les invita acudir a consultas de manera frecuente y poder contrarrestar la enfermedad periodontal, así como también la gingivitis, la cual, se puede controlar con una mayor higiene dental y con procedimientos preventivos.
TÉCNICA DE CEPILLADO	<b>10</b>	
USO DE HILO DENTAL	<b>10</b>	
APLICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	<b>1</b>	Se coloca con la ayuda de un aplicador o un microbrush realizando movimientos de “pincelado” en toda la superficie dental, se le explica al paciente que esto ayudará a prevenir la caries dental o evitar que esta empeore, sin embargo, se le hace énfasis que lo anterior puede funcionar con un correcto cepillado dental.
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	<b>0</b>	
PROFILAXIS	<b>5</b>	Se realiza utilizando un cepillo para profilaxis y pasta profiláctica y la pieza de segunda velocidad, con la finalidad de realizar una limpieza más a profundidad de las piezas dentales, con esto los pacientes notaron un cambio en la textura dental y referían que los sentían, más limpios.
PLÁTICAS	<b>10</b>	Se le brinda al paciente pláticas sobre la técnica de cepillado, una correcta autoexploración intraoral, cuidados para una prótesis y

		coronas, cuidados después de una extracción.
OTRAS	<b>6</b>	Se participó en ferias de salud donde se otorgaron cepillos dentales y tabletas reveladoras de placa dentobacteriana, así como se dieron pláticas de técnica de cepillado dental y se invitó a la población a acudir al centro de salud para atención de salud bucal.
SUBTOTAL	<b>52</b>	
ACTIVADES CURATIVAS SUPERVISADAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
ODONTOXESIS	<b>0</b>	
HISTORIAS CLÍNICAS	<b>5</b>	Se realiza para conocer los antecedentes patológicos y no patológicos del paciente y así tener un conocimiento del estado de salud en general de este, todo lo anterior apegado con la NOM-004-SSA3-2012.
AMALGAMAS	<b>0</b>	
RESINAS	<b>0</b>	
OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	<b>5</b>	Se coloca ionómero de vidrio para generar dentina secundaria y contrarrestar la sensibilidad dental generada por la extensión de la lesión cariosa, se colocaron estas obturaciones semipermanentes debido a que el centro de salud no

		contaba con el material para la colocación de resinas.
TERAPIA PULPAR	<b>0</b>	
EXODONCIAS	<b>6</b>	Se realiza extracción dental por previa presencia de absceso dental y destrucción parcial o total de la corona clínica.
PLACAS DE RAYOS X	<b>0</b>	
FARMACOTERAPIA	<b>4</b>	Se da farmacoterapia contra los procesos infecciosos originados por abscesos dentales por caries y placa.
CERTIFICADOS MÉDICOS	<b>62</b>	Se realizaron a escolares, con la finalidad de tener control de un niño sano y conocer el estado en general del paciente pediátrico.
<b>SUBTOTAL</b>	<b>78</b>	
<b>TOTAL, DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS</b>	<b>126</b>	

### ACTIVIDADES EN CAMPO (ESCUELAS)

ACTIVIDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	<b>720</b>	Se otorgaron pastillas reveladoras a todos los niños para realizar el control de placa dentobacteriana.
TECNICA DE CEPILLADO	<b>720</b>	Se les da la técnica correcta para que desde niños sepan y se acostumbren a cepillarse y cuidarse los dientes.
USO DE HILO DENTAL	<b>720</b>	Se les da la instrucción de la técnica del uso del hilo dental, esto con la finalidad de que no tengan la costumbre de el uso de palillos y puedan eliminar el biofilm de

		las áreas interproximales de las piezas dentales.
FLÚOR EN BARNIZ	<b>720</b>	Se colocó flúor en barniz a los todos los niños (720), la presentación fue en unidosis.
PLÁTICAS	<b>720</b>	Se les indica la técnica de cepillado, hilo dental, el número de dientes que tenemos, la alimentación adecuada que se debe seguir y el cuidado para no perder los dientes.
OTRAS	<b>720</b>	Se les realiza un cuestionario sobre los temas abordados durante las pláticas de salud bucal. Se les otorga un cepillo y pasta dental para que se laven los dientes y así poner en práctica la técnica de cepillado explicada anteriormente.
TOTAL	<b>4, 320</b>	

**NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2022 Y ENERO 2023:**

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
MATERIAL EDUCATIVO	<b>X</b>		Se elaboró 1 periódico mural sobre "Manifestaciones orales por COVID-19".
PLÁTICAS EDUCATIVAS	<b>15</b>		Se llevaron a cabo pláticas relacionadas con higiene oral, técnica de cepillado, uso de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, uso de hilo dental y cómo realizar una correcta autoexploración intraoral. Se registra 1 platica por cada 20 asistentes
OTRAS	<b>X</b>		Se participó en ferias de salud, donde se repartieron cepillos dentales y pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

**ACTIVIDADES EN MÓDULO DE ODONTOLOGÍA**

CONSULTAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
PACIENTES DE PRIMERA VEZ	5	
PACIENTES SUBSECUENTES	0	
TOTAL	5	

CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
NIÑOS (0 A 15 AÑOS)		
ADULTOS (15 A 59 AÑOS)	5	
ADULTOS MAYORES (60 AÑOS Y MÁS)	0	
TOTAL	5	Se atendieron a los pacientes que acudieron al centro de salud, atendiendo las necesidades de los pacientes en donde se les realizó una historia clínica detallada, en donde se les preguntó el motivo de su consulta para poder iniciar con la exploración intraoral y poder realizar el plan de tratamiento a seguir, añadiendo el que se les brindó orientación sobre la importancia de realizar una autoexploración oral para poder detectar posibles padecimientos de la cavidad bucal.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	5	Con base a los pacientes atendidos se observa mayor índice de

TÉCNICA DE CEPILLADO	5	enfermedad periodontal, así como también gingivitis, por lo que, se les invita acudir a consultas de manera frecuente y poder contrarrestar la enfermedad periodontal, así como también la gingivitis, la cual, se puede controlar con una mayor higiene dental y con procedimientos preventivos.
USO DE HILO DENTAL	5	
APLICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	0	
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	0	
PROFILAXIS	5	Se realiza utilizando un cepillo para profilaxis y pasta profiláctica y la pieza de segunda velocidad, con la finalidad de realizar una limpieza más a profundidad de las piezas dentales, con esto los pacientes notaron un cambio en la textura dental y referían que los sentían, más limpios.
PLÁTICAS	12	Se les ha dado pláticas sobre la correcta técnica de cepillado, exploración intraoral, cuidados para una prótesis y coronas, cuidados después de una extracción.
OTRAS	2	Se participó en ferias de salud donde se otorgaron cepillos dentales y tabletas reveladoras de placa dentobacteriana, así como se dieron pláticas de técnica de cepillado dental y se invitó a la población a acudir al centro de salud para atención de salud bucal.
SUBTOTAL	34	

ACTIVADES CURATIVAS SUPERVISADAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
ODONTOXESIS	5	Se realiza la eliminación de sarro supra y subgingival con la finalidad de mejorar notoriamente la salud bucal del paciente.
HISTORIAS CLÍNICAS	5	Se realiza para conocer los antecedentes patológicos y no patológicos del paciente y así tener un conocimiento del estado de salud en general de este, todo lo anterior apegado con la NOM-004-SSA3-2012.
AMALGAMAS	0	
RESINAS	0	
OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	8	Se coloca ionómero de vidrio para generar dentina secundaria y contrarrestar la sensibilidad dental generada por la extensión de la lesión cariosa, se colocaron estas obturaciones semipermanentes debido a que el centro de salud no contaba con el material para la colocación de resinas.
TERAPIA PULPAR	0	
EXODONCIAS	2	Se realiza extracción dental por previa presencia de absceso dental y destrucción parcial o total de la corona clínica.
PLACAS DE RAYOS X	0	
FARMACOTERAPIA	4	Se da farmacoterapia contra los procesos infecciosos originados por abscesos dentales por caries y placa.

CERTIFICADOS MÉDICOS		<b>0</b>	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>25</b>	
<b>TOTAL, DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS</b>		<b>59</b>	

### ACTIVIDADES EN CAMPO (ESCUELAS)

ACTIVIDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	<b>720</b>	Se otorgaron pastillas reveladoras a todos los niños para realizar el control de placa dentobacteriana.
TECNICA DE CEPILLADO	<b>720</b>	Se les da la técnica correcta para que desde niños sepan y se acostumbren a cepillarse y cuidarse los dientes.
USO DE HILO DENTAL	<b>720</b>	Se les da la instrucción de la técnica del uso del hilo dental, esto con la finalidad de que no tengan la costumbre de el uso de palillos y puedan eliminar el biofilm de las áreas interproximales de las piezas dentales.
FLÚOR EN BARNIZ	<b>0</b>	
PLÁTICAS	<b>720</b>	Se les indica la técnica de cepillado, hilo dental, el número de dientes que tenemos, la alimentación adecuada que se debe seguir y el cuidado para no perder los dientes.
OTRAS	<b>0</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>3,600</b>	

### FEBRERO, MARZO, ABRIL 2023:

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
-------------------------------------	----	----	---------------



MATERIAL EDUCATIVO	<b>X</b>		Se elaboraron 2 periódicos murales, uno de "Tuberculosis y sus manifestaciones en cavidad oral", uno por el Día del Odontólogo y una lona por el Día Mundial de la Salud Bucal.
PLÁTICAS EDUCATIVAS	<b>10</b>		Se llevaron a cabo pláticas relacionadas con higiene oral, técnica de cepillado, uso de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, uso de hilo dental y cómo realizar una correcta autoexploración intraoral.  Se registra 1 platica por cada 20 asistentes
OTRAS	<b>X</b>		Se participó en ferias de salud, donde se repartieron cepillos dentales y pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

### ACTIVIDADES EN MÓDULO DE ODONTOLOGÍA

CONSULTAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
PACIENTES DE PRIMERA VEZ	<b>9</b>	
PACIENTES SUBSECUENTES	<b>3</b>	
TOTAL	<b>12</b>	

CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
NIÑOS (0 A 15 AÑOS)	<b>6</b>	
ADULTOS (15 A 59 AÑOS)	<b>4</b>	
ADULTOS MAYORES (60 AÑOS Y MÁS)	<b>2</b>	
TOTAL	<b>12</b>	Se atendieron a los pacientes que acudieron al centro de salud, atendiendo las necesidades de los pacientes en donde se les realizó

		una historia clínica detallada, en donde se les preguntó el motivo de su consulta para poder iniciar con la exploración intraoral y poder realizar el plan de tratamiento a seguir, añadiendo el que se les brindó orientación sobre la importancia de realizar una autoexploración oral para poder detectar posibles padecimientos de la cavidad bucal.
--	--	--

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	<b>16</b>	Con base a los pacientes atendidos se observa mayor índice de enfermedad periodontal, así como también gingivitis, por lo que, se les invita acudir a consultas de manera frecuente y poder contrarrestar la enfermedad periodontal, así como también la gingivitis, la cual, se puede controlar con una mayor higiene dental y con procedimientos preventivos.
TÉCNICA DE CEPILLADO	<b>16</b>	
USO DE HILO DENTAL	<b>16</b>	
APLICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	<b>3</b>	Se coloca con la ayuda de un aplicador o un microbrush realizando movimientos de "pincelado" en toda la superficie dental, se le explica al paciente que esto ayudará a prevenir la caries dental o evitar que esta empeore, sin embargo, se le hace énfasis que lo anterior puede funcionar con un correcto cepillado dental.
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	<b>0</b>	
PROFILAXIS	<b>9</b>	Se realiza utilizando un cepillo para profilaxis y pasta profiláctica y la pieza de segunda velocidad, con la

		finalidad de realizar una limpieza más a profundidad de las piezas dentales, con esto los pacientes notaron un cambio en la textura dental y referían que los sentían, más limpios.
PLÁTICAS	<b>9</b>	Se les ha dado pláticas sobre la correcta técnica de cepillado, exploración intraoral, cuidados para una prótesis y coronas, cuidados después de una extracción.
OTRAS	<b>5</b>	Se participó en ferias de salud donde se otorgaron cepillos dentales y tabletas reveladoras de placa dentobacteriana, así como se dieron pláticas de técnica de cepillado dental y se invitó a la población a acudir al centro de salud para atención de salud bucal.
SUBTOTAL	<b>74</b>	
ACTIVADES CURATIVAS SUPERVISADAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
ODONTOXESIS	<b>7</b>	Se realiza la eliminación de sarro supra y subgingival con la finalidad de mejorar notoriamente la salud bucal del paciente.
HISTORIAS CLÍNICAS	<b>9</b>	Se realiza para conocer los antecedentes patológicos y no patológicos del paciente y así tener un conocimiento del estado de salud en general de este, todo lo anterior apegado con la NOM-004-SSA3-2012.
AMALGAMAS	<b>0</b>	
RESINAS	<b>12</b>	Se realiza con la finalidad de reemplazar una parte cariada o

		ausente de la estructura dental. Está compuesta de materiales de restauración del mismo color del diente. Su apariencia estética es la principal ventaja.
OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	11	Se coloca ionómero de vidrio para generar dentina secundaria y contrarrestar la sensibilidad dental generada por la extensión de la lesión cariosa, se colocaron estas obturaciones semipermanentes debido a que el centro de salud no contaba con el material necesario para la colocación de resinas.
TERAPIA PULPAR	0	
EXODONCIAS	4	Se realiza extracción dental por previa presencia de absceso dental y destrucción parcial o total de la corona clínica.
PLACAS DE RAYOS X	0	
FARMACOTERAPIA	5	Se da farmacoterapia contra los procesos infecciosos originados por abscesos dentales por caries y placa.
CERTIFICADOS MÉDICOS	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>48</b>	
<b>TOTAL, DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS</b>	<b>122</b>	

#### ACTIVIDADES EN CAMPO (ESCUELAS)

ACTIVIDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
-----------	------------	---------------

CONTROL DE PLACA BACTERIANA	1, 032	Se otorgaron pastillas reveladoras a todos los niños para realizar el control de placa dentobacteriana.
TECNICA DE CEPILLADO	1, 032	Se muestra a los niños la técnica de cepillado correcta para su edad, dividiéndose en dos sesiones: 1. Explicación dentro del aula empleando material didáctico (tipodonto y rotafolio), y resolución de dudas. 2. Práctica de técnica de cepillado fuera del aula
USO DE HILO DENTAL	1, 032	Se les da la instrucción de la técnica del uso del hilo dental, esto con la finalidad de que no tengan la costumbre de el uso de palillos y puedan eliminar el biofilm de las áreas interproximales de las piezas dentales.
FLÚOR EN BARNIZ	1, 032	Se colocó flúor en barniz a los todos los niños (1, 032), la presentación fue en unidosis.
PLÁTICAS	720	Se llevaron a cabo pláticas con temas relacionados a salud bucal (técnica de cepillado, caries dental, alimentación cariogénica y funciones de la boca); interactuando con los niños y resolviendo dudas.
OTRAS	0	
TOTAL	4, 848	

**MAYO, JUNIO, JULIO 2023:**

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
MATERIAL EDUCATIVO	X		Se elaboraron 2 periódicos murales, uno de "Tuberculosis y sus manifestaciones en cavidad oral", uno por el Día del Odontólogo y una lona por el Día Mundial de la Salud Bucal.

PLÁTICAS EDUCATIVAS	15	Se llevaron a cabo pláticas relacionadas con higiene oral, técnica de cepillado, uso de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana, uso de hilo dental y cómo realizar una correcta autoexploración intraoral.  Se registra 1 platica por cada 20 asistentes
OTRAS	X	Se participó en ferias de salud, donde se repartieron cepillos dentales y pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

### ACTIVIDADES EN MÓDULO DE ODONTOLOGÍA

CONSULTAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
PACIENTES DE PRIMERA VEZ	11	
PACIENTES SUBSECUENTES	3	
TOTAL	14	

CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
NIÑOS (0 A 15 AÑOS)	8	
ADULTOS (15 A 59 AÑOS)	4	
ADULTOS MAYORES (60 AÑOS Y MÁS)	2	
TOTAL	14	Se atendieron a los pacientes que acudieron al centro de salud, atendiendo las necesidades de los pacientes en donde se les realizó una historia clínica detallada, en donde se les preguntó el motivo de su consulta para poder iniciar con la exploración intraoral y poder realizar el plan de tratamiento a seguir, añadiendo el que se les brindó orientación sobre la

		importancia de realizar una autoexploración oral para poder detectar posibles padecimientos de la cavidad bucal.
--	--	--

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA	<b>26</b>	Con base a los pacientes atendidos se observa mayor índice de enfermedad periodontal, así como también gingivitis, por lo que, se les invita acudir a consultas de manera frecuente y poder contrarrestar la enfermedad periodontal, así como también la gingivitis, la cual, se puede controlar con una mayor higiene dental y con procedimientos preventivos.
TÉCNICA DE CEPILLADO	<b>26</b>	
USO DE HILO DENTAL	<b>26</b>	
APLICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	<b>4</b>	Se coloca con la ayuda de un aplicador o un microbrush realizando movimientos de "pincelado" en toda la superficie dental, se le explica al paciente que esto ayudará a prevenir la caries dental o evitar que esta empeore, sin embargo, se le hace énfasis que lo anterior puede funcionar con un correcto cepillado dental.
SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	<b>0</b>	
PROFILAXIS	<b>14</b>	Se realiza utilizando un cepillo para profilaxis y pasta profiláctica y la pieza de segunda velocidad, con la finalidad de realizar una limpieza más a profundidad de las piezas dentales, con esto los pacientes notaron un cambio en la textura dental y referían que los sentían, más limpios.
PLÁTICAS	<b>14</b>	Se les ha dado pláticas sobre la correcta técnica de cepillado,

		exploración intraoral, cuidados para una prótesis y coronas, cuidados después de una extracción.
OTRAS	<b>7</b>	Se participó en ferias de salud donde se otorgaron cepillos dentales y tabletas reveladoras de placa dentobacteriana, así como se dieron pláticas de técnica de cepillado dental y se invitó a la población a acudir al centro de salud para atención de salud bucal.
SUBTOTAL	<b>117</b>	
ACTIVADES CURATIVAS SUPERVISADAS	REALIZADAS	OBSERVACIONES
ODONTOXESIS	<b>9</b>	Se realiza la eliminación de sarro supra y subgingival con la finalidad de mejorar notoriamente la salud bucal del paciente.
HISTORIAS CLÍNICAS	<b>14</b>	Se realiza para conocer los antecedentes patológicos y no patológicos del paciente y así tener un conocimiento del estado de salud en general de este, todo lo anterior apegado con la NOM-004-SSA3-2012.
AMALGAMAS	<b>0</b>	
RESINAS	<b>18</b>	Se realiza con la finalidad de reemplazar una parte cariada o ausente de la estructura dental. Está compuesta de materiales de restauración del mismo color del diente. Su apariencia estética es la principal ventaja.
OBTURACIONES SEMIPERMANENTES	<b>7</b>	Se coloca ionómero de vidrio para generar dentina secundaria y contrarrestar la sensibilidad dental



		generada por la extensión de la lesión cariosa, se colocaron estas obturaciones semipermanentes debido a que el centro de salud no contaba con el material necesario para la colocación de resinas.
TERAPIA PULPAR	<b>0</b>	
EXODONCIAS	<b>11</b>	Se realiza extracción dental por previa presencia de absceso dental y destrucción parcial o total de la corona clínica.
PLACAS DE RAYOS X	<b>0</b>	
FARMACOTERAPIA	<b>8</b>	Se da farmacoterapia contra los procesos infecciosos originados por abscesos dentales por caries y placa.
CERTIFICADOS MÉDICOS	<b>0</b>	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>67</b>	
<b>TOTAL, DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CURATIVAS</b>	<b>184</b>	

#### ACTIVIDADES EN CAMPO (ESCUELAS)

ACTIVIDAD	REALIZADAS	OBSERVACIONES
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	<b>1, 032</b>	Se otorgaron pastillas reveladoras a todos los niños para realizar el control de placa dentobacteriana.
TECNICA DE CEPILLADO	<b>1, 032</b>	Se muestra a los niños la técnica de cepillado correcta para su edad, dividiéndose en dos sesiones: 1. Explicación dentro del aula empleando material didáctico (tipodonto y rotafolio), y resolución de dudas.

		2. Práctica de técnica de cepillado fuera del aula
USO DE HILO DENTAL	<b>1, 032</b>	Se les da la instrucción de la técnica del uso del hilo dental, esto con la finalidad de que no tengan la costumbre de el uso de palillos y puedan eliminar el biofilm de las áreas interproximales de las piezas dentales.
FLÚOR EN BARNIZ	<b>1, 032</b>	Se colocó flúor en barniz a los todos los niños (1, 032), la presentación fue en unidosis.
PLÁTICAS	<b>720</b>	Se llevaron a cabo pláticas con temas relacionados a salud bucal (técnica de cepillado, caries dental, alimentación cariogénica y funciones de la boca); interactuando con los niños y resolviendo dudas.
OTRAS	<b>0</b>	
TOTAL	<b>4, 848</b>	

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En base a las actividades realizadas en el módulo de odontología del CST-III Dr. Juan Duque de Estrada responden en gran medida a los requerimientos de salud bucal de la población que acuden al servicio estomatológico, sin embargo en muchas ocasiones el servicio se encuentra con desabasto de material dental por lo que ciertos tratamientos no son posible realizarlos y se tienen que referir ya sea a consultorios particulares o a escuelas de odontología donde tienen mayor posibilidad de cubrir los costos del tratamiento.

En cuanto a los protocolos de atención, estos se apegan de la mejor manera a las normas oficiales mexicanas dependiendo las características del paciente. En bioseguridad el centro de salud no ha tenido problema alguno, pues continuamente se realizaban supervisiones por parte de las autoridades y estas se encargaban de mandar los equipos de protección personal necesarios para el personal, soluciones desinfectantes, entre otras para proteger tanto al personal como al paciente en todo momento.

A gran medida y de acuerdo al inventario existente siempre se trató de satisfacer las necesidades del paciente siempre teniendo en cuenta su situación socioeconómica, en donde, las ferias de salud en las que se participaban eran de ayuda para la población pues se regalaban cepillos dentales y pasta dental para que pudieran realizar de la mejor manera una higiene bucal.

Los programas de salud escolar resultaban de gran ayuda para los niños, pues al educarlos mediante pláticas de salud bucal estos podían comprender mejor la importancia de esta, asimismo, el realizar detecciones de lesiones cariosas resulta de ayuda porque se les podía generar referencias al centro de salud para que allí fueran atendidos y poder tratar la afección; igualmente la aplicación de flúor en barniz secundaba como un factor protector a los dientes de los infantes.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

Las actividades desarrolladas durante el periodo del servicio social, el cual comprendió del 1 de agosto del 2022 al 31 de julio de 2023 resultaron ser de gran relevancia para la formación profesional, debido a que se obtuvieron conocimientos más a fondo a cerca las normas oficiales mexicanas y se pudieron realizar actividades clínicas que durante la licenciatura no se pudieron llevar a cabo debido a la pandemia de COVID-19.

Asimismo, se logró obtener experiencia en el trato a los pacientes y así poder tener mejor extensión de palabra y trato con ellos. El realizar actividades de campo en escuelas con el programa de salud escolar permite que se pueda visualizar a gran escala la importancia de actividades preventivas para mejorar la salud oral de los niños en las escuelas visitadas pues el dar pláticas acerca de técnica de cepillado, caries dental, alimentos que predisponen la presencia de caries, entre otras, los infantes muestran el interés en querer mejorar aspectos que afectan su salud bucodental y mediante revisiones orales al principio y al término del ciclo escolar se observa que hubo mejoría en su salud, añadiendo que se realizaron referencias al centro de salud donde fue realizado el servicio para poder realizarles los procedimientos dentales curativos según correspondan.

Al haber realizado una investigación de campo donde se requirió adquirir conocimientos a través de diversas fuentes bibliográficas permitió establecer ciertas estrategias de educación y prevención para poder combatir la problemática presentada en el estudio efectuado.

## CAPÍTULO VII: FOTOGRAFÍAS







